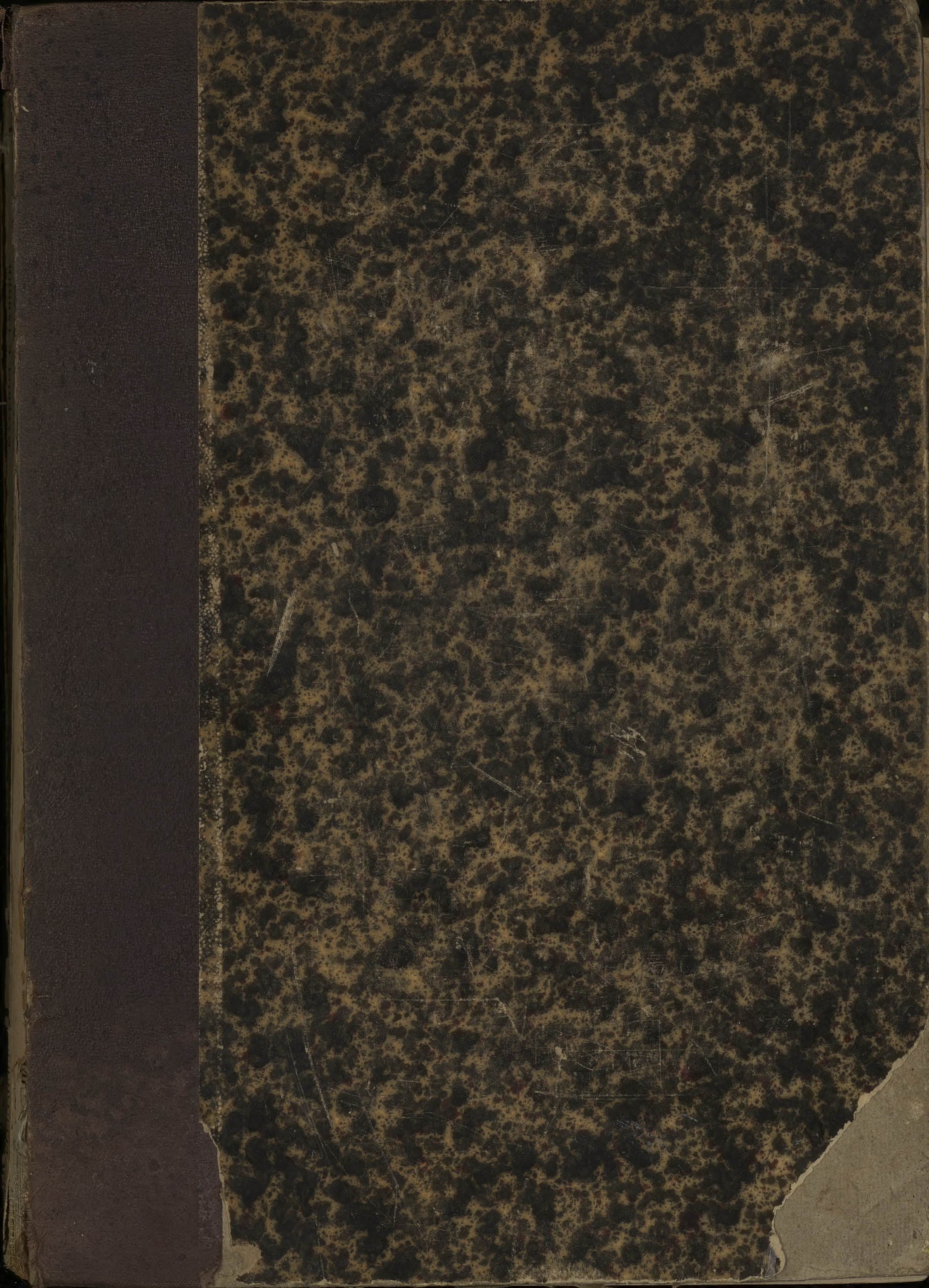
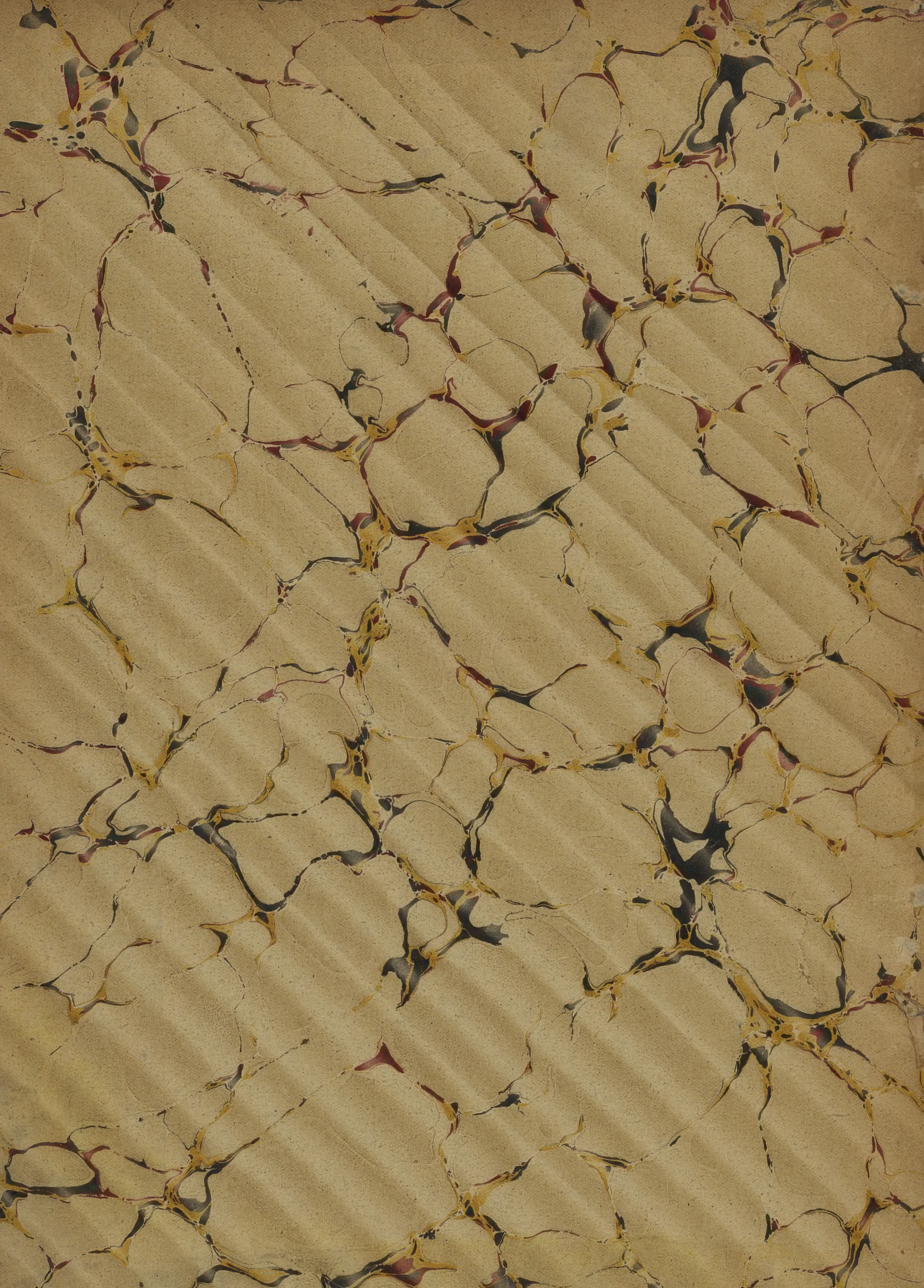
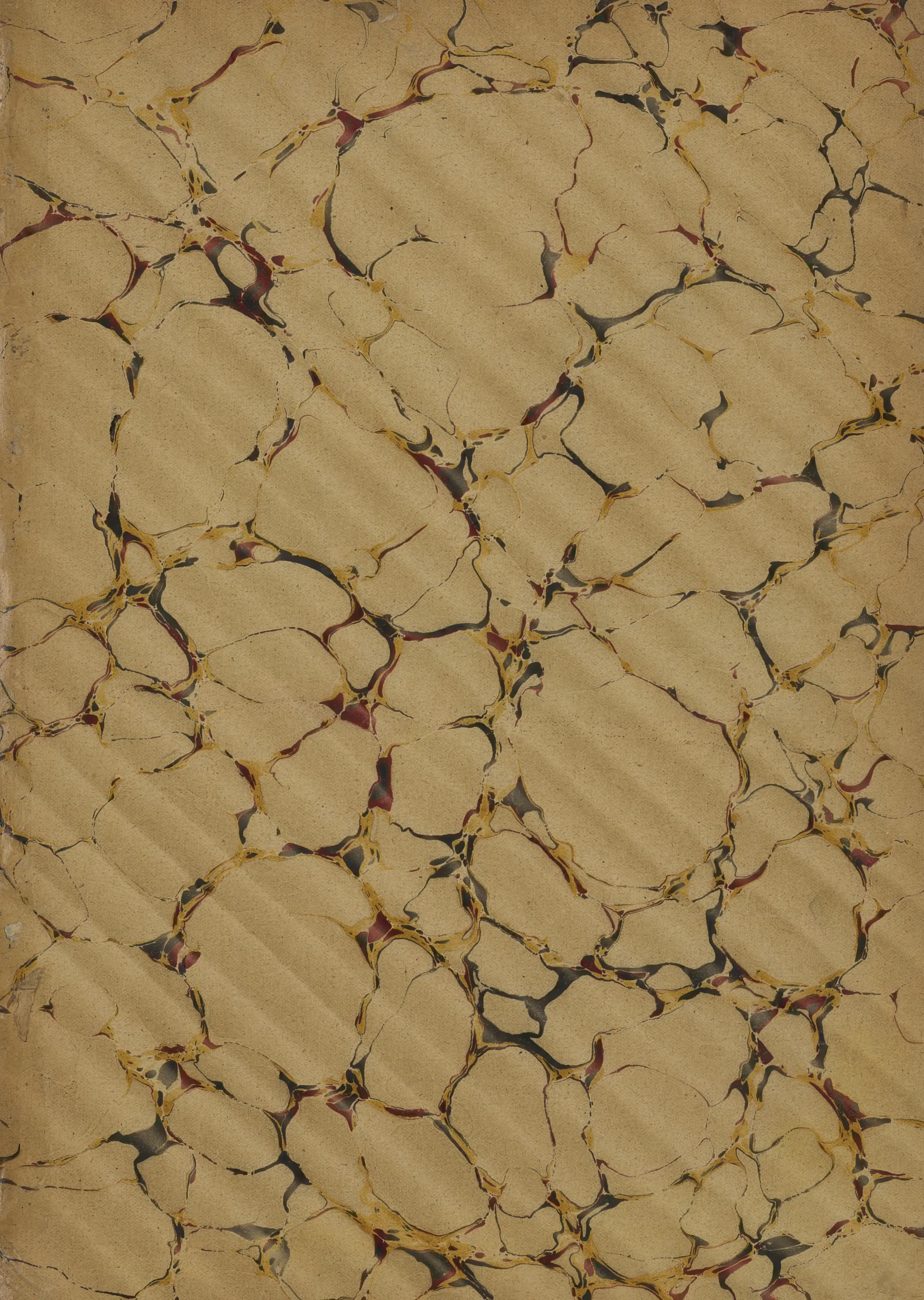






Léon Babonneix

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE F. LEVÉ

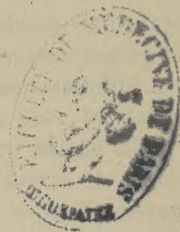
17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE



SOIXANTE-SEIZIÈME ANNÉE

1903

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1903

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

A NOS LECTEURS

En entrant dans sa soixante-seizième année, la *Gazette des hôpitaux* est heureuse d'adresser ses meilleurs vœux à ses fidèles lecteurs.

Elle tient à les remercier de l'attachement que lui manifestent toujours ses anciens abonnés et de l'empressement que mettent nos jeunes confrères à venir à elle.

Devant le nombre toujours croissant des sociétés savantes, devant le prodigieux développement de la science médicale un journal de médecine sérieux ne peut pas avoir la prétention d'être universel, il peut avoir celle de publier ce qui *doit* être retenu.

C'est ce que nous continuerons à nous efforcer de faire, restant avant tout le journal du praticien qui veut être tenu au courant des progrès de la science, en même temps que le journal qui facilite le travail de l'étudiant.

Continuant d'apporter tous nos soins à nos Revues générales si appréciées, nous publierons comme par le passé d'importants articles originaux illustrés de nombreuses figures, des Cliniques et des « Médecine pratique », sans négliger les comptes rendus des principales sociétés médicales.

Nous donnerons aussi une place aux *questions d'internat* qui nous sont demandées par un très grand nombre d'étudiants.

Mais par-dessus tout nous prions nos lecteurs de nous conserver leur bienveillante collaboration. C'est en restant constamment en rapport avec eux et en tenant compte de leurs observations, comme nous nous sommes toujours efforcés de le faire, que nous ferons vraiment une œuvre utile.

La *Gazette des hôpitaux* n'a jamais eu d'autre but.

REVUE GÉNÉRALE

La stasobasophobie.

Par M. Paul Sainton, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

I

Le mot de stasobasophobie fut employé pour la première fois par MM. Debove et Boulloche en 1893 (1); ils rapportèrent sous ce titre, à la Société médicale des hôpitaux, l'observation d'un cas « offrant une certaine ressemblance avec l'agoraphobie, puisqu'il y avait impossibilité de traverser des espaces découverts..., mais de plus, le malade ne pouvait ni se tenir debout, ni marcher même dans un espace limité ». Depuis, cette dénomination a été adoptée par la plupart des auteurs pour désigner la paralysie fonctionnelle systématique de la station et de la marche, survenant sous l'influence de l'émotion obsédante de ne pouvoir accomplir ces deux actes.

II

Historique. — Auparavant, déjà, des faits analogues avaient été déjà signalés. Magnan, en 1885, publia l'observation d'une femme alcoolique ne pouvant se lever, ni s'asseoir, sans éprouver de l'angoisse. Quelque temps après que Charcot eut décrit l'astasie-abasie, Otto Binswanger (d'Iéna), 1890, avait fait la critique des idées du grand neurologiste français et insisté sur les troubles émotionnels accompagnant le syndrome moteur. Thyssen, la même année, dans une communication au Congrès de Berlin, opposait le syndrome de Charcot au syndrome de Binswanger. Bouveret dans son *Traité de la neurasthénie* cite des cas analogues et les désigne sous le nom de stasophobie. En 1891, Seglas publiait, sous le nom d'astasie-abasie émotive, un cas de l'affection que nous étudions. Knapp en Angleterre faisait nettement la séparation entre l'astasie-abasie avec angoisse et l'astasie-abasie sans angoisse. Blocq, dans son livre sur les troubles de la marche » admet, à côté de l'astasie-abasie, les dysbasies émotives de Binswanger et Séglas, les dysbasies abouliques (ananabasie de Régis).

Après la communication de Debove et Boulloche, Rendu, Ballet citèrent des observations analogues ; en 1897, Ballet

(1) Bouveret, dans son livre sur *La neurasthénie*, emploie le premier le terme de stasophobie : le mot de stasobasophobie a prévalu ; il désigne en effet d'une façon plus explicite le syndrome, la marche et la station debout étant toujours troublées simultanément chez les sujets.

publiait une leçon où il admettait à côté de l'astasie-abasie hystérique de Charcot « une abasie émotive ou stasobasophobie, évoluant sur un terrain de névropathe ou de neurasthénique ». Gélineau (1894-1898) dans son livre sur les peurs-maladies et sur les atasiques-abasiques donne de nouveaux faits, Raymond et Janet dans leurs intéressantes leçons sur les névroses et les idées fixes insistent sur le rôle de l'idée émotive et obsédante comme facteur de paralysies systématiques de la marche.

Jusque-là la stasobasophobie était envisagée comme un syndrome primitif et isolé; quelques années plus tard Grasset, Hirschberg, Hartenberg, Parisot (de Nancy), Mirallié (de Nantes) montrèrent qu'elle peut coexister avec des lésions organiques du système nerveux et qu'elle peut ainsi imprimer une physionomie spéciale aux troubles moteurs chez les hémiplégiques, les tabétiques, les sujets atteints de sclérose en plaques.

Enfin au XI[e] Congrès de médecine des aliénistes et neurologistes, Dupré, faisant la synthèse des travaux antérieurs et s'appuyant sur des observations personnelles, résume les principaux traits de l'affection qui nous occupe; son élève Paul Delarue soutient une thèse importante sur le même sujet, en envisageant la question à tous ses points de vue : nous lui avons fait de larges emprunts. Récemment (1[er] mars 1902), le professeur Debove prenait la stasobasophobie pour sujet d'une de ses leçons cliniques et en publiait un cas curieux.

III

Étiologie. — La stasobasophobie est loin d'être une affection exceptionnelle, nous avons pu en observer cinq cas en un an dans un service d'hôpital. Comme le dit Dupré, c'est un syndrome fréquent qui passe souvent inaperçu. Elle se rencontre presque toujours chez l'adulte; l'observation de Ballet qui concerne un enfant de sept ans est à peu près isolée. Delarue considère que l'âge moyen auquel elle apparaît est aux environs de cinquante ans; le plus jeune de ses malades avait trente-huit ans. D'après nos observations personnelles, la basophobie n'a point de prédilection pour un âge déterminé, elle évolue le plus souvent dans la période qui s'étend de vingt à soixante ans; l'un de nos malades avait dix-huit ans, le plus avancé en âge était un vieillard de soixante-huit ans. Les conclusions de Delarue tiennent sans doute à ce qu'il a observé un nombre relativement grand de basophobies secondaires survenues chez des sujets atteints depuis longtemps d'affection nerveuse.

Notre statistique, qui porte sur sept malades, ne nous amène point non plus, en ce qui concerne l'influence du sexe, aux mêmes résultats que Delarue. Cet auteur, sur 16 observations, en cite 7 chez les femmes et 9 chez les hommes; sur nos 7 malades on compte 6 femmes et 1 homme. En additionnant les deux statistiques, nous voyons que, sur 23 cas, l'affection s'est montrée chez 9 hommes et chez 14 femmes. De ceci que doit on conclure? C'est que le rôle étiologique du sexe est médiocre; cependant, en raison des circonstances qui président à l'éclosion de la stasophobie, surtout de la stasobasophobie primitive, elle semble devoir être un peu plus fréquente chez la femme.

Les conditions étiologiques de la maladie varient suivant les cas ; pour que leur étude soit complète, il faut envisager successivement : 1° les causes qui la déterminent; 2° les causes qui en favorisent l'apparition.

I. *Causes occasionnelles.* — Le rôle de la *suggestion* et surtout de l'autosuggestion n'est point douteux; une malade de M. Dupré, avertie de complications possibles à la suite de la diphtérie, devient basophobe. Chez une malade du professeur Debove, un avertissement analogue eut le même résultat; cette femme venait d'être traitée à la Maison Dubois pour une diphtérie et se portait parfaitement bien, quand elle fit la rencontre d'une infirmière qui l'avait soignée, cette dernière la félicita chaudement de sa bonne santé et lui apprit en même temps qu'elle aurait pu avoir des paralysies et « souffrir beaucoup ». Peu de temps après, la malade, voulant monter en omnibus, sentit ses jambes s'effondrer et ne put marcher seule ensuite.

L'*imitation* joue le même rôle que la suggestion, Gélineau l'a surprise dans trois cas familiaux. Le Grix signale un fait où son action est évidente.

D'autres fois c'est une *émotion violente* qui est la cause occasionnelle du trouble moteur; une de nos malades vit son enfant tomber à l'eau et se noyer sous ses yeux, elle fut incapable de rentrer chez elle et dut être ramenée en voiture à son domicile; chez une autre, ce fut la perte d'un parent qui détermina l'accès. Chez un hémiplégique, dont l'observation est due au professeur Grasset, la basophobie empira à la suite d'une discussion.

Parfois la cause déterminante échappe; chez une femme du service de M. le professeur Debove, l'accès fut soudain, brutal, comme celui d'une attaque d'apoplexie hystérique; aucune cause ne put être invoquée; une attaque antérieure avait eu une même allure.

La stasobasophobie, au lieu d'être primitive, peut être secondaire et se juxtaposer à des lésions organiques. Tantôt la lésion est légère, une sciatique localisée au point de l'émergence du nerf, une hémarthrose traumatique avec contusion des masses musculaires avoisinantes ont été, chez deux de nos malades, le point de départ du syndrome angoissant. Tantôt la lésion est plus grave; il s'agit alors d'une affection chronique du système nerveux : tabes (Parisot), sclérose en plaques (Hartenberg), hémiplégie (Grasset, Mirallié), amyotrophie type Charcot-Marie (1), ou d'un rhumatisme.

II. *Causes prédisposantes. Le terrain névropathique.* — Telles sont les causes occasionnelles de la maladie; les causes profondes et véritables en doivent être cherchées dans le terrain sur lequel elle évolue. Nombre d'hémiplégiques, de tabétiques ont des troubles fonctionnels de la marche très accentués et ne sont point pour cela basophobes. La neurasthénie a été mise en cause par Neftel, Binswanger, Bouveret, Séglas, Debove, Grasset et Mirallié, Dupré; l'hystérie par Neftel, Gélineau, Ballet, Delarue. Il est certain que la

(1) Soca (de Montevideo) publie un cas d'atrophie Charcot-Marie avec « astasie-abasie ». Il suffit de lire l'observation pour se rendre compte qu'il s'agit bien de stasobasophobie : « Si je commandais à ma malade, dit cet auteur, de rester debout immobile, elle s'affaissait immédiatement et brutalement, elle ne pouvait rester debout un quart de seconde, et elle s'affaissait comme si elle était inerte, comme si ses jambes étaient subitement frappées de paralysie, *ce qui est déjà étonnant pour une personne qui conserve assez de force aux jambes. Cependant si on permettait à la malade de s'appuyer sur les fers du lit avec le bout d'un doigt, avec le bout du petit doigt, sans y mettre le moindre effort, il lui suffisait de se savoir ou plutôt de se croire soutenue pour rester debout très solide et très ferme et cela même avec les yeux fermés.* » Quoique l'angoisse ne soit point décrite, il ne saurait y avoir de doute sur la question de savoir qu'il s'agit d'une stasophobie et non d'une astasie-abasie.

présence de la grande névrose ne saurait être niée chez certains basophobes; mais il est un point sur lequel les auteurs n'ont point assez attiré l'attention, c'est l'alternance de certaines manifestations hystériques avec la basophobie. Chez une de nos malades, les troubles de la marche succédèrent à une attaque de grande hystérie suivie de chorée saltatoire; chez une autre, elle fit suite à des hématémèses de nature hystérique.

Delarue range encore parmi les causes prédisposantes la névropathie; à ce terme un peu vague, nous préférons celui de dégénérescence mentale. Dupré, parmi ses malades, signale deux psychasthéniques dégénérés; parmi les nôtres, la plupart en avaient les stigmates mentaux. La femme, qui fait l'objet de la clinique de M. le professeur Debove, eut à seize ans des troubles psychiques désignés par le nom de maladie de langueur; elle aimait à s'isoler et pleurait souvent. Elle eut même de la dépravation du goût; bien que nourrie d'une façon satisfaisante, elle aimait à manger du charbon de bois, des grains de café; l'impulsion était tellement irrésistible qu'on dut l'enfermer dans une chambre pour qu'elle ne satisfît point ces appétits bizarres. Une autre de nos malades était sujette à des phobies multiples : peur de monter en voiture, peur d'être seule dans l'obscurité, terreurs anxieuses à l'idée qu'il pouvait arriver malheur à l'un des siens sorti pour faire une course : elle avait d'ailleurs en même temps des stigmates physiques de dégénérescence. Un autre sujet était un débile; chez deux autres, un appoint alcoolique s'ajoutait à la tare dégénérative.

IV

Symptômes. — La stasobasophobie revêt des types cliniques différents; il faut distinguer : 1° une *forme simple* dans laquelle le syndrome est isolé à l'état de pureté et dans laquelle l'appareil locomoteur n'est lésé dans aucune de ses parties; 2° une *forme associée* dans laquelle le syndrome se surajoute à une lésion des muscles, des articulations, du système nerveux central et périphérique.

A un autre point de vue, on peut considérer une *forme continue*, dans laquelle le syndrome survient toujours à l'occasion de la station debout et de la marche; une *forme intermittente* ou plutôt *par accès*, dans laquelle les phénomènes morbides n'apparaissent que par crises et souvent dans des conditions toujours identiques.

Mode de début. — Il est le même, quelle que soit la forme clinique. La stasobasophobie peut débuter de deux façons : tantôt le début est insidieux, lent et progressif; il est précédé d'accés d'agoraphobie provoqués par des espaces de plus en plus rétrécis. C'est le cas de la malade dont MM. Debove et Boulloche ont publié l'observation; il en est de même du malade de Grasset. « Au début, c'est sur les places un peu larges que notre homme ne pouvait marcher sans angoisse, c'était de l'agoraphobie. Puis les espaces difficiles ou impossibles à franchir se sont rétrécis. Aujourd'hui même la rue elle-même, le trottoir sont devenus inabordables. » Tantôt l'affection survient brusquement; Delarue estime que les débuts subits sont rares et « alors ne sont brusques qu'en apparence ». Parmi les malades que nous avons observés, certains ont été pris brusquement; il est cependant juste d'admettre que la plupart avaient médité leur crise et que l'idée angoissante, plus ou moins consciente, avait germé dans leur esprit avant que l'impotence fonctionnelle se fût révélée.

Période d'état. — Quand la maladie est constituée, voici quels sont les symptômes que l'on constate, nous prendrons pour exemple une forme continue et simple.

Si l'on examine le malade couché, et si on lui fait exécuter quelques mouvements des membres inférieurs, on voit que ceux-ci s'accomplissent facilement et avec une certaine force; parfois cependant les sujets se plaignent d'un peu de lourdeur de la jambe. Le sens musculaire est intact, la coordination est parfaite; les réflexes patellaires et achilléens sont habituellement normaux, ils peuvent être diminués, abolis ou même exagérés, sans que l'on puisse déceler chez les sujets aucune affection organique susceptible d'expliquer ce trouble de la réflectivité.

Les malades peuvent s'asseoir dans leur lit; il nous est arrivé cependant d'observer une malade qui déclarait ne pouvoir s'asseoir et restait étendue sur le dos; il fallut l'asseoir dans son lit pour lui prouver la possibilité pour elle de garder une telle position; elle éprouvait la même répugnance à s'asseoir dans un fauteuil (1) et se plaignait d'asthénie légère.

Lorsque l'on veut faire tenir le malade debout ou lorsqu'on veut le faire marcher, le tableau clinique change : le malade déclare qu'il est dans l'impossibilité absolue d'exécuter ce qu'on lui demande. Si, après force exhortations, on le décide à tenter tout au moins l'expérience, il se plaint d'une sensation de lourdeur et de faiblesse dans les jambes et ne tarde pas à s'affaisser, il est alors impossible d'obtenir de lui aucun mouvement et il faut le hisser dans son lit, comme une masse inerte (*type paralytique*).

D'autres fois, et c'est surtout quand l'affection commence à évoluer vers la guérison, que l'on peut bien constater les caractères particuliers de la démarche; la marche est possible pendant quelques pas, à condition que le malade soit un peu soutenu. Elle s'exécute d'une façon variable, suivant les sujets.

Parfois, comme chez la malade de M. le professeur Debove, « elle est hésitante, un peu festonnée, avec des arrêts à chaque pas, » les jambes écartées; elle ressemble à la démarche cérébelleuse (*type cérébelleux*). Tantôt, elle est spasmodique et s'accompagne d'un léger degré de contracture; elle ressemble à celle des individus atteints de myélite transverse (*type spasmodique*).

D'autres fois elle ressemble à celle des tabétiques et revêt le *type ataxique;* enfin il peut y avoir coïncidence de la parésie et de l'ataxie.

Le saut, la course, la marche à quatre pattes sont impossibles.

Pendant la station debout ou la marche, le facies et l'attitude du malade expriment la terreur et l'angoisse; il est agité d'un tremblement général, le visage est pâle, puis congestionné, enfin baigné d'une sueur froide; les yeux sont baissés vers le sol, comme s'il allait subitement se dérober sous les pas du sujet.

La respiration est pénible, accélérée, haletante, avec sensation de dilatation de la poitrine, le pouls est fréquent et

(1) Tout récemment (Société de neurologie de Paris, 7 novembre 1901), Haskerec (de Prague) a décrit sous le nom d'*akathisie* (α priv., καθίζω, je m'asseois), un syndrome singulier qu'il compare à la forme trépidante de l'astasie-abasie, et qui consiste en une série de mouvements automatiques, forcés et involontaires, se produisant quand le malade s'asseoit. Ils sont tellement fréquents qu'ils rendent impossible la position assise et forcent le sujet à rester debout. Rien de semblable n'a été observé chez les basophobes.

petit. Le malade accuse une sensation de lourdeur au niveau de l'épigastre ou de la région précordiale. Parfois il pousse des cris et des gémissements, appelant à son secours, il peut même être pris d'un état lipothymique avec tendance à la syncope. Tout cesse immédiatement quand le malade est au lit.

Habituellement les sujets décrivent très bien leur état d'anxiété et sont même plutôt prolixes à ce sujet; dans certains cas, celui-ci paraît exister, sans que le malade en ait la notion bien exacte; il en était ainsi chez une de nos malades, jeune fille de dix-huit ans qui présentait tous les signes objectifs de l'angoisse : dyspnée, accélération du pouls, sueurs froides, sans qu'elle accusât aucune sensation désagréable. Chez un malade dont l'observation a été publiée par Hallion et Charcot, sous le nom de « dysbasie d'origine nerveuse », il semblait exister une « émotion subconsciente » (Delarue).

Cet état d'angoisse ne peut être vaincu par le malade, quelque désir qu'il en ait; il lui suffit parfois d'un soutien insignifiant, tel que d'être appuyé sur un seul des doigts d'une personne étrangère, pour voir son angoisse diminuer; si au contraire on l'abandonne au milieu de son chemin, l'angoisse augmente, le sujet pousse des cris, appelle à son secours et s'il se trouve obligé de regagner seul son lit, il marche plié en deux, arcbouté après tous les objets susceptibles de lui fournir un point d'appui, n'abandonnant celui-ci qu'après s'être assuré d'un autre point de soutien; parfois même il se laisse glisser lentement le long d'un mur, ne quittant pas un instant le sol, traînant les pieds l'un après l'autre et manifestant les signes de la plus vive frayeur; d'autres fois, enfin, il s'affaisse, ne voulant pas abandonner sans aide l'endroit où il est tombé et refusant de faire aucune tentative pour regagner son lit.

D'ailleurs l'idée seule de la marche suffit pour provoquer chez le malade une crise d'angoisse, avant qu'il ait fait aucune tentative. Une grande joie peut faire cesser momentanément les symptômes.

Marche. Durée. Terminaison. — Le plus souvent la forme continue n'a aucune tendance spontanée à la régression. Elle peut donc évoluer pendant très longtemps si aucune action thérapeutique n'intervient. Jamais le syndrome ne disparaît brusquement; parfois il fait place à l'agoraphobie, assez souvent il guérit par le traitement quand le sujet se trouve dans des conditions favorables. Nos malades ont tous été améliorés, sauf dans un cas; il n'en est pas toujours ainsi; car Delarue considère cette terminaison heureuse comme assez rare.

La durée est plus ou moins longue : Rendu a obtenu une guérison en quinze jours par suggestion; il nous a fallu en moyenne un mois et demi à quatre mois pour obtenir ce résultat.

V

Formes cliniques. — Forme simple par accès. — Elle diffère notablement de la forme qui vient d'être décrite. Le malade marche habituellement bien, sans difficulté, quand il s'arrête brusquement et ne peut avancer. La phobie ne se manifeste point continuellement. Ladame a publié, en 1890, un cas qui paraît rentrer dans cette variété très rare : il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans qui est pris d'accès de vertige, et d'angoisse avec pâleur de la face, et de sentiment de défaillance en marchant; il reste alors comme « cloué sur place et trépignant sans pouvoir avancer... S'il forçait et voulait continuer à se tenir debout, il ne tarderait pas à se laisser choir. S'il tente de marcher encore, les pieds trépignent sans se détacher du sol comme si le malade était atteint de paraplégie spasmodique ».

Forme associée. — Quand la basophobie accompagne une lésion organique (hémiplégie, tabes, sclérose en plaques), elle ne se présente point sous le même aspect que la forme simple, puisque l'on constate les signes de la lésion organique concomitante. Il y a simplement disproportion entre les symptômes organiques et les troubles dynamiques.

La variété par accès y est assez fréquente; l'accès alors se produit toujours dans les mêmes conditions. L'hémiplégique de Grasset marchait bien chez lui; quand il sortait dans la rue la basophobie apparaissait; quand il éprouvait une angoisse dans un endroit donné, il ne pouvait plus ultérieurement franchir cet endroit. Rien n'est plus curieux que le récit, fait par Mirallié, des accès de son malade pour monter son escalier; nous le citerons en entier parce qu'il est tout tout à fait expressif et donne une idée exacte de l'état du sujet : « Pour se rendre à sa chambre à coucher, dit Mirallié, le malade a à traverser un couloir et à monter un escalier dont les marches sont larges et peu élevées : cet escalier présente deux angles droits séparés par un palier où sont situées deux marches. Chaque soir le malade traverse assez facilement le couloir, monte les deux premières marches de son escalier et arrive au premier tournant; à ce moment jamais plus tôt, jamais plus tard, le malade s'arrête dans l'impossibilité absolue d'avancer : l'angoisse est extrême et oblige le patient à s'asseoir : au bout de quelques minutes l'angoisse se calme, le malade reprend sa marche et monte sans difficulté le reste de l'escalier. »

Dans la forme associée, le pronostic et la durée sont singulièrement plus graves que dans la forme simple; l'idée obsédante est entretenue par l'état organique sous-jacent.

Formes frustes. — Comme le dit le professeur Ballet, la stasobasophobie a ses degrés. Les auteurs qui l'ont décrite avaient surtout en vue le trouble moteur; il n'en est pas moins vrai que dans certains cas le syndrome se réduit à sa plus simple expression : l'angoisse de tomber ou de ne pouvoir avancer, sans trouble moteur bien évident.

G. Ballet rapporte à ce sujet l'histoire curieuse d'un médecin éminent qui fut, « pendant plusieurs années, torturé par la basophobie sans que personne, sauf un ou deux de ses collègues à qui il s'en est ouvert, se soit douté de ses angoisses. Il faisait avec ponctualité son service à l'hôpital, mais il avait soin, soit en montant à ses salles, soit en les parcourant, de chercher autour de lui des points d'appui dont il avait l'expérience et dont la présence suffisait à rassurer son esprit préoccupé et inquiet. Il montait sans trop de peine la moyenne des étages que monte à Paris un médecin occupé, la rampe de l'escalier lui servant de garantie plutôt que d'aide, mais il hésitait dans la rue à traverser le moindre trottoir. Il n'acceptait de consultation en province qu'à la condition formelle d'avoir la certitude de trouver une voiture à la descente même du train. Un jour où, par suite de réparation de la route, il lui fallait aller à une centaine de mètres rejoindre le véhicule qui l'attendait, il fut pris d'une angoisse telle qu'il préféra reprendre le chemin de fer et rentrer à Paris. Il est bien vraisemblable que, s'il eût voulu vaincre sa phobie, les troubles moteurs auraient apparu. Nombre de sujets qui marchent assez bien, sont

pris de la crainte de voir leurs jambes se dérober sous eux. Contrairement aux agoraphobes, leur crainte se manifeste parfois au milieu d'une foule.

Il y a donc des formes frustes de la stasobasophobie dans lesquelles la dysbasie fait défaut ou tout au moins ne se révèle que par des phénomènes de parésie, sans que la chute s'ensuive.

VI

Nature de la stasobasophobie. Distinction avec l'astasie-abasie. — Il importe avant d'entrer dans l'étude de la pathogénie de la basophobie de bien montrer quels sont les traits qui la distinguent de l'astasie-abasie.

Blocq qui étudia l'astasie-abasie sous l'inspiration de Charcot la définit : « un état morbide dans lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des membres inférieurs. » Il s'agit pour lui d'un syndrome autonome, dans lequel il y a une influence « d'arrêt portant son action sur le centre cortical de la station ou de la marche ». Il le compare à l'anesthésie systématisée, portant non point sur toutes les sensations d'un sens donné, mais sur un groupe de sensations formant système. Il y aurait, dans l'astasie-abasie, absence des représentations mentales qui concernent la marche, tandis que celles qui se rapportent aux modes de progression ou aux mouvements généraux des membres, persistent intactes. En un mot il s'agit d'une akinésie psychique systématisée.

Sollier considère l'astasie-abasie comme une variété d'amnésie ; pour que le mouvement automatique de la marche ne s'accomplît pas, il suffirait, d'après lui, que l'excitant initial, le contact du sol avec la plante du pied, n'éveille pas le souvenir du premier mouvement élémentaire. Alors même que les autres centres associés pourraient être mis en action, c'est-à-dire quand bien même le souvenir des autres mouvements élémentaires pourrait y être éveillé, la marche ne serait pas possible.

Quelle que soit la théorie que l'on adopte pour expliquer le fait, l'astasie-abasie ne serait qu'un trouble de représentation mentale ou de mémoire.

Dans la stasobasophobie, au contraire, le substratum du trouble de la marche est un phénomène émotif. Les sujets s'en rendent compte et l'expriment parfois sous une forme imagée ; une malade de M. le professeur Debove disait être prise « d'une frousse du diable » à l'idée de se tenir debout et de marcher ; elle était anxieuse pendant l'heure qui précédait le moment de la visite, à l'idée qu'on pourrait lui faire exécuter quelques pas. D'ailleurs cet état d'angoisse se traduit par tous les signes extérieurs de celle-ci : accélération du pouls, sueurs froides, etc.

La stasobasophobie a donc sa place parmi les troubles psychiques qui ont l'angoisse pour origine. Faut-il la faire rentrer parmi les symptômes de la névrose d'angoisse de Freud ? Sous ce nom, l'auteur a décrit, en 1895, une affection autonome qu'il considère comme distincte de la neurasthénie, caractérisée par une irritabilité nerveuse générale, un état chronique d'attente anxieuse, des crises angoissantes ou des équivalents de crises (états larvés d'angoisse de Hecker) consistant en troubles cardiaques, troubles respiratoires, troubles digestifs, vertiges, paresthésies, phénomènes musculaires, phénomènes sécrétoires, troubles urinaires, des phobies et des obsessions. Elle aurait, pour Freud, une origine exclusivement sexuelle, tandis que, pour Hartenberg, elle pourrait se montrer à la suite de tout choc moral.

L'entité morbide de Freud est loin d'être universellement admise ; nous nous contenterons donc de ranger la basophobie parmi les obsessions ; dans la classification adoptée par Pitres et Régis, elle prend place parmi les physiophobies, c'est-à-dire parmi les phobies survenant à l'occasion de fonctions, états et actes physiologiques à côté de l'éreutophobie, de la logophobie, etc. C'est une phobie systématisée, le plus souvent accidentelle, et revêtant une évolution aiguë. D'ailleurs les malades chez lesquels elle apparaît sont souvent des panophobiques et ont d'autres obsessions.

Quant à sa cause intime, elle est celle des obsessions en général ; certains, avec Magnan, Kraft-Ebing, pensent qu'un terrain préparé est indispensable à leur éclosion, il s'agirait d'un trouble dégénératif constitutionnel, d'une tare névropathique, « transmise par voie dégénérative des parents aux enfants. » Pitres et Régis croient qu'elle constitue un phénomène purement accidentel. Nous n'avons point à prendre parti dans cette discussion.

Le trouble moteur que l'on constate chez les basophobes est variable ; les uns ont une démarche spasmodique, d'autres une démarche cérébelleuse, d'autres enfin une démarche ataxique ; les derniers sentent leurs jambes se dérober sous eux. Le mécanisme dans tous les cas est le même, la paralysie fonctionnelle systématique se développe sous l'influence de l'angoisse, le mode de réaction seul varie suivant les sujets : de là, ces types variés de démarche (1).

VII

Diagnostic. — Il est en général assez facile et la confusion avec une paraplégie organique ne peut persister pendant très longtemps.

On peut être tenté, lorsque l'on voit ces malades pour la première fois, de croire à la simulation et, de fait, un sujet, que nous avons observé, essaya de simuler le symptôme de la basophobie ; mais il n'existait chez lui aucun des phénomènes physiques de l'angoisse ; il n'avait pas trace d'accélération du pouls et d'ailleurs une surveillance continue et bien faite permet facilement d'éviter cette erreur.

La distinction avec l'*astasie-abasie* est facile à faire par l'absence du sentiment d'angoisse ; cependant chez certains sujets, celle-ci peut n'être pas accusée nettement par les sujets, mais alors il suffit souvent d'une aide insignifiante faisant croire au malade qu'il est soutenu pour que la marche redevienne plus facile. Un point qui distingue complètement l'astasique-abasique du basophobe est la possibilité pour le premier de se livrer à des exercices autres que la marche et plus difficiles. Certains sujets ne peuvent marcher, mais courent, dansent, sautent à cloche-pied avec aisance, marchent à quatre pattes, grimpent sans difficulté. Rien de semblable n'existe chez le basophobe ; il nous a

(1) Nous ne voulons point entrer ici dans la question complexe et discutée des phobies en général. Depuis que ce travail a été écrit, des publications intéressantes ont été faites sur ce sujet ; nous nous bornerons à citer les deux opinions récemment émises : Janet sous le nom de psychasténie semble décrire un état voisin de la névrose d'angoisse de Freud ; Londe, avec Brissaud, insiste sur les raisons qui militent en faveur de l'angoisse, phénomène bulbaire. Les états anxieux ont fait l'objet d'un rapport de Lalaume au XII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français.

toujours été impossible de faire marcher ou sauter un de ces sujets, car pour lui le sentiment de peur est proportionnel à la difficulté et l'angoisse existe aussi bien dans le saut que dans la marche.

Sous le nom d'*asthénie neuromusculaire*, Bouveret désigne une forme de neurasthénie plus fréquente chez la femme : les malades se plaignent de douleurs variées, sans que l'on trouve chez elles aucune lésion organique susceptible de les expliquer; elles se condamnent à l'immobilité complète et finissent par rester des mois et des années étendues sur une chaise longue et dans leur lit. Cet état s'accompagne de diminution de la personnalité morale; il est souvent entretenu par la persistance de soins trop empressés de l'entourage. Jamais les malades n'ont d'angoisse; elles se plaignent de fatigue énorme au moindre mouvement.

L'*akinesia algera* de Möbius est caractérisée par des douleurs se reproduisant à l'occasion des mouvements; mais il n'y a ni anxiété, ni paralysie; les phénomènes douloureux semblent dus à des contractures partielles persistantes.

Telles sont les principales affections avec lesquelles on peut confondre la stasobasophobie lorsqu'elle est continue. Quand elle survient par accès, elle peut être prise pour de l'*agoraphobie*. Les deux variétés de syndrome peuvent se succéder d'ailleurs chez les mêmes sujets; ils ont tous deux pour base l'angoisse; mais tandis que dans la stasobasophobie, il y a paralysie systématisée de la marche et de la station debout, rien de tel ne se rencontre dans l'agoraphobie. C'est la peur des espaces vides; elle peut se produire lorsque le malade traverse une place déserte, une rue, un pont, etc.: la présence d'une personne accompagnant le sujet, le faible appui d'une canne la fait cesser. Il est incontestable qu'il existe une grande analogie entre ces deux états qui procèdent, cependant, d'une idée obsédante différente.

Il semble qu'il y ait place à côté de l'astasie-abasie et de la stasobasophobie pour une variété de dysbasie que l'on pourrait appeler *dysbasie aboulique* et dont Delarue cite dans sa thèse un exemple emprunté au livre de Ribot sur les maladies de la volonté. Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans qui ne pouvait marcher, quelque désir qu'il en eût; tous les efforts étaient vains. L'angoisse n'est point signalée parmi les sensations éprouvées par le malade; ce qui le distingue des basophobes. On peut se demander si l'anxiété chez lui n'était point subconsciente; on aurait alors eu affaire à une forme fruste de basophobie. Il n'est point sans intérêt de rappeler à ce propos que Ballet considère les basophobes comme des abouliques, en même temps que comme des phobiques.

On peut encore confondre la stasobasophobie par accès avec diverses autres affections. L'incertitude des mouvements qui se rencontre chez les sujets atteints de *maladie de Thomsen*, au moment de la mise en action des muscles, ne peut en imposer longtemps pour le syndrome dont nous nous occupons; l'impotence ne persiste point après que quelques mouvements d'assouplissement ont échauffé les muscles. Les spasmes fonctionnels, désignés sous le nom de *crampes des marcheurs*, comparables à la crampe des écrivains, cessent sous l'influence du repos. La *claudication intermittente ischémique* est constituée par des sensations pénibles dans les membres inférieurs et des contractures douloureuses forçant le malade à s'arrêter; elle s'accompagne de troubles circulatoires dans le segment atteint. La *méralgie paresthésique* est habituellement unilatérale; les sensations douloureuses se localisent dans le domaine du fémoro-cutané, elles apparaissent à la suite de fatigue.

Nous n'insisterons point sur le diagnostic de la forme ataxique avec le tabes ou la titubation d'origine cérébelleuse. Quand la stasobasophobie est associée à un état organique, il importe de faire le point de départ entre la lésion proprement dite et le trouble psychique surajouté. L'interprétation en est parfois délicate; facile dans la basophobie par accès, puisque l'on peut comparer la marche des malades au moment de la crise à la marche habituelle, elle est beaucoup plus grande quand la basophobie est continue. Il est possible cependant de s'en rendre compte; il suffit alors de fournir un appui parfois insignifiant au sujet pour voir les phénomènes diminuer d'une façon appréciable.

VIII

Traitement. — La stasophobie étant avant tout un syndrome psychique nécessite un traitement psychique.

Au premier rang des moyens à employer, il faut citer la *suggestion*; point n'est nécessaire dans la plupart des cas d'avoir recours au sommeil hypnotique, la suggestion à l'état de veille suffit. La démonstration faite au malade qu'il n'est point atteint de lésion irréparable, qu'il s'agit de troubles purement dynamiques, les encouragements à mettre en œuvre toute leur volonté, à vaincre l'angoisse dont ils sont saisis, échoue le plus souvent; il y a des cas où la raison est impuissante contre l'imagination, comme l'écrit Pascal : « Le plus grand philosophe du monde sur une planche plus large qu'il ne faut, s'il a au-dessous un précipice, quoique sa raison le convainque de sa sûreté, son imagination prévaudra. Plusieurs n'en sauraient soutenir la pensée sans pâlir et sans suer. »

Parmi les moyens susceptibles de frapper vivement les malades, le procédé classique à l'aide de la suggestion médicamenteuse a quelque chance de réussir; Dupré s'est contenté de prescrire des pilules de mica panis, vantant leur puissance thérapeutique; chez deux de nos malades les pilules de bleu de méthylène ont produit l'effet souhaité. Les frictions, les applications locales, l'électricité faradique, galvanique ou statique agissent dans le même sens, en frappant l'imagination du sujet.

Chez nombre de malades, ces suggestions ne suffisent plus, il faut avoir recours à un autre mode de traitement et mettre en œuvre les procédés de la *rééducation*; dans le cas particulier, quoique la technique soit identique, le mode d'action diffère; au lieu de rééduquer les malades, on se propose de supprimer l'angoisse par l'habitude. La façon de procéder est, à quelques détails près, celle qui est notée chez les ataxiques. Les exercices consisteront à faire tenir le malade debout, immobile pendant quelques secondes, puis à le faire marcher soutenu sous les bras par deux personnes, puis par une seule, ensuite simplement guidé du doigt; enfin il marchera, suivi à faible distance par une personne prête à le secourir. On enlèvera ce dernier appui et on abandonnera le basophobe à lui-même. Il peut être nécessaire d'habituer le sujet à monter et descendre les marches d'un escalier. Pendant tous ces exercices il est très important que le stasophobique soit à l'abri d'une chute éventuelle; celle-ci lui ferait perdre tout le bénéfice des acquisitions antérieures, en évoquant de nouveau la crainte. Cette véritable gymnastique n'est nécessaire que dans des cas graves et chez des sujets d'une émotivité extrême; aussitôt

que le malade a pu faire quelques pas sans aide, on peut voir son assurance revenir; les progrès alors sont très rapides. En somme ces malades sont tout à fait comparables aux enfants qui hasardent leurs premiers pas et instruits par l'expérience d'une chute inopportune ont la démarche oscillante et inquiète.

Comme le fait très justement remarquer Hartenberg (la névrose d'angoisse), il est nécessaire que les exercices soient accomplis par le malade à son insu : « On ordonnera au malade, dit-il, un traitement dans lequel il a confiance et au bout duquel on lui promet la guérison certaine de sa peur. Puis un jour, sans qu'il soit prévenu à l'avance, on lui déclare après un examen complet qu'il est guéri et que sa peur n'existe plus. Comme il demeure sceptique en face de cette affirmation, on propose de faire l'épreuve sur-le-champ et on amène le malade dans les conditions où se produit la peur. Le plus souvent alors, il résiste. » Il faut alors l'autorité et l'insistance du médecin pour l'obliger à essayer les premiers pas.

Dans certains cas, à la rééducation, il faut joindre l'isolement ou plutôt le changement de milieu : les malades peuvent être influencés par des suggestions fâcheuses, qu'elles soient le fait de l'entourage, du médecin ou d'une personne étrangère. Il n'est point exceptionnel de voir des sujets basophobes pris pour des paraplégiques et « condamnés » par leur médecin, suivant l'expression consacrée. On conçoit combien de telles affirmations sont néfastes chez des timorés, prêts à interpréter toute parole dans un sens fâcheux. D'autres fois, l'entourage, impatient de voir le malade se rétablir rapidement, insinue que les soins donnés ne sont pas ceux qui conviennent, il ébranle la confiance dans le médecin et jette le doute dans l'esprit du sujet sur la réalité de son amélioration. C'est l'avantage de l'isolement d'arracher le malade à ses propres préoccupations hypocondriaques et aux préoccupations des siens et de le mettre sous la dépendance plus grande de celui qui le traite.

Dans les cas où la stasobasophobie n'est qu'un syndrome superposé à une affection organique, tabes ou sclérose en plaques, le succès du traitement sera moins sûr que dans les cas précédents; il ne faut point cependant oublier que l'ataxie paraît être exagérée chez les tabétiques par l'angoisse concomitante; à la période où la démarche peut occasionner des chutes, l'anxiété existe presque constamment. Quand la basophobie a eu pour cause initiale une douleur locale sciatique, arthrite, il est de toute évidence qu'il faut traiter l'algie primitive, attendre que la douleur ait disparu, pour tenter la rééducation.

Au traitement psychique, il faut joindre un régime convenable; certains demandent à être suralimentés comme les neurasthéniques. D'autres doivent être maintenus au régime lacté pendant quelque temps, pour supprimer toute autointoxication concomitante. L'une de nos malades ayant eu quelques traces d'albumine dans l'urine, dut être mise à la diète lactée, puis à un régime mixte; tous les écarts de régime furent suivis d'une aggravation des accidents de l'angoisse. C'est d'ailleurs une vérité banale que le rôle des intoxications d'origine digestive dans la production d'autres angoisses. C'est pour la même raison qu'il importe de surveiller de près le fonctionnement du tube digestif pendant le traitement.

L'hydrothérapie fait partie intégrante du traitement de la basophobie, comme des états nerveux semblables; les douches écossaises sont généralement mieux tolérées par les sujets pusillanimes que les douches froides.

La médication interne consistera en l'emploi des toniques nerveux : les glycérophosphates, les lécithines, les préparations arsenicales et martiales, les sels de strychnine combattront la dépression nerveuse. Chez les insomniques, les irritables à l'excès, les valérianates et les bromures seront surtout indiqués. Ces agents thérapeutiques ne s'excluent d'ailleurs point et doivent être souvent usités, en même temps, chez de tels sujets dont les réactions vives ne sont que l'indice d'une faiblesse irritable du système nerveux.

Bibliographie. — Ballet. Soc. méd. des hôp. de Paris, 1893, et *Semaine méd.*, 1898, p. 9. — Binswanger (Otto). Ueber psychisch bedingte Storungen des Stehens und des Gehens, *Berlin. Klin. Wochens.*, mai 1890, nos 20 et 21. — Blocq. *Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses*, Bibl. Charcot-Debove, 1893. — Bouveret. *La neurasthénie*, 1891. — Debove et Boulloche. La stasobasophobie, Soc. méd. des hôp., 1893. — Debove. De la stasobasophobie (Leçon recueillie par M. Ferrand), *Journ. des prat.*, 1er mars 1902. — P. Delarue. *De la stasobasophobie*, Th. de Paris, 1901. — Dupré et Delarue. Stasobasophobie, XIe Cong. des alién. et neurol., août 1901. — Gélineau. *Des peurs maladives ou phobies*, Paris, 1894, et les *Déséquilibrés des jambes*, 1898. — Grasset. Basophobie ou abasie phobique chez un hémiplégique (hémineurasthénie post-hémiplégique), *Semaine méd.*, 15 août 1894, et *Traité des maladies du système nerveux*. — Hallion et Charcot. Quelques observations de dysbasie d'origine nerveuse, *Arch. de neurol*, fév. 1895. — Hartenberg. IXe Cong. des alién. et neurol., Angers, 1898, et La névrose d'angoisse, *Revue de méd.*, juin-juillet-août 1901. — Hirschberg. Traitement de l'ataxie dans le tabes dorsalis par la rééducation des mouvements, *Arch. de neurol.*, 1896. — Knapp. Astasia abasia, *Journ. of nerv. and mental diseases*, 1891, n° 11. — Ladame. *Arch. de neurol.*, 1891. — G. Lalaune (de Bordeaux), les états anxieux des maladies mentales. Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Grenoble (1er-7 août 1902). — Mirallié. IXe Cong. des alién. et neurol., 1898; — Parisot (de Nancy). *Id.* — Pitres et Régis. *Les obsessions et les impulsions* (Bibl. de psychol. expériment.), Paris, 1902. — Raymond et Janet, *Névroses et idées fixes*, t. II. — Rendu. Soc. méd. des hôp. de Paris, 1893. — Séglas. De l'abasie et de l'astasie émotive, *Médecine mod.*, 1891, n° 24, et *Leçons cliniques sur les maladies mentales* (Salpêtrière), 1887-1894. — Thyssen. *Arch. de neurol.*, 1891.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(30 décembre 1902)

Il y a deux réclamations à l'occasion du procès-verbal, l'une de M. Robin, qui se plaint que la communication qu'il a faite dans la dernière séance n'ait pas été reproduite par le Bulletin; l'autre de M. Laveran, qui se plaint d'y avoir lu une réponse que M. Gautier ne lui a pas faite au sujet de l'**arrhénal**.

M. Kelsch lit un rapport sur les **médicaments et objets de pansement** qui doivent être délivrés aux infirmeries des maisons centrales.

M. Porak a lu son rapport annuel au nom de la Commission de l'**hygiène de l'enfance**. Voici le résumé de cet important rapport.

M. Porak se borne à relever deux des nombreuses questions qu'il a étudiées dans ce rapport : la première a trait à l'efficacité de la loi Roussel, la deuxième à l'article 8 de cette loi.

L'efficacité de la loi Roussel reste démontrée :

1° Par le sentiment généralemeut exprimé par les médecins-inspecteurs de la protection de l'enfance et par les inspecteurs départementaux.

2° Par l'abaissement de la mortalité depuis vingt ans dans les départements qui reçoivent des nourrissons venant de Paris.

3° Par l'abaissement de la mortalité dans le service des enfants assistés, qui est tombée de 50 à 60 p. 100 à 20 p. 100.

Néanmoins, de la fin du premier mois à douze mois, la mortalité des enfants protégés, de zéro à un an, est presque le double de la mortalité générale des enfants du même âge. Il faut donc en conclure qu'il reste beaucoup à faire pour amender la loi Roussel.

Conclusions du rapport de la Commission de l'hygiène de l'enfance de 1901. — Vous êtes d'accord sur la nécessité d'introduire dans la loi des dispositions qui assurent l'assistance médicale gratuite aux enfants, l'assistance judiciaire aux nourrices, qui réorganisent les inspections médicales, qui les étendent aux enfants confiés à des gardes ou des nourrices non salariées ou des mères assistées, qui réglementent différemment la délivrance des certificats et la tenue des registres de service.

Les membres de la commission n'étaient pas d'accord sur l'interprétation et sur la portée de l'article 8 de la loi Roussel, qui impose aux nourrices sur lieu d'assurer à leur enfant l'allaitement pendant sept mois. Vous avez demandé qu'une enquête soit faite pour montrer les avantages et les inconvénients de cette exigence légale. Des statistiques fournies par le ministère de l'Intérieur nous permettent de répondre à cette question.

65 p. 100 des femmes qui accouchent à Paris ne peuvent pas allaiter leur enfant pour des raisons économiques, pathologiques ou organiques; 35 p. 100 des femmes peuvent allaiter leur enfant, mais 66 p. 100 ne peuvent pas l'allaiter plus de six mois. Il est donc nécessaire d'organiser l'allaitement artificiel.

L'allaitement mercenaire au sein est, d'autre part, une duperie. Si on compare la fréquence de l'allaitement au sein dans les divers départements français et si on le compare à la mortalité des enfants protégés dans ces divers départements, on reconnaît que d'autres facteurs que l'allaitement au sein doivent être recherchés pour expliquer la mortalité infantile.

Elle dépend, en effet, du mode d'alimentation, des saisons, des soins donnés aux enfants.

L'étude de cette étiologie conduit M. Porak à proposer de voter les conclusions suivantes :

L'enfant d'une femme qui se place nourrice sur lieu devra être allaité au sein, par sa mère ou par une autre femme, pendant trois mois, s'il est né en janvier, février, mars, juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre. Toutefois s'il est né en avril, mai, juin, il devra être allaité au sein par sa mère de préférence à une autre femme, pendant cinq mois.

Tout nourrisson devra être, sauf avis motivé du médecin-inspecteur, allaité pendant un an au moins.

Ces conclusions sont renvoyées à la Commission de l'hygiène de l'enfance.

L'Académie procède au renouvellement de son bureau : ont été élus à l'unanimité, M. Tillaux, vice-président; M. Motet, secrétaire annuel.

MM. Brouardel et Budin sont nommés membres du conseil.

Sont nommés membres de la Commission permanente des *épidémies* : MM. Chauffard et Leblanc; des *eaux minérales* : MM. Bourquelot et Sevestre; des *remèdes secrets* : MM. Bucquoy et Du Castel; de la *vaccine* : MM. Chauvel et Chantemesse; de l'*hygiène de l'enfance* : MM. Fernet et Ribemont-Dessaignes.

MM. Landouzy, Malassez, Pinard, Reclus, Marty et Riche sont nommés membres des commissions des correspondants étrangers et nationaux.

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1901 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Cazaux, médecin consultant aux Eaux-Bonnes.

2° *Médaille de vermeil à :* M. le docteur Forestier, médecin consultant à Aix-les-Bains.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Binet, médecin consultant à Saint-Honoré, et Lamarque (de Bordeaux).

4° *Rappel de médailles d'argent à :* M. le docteur Félix (de Bruxelles).

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Goudard (de Pau); Maurel (de Paris) et à M. Gauchery, interne des hôpitaux de Paris.

6° *Rappel de médaille de bronze, à :* MM. Bocquillon-Limousin, phormacien à Paris.

Service des Épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1900-1901 :

1° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Bertin (de Nantes); Blanquinque (de Laon); Chabenat (de la Châtre); Legée (d'Abbeville); Le Roy des Barres (de Saint-Denis) et Manouvriez (de Valenciennes).

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Foucault (de Fontainebleau); Gorez (de Lille); Pujos (d'Auch) et Rayer (des Andelys).

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs André (de Toulouse); Balestre (de Nice); Boquin (d'Autun); Comte, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Nancy; Ollé (de Saint-Gaudens) et Vergely (de Bordeaux).

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bergounioux, médecin-major de première classe, à l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé; Billet, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de la division de Constantine; Desgranges (de Marchenoir); Lecorre, médecin principal de première classe des troupes coloniales; Subercaze (de la Ferté-Alais) et Thierry et Bertail (d'Ancy-le-Franc).

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Baudin (de Besançon), Courtade (d'Outarville), Ficatier (de Bar-le-Duc), Frottier (du Havre), Legros (de Rochefort), Mathieu (de Vassy) et Ollivier, médecin-major de première classe des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Brault (d'Alger); Bussière, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Caillet (d'Amboise); Cauvet, médecin-major de deuxième classe au 12e cuirassiers à Lunéville; Cerné (de Rouen), Courgey (d'Ivry-sur-Seine), Guérin (de Blois), Leray (de Rennes), Mathé (de Paris), Ollivier (de Dinan), Pic (de Lyon), Prouff (de Morlaix), Salle, médecin-major de première classe, à l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé; Troyon (de Réthel) et Vassal, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, directeur du laboratoire de bactériologie à la Réunion.

7° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Alirol (du Puy), Blusson (de Larche), Bruncher (de Batna), Cassedat, médecin-major de première classe au 23e d'artillerie à Toulouse; de la Croix (de Lisieux), Evrard (d'Epernay), Gauthier (de Charolles), Lafforgue, médecin-major de deuxième classe au 86e d'infanterie au Puy; Levassort (de Mortagne), Lévy, médecin-major de première classe au 42e d'infanterie à Belfort; Mougeot, médecin du service local de la Cochinchine à Saïgon; Ott (de Lillebonne), Saint-Martin, médecin-major de deuxième classe au 150e d'infanterie à Verdun.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement, à la disposition de l'Académie de médecine, une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge, et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Paul Strauss (de Paris).

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Auvert, inspecteur départemental du Cantal, à Aurillac; Bec, inspecteur départemental du Vaucluse, à Avignon; Jacques Bertillon (de Paris); Chabenat, médecin de la protection de l'enfance, à La Châtre, et Clary, inspecteur départemental du Lot, à Cahors.

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Bouju, inspecteur départemental du Loiret, à Orléans; Chavanon, inspecteur départemental de la Charente-Inférieure, à La Rochelle, et Mazade, inspecteur départemental des Bouches-du-Rhône, à Marseille.

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Blanche (de Paris) et Desgranges, médecin de la protection de l'enfance, à Marchenoir.

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Benoist, inspecteur départemental du Morbihan, à Vannes; Marcel Bresset (de Paris); Hamel, inspecteur départemental de la Manche, à Saint-Lô; Lautré, inspecteur départemental de la Haute-Garonne, à Toulouse, et de Welling, à Rouen.

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Léon Dunême (de Paris), Levraud (de Saumur), Mazoyer (de Villefort), Raoul Mercier (de Tours), Moutier (de Paris), Suberbie (de Saint-Mandé).

7° *Rappel de médaille de bronze à :* M. le docteur Daubas, inspecteur départemental de Loir-et-Cher, à Blois.

Service de la vaccine. — *Prix et récompenses accordés à MM. les médecins et sages-femmes, pour le service de la vaccine en 1901.* — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

I. De partager le prix de 1000 francs, de la manière suivante : 600 francs à M. le docteur Gustave Martin, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales, à Phnom-Penh; 400 francs à M. le docteur Eugène Laffage, médecin de colonisation à Dra-el-Mizan (Alger).

II. *Des médailles d'or à :* MM. les docteurs Ch. Aune, médecin-major de deuxième classe, au 87e d'infanterie, à Saint-Quentin; G. Borne (de Paris); Victor Brochard, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales et Romary, médecin major de deuxième classe des hôpitaux de la division d'Oran.

III. *Des rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Bergasse, médecin-major de deuxième classe au 1er hussards à Valence; Cassedebat, médecin-major de première classe au 23e d'artillerie, à Toulouse; Casteret (de Toulouse), Ciando (de Nice), Ed. Jenot (de Dercy), Lafforgue, médecin-chef de l'hôpital de Tebessa; Georges Martin, médecin-major de deuxième classe, au 135e d'infanterie, à Angers, et Rouget, médecin-major de deuxième classe, attaché aux hôpitaux militaires de Bordeaux.

IV. *Des médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Boulet (de Saint-Didier-la-Séauve), Bussière, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Canabal (de Montevideo), Dorain (de Nantes), Frémicourt (de Jaulgonne), Gros, médecin de colonisation, à Rébeval; Hellel (de Clichy), Métin, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Morvan (de Pleyben) et Pouthiou, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales.

V. *Des rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Bossion, médecin de colonisation à Châteaudun-de-Rhumel; Courtade (d'Outarville); Fuzet du Pouget (de Casteljau), Le Guével (de Pont-l'Abbé), Pethiot (du Conquet), Poujol, médecin de colonisation à Aïn-Bessen (Alger); Trolard (d'Alger), et de Welling (de Rouen).

Mmes les sages-femmes Jauze (de Tarascon) et Marini (d'Ajaccio).

VI. *Des médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bachimont (de Nogent-sur-Seine); Bascoul (de Béziers); Blaise (de Paris); Boëll (de Baugé); Boquet (d'Angers); Camboulin (de Port-Saïd); Cart (de Paris); Cartille (de Dijon); Chapoutot (de Buxières-les-Mines); Clarac, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales; Contesse (de Lons-le-Saunier); Cornet (de Terrenoire); Couder (d'Alençon); Daday (de Bourg-d'Oisans); David (de Narbonne); Delavalle (de Sailly-sur-la-Lys); Destrem (de Paris); Fauré (de Laurens); Fuzerot, médecin de colonisation à Saint-Denis-du-Sig; Gaudeffroy (de Vatan); Gilbert-Petit (du Mans); Gilson (d'Angoulême); Gougis (de Romilly); Hérail (d'Arengosse); d'Hôtel (de Charleville); Hugues (de Loriol); Isoard (de Marseille); Janot (de Nogent-sur-Seine); Jourdan (de Vallauris); Labesse (d'Angers); Laboisne (de Chabanais); Lacroisade (d'Aigre), Laguerre (de Lavelanet); Lebel (de Janville); Lebrun (de Bar-sur-Aube); Lejonne, médecin-major de deuxième classe au 2e bataillon étranger à Cao-Bang; Loupias (de Salies-du-Salat); Mangin (d'Ablois); Manoël (de Toulon); Mauviez, médecin-major de deuxième classe à Madagascar; Mendiboure (de Saint-Etienne-de-Baigorry); Miquel (de Paris); Nogué (de Paris); Nutte (de Montrouge); Pitance (de Saint-Moreil); Raullet (d'Aumale); Régnault, médecin de la marine, à Toulon; Rosière (de Villefranche); Rouffiandis, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales; Springer (d'Alençon); Thiroux, médecin de première des colonies, directeur de l'Institut Pasteur de Tananarive; Ulmann (de Chester, Philadephie) et Weydenmeyer (de Bourges).

MM. Lereboullet et Monod, internes à l'hospice des Enfants-Assistés.

Mmes les sages-femmes Blondeau, hôpital d'Aubervilliers; Chauchet (de Châteaumeillant); Chaumont, hôpital d'Aubervilliers; Cocu (de Ploëmeur); Contraire (de Madiran); Faudout (de Verteillac); veuve Fournol (de Castillonnès); Hollandt (de Calais); Jaumard (de Mussidan); Laffont (de Grenade); Léger (de Savigny-en-Sancerre); veuve Manet (de Lourdes); Mengelle (d'Auch).

VII. *Des rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Aulas (de Firminy); Bascou (de Bouisse); Bonnecaze (de Courbevoie); Chabaud (de Nieigles); Chambay (d'Alençon); Courrent (de Tuchan); Crimail (de Nantes); Darbouet (du Boucau); Dourlens (de Bruay); Durand (d'Arcueil-Cachan); Fodéré (de Saint-Jean-de-Maurienne); Gagnière (de Bourgoin); Gaillard (du Creusot); Girard (de Cannes); Gouez (de Plougastel-Daoulas); Latour (du Puy); Michaux (d'Aubervilliers); Pachot (de Vincennes); Quéré (de Callac); Quintin (de Carhaix); Robin (de Pantin); Sage (de la Tour-du-Pin); Sanquer (de Morlaix); Schoull (de Tunis); Tariote (de Levallois-Perret); Tueffert (de Montbéliard); Vallat (de Vincennes); Vivier (d'Angoulême) et Yvon (de Paris).

Mmes les sages-femmes Aussourd (de Vierzon-Ville); Baudouin (de Vannes); Buckhardt (du Havre); Burelier (de Roanne); Carbonnet (de Tarascon); Chauffour (de Miramont); Debord et Dinard (de Bourges); Durvicq (de Pont-l'Évêque); veuve Grenier (de Lauzun); Iché, née Héral (d'Albi); Lafitte (de Salies-de-Béarn); veuve Le Bloaz (de Rostrenen); veuve Louis (de Ploëmeur); Noras (de Montceau-les-Mines) et Tarraube (de Tonneins).

VIII. *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Antelmy (de Carcès); Capdeville (d'Alforville); Foucras (de Moyrasès); Kanouy (de Tarascon); Legros (de Firminy); Lesueur (de Bernay); Mullois (d'Angers); Planel (de Beaumont); Samalens (d'Auch); Vassal (de Charleville).

Mmes les sages-femmes Dussoudeix (de Paris); Ducasse

(d'Estibeaux); Dupont (d'Aire); Dupouy (de Mimizan); veuve Garnier (de Saint-Florent); Lascombes (d'Auch); Launay (de Guéméné); Lebourdais (d'Épernay); Lidove (de Saint-Augustin); Mirgonde (du Blanc); Parmentier (de Charleville) et Roger (de Dainville).

IX. *Des rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bégusseau (de Secondigny); Luquet (de Toulon-sur-Arroux et Pellerin (de Neuilly-le-Réal).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

1. M. Basset, Mlle Debat-Ponsan, MM. Levant, Corpechot, Moreau, Touraine, Brin, Benazet, Debré, Lian.

11. Briquet, Cheurlot, Fiessinger, Bouilly, Ymonet, du Castel, Perrier, Serin, Bazy, Leconte.

21. Ehrenpreis, Quentin, Avenier, Houzel, Worth, Mlle Giry, MM. Pierre Barbet, Boucaut, Breteau, Brisset.

31. Ramus, Ancibure, Corret, Bruslé, Glénard, Renaud, Benon, Labande, Pellot, Maumené.

41. Alexaudresco, Pierre Lévy, Eliot, Blanc, Bories, Delval, Faix, Mlle Hessen, MM. Maillet, Thomas Ménard.

51. Paul Martin, Jeannel, Lévy-Franckel, Foutorbe, Porée, Fouquiau, Plivard, Gendron, Mourniac, Chambard.

61. Triqueneaux, Barbé, Binet, Brésard, Cottard, Delille, Gaillard, Herisson, Jardry, Jouvin.

71. Ledoux, Matry, Mlle Pascal, MM. Pathault, Picot, Rendu, Rœderer, Tixier, Truelle, Pierre Vidal.

81. Sevestre, Legendre, Castéran, Mlle Couronne, MM. Deroide, Rousselot, Massicot, Bilhaut, Cloquet, Coudert.

91. Duménil, Marcorelles, Archontakis, Duché, Jean Gautier, Guggenheim, Silbert, Boutin, Chauvois, Guillon.

101. Paul Boncour, Sénéchal, Gaston Burgaud, Last, Béal, Belgodère, Besnier, Billaudet, Billon, Blanluet.

111. Broc, Chastagnol, Croste, Dézarnaulds, Léon Durand, Evrard, Fayolle, de Gandt, Giroux, Mme Grandjean.

121. MM. Kuss, Louis Monier, Rauzy, Reulos, Rivet, Siegel, Bodolec, Clément, David, Dreyfus.

131. Germain, Gy, Labarrière, Louis Lemaire, Monod, Noréro, Halphen, Roudinesco, Bion, Périneau.

141. Flandin, Le Mée, Le Foll, Hirtz, Roux, Ageorges, Binet de Jassonneix, Chené, Lachèze, Texier.

151. De Vaugiraud, Verdoux, Bienvenue, Bonnefoy, Lagrive, Pierre Ménard, Delbarre, Fabre, Joseph Monnot, Triller.

161. René Bloch, Feuillié, Herbinet, Mougeot, Roblès, Aïtoff, Baldenweck, Chirié, Clermonthe, Roger Dupouy.

171. Pierre Dupuy, de Fourmestraux, Giraudet, Guérin, Guilly, Lagarde, Merry, Pelletier, Pierart, Poisot.

181. Ralliou, Schæfer, Semper, Mlle Toufesco, MM. Trèves, Berthaux, Budin, Cuahuet, Demanche, Lesage.

191. Joubert, Delozière, Rousseau-Langevelt, Roy, Jules Lévy, Guillaume, Dubosc, Giraud, Lacheny, Milliot.

201. Rabinovici, Gillet, Langlais, Martingay, Alfred Mathieu, Bourilhet, Céard, Gauthereau, Nocton, Mlle Landry.

211. MM. Bresselle, Devaux, Emanuel, Ferté, Héchmann, Labonnette, de Martel de Janville, Georges Martin, Mourlhon, Poissenot.

221. Wapler, Baron, Bourée, Chapeyron, Chazal, Cotonnec, Delapchier, Delogé, Denéchau, Dieuzeide.

231. Gaston Durand, Francina, Gargaud, Gaultry, Granchamp, Gravelotte, Jullich, Lamoureux, Rouhier, Sanson.

241. Sibille, Sigre, Villebrun, Jules Vincent, Bourgarel, Mallet, Nespoulous, Kuenemann, Merlot, Mlle Bouteil.

251. MM. Ekmekdjin, Fauconnier, Fournier, Monnet, Viel, Deséglise, Desvernine, Godard, Paul Jullien, Poisson.

261. Chaigneau, Crémieu, Duclos, Bijon, Florenville, Nepper, Dyvrande, Bing, Bonhomme, Bonniot de Ruisselet.

271. Boulouneix, Delacroix, Desmoulins, Guyot, Hédouin, Hudelot, Lew, Mougenc de Saint-Avid, de Nayville, Pappa.

281. Reinburg, Ribot, Mlle Roussel, MM. Testart, Thorel, Blaizot, Le Blaye, Versepuech, Robert Foy, Jean Lemaire.

291. Baudoin, Fagart, Poirrier, Rücker, Bazin, Loze, Prunier, Georges Benoist, Roche, Chanoine-Davranches.

301. Chevallier, Delarras, Georges Foy, Garnier de Falletans, Léon Blocq, Guénot, Nepveu, Constant Petit, Rafinesque, Dauge.

311. Masfrand, Prével, Solomon, Stepowski, Dournay, Jacquet, Mosqueron, Philippon, Fabignon, Lagane.

321. Soullard, Boulakia, Leroy, Plazanet, Stern, Delacour, Ranjard, Vinceneux, Bruel, Darnaudpeys.

331. Roubaud, Ameuille, Gelma, Girard, Lavallée, Lasnier, Bejean, Diverrès, Singer, Dournel.

341. Zislin, Ferran, Lorne, Roulland, Paul Maigret, Toutain, Arifeff, Bédrunes, Brissot, Salmon.

351. Emmanuel Benoist, Boissière, Elmerich, Bax, Pakowski, Alcide Alexandre, Jeau Dupuy, Juillard, Arthur Jullien, Charles Monnier.

361. Boquet, Brémond, Caron, Regnard, Charropin, André, Godron, Gosselin, Lafarrinade, Paul.

371. Paul Alexandre, Léonce Lemière, Schreiber, Joux, Dufour, Raymond Lemière, Roblin, Laux, Clermont, Mlle Dewojno.

381. Huguet, Martineau, Courdouan, Fortier, Emile Gauthier, Grivot, Raoul Dupuy, Izou, Ballu.

391. Gallimard, Georges Petit, Yuzbachian, Allée, Mary, Fiault, Lucien Nicolas, Eugène Wojlanski, Mme Guillemoto, MM. Victor Meygret.

401. Armanet, Bleirad, Grapin, Bricout, Pignerol, Zacharopoulos, Fruictier, Jais, Lenormant, Delaigue.

411. Rouchy, Etcheverry, Hennon, Israël, Champ, Chapelle, Beauduin, Emile Le Long, Bichon, Marsan.

421. Galibert, Mlle Auchère.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin inspecteur Dieu.

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Davignon ; — MM. les médecins principaux de deuxième classe Gils et Pouchet ; — MM. les médecins-majors de première classe Gremion Menuau et Le Rouvillois.

Au grade de chevalier.— MM. les médecins-majors de première classe Adriet, Bernard, Bich, Desprez, Dommartin, Dupard, Faveret, Gauvin, Guérin, Lajoue, Maguin, Odile, Renaud et Watier; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bouyssou, Duco, Foubert, Huguet, Lairac, Pruvost, Puig et Zumbiehl.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1903, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et coles préparatoires de médecine de France; les coles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 fr.; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75 ; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux* : ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs ; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire ; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire ; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie ; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / *Arséniate* » / *Phosphate* » / *Sulfate* »	*Sesqui-oxyde de fer*	0.44
— *de chaux*		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsénicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

PEPTONATE DE FER ROBIN

VÉRITABLE FERRUGINEUX ASSIMILABLE
Admis dans les Hôpitaux de Paris contre :
ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE HÉMOPTISIE, LYMPHATISME, etc.
Est employé avec succès, même chez les personnes rebelles à tout traitement ferrugineux.
VENTE EN GROS : 13, Rue de Poissy, PARIS et tes Phies.

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant
Remplace ***Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux***, surtout les ***Bains de mer.***
Exiger Marque de Fabrique. — PHARMACIES, BAINS

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une **diurese rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
Effet immédiat, pas de vasoconstriction.
EXIGER LA MARQUE. — Paris, 3, Boulᵈ St-Martin.

Produits Opothérapiques

de

A. FLOURENS

PHARMACIEN
62, Rue Notre-Dame, BORDEAUX

LABORATOIRE AUTORISÉ par Décret Ministériel *après avis favorable de l'Académie de Médecine* (Rapport de M. NOCARD).

Obésité. Goitre. Myxœdème Infantilisme. Crétinisme.
THYROIDINE
Pastilles dosées à 20 cent.
PILULES dosées à 5 cent.

Amenorrhée. Menopause. Chlorose. — Troubles Post-Ovariotomiques.
OVAIRINE
PILULES dosées à 10 cent.

SONT ÉGALEMENT PRÉPARÉES DANS LE MÊME LABORATOIRE
LES PILULES DE :
PROSTATINE — SEMINALINE
CAPSULARINE — HÉPATINE
NÉPHROSINE — SPLÉNINE
MÉDULLOSSINE — TUMOSINE
ENCÉPHALINE — MYOCARDINE
Se trouvent dans toutes les Pharmacies.

Anémie. Ataxie Locomotrice. Faiblesse générale. Neurasthénie. Impuissance.
ORKITINE
PILULES dosées à 30 cent.

Asthme. Emphysème. Bronchite et Pneumonie Chronique.
PNEUMONINE
PILULES dosées à 30 cent.

VENTE EN GROS :
Sté Fse de PRODUITS PHARMACEUTIQUES, 9, *Rue de la Perle, Paris.*

Capsules Dartois

Contenant chacune 0 gr. 05 *véritable créosote de hêtre redistillée et titrée*, et 0 gr. 20 d'huile de foie de morue. Préparation ordonnée par les meilleurs médecins comme la mieux tolérée et la plus active. — 2 ou 3 à chaque repas contre :
Bronchites** et **Catarrhes chroniques, Phtisie, Tuberculose.
Le flacon, **3** *fr.*, **rue de Rennes, 105, Paris**, et les Pharmacies

---

BROMIDIA

HYPNOTIQUE ANTINÉVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage des spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous,
Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de BROMIDIA. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque BATTLE'S BROMIDIA

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES
ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, 5, *rue de la Paix, PARIS*
Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.* — Prix : 5 fr.

CRYOGÉNINE

NOUVEL ANTITHERMIQUE ÉNERGIQUE, NON TOXIQUE

de la Société des BREVETS LUMIÈRE
Doses : 0 g. 20 à 1 g. 50 en cachets
Vente en gros et Littérature
Lyon : SESTIER, 9, c. de la Liberté
Paris : Phie Cle de France, 7, r. de Jouy

N° 2. — MARDI 6 JANVIER 1903. 76e ANNÉE. MARDI 6 JANVIER 1903. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

TUBAGE ÉVACUATEUR, TUBO-GAVAGE, TUBAGE A SEC

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Dans une précédente étude (1), nous avons dit quels sont, à notre sens, les inconvénients du lavage de l'estomac lorsque cette opération est trop fréquemment répétée, surtout lorsque l'on fait passer une quantité d'eau trop considérable.

Averti par son expérience, l'un de nous, il y a dix ans déjà, a remplacé le lavage répété par le simple tubage évacuateur dans les cas où il existe du liquide le matin à jeun dans l'estomac.

Le matin à jeun, on se contentait de passer la sonde et d'évacuer le contenu de l'estomac sans pratiquer de lavage. Les résultats ont été très satisfaisants dans les cas où il existait le matin une quantité modérée de liquide sans beaucoup de détritus alimentaires, avec une quantité plus ou moins forte d'acide chlorhydrique libre, sans beaucoup d'acides de fermentations, dans les cas qui correspondaient en somme au syndrome de Reichmann. Ils l'ont été sensiblement moins lorsque la stase était abondante avec beaucoup de détritus alimentaires et d'acides de fermentation. Ces derniers cas correspondent le plus souvent à des sténoses pyloriques d'origine cancéreuse, mais quelquefois aussi à des sténoses non cancéreuses, mais avec gastrite destructive étendue et diminution considérable de l'intensité de la sécrétion chlorhydrique.

Dans la première catégorie de faits, il suffisait de pratiquer au début deux ou trois lavages de l'estomac; avec la seconde catégorie, il était nécessaire d'y avoir de nouveau recours de temps en temps.

Quoi qu'il en soit, dans les cas favorables, surtout dans la première série, on voyait la quantité de liquide diminuer considérablement dans l'estomac le matin, les malades souffraient beaueoup moins. Le bénéfice était évident, surtout chez des malades qui avaient été habitués jusque-là à user largement du lavage de l'estomac qu'ils pratiquaient une ou deux fois chaque jour.

Le progrès réalisé fut beaucoup plus évident encore le jour où le gavage à la poudre de viande fut ajouté au tubage évacuateur. L'un de nous avait eu l'occasion, il y a quelque quinze ans, de voir les bons résultats obtenus à l'hôpital Andral par M. Debove. L'idée lui vint de ne pas se contenter d'évacuer le contenu stomacal le matin à jeun, mais de profiter de la présence du tube dans l'œsophage pour injecter dans l'estomac une quantité assez élevée de poudre de viande.

Le résultat obtenu dépassa toute attente. Les malades qui présentaient très nettement le syndrome de Reichmann ont été le plus souvent rapidement améliorés à tout point de vue : diminution et même disparition de la douleur, diminution et même disparition de la stase à jeun, reprise marquée de poids, restitution des forces. Résultat souvent bon encore, mais moins satisfaisant, dans les cas de grande stase alimentaire avec hypochlorhydrie et fermentations abondantes.

Un malade souffrait déjà depuis longtemps de l'estomac, il avait eu du mélæna peu de temps avant son entrée à l'hôpital; les douleurs à type tardif étaient quelquefois d'une intensité très grande. L'usage du sous-nitrate de bismuth, des alcalins à haute dose, de la morphine et de la cocaïne, n'amenait qu'une amélioration douteuse. Le calme n'était obtenu que par la diète absolue et l'usage des lavements alimentaires. Cela pouvait d'autant moins durer longtemps que le malade, affaibli et amaigri, commençait à présenter des signes initiaux de tuberculisation du sommet des poumons. Bien qu'il se fût produit récemment une gastrorragie révélée par des selles mélæniques, on eut recours au tubo-gavage. Le tube fut passé tous les matins, s'il venait facilement du liquide on le laissait s'écouler, mais on n'insistait pas, et on pratiquait le gavage avec 60, 80, puis 100 grammes de poudre de viande pure. Immédiatement les douleurs cessèrent, le malade reprit du poids et des forces et il put ainsi subir dans d'excellentes conditions la gastro-entérostomie pratiquée par M. Ricard. Depuis, il a continué à se porter très bien, et il a repris son poids normal et sa vigueur antérieure.

Dans le cas présent, le tubo-gavage a servi non seulement à calmer les douleurs et à permettre la réalimentation, il a servi encore à préparer le malade à l'opération. C'est un service qu'on peut lui demander de temps en temps. Il est

(1) Abus du lavage de l'estomac, *Gaz. des hôpit.*, 27 novembre 1902.

souvent utile de remonter un malade avant de le livrer au couteau de l'opérateur. Le tubo-gavage permet souvent aussi de faire le départ entre les malades qui doivent être opérés promptement et ceux qui ne doivent pas l'être ou qui tout au moins peuvent attendre. Lorsque la quantité de liquide contenu dans l'estomac le matin à jeun diminue et disparaît, quand les douleurs cessent, que le poids s'accroît, que les forces reviennent, l'indication opératoire s'efface. Elle s'accentue au cas contraire; elle devient urgente lorsque la stase ne diminue pas, et surtout lorqu'on retrouve le matin dans l'estomac une quantité notable de poudre de viande non digérée. Il s'agit le plus souvent alors d'un cancer du pylore.

Nous employons couramment le tubo-gavage depuis quatre ou cinq ans et notre satisfaction ne s'affaiblit pas avec le temps, au contraire (1).

Lorsqu'on pratique un repas d'épreuve chez un dyspeptique en dehors des cas où il existe de la stase le matin à jeun, le malade accuse le plus souvent une véritable amélioration pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Cependant, on n'a pas fait de lavage, il n'y avait du reste pas de stase. Ces faits sont trop fréquents pour qu'on puisse les attribuer au hasard. De la suggestion il ne peut guère être question puisque le repas d'épreuve était donné non pas comme un moyen thérapeutique, mais comme un ennui à subir pour arriver à un diagnostic plus exact du mode de la dyspepsie.

Cette amélioration passagère est surtout observée chez les sujets qui, sans avoir de stase et d'hypersécrétion continue, ont un estomac paresseux à se vider. Le type le plus frappant en est donné par l'estomac ptosé de la femme, par l'estomac féminin que la constriction des vêtements a forcé à s'allonger vers l'ombilic. Dans ces conditions, l'hypothèse la plus vraisemblable est que le passage de la sonde a excité la motricité stomacale et que l'estomac s'est vidé plus rapidement, laissant moins de temps à la fermentation de donner naissance à des produits et particulièrement à des acides irritants.

Lorsqu'on introduit la sonde pour le lavage de l'estomac, on provoque toujours, d'une façon plus ou moins marquée, des efforts de vomissement. Cette réaction désagréable est considérée comme regrettable et plus nuisible qu'utile, on cherche autant que possible à l'éviter au malade. Eh bien, nous nous demandons si ce ne sont pas précisément les efforts de vomissements qui sont utiles, si leur production ne s'accompagne pas d'une excitation des parois musculaires de l'estomac capable d'accélérer son évacuation.

On peut donc penser que si le tubage à sec, à condition de le pratiquer avec modération, serait utile pour exciter la motricité évacuatrice de l'estomac.

L'un de nous, avec l'aide de M. Laboulais, a mis en traitement des malades systématiquement par le tubage à sec. Pour éviter les inconvénients rares mais toujours possibles du passage d'une sonde creuse dans laquelle la muqueuse stomacale peut s'engager au risque d'être arrachée lorsqu'on retire le tube, on s'est servi d'une sonde pleine. Elle était passée le matin à jeun tous les trois ou quatre jours.

Les essais ainsi faits, bien qu'en petit nombre encore, ont paru très satisfaisants et il y a là un procédé de traitement de l'atonie motrice de l'estomac qui mérite d'être plus amplement étudié.

(1) A. Laboulais. *Séméiologie et traitement médical de la stase gastrique*, Th. de Paris, 1902. (Travail du laboratoire de M. Mathieu à l'hôpital Andral.)

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement abortif de la blennorragie par les instillations de nitrate d'argent.

« Le traitement abortif de la blennorragie, souvent combattu, doit toujours être étudié, car il donne des succès incontestables et qui semblent devenir de jour en jour plus nombreux. Il peut réussir surtout si on l'emploie dès le premier ou le second jour de l'écoulement; mais il peut aussi réussir dans un certain nombre de cas si on l'institue pendant la première semaine » [Balzer (1)].

Ces quelques lignes montrent que, malgré les critiques passionnées dont il a été l'objet, le traitement abortif de la blennorragie est encore employé et qu'il peut, lorsqu'il est bien dirigé, donner de remarquables succès. Aussi convient-il d'en bien connaître les indications et la technique, telles que les expose, dans une récente monographie, M. L. Deligny (2).

C'est Simmons (1780), puis Johnston, Bartet, Caramichaël (1818) qui ont les premiers songé à utiliser le nitrate d'argent dans le traitement des urétrites aiguës, mais c'est surtout à Deberney que revient le mérite d'avoir mis en honneur cette méthode thérapeutique (1843). Alors que Caramichaël se contentait de faire, à dix heures d'intervalle, trois injections d'une solution à 1/60, Deberney pratique, à toute époque de la maladie, une seule injection par jour jusqu'à l'arrêt complet de l'écoulement, et emploie des solutions variant de 1/50 à 1/20. Cette méthode est l'objet de vives discussions, à la suite desquelles, pendant de longues années, elle n'est plus pratiquée que par Langlebert et Diday. Diday utilise des solutions de 1 à 5 p. 100, en ayant soin de toucher la fosse maviculaire et la partie antérieure de l'urètre. Si une solution faible échoue, et si l'affection ne date pas de trois jours, limite extrême pour l'application du traitement, Diday a alors recours à la solution forte, à 5 p. 100.

Langlebert estime aussi que l'intervention doit se produire pendant les trois premiers jours si l'on veut réussir et préconise une technique un peu spéciale. Enfin, récemment Friedlein conclut à la puissance antiseptique du nitrate d'argent dans la blennorragie aiguë, Guyon, Balzer décrivent les effets modificateurs de ce sel sur la muqueuse de l'urètre et recommandent vivement son emploi aux premières phases de la blennorragie.

Lorsqu'on étudie les nombreuses médications abortives qui ont été préconisées contre la blennorragie, on remarque que deux médications surtout ont résisté à l'épreuve du temps : ce sont les injections et les lavages, que les médications s'adressent au permanganate de potasse ou au nitrate d'argent.

Basée sur des données scientifiques précises, la méthode des grands lavages a, dès le début, donné les résultats les plus satisfaisants. Elle consiste, comme on sait, à faire, dès le début de la blennorragie, des lavages quotidiens de l'urètre antérieur, segment par segment, avec une solution de permanganate de potasse dont le titre varie de 1/6000 à 1/500. Parfois l'écoulement cesse après le troisième lavage, quelquefois même après le premier; mais le traitement doit être néanmoins continué et, en général, huit à quinze lavages et une surveillance de trois semaines environ sont nécessaires.

(1) *Thérapeutique des maladies vénériennes.*
(2) Th. de Paris, 1902.

Ce traitement, excellent au point de vue des résultats qu'il donne, n'est pas toujours très praticable. « Pour qu'il ait une efficacité réelle, il faut que le malade puisse voir son médecin chaque jour, soit chez lui, soit au domicile de celui-ci, pendant une semaine ou deux; il faut au moins qu'il puisse faire exécuter quotidiennement l'irrigation de son urètre avec un appareil spécial, peu facile à dissimuler. » Or, pour toutes sortes de raisons sociales, la chose est bien difficile pour beaucoup, et la méthode de Janet ne peut être employée par une quantité considérable de blennorragiques.

Le bichlorure de mercure a été utilisé également pour irrigations de l'urètre, en solution de 1/20000 à 1/8000, l'oxycyanure a été préconisé par M. Albarran. L'emploi de ces substances est passible des mêmes objections que nous venons de formuler contre la méthode de Janet. D'ailleurs les injections sont loin d'être inoffensives : « elles exposent le malade au refoulement de la suppuration et peuvent favoriser le développement des complications urétro-vésicales » (Balzer). Pour M. Fournier, elles donnent parfois une réaction extrêmement violente avec œdème du prépuce, lymphangite, écoulement séro-sanguinolent, etc. Simon a observé des cystites et des prostatites dans 6 p. 100 des cas ainsi traités; en somme, les injections sont peu pratiques dans un grand nombre de conditions; de plus, elles ne sont pas sans danger.

Le même reproche ne s'adresse pas aux instillations, instillations qui utilisent les mêmes instruments que dans le traitement des urétrites profondes. C'est ce procédé que recommande particulièrement M. Deligny. Bien qu'elles puissent être faites pendant toute la première semaine de l'affection (Langlebert, Balzer), elles donneront des résultats d'autant meilleurs qu'elles seront pratiquées plus près du début de la blennorragie, et, généralement, on ne devra compter sur le succès que pendant les deux ou trois premiers jours.

Il faut aussi, pour que l'on ait quelques chances de réussir, que l'écoulement soit modéré, « que la miction ne cause pas ces intolérables douleurs dont se plaignent certains sujets, que l'infection ne présente en un mot aucun caractère de rapidité ou de suracuité, suracuité qu'exaspérerait encore une cautérisation aussi énergique que celle d'une solution argentique à 1/20. » Enfin, dernière condition, il est bon qu'aucun traitement antérieur n'ait été appliqué.

Quelles sont les indications véritables de la méthode?

« Facultative, d'une indication peut-être discutable chez beaucoup de malades, l'instillation abortive nous paraît être le véritable traitement d'élection quand les blennorragiques se présentent dans des conditions spéciales : hommes mariés ou jeunes gens surveillés de près par des parents sévères, les uns et les autres obligés de cacher leur maladie à leur entourage et d'obtenir autant que possible une guérison presque immédiate; employés ou salariés ne pouvant, pour quelque cause que ce soit, suivre le traitement par les lavages au permanganate de potasse. »

La technique des instillations abortives au nitrate n'exige qu'une sonde en gomme terminée par une olive percée à sa pointe d'un orifice capillaire — olive dont le diamètre sera environ de 18 à 20 — et une seringue à instillations qu'on peut remplacer par une seringue de Pravaz. Le médecin doit avoir fait préparer une solution de nitrate d'argent à 1/20 et quelques grammes de vaseline.

La sonde est garnie d'un index de fil blanc à 8 centimètres de l'extrémité de l'olive, puis elle est amorcée, ainsi que la seringue, avec la solution argentique. Le malade, après avoir uriné, prend la position horizontale. L'opérateur, après avoir recouvert de vaseline le prépuce et le gland du patient, introduit doucement la sonde dans l'urètre jusqu'à ce que l'index de fil arrive au méat.

Pendant cette introduction, il est bon qu'il laisse échapper deux ou trois gouttes de la solution contenue dans la seringue afin d'antiseptiser le canal sur le passage de l'olive. Quand l'index est arrivé au contact du méat, un nouveau tour de piston projette une autre goutte au delà du point où l'olive a pénétré, puis la même manœuvre est répétée de 8 en 8 millimètres environ tandis que la sonde est retirée lentement. Un léger tampon d'ouate hydrophile sèche est ensuite appliqué sur le méat.

Ces instillations s'accompagnent d'une douleur très vive, mais qui, le plus souvent, ne dure pas plus d'un quart d'heure, après lequel le malade peut se lever et partir, mais, pour que le nitrate continue son action, il doit éviter d'uriner avant deux ou trois heures. Il peut continuer ses occupations habituelles, mais il lui est recommandé de s'abstenir, pendant quelques jours, de toute boisson alcoolique, de tout coït, de tout surmenage. Généralement, à la suite de l'instillation, se produit un écoulement abondant, séreux, transparent, qui augmente peu à peu d'intensité, puis disparaît. Cette méthode est facile à pratiquer; elle ne donne pas lieu à des accidents, elle réussit dans un grand nombre de cas.

L. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin. En général, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. Toutefois, les concurrents aux prix Amussat, Apostoli, Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell Dupierris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Pierre Guzman, Théodore Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, baron Larrey, Jules Lefort, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Roger, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1903

(Les concours seront clos fin février 1903.— Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel) — Question : *Des moyens d'apprécier l'activité éliminatrice du rein.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil).—800 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX APOSTOLI. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED. — Un titre de 24000 fr. de rente, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

PRIX DU BARON BARBIER. — 2000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues jusqu'à présent les souvent plus incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

PRIX CAPURON. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *De l'action des eaux salines en général sur la digestion.*

PRIX MARIE CHEVALIER. — 6000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CHEVILLON. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des troubles cérébraux dans la sclérose en plaques.*

PRIX CLARENS. — 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

PRIX DU XIII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE PARIS DE 1900. — *P. i.* — Ce prix sera mis à la disposition du président du Congrès international pour être décerné par ce Congrès sous forme de prix unique.

PRIX DAUDET. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des médications générales dans le traitement du cancer.*

PRIX DESPORTES. — 1300 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine. — La liste d'inscription sera close le 1[er] décembre 1903. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1[er] mai 1904. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX PIERRE GUZMAN. — Un titre de rente de 1328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées.

En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX ITARD. — 2400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX LABORIE. — 5000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. — Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

PRIX LAVAL. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX JULES LE FORT. — 300 fr., *p. i.* (Quinquennal). — Ce prix sera attribué à l'auteur du meilleur travail original, et non d'une œuvre de compilation, sur l'étude chimique des eaux minérales et potables.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 fr., *p. a.* — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ».

Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.*

PRIX POURAT. — 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les sécrétions microbiennes et leur action physiologique dans la genèse des maladies.*

Prix Philippe Ricord. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Henri Roger. — 2500 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène et thérapeutique). [Il faut que les ouvrages aient deux ans de publication.]

Prix Tarnier. — 3000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

Prix Tremblay. — 7200 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : catarrhe de la vessie, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois. — 700 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1904

(Les Concours seront clos fin février 1904.)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les cirrhoses hépatiques; clinique et expérimentation.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 15.)

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Baillarger. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix Barbier. — 2000 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Charles Boullard. — 1200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Henri Buignet. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Adrien Buisson. — 10500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Campbell-Dupierris. — 2300 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Des applications de la radiographie à l'obstétrique.*

Prix Chevillon. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Traitement chirurgical des néoplasmes du gros intestin à l'exception du rectum.*

Prix Desportes. — 1300 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Falret. — 700 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *La neurasthénie. Pathogénie et traitement.*

Prix Ernest Godard. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Huguier. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Jacquemier. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aura réalisé un progrès important. — Ce travail devra être publié au moins six mois avant l'ouverture du concours.

Prix Laborie. — 5000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Laval. — 1000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Henri Lorquet. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Louis. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Sérothérapie de la fièvre typhoïde.*

Prix Mège. — 900 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Étiologie et pathogénie de l'artério-sclérose.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Nativelle. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Orfila. — 4000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *Alcaloïdes de la belladone, de la jusquiame et du datura.*

« Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. — Ainsi, que deviennent ces poisons après avoir été absorbés; dans quels organes séjournent-ils; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang; quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques *avant la mort*, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. — Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons des toxiques minéraux et végétaux. » — (Extrait du testament.)

Prix Oulmont. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

Prix Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Etude hématologique comparée de la variole et de la vaccine.*

Prix Pourat. — 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

Prix Saint-Lager. — 1500 fr., *p. i.* — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la

tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX SAINTOUR. — 4400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX STANSKI. — 1400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance, en l'étudiant dans les épidémies en général, ou au moins dans une maladie épidémique en particulier. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX TARNIER. — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 17.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 12 AU 17 JANVIER 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 12 JANVIER, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Legueu et Mauclaire; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Gaucher et Bezançon; — (2e série) : MM. Brissaud, Dejerine et Legry; — M. Rémy, suppléant.

MARDI 13 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Hutinel et Guiart.

2e, *Salle Velpeau* : MM. Pouchet, Launois et Langlois.

4e, *Salle Thouret* : MM. Proust, Thoinot et Vaquez; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Hartmann et Marion; — (2e série) : MM. Le Dentu, Faure et Auvray; (2e partie) : MM. Raymond, Achard et Thiroloix; — M. Gouget, suppléant.

MERCREDI 14 JANVIER, à une heure. — 4e, *Salle Richet* : MM. Hayem, Joffroy et Wurtz; — M. Cunéo, suppléant.

JEUDI 15 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

3e (oral, (1re partie), *Salle Richet* : MM. Le Dentu, Bonnaire et Auvray; — M. Guiart, suppléant.

VENDREDI 16 JANVIER, à une heure. — *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchardl, Widal et Legry.

2e, *Salle Thouret* : MM. Richet, Rémy et Desgrez; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Legueu et Mauclaire; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Gosset; — M. Walther, suppléant.

SAMEDI 17 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiery.

3e (oral, 1re partie), *Salle Richet* : MM. de Lapersonne, Marion et Potocki.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Cornil, Achard et Jeanselme; — (2e série) : MM. Raymond, Méry et Gouget; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — NOTES OBTENUES. — *Pathologie.* — Séance du 16 décembre 1902 : MM. Gy, 12; Chartier, 11; Villandre, 9; Labrevoit, 8; Stroehlin, 8; Barbé, 7; Thorel, 4.

Séance du 18 décembre 1902 : MM. Papin, 13; Roland, 12; Bodelec, 11; Bour (Louis), 8; Chénier, 8; Henry (Robert), 8; Clermonthe, 6.

Séance du 19 décembre 1902 : MM. Gaillard, 12; Rigollot-Simonet, 11; Froget, 9; Chazal, 8; Gaultry, 8; Monod (Octave), 8; Bertrand, 7; Loumaigne, 3.

Séance du 20 décembre 1902 : MM. Dreyfus, 12; Ameuille, 11; Christesco, 11; Barbier (Maurice), 10; Germain, 9; Fay, 5; Mignon, 4.

Séance du 23 décembre 1902 : MM. Lebret, 13; Chevallier, 11; Ligre, 10; Trèves, 9; Renaudin, 7; Ciuciu, 6; Guyader, 6; Blain (André), 5; Rallion, 4.

Séance du 25 décembre 1092 : MM. Leenhardt, 11; Mathieu, 11; Tixier (L.-E.-J.), 11; Hubert (Ch.), 10; Vincent Clovis, 10; Demanche, 9; Lafarge, 9.

Séance du 26 décembre 1902 : MM. Morel, 12; Deshayes, 11; Caldaguès, 10; Landowski, 10; Delille, 9; Guilly, 8; Lagarde, 7.

Anatomie. — Séance du 17 décembre 1902 : MM. Picot, 13; Dezarnaulds, 12; Nicolas, 10; Ferrand, 9; Mlle Pascal, 9; MM. Raymond, 7; Cailliau, 6; Manoussi, 6; François, 5; Lesage, 2.

Séance du 18 décembre 1902. — MM. Carlotti, 11; Mlle Mouroux, 11; MM. Rabourdin, 11; Sénéchal, 11; Gruget, 10; Marson, 8; Ripars, 8; Francoz, 6; Collin, 5; Guérin-Beaupré, 5.

Séance du 19 décembre 1902. — MM. Rivet, 14; Brissy, 12; Berthaux, 11; Noudrot, 11; Renaud, 11; Rouhier, 11; Labonnette, 9; Huchet, 7; Privat, 6; Bernhein, 5.

Séance du 22 décembre 1902 : MM. Cornélius, 11; Siégel, 11; Blairon, 10; Poupardin, 10; Busquet, 9; Favreul, 9; Ferté, 9; Labadie-Lagrave, 9; Simon, 8.

Marine. — M. le médecin principal de Gouyon de Pontouraude, récemment appelé à continuer ses services à Cherbourg, est maintenu en service au port de Rochefort.

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur ont été décernées, en récompense de leur courage et de leur dévouement au cours de différentes épidémies, aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or. — M. le docteur Cros (de Mascara).

Médaille d'argent. — M. le docteur Amor Mohamed ben Amor ben Mansour.

Médaille de bronze. — M. Ben Thami Belkassem, interne en médecine à l'hôpital de Mustapha.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duchêne (de Gerbéviller), médecin principal, récemment promu chef du service de santé de Tunisie; — Faure, ancien chef de clinique ophtalmologique à Nancy, récemment installé à Besançon, et décédé à Alger à l'âge de trente-trois ans; — Hénocque (de Paris); — Varnier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux.

Maladies des voies urinaires. — M. Lavaux commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, à la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier (École pratique), le samedi 10 janvier 1903, à deux heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DEUX OBSERVATIONS DE NÉVROSE DU PYLORE

Par le docteur L. PINATELLE,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons eu l'occasion, dans le service de nôtre maître, M. le professeur Jaboulay, d'assister à deux interventions pour affections névropathiques de l'estomac. Le premier fait est un cas de spasme pylorique chez une ancienne hyperchlorhydrique, spasme permanent qui avait donné lieu à la perception d'une tumeur fantôme du pylore et disparut spontanément, sous l'influence de l'anesthésie, au début de l'intervention, sous l'œil et le doigt du chirurgien. Le deuxième consiste en un antipéristaltisme stomacal constaté de visu dans un cas de vomissements nerveux graves. Le lien commun de ces deux observations et leur principal intérêt résident dans la nature et la rareté des constatations opératoires qui purent être faites par ces *biopsies de pylores nerveux.* C'est à ce titre que nous les publions simultanément ici.

OBSERVATION I. — F..., trente-deux ans, sans antécédents héréditaires à noter. (Son père est mort à un âge avancé; sa mère et son frère sont vivants et bien portants.) Personnellement, elle n'accuse aucune maladie antérieure. Réglée régulièrement depuis l'âge de quatorze ans, elle a eu une fausse couche, puis trois enfants à terme. Un enfant, atteint de bec de lièvre, est mort de gastro-entérite ; les deux autres sont bien portants. La dernière couche date de quatre ans et fut normale.

Les troubles gastriques qui conduisent la malade à l'hôpital remontent à deux ans, mais ils furent peu intenses la première année. Ils consistaient alors en malaises vagues survenant une demi-heure après les repas, et durant autant, rarement très douloureux, localisés à la région épigastrique avec, parfois, irradiations dorsales, sans grande fixité de la douleur, qui n'était pas influencée par la position; — par contre, les aliments acides et épicés, le vin, la salade l'exagéraient nettement. Jamais d'hématémèse, ni de vomissement alimentaire, mais fréquentes régurgitations muqueuses et acides à jeun, agaçant les dents. Constipation persistante.

Depuis un an, les douleurs ont augmenté d'intensité, conservant toujours leur type hyperchlorhydrique; toujours sans hématémèse ni vomissement. Le régime lacté et le bicarbonate de soude les atténuent mais temporairement, et la malade continue à souffrir de plus en plus. Elle dit avoir maigri beaucoup, sans pouvoir préciser toutefois.

A l'entrée, le facies paraît néanmoins assez bien conservé; les joues sont colorées, l'appétit n'a pas disparu. La malade paraît très névropathe, sans présenter toutefois des stigmates nets. Voici ce que révèle l'exploration physique de l'estomac. L'organe n'est douloureux en aucun point à la palpation, uniformément sensible après les repas, mais sans point fixe. Les parois abdominales se laissant très bien déprimer, on perçoit avec la plus grande netteté et la plus grande facilité au niveau de la région pylorique, une petite tuméfaction indolore, dure et arrondie, paraissant relativement mobile, et donnant bien l'impression tactile d'un néoplasme du pylore. (Cette tumeur, qui paraissait avoir le volume de deux noix, a été retrouvée avec les mêmes caractères dans les trois ou quatre examens de la malade qui ont précédé l'intervention.)

Par contre, l'estomac n'est point dilaté; son volume paraît normal à la percussion; il ne clapotte pas. D'ailleurs le cathétérisme à jeun ne retire la plupart du temps pas de liquide apréciable, simplement parfois quelques grammes de mucosités filantes, ne contenant ni acide lactique, ni acide chlorhydrique libre, sans débris alimentaires aucuns. Le repas d'épreuve au pain et à l'eau est rapidement absorbé, et il faut évacuer l'estomac moins d'une demi-heure après son ingestion, pour en retrouver encore des traces; le liquide que l'on obtient alors ne contient pas non plus d'acide lactique, mais une forte proportion d'acide chlorhydrique (la réaction de Gunzbourg est très nette ; l'acidité totale moyenne oscille entre 2 grammes et 2gr5).

Le foie est normal. La constipation persiste opiniâtre. Les autres appareils fonctionnent assez normalement. L'auscultation du cœur et des poumons est négative. Pas d'œdème, ni d'albumine. Pas de température.

L'ensemble des symptômes fonctionnels (histoire de la maladie, état général actuel, hyperchlorhydrie) contredit trop l'examen physique de l'estomac, pour que l'on puisse s'arrêter au diagnostic de néoplasme. On pense bien plutôt à un ulcère péripylorique, avec plaque de périgastrite, sans sténose vraie. La malade, qui a essayé toutes les médications et qui continue à souffrir, réclame l'intervention chirurgicale. Il n'y a pas de raison à la lui refuser; son ulcère peut, en dehors de toute sténose constituée ou commençante, bénéficier d'une gastro-entérostomie.

Laparotomie le 1er octobre 1902, sous anesthésie à l'éther. En prolongeant son exploration locale pendant l'éthérisation, M. le professeur Jaboulay sent fondre peu à peu sous ses doigts la tumeur précitée de la région pylorique, très manifestement située en arrière des muscles de la paroi. La résolution musculaire est-elle complète, que la tumeur fantôme a totalement disparu. La laparotomie donne lieu à un abondant suintement capillaire de sang vermeil : c'est bien là une paroi de névropathe. Puis l'estomac est attiré dans la plaie : petit et rétracté sous les fausses côtes et le foie, il s'abaisse difficilement, surtout au niveau de l'antre pylorique. Cette région présente l'aspect suivant. Le pylore, sur une longueur d'un et demi à deux travers de doigt, est réduit de volume extérieur et épaissi ; au doigt c'est une induration de néoplasme plutôt que de sténose cicatricielle ; mais à la dureté du cancer, la lésion joint une mobilité complète et surtout une parfaite régularité de contours : c'est un anneau, une virole cylindrique. La surface en est lisse, sans lymphangite superficielle, ni bosselure aucune.

Ces caractères joints à l'histoire de la malade font penser à un simple spasme. Aussi bien voit-on, au bout d'une demi-minute d'examen, spontanément ou sous l'influence d'un massage digital léger, le pylore perdre peu à peu ces caractères, pour reprendre ses dimensions normales et sa résistance souple et élastique. Mais, en même temps, un peu plus en amont, sur la face antérieure du vestibule pylorique, apparaît un nouveau nœud de contraction : cette fois, ce n'est plus le cancer annulaire, c'est un ulcère pré-pylorique cicatriciel du volume d'une tête d'épingle en verre, que joue le spasme. Comme tout à l'heure, le durcissement local de l'estomac qui le produit, naît et bientôt meurt sur place, sans propagation péristaltique.

L'abdomen est refermé après une simple divulsion digitale du pylore.

La malade quitte l'hôpital dix jours après, très améliorée ; elle déclare n'avoir plus souffert depuis l'opération.

Obs. II. — Le fait précédent rappela à notre maître le souvenir d'une observation inédite d'une autre biopsie d'un pylore nerveux (1). Il s'agissait d'une religieuse de vingt-huit ans, sujette depuis des années à des vomissements purement hystériques ; ceux-ci en étaient arrivés depuis quelques mois à devenir incessants ; rebelles à toute thérapeutique et survenant après tous les repas, ils avaient conduit la malade à un degré d'émaciation extrême. M. Jaboulay intervint et pratiqua la « dilatation digitale du pylore avec massage du plexus solaire » ; il comptait en cas d'insuccès de cette tentative, établir une gastro-entérostomie, qu'il crut devoir ajourner pour l'instant, mais au sujet de laquelle il pressentit la famille. La malade quitta l'hôpital au bout de quelques jours, mais, très passagèrement améliorée, se remit bientôt à vomir aussi abondamment que par le passé ; après avoir longtemps ajourné la seconde intervention proposée, elle finit par mourir chez elle dans un état d'inanition extrême.

L'intérêt principal de ce cas réside dans les constatations opératoires qui furent faites. L'estomac était petit et rétracté. Par intervalles, survenait une véritable crampe du pylore formant un anneau étroit et dur, qui s'opposait d'une façon énergique à l'invagination du petit doigt dans sa lumière, puis, cet anneau de contraction progressait en une onde antipéristaltique qui cheminait lentement du pylore, au cinquième supérieur de l'estomac, sans atteindre l'orifice cardiaque. La cavité gastrique, ainsi réduite de volume et annelée, évoquait alors la comparaison « de l'intestin de chien ». Puis la contraction gastrique mourait comme elle était née, du pylore au cardia, pour reparaître bientôt après avec, sembait-il, une certaine régularité, un certain rythme.

I. Spasme et tumeur fantome du pylore. — Tour à tour affirmé et nié, suivant des opinions théoriques diverses, le spasme du pylore (s'il est toujours d'un diagnostic clinique obscur, si sa nature et son rôle pathogéniques restent aussi controversés) est aujourd'hui bien établi dans sa réalité même par de nombreuses constatations opératoires. Pour ne donner qu'un chiffre, nous lisons dans la réccnte thèse de Sabatié (1) que Doyen a trouvé 46 fois le pylore contracturé sur 61 cas de maladies de Reichmann pour lesquelles il est intervenu. Aussi bien notre observation ne mérite-t-elle la publicité que par les caractères particuliers dont s'est entouré ce spasme devenu perceptible à l'examen clinique. Il y est expressément noté, en effet, que l'on percevait au niveau du pylore une tumeur du volume de deux noix, cylindrique, dure et indolore ; d'une certaine mobilité (la consistance d'un néoplasme sans bosselures ni adhérences). La tumeur conserva toujours ses mêmes caractères pendant toute la durée d'un examen et d'un examen à l'autre et ne disparut que sous l'anesthésie ; la laparotomie permit d'assister à la fin de la crampe et de constater que c'était bien le pylore qui était en cause.

Ces faits son extrêmement rares. M. Bouveret (2) a le premier, à notre connaissance, écrit que la crampe du pylore peut être perçue par la palpation, surtout chez les femmes amaigries, souffrant depuis longtemps d'une hyperchlorhydrie intense. « Pendant les accès douloureux, on sent à l'épigastre, dans la situation occupée par le pylore, une petite tumeur cylindrique, mobile, du volume de l'index, douloureuse au toucher, ferme, mais sans dureté ligneuse, rappelant tout à fait comme forme et consistance le côlon descendant contracturé de certaines constipations spasmodiques. Cette tumeur pourrait être prise pour un cancer, mais « elle n'est pas permanente, et, si la palpation est assez attentive et prolongée, le doigt la sent disparaître, puis se produire de nouveau ». M. Bouveret, pour qui le spasme du pylore est aussi fréquent que sont rares les conditions de sa perception clinique, nous a dit en avoir observé 5 ou 6 cas des plus nets, toujours dans les mêmes conditions étiologiques et et avec les mêmes caractères objectifs. Quelque temps après la publication de cet article, et sans le citer, un médecin russe produisait des faits analogues. Le cas de M. Jaboulay est, croyons-nous, le premier où le contrôle opératoire ait pu surprendre une de ces pseudo tumeurs musculaires du pylore et en démontrer péremptoirement la réalité et la nature. De plus, la crampe pylorique, d'une intensité et d'une permanence insolites, n'avait pu être démasquée cliniquement jusqu'alors par une variation de volume ou de forme quelconque, c'était bien là une véritable contracture tonique du sphincter qui ne se jugea que par l'anesthésie.

M. Jaboulay pratiqua, avec succès, la simple divulsion digitale, ainsi qu'il le fait toujours en pareil cas, convaincu de la réalité du spasme simple (sans lésion anatomique) du pylore, soit au début de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion — qui pour M. Bouveret n'aboutissent que secondairement à l'ulcère — soit surtout dans l'hystérie ou d'autres

(1) Il en fait seulement une courte mention dans l'article suivant : « Interventions pour maladies chirurgicales du pylore. » (Jaboulay. *Lyon méd.*, 1899.

(1) Sabatié. *Les ulcères de la région pylorique*, Th. de Paris, 1901-1902.

(2) Bouveret. Sur la crampe du pylore, *Lyon méd.*, 23 juin 1901.

affections nerveuses (1). La malade ne présentait aucun symptôme suspect, le pylore ne portait aucun signe objectif permettant de supposer un de ces petits ulcères péripyloriques (souvent latents) qui pour Doyen et Sabatié (loc. cit.) seraient presque toujours le substratum du spasme dit idiopathique. C'est dans ces conditions, sans doute, que sont survenues les récidives signalées après la divulsion digitale, à laquelle M. Jaboulay n'hésiterait pas alors (mais dans ces conditions seulement) à préférer la gastro-entérostomie comme plus sûre et plus radicale, ainsi que nous l'avons signalé, d'après lui, dans notre thèse.

II. Antipéristaltisme gastrique. — Le deuxième cas que nous rapportons est également un fait d'observation assez exceptionnel. Ces ondes antipéristaltiques rythmées, partant du pylore pour s'étendre à tout l'estomac qu'elles réduisent alors aux dimensions et à la forme de l'intestin de chien, en même temps qu'elles rendent compte des symptômes présentés, montrent assez le trouble profond de toute la musculature stomacale dont ils dépendent. Aussi M. Jaboulay (2) préférerait-il, avec Ewald (3), pratiquer, dans ces cas exceptionnels de vomissements nerveux rebelles à tout traitement médical, une gastro-entérostomie, dont l'action serait plus directe et vraisemblablement plus durable que celle de la divulsion pylorique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(6 janvier 1903)

M. Riche, président sortant, fait le résumé traditionnel des travaux de l'Académie et invite M. Lancereaux à prendre sa place. Après un court discours du nouveau président qui invite, à son tour, M. Tillaux, vice-président, et M. Motet, le nouveau secrétaire annuel, à prendre place au bureau, la séance est levée en signe de deuil, à cause de la mort de M. Panas, ancien président.

Dans les couloirs, plusieurs académiciens se montrent quelque peu émus d'un article de M. Duclaux sur l'alcool, paru dans plusieurs grands journaux, et dont la conclusion tendrait à une sorte de réhabilitation de l'alcool. Il est probable que l'Académie ne tardera pas à reprendre la question et nous serions bien étonné que notre confrère, M. Laborde, laissât passer le travail de M. Duclaux sans quelque protestation.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Pharyngite et laryngite grippales. — Le docteur Treitel, à la Société de laryngologie de Berlin, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs pharyngo-laryngites grippales, insistait sur la présence possible de taches blanc grisâtre décrites pour la première fois par Fränkel ; ces taches laissent à leur suite des ulcérations plates. La présence du bacille typique de l'influenza, bacille de Pfeiffer, peut être trouvée dans ces taches, cette constatation serait nécessaire pour les distinguer sûrement du pemphigus ou des manifestations syphilitiques.

Au cours de la discussion qui suivit la communication de Treitel, Meyer et Ruhemann ont rappelé un fait connu, celui de la similitude de ces taches avec certains aspects d'ulcérations tuberculeuses, notamment les ulcérations symétriques des deux cordes vocales.

Somme toute, on ne peut considérer ces dépôts ou ulcérations comme pathognomoniques à moins qu'on ne puisse y déceler, comme a pu le faire Treitel dans deux cas qu'il relate, la présente du bacille spécifique de l'influenza. (*Revue hebd. de laryngol.*, 1902, n° 36.) P. V.

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — M. J. Thomayer (de Pragues) se demande si la bronchite des petites bronches du sommet du poumon peut être diagnostiquée cliniquement. Selon lui la percussion est incapable de la déceler ; la diminution du souffle pulmonaire n'est pas un signe de début du processus de bronchite, mais témoigne d'un processus éteint et, à l'appui de cette assertion, il cite le cas de 23 malades qui, manifestement tuberculeux, ne présentaient aucune aggravation au bout d'un an, se trouvaient plutôt améliorés sans que la diminution du souffle respiratoire se soit modifiée. L'expiration prolongée se rencontrerait également au cours de processus de guérison ; il indiquerait une condensation du tissu pulmonaire, c'est-à-dire un processus déjà avancé ou même cicatriciel; il en serait de même de l'inspiration rude ou saccadée qui pourrait se rencontrer dans des poumons cicatrisés.

De l'avis de l'auteur un rhunchus, un râle sec ou humide serait le seul signe physique qui, joint à la constatation d'une mauvaise nutrition, d'une élévation vespérale de la température, de sueurs, de pleurésies antérieures, etc., puisse parler en faveur d'une tuberculose pulmonaire commençante. (*Centralbl. f. Fun. Med.*, 1902, n° 39.) P. V.

Sur un nouveau signe d'épanchement pleural chez les enfants. — On sait l'importance que peut présenter l'attitude du sujet dans les cas de pleurésie avec épanchement : si celui-ci est abondant, le malade se couche de préférence sur le côté atteint. D'après Kelley, cette proposition est trop absolue. Quand le liquide existe depuis un certain temps, le poumon du côté malade présente souvent une grande tolérance à la pression ; le symptôme dont il s'agit dans la présente communication n'existe pas plus, à cette période, que le bruit de frottement des feuillets pleuraux. C'est peu de temps après le début de l'épanchement qu'on doit la rechercher. Le malade, à ce moment, préfère être couché sur le dos ou bien avoir le thorax soulevé très haut dans son lit, et il évite de se pencher du côté de la pleurésie ou d'exercer une pression à ce niveau. Une telle attitude est symptomatique d'un épanchement volumineux et développé avec une certaine rapidité. Ce signe n'est pas constant, mais sa présence est d'une grande valeur. Après une ponction aspiratrice, le malade se couche volontiers sur le côté atteint. Si le liquide se reproduit rapidement, l'enfant reprend la première attitude en décubitus dorsal. Ce phénomène paraît dû à la compression exercée sur le cœur et à la dyspnée consécutive ; le symptôme en question doit être surtout recherché chez les enfants, à cause de la flexibilité de leur paroi thoracique. (*Arch. of Pediatr.*, oct. 1902.) A. H.

Rein mobile et manifestations nerveuses. — M. Benedict a examiné 169 femmes au point de vue du rein mobile : 65 d'entre elles étaient atteintes de cette affection. Un certain nombre, parmi les autres, présentaient un rein droit légèrement dépressible, mais d'une façon insuffisante pour mériter le nom de rein mobile et se traduire par des symptômes appréciables; 33 femmes étaient nullipares, 32 étaient multipares. Dans 6 cas, l'affection était bilatérale.

(1) Notre maître, M. le docteur Duchamp, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne, vient de rapporter un cas de divulsion digitale pour spasme du pylore, chez un ataxique. (*Loire méd.*, 15 nov. 1902.)

(2) Jaboulay. Interventions pour maladies du pylore, *Lyon méd.*, 1899.

(3) Ewald. *Wien. med. Wochens.*, 1898, n° 43.

Parmi les 65 malades en question, 35 ne présentaient pas de troubles nerveux vraiment graves; les autres présentaient un état névropathique marqué et on relevait parmi elles un cas de démence, deux sujets ayant des idées de suicide; une malade a mis fin à ses jours; deux autres rendaient impossible l'existence des personnes de leur entourage; deux malades présentaient un ulcère stomacal, une troisième avait une forme fruste de maladie d'Addison, plusieurs autres offraient un état de prostration marquée.

L'examen de 200 sujets du sexe masculin a permis de trouver un certain degré de déplacement du rein droit chez 17 d'entre eux. A l'exception de quelques sujets de la classe ouvrière, tous se plaignaient de troubles nerveux plus ou moins accentués.

Le pourcentage dans les séries observées par Benedict est donc 38,4 chez les femmes et 8,5 chez les hommes. L'auteur fait remarquer que la même disproportion se retrouve quand on recherche les troubles disgestifs dans l'un et l'autre sexe. (*Med. News*, 4 oct. 1902.) A. H.

GYNÉCOLOGIE

Tuberculose primitive du vagin. — M. Jorfida, faisant une revue sur cette question, cite un cas qui lui est personnel et qui est instructif à plusieurs égards. Il s'agit d'une campagnarde de vingt-trois ans, mariée, sans antécédents tuberculeux. Au moment de son premier accouchement, elle eut une déchirure du périnée. Deux mois après, elle commença à être incommodée par des mictions douloureuses et par un écoulement jaunâtre qui se faisait par le vagin. Bientôt elle présenta des accès de fièvre vespérale. L'examen soigneux de la malade permit de constater que, sauf l'affection locale, les organes étaient sains.

Un gonflement volumineux, large de trois doigts sur cinq, occupait les aines. La vulve et le segment inférieur du vagin étaient recouverts d'une abondante sécrétion jaunâtre sous laquelle on trouvait des ulcérations assez petites, mais pouvant par confluence atteindre de notables dimensions. Ces ulcères présentaient l'aspect habituel des lésions tuberculeuses et le microscope y décela nettement la présence du bacille de Koch. Des injections antiseptiques furent impuissantes à prévenir le retour de la fièvre et à améliorer l'état local. Comme l'altération des ganglions inguinaux paraissait nécessiter une intervention active, on procéda à leur extirpation; quand la plaie opératoire fut guérie, on fit le curetage et la cautérisation au fer rouge du vagin, après tamponnement préalable de sa partie supérieure. La guérison fut complète. (*Journ. of tuberc.*, vol. III, n° 1.) A. H.

PRATIQUE MÉDICALE

Au cours de la pratique médicale, on se trouve souvent en présence de malades pour lesquels l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, alors que l'appétit leur fait absolument défaut. Tous leurs efforts se heurtent à une répugnance invincible, et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris se digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Pour remédier à ce grave inconvénient, il suffira le plus souvent d'avoir recours à la *Quassine Frémint*. A la dose de deux ou trois pilules par jour, prises dans une simple cuillerée d'eau, elle sera susceptible de réveiller les fonctions digestives et de faire disparaître le dégoût que les malades éprouvent pour les aliments, de régulariser les sécrétions glandulaires gastro-intestinales, d'augmenter l'assimilation, de faciliter l'expulsion régulière et normale des déchets de la nutrition, en somme de provoquer une action stimulo-régulatrice des plus favorables.

QUESTION D'INTERNAT

Paralysies alcooliques, signes et diagnostic.

Symptomatologie générale. — I. **Forme ordinaire**. — Prendre comme comme type de description la forme la plus fréquente, la paralysie des membres inférieurs.

Début. — Annoncé chez un malade présentant, depuis longtemps, les signes de l'alcoolisme chronique, par des troubles sensitifs (douleurs, engourdissements, etc.), et moteurs : parésie des jambes.

Etat. — Troubles moteurs. — Ordinairement localisés aux muscles du groupe antéro-externe de la jambe (extenseur commun et propre, jambier antérieur, péroniers), et caractérisés par les phénomènes suivants : dans la situation assise, le pied est ballant et tombant, formant avec la jambe un angle obtus, son bord externe est abaissé, les phalanges immobilisées en flexion; dans la marche, le malade, pour ne pas heurter le sol de la pointe du pied, fléchit fortement la cuisse sur le bassin; c'est le *steppage* (Charcot). Les autres muscles des membres inférieurs sont habituellement intacts. Quelquefois, la paralysie frappe exclusivement le triceps sural; alors troubles inverses des précédents (v. Babinski, *Traité de médecine*, t. VI, p. 715).

Troubles sensitifs. — Précoces, constants, intenses. a) *Troubles subjectifs* : fourmillements et engourdissements, surtout des extrémités; sensations de froid, douleurs parfois très accusées, pouvant priver le malade de tout repos; crampes, etc.; b) *Troubles objectifs* : sensibilité au tact profondément troublée; anesthésie, surtout plantaire, ou hyperesthésie, parfois telle que le moindre contact détermine de vives souffrances, etc.; sensibilité à la douleur; troubles analogues, surtout hyperesthésie; sensibilité à la température souvent atteinte, mais moins. Insister sur la *douleur à la pression des masses musculaires, et à l'extension des nerfs* (signe de Lasègue), phénomènes absolument constants et de haute valeur diagnostique. Signaler les troubles de la sensibilité articulaire.

Troubles trophiques. — Citer œdème, cyanose, sueurs froides, et insister sur l'amyotrophie et les rétractions fibro-tendineuses. L'*amyotrophie* est précoce et rapide; elle prédomine au niveau des muscles paralysés. Les *rétractions fibro-tendineuses* s'observent surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne ; elles peuvent aussi frapper les genoux.

Réflexes tendineux. — Le plus souvent affaiblis ou abolis; *cutanés*, normaux ou exagérés.

Réactions électriques. — Celles des polynévrites en général.

Sphincters. — Ordinairement intacts; quelquefois paralysés, qu'il y ait névrite des nerfs sphinctériens ou troubles psychiques accusés.

Troubles psychiques. — Aux troubles habituels de l'alcoolisme chronique s'ajoutent quelquefois des troubles spéciaux (*psychose polynévritique, syndrome de Korsakoff*). Ces troubles consistent en modifications du caractère, phénomènes délirants et surtout en amnésie qui porte sur les faits récents et aboutit à la confusion mentale (v. Babinski, loc. cit., p. 745).

Troubles sensoriels. — Surtout *oculaires*, troubles précoces et bilatéraux : a. *scotome central*, elliptique à grand axe horizontal, portant d'abord sur le vert et le rouge, scotome dû à une névrite rétro-bulbaire décelable à l'ophtalmoscope; b. *troubles pupillaires* divers; pour la majorité des auteurs, sauf pour Eperon, *pas de signe d'Argyll*; c. *paralysies des muscles extrinsèques.*

Evolution. Terminaisons. — Tantôt la maladie reste *localisée*, et alors elle guérit complètement ou incomplètement (amyotrophie, rétractions fibro-tendineuses); tantôt elle *se généralise*, gagnant tous les muscles des membres inférieurs, les muscles du tronc, les membres supérieurs,

où elle frappe les muscles innervés par le radial, les muscles du cou et de la face. L'atteinte du pneumogastrique se traduit par des troubles cardiaques (tachycardie, irrégularités) et surtout pulmonaires (congestion, œdème, apoplexie pulmonaire). Cette forme généralisée évolue souvent de façon aiguë; elle s'accompagne de troubles psychiques très accusés, de troubles sphinctériens, et de symptômes généraux graves (fièvre, cachexie, etc.). Elle peut guérir; d'autresfois, elle aboutit à la mort par syncope, inanition, ou par infection secondaire (broncho-pneumonie, tuberculose, etc.).

La *durée* habituelle est de quelques mois, mais la paralysie peut évoluer en quelques semaines, ou durer des années, huit ans dans un cas de Thiroloix. Fréquence des *récidives*.

II. **Formes principales.** — A côté des formes *suivant l'évolution*, citer les formes *par prédominance d'un symptôme*, formes ainsi rangées par M. Raymond (*Cliniques*, t. II) : *forme motrice*, à type *poliomyélite antérieure*; prédominance des troubles moteurs : paralysie, atrophie; peu de troubles sensitifs ou autres; *forme sensitive*; exagération des troubles sensitifs, atténuation des troubles moteurs; *forme pseudotabétique* : troubles sensitifs, ataxie, phénomènes oculaires, etc.; *forme psychique* : prédominance des phénomènes intellectuels : délire, amnésie.

Pronostic. — Toujours sérieux : souvent pour la fonction (amyotrophie, rétractions, etc.); parfois pour la vie (syncope, infections surajoutées, cachexie, etc.). Doit toujours être réservé dans la forme généralisée aiguë.

Diagnostic. — a. *Essentiel* : se fonde sur la coexistence de symptômes d'ordre névritique (troubles moteurs localisés aux extrémités, troubles sensitifs très accusés), troubles trophiques (rétractions, amyotrophie), troubles oculaires (scotome central), etc., et des stigmates de l'alcoolisme chronique (rêves professionnels, zoopsie, pituites, tremblement des mains, etc.). Se rappeler que certaines névrites (arsenicales, infectieuses, etc.) peuvent simuler la névrite alcoolique; b. *des complications* : surveiller surtout le cœur et les poumons; c. *des indications thérapeutiques* : supprimer l'alcool; repos absolu pendant toute la phase aiguë, puis dès que celle-ci est passée, massage, électrisation prudente; strychnine; médication symptomatique (Raymond, *Cliniques*, t. II).

PANAS

Ancien élève de Nélaton, le professeur Panas, d'origine grecque, ne tarda pas à se faire remarquer de bonne heure par des travaux importants d'anatomie et de chirurgie générale. Nommé successivement chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, membre de l'Académie et professeur à la Faculté, Panas, avant de se spécialiser dans l'ophtalmologie, s'était montré chirurgien habile et audacieux. Il fut un des premiers en France, après Péan, à se livrer à la pratique des grandes opérations abdominales. Ce ne fut que plus tard qu'il s'adonna à l'oculistique, où il remporta les plus légitimes succès, et ce fut pour lui que l'on créa à la Faculté la chaire d'ophtalmologie.

D'une grande dignité de caractère, d'un abord un peu froid et réservé, Panas avait su se concilier l'estime de tous et la sincère affection de ceux qui l'ont approché. C'est une grande perte pour la profession médicale. Il a succombé hier matin à la cruelle et longue maladie qui le retenait éloigné depuis si longtemps de la Faculté et de l'Académie.

Parmi les principaux ouvrages de Panas, citons : l'*Anatomie des fosses nasales et des voies lacrymales*, le *Strabisme et la paralysie oculaire*, l'*Anatomie pathologique de l'œil*, les *Maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil*. Dr B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 5 janvier 1903 : MM. Bardon, 11; Magitot, 11; Camus, 10: Cléret, 10; Caraven, 9; Chochon-Latouche, 9; Baldenweck, 6; Druais, 4; Magnon, 4.

Pathologie. — Séance du 6 janvier 1903 : MM. Gourmand, 11; Troller, 10; Malloizel, 9; Chazarain, 8; de Bon, 7; Giroux, 7; Lemerle, 5.

Guerre. — Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 29 décembre 1902, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu par décision ministérielle du même jour les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Chupin, maintenu médecin-chef de l'hôpital militaire de Marseille; — Demandre, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Lille; — Landriau, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Lafille, maintenu médecin-chef de l'école spéciale militaire à Saint-Cyr; — de Santi, maintenu provisoirement à l'hôpital militaire de Toulouse; — Lallemant, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe, Guibal maintenu au 152e d'infanterie; — Pilon, désigné pour le 111e d'infanterie; — Galland, pour le 42e d'infanterie; — Arragon, maintenu au 163e d'infanterie; — Fargin, désigné pour le 26e d'artillerie; — Folliasson, Robin, pour le 13e d'infanterie; — Mitry, pour le 129e d'infanterie; — pour le 65e d'infanterie; — Rouffignac, pour le 40e d'infanterie; — Speckhahn, pour le 103e d infanterie; — Jules Dieu, pour le 5e du génie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Dejouany, désigné pour le 109e d'infanterie; — Grall, pour le 19e d'infanterie; — Jacquemin, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Camus, désigné pour le 73e d'infanterie; — Perrin, pour le 74e d'infanterie; — Truitié de Vaucresson, pour le 4e zouaves; — Gauthier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Fadeuilhe, pour l'école militaire préparatoire d'infanterie des Andelys; — Séguinaud, pour le 138e d'infanterie; — David de Drézigué, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Duméry, pour le 40e d'infanterie; — Cassan, pour le 118e d'infanterie; — Bourcier, maintenu au 1er régiment étranger; — Thiébaut, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Boudriot, pour le 1er zouaves; — Guignot, pour le 136e d'infanterie; — Duffau, pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Théaulon, pour le 160e d'infanterie.

— Par décision ministérielle en date du 30 décembre 1902, ont été nommés ou désignés pour les postes ci après :

MM. les médecins principaux de première classe Vaillard, nommé médecin chef de l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé; — Malinas, nommé directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Bourdon, désigné pour l'hôpital militaire Villemanzy à Lyon; — Quivogne, pour l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé.

MM. les médecins-majors de première classe Vinsac, désigné pour l'hôpital militaire de Perpignan; — Massonnaud, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers; — Blanchet, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Reims; — Riff, pour le 16e d'artillerie; — Lemarchand, pour le 3e d'infanterie; — Bourbon, placé pour ordre aux salles militaires de l'hospice mixte de Nîmes; — Toussaint, désigné pour l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé; — de Tastes, pour

le recrutement de la Seine et prisons militaires de Paris ; — Breusse, pour la place de Marseille ; — Jaubert, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Aix ; — Pitois, pour le 135e d'infanterie ; — Rivière, pour le 2e régiment étranger ; — Duval, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel ; — Strœbel, pour le 123e d'infanterie ; — Dupret, pour le 20e d'artillerie ; — Lévy, pour l'hôpital militaire de Belfort ; — Ferrier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Roux, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Maguin, pour le 19e d'artillerie ; — Mazeillé, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville (provisoirement).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Olivier, désigné pour le 148e d'infanterie ; — Batut, pour le 10e escadron du train des équipages ; — Manon, pour le 3e dragons ; — Bardot, pour la légion de la garde républicaine, à Paris ; — Rouchaud, pour la direction du service de santé du 8e corps d'armée ; — Zumbiehl, pour le 5e escadron du train des équipages militaires ; — Busquet, pour l'hôpital militaire de Bordeaux (bactériologie) ; — Vieille, pour le 13e bataillon de chasseurs à pied ; — Demery, pour le 1er bataillon de chasseurs d'Afrique ; — Marotte, affecté au 2e zouaves et détaché au dépôt des 2e et 3e zouaves ; — Faure, désigné pour le 1er spahis ; — Bronner, pour la direction du service de santé du 11e corps d'armée ; — d'Arlhac, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied ; — Calba, pour le 71e d'infanterie ; — Vidal, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Jenny, pour le 15e chasseurs à cheval ; — Mainguy, réintégré dans les cadres et affecté au 1er du génie ; — Rambaud, désigné pour le 18e d'artillerie ; — Oberlé, pour le 146e d'infanterie ; — Faure, pour le 7e du génie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Doumeng, désigné pour l'École militaire d'infanterie de Saint-Maixent ; — Tanton, pour l'hôpital militaire du Dey à Alger (bactériologie) — Spire, pour le 5e chasseurs d'Afrique ; — Rouchaud, pour le 104e d'infanterie ; — Morvan, pour le laboratoire de bactériologie et place de Châlons-sur-Marne ; — Casse, pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — Sénat, pour le 6e chasseurs d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Cariès, désigné pour le 1er régiment étranger ; — Bertrand, pour le 4e spahis ; — Baur, pour le 46e d'infanterie ; — Poutet, pour le 16e d'artillerie ; — Schwaebel, pour le 9e chasseurs à cheval ; — Bumat, pour le 20e d'infanterie ; — Raoul, pour le 26e d'infanterie ; — Julien Laferrière, pour le 127e d'infanterie ; — Azémar, pour le 79e d'infanterie ; — Alaux, pour le 10e d'infanterie ; — Delestan, pour le 146e d'infanterie ; — Brun, pour le 161e d'infanterie.

Corps de santé des troupes coloniales. — *Au grade de médecin principal de première classe.* — M. le médecin principal de deuxième classe Vaysse, maintenu en congé de convalescence à Carmaux (Tarn).

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Laurent, placé en résidence libre.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Berthier, maintenu en service au Chari ; — Coppin, maintenu en mission en Perse, hors cadres ; — Depied, affecté à l'Indo-Chine.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Aynès, du 2e tirailleurs sénégalais.

Marine. — MM. les médecins de première classe Lasselves du port de Rochefort, et Béguin, en service au port de Toulon, sont autorisés à prendre part au concours qui s'ouvrira à Brest, en janvier prochain, pour l'emploi de professeur de physiologie, hygiène et médecine légale à l'École du service de santé de la marine à Bordeaux.

— Par décision ministérielle du 27 décembre 1902, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe. — MM. Cloaguen, Lancelin, Coquelin et Duchâteau, élèves du service de santé reçus docteurs en médecine devant la Faculté de Bordeaux.

MM. les docteurs Cloaguen, Lancelin et Coquelin sont autorisés à servir au port de Brest et M. Duchateau au port de Cherbourg en attendant l'ouverture des cours de l'école d'application.

M. le médecin de deuxième classe Castaing, du port de Toulon, est désigné pour servir à la prévôté du 2e dépôt des équipages de la flotte à Brest, en remplacement de M. le docteur Prigent.

— MM. les médecins de première classe Austric, en service aux forges de la Chaussade à Guérigny, et Palasne de Champeaux, du port de Brest, sont autorisés à prendre part au concours qui s'ouvrira à Brest, le 28 janvier courant, pour l'emploi de professeur de séméiologie médicale à l'école annexe de médecine navale à Toulon.

— L'article 6 de l'arrêté ministériel du 24 juin 1886 est remplacé par le suivant :

« Art. 6. — Sont admis à concourir pour l'emploi de professeur :

1° Dans les écoles annexes et à l'école principale de Bordeaux :

Les médecins et pharmaciens de première classe réunissant deux années de grade à la date de l'ouverture du concours :

2° A l'école d'application des médecins stagiaires à Toulon :

Les médecins et pharmaciens principaux sans condition de grade.

Les médecins et pharmaciens de première classe réunissant deux années de grade à la date de l'ouverture du concours. »

Distinctions honorifiques. — M. le médecin-major de deuxième classe Morel est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Daumas, Moutier et Siffre (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bécart, Bouhében et Rubinrot (de Paris), Bourgogne (de Cherbourg) ; MM. les chirurgiens-dentistes Astié, Hivert et Neech-Watson (de Paris).

XIVe Congrès international de médecine de Madrid (avril 1903). — Le comité exécutif français du XIVe Congrès international de médecine pourra recevoir les cotisations des médecins français et des dames françaises qui désirent participer à ce Congrès jusqu'au 20 mars 1903. Passé ce délai, toutes les adhésions et tous les payements devront être adressés au Secrétariat général du Congrès, à Madrid.

Nous rappelons qu'en France, les adhésions et les cotisations doivent être adressées soit au docteur Richardière, 18, rue de l'Université, soit au docteur Lesné, 2, rue de Miromesnil.

Clinique médicale. — *Hôpital Cochin.* — M. le docteur Fernand Widal commencera ses leçons de clinique médicale, à l'hôpital Cochin, le lundi 12 janvier 1903, à dix heures et demie, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

École de psychologie (49, rue Saint-André-des-Arts, au siège de l'Institut psycho-physiologique). — Cours de 1903. — L'inauguration des cours aura lieu le lundi 12 janvier, à cinq heures, sous la présidence de M. le professeur Giard, membre de l'Académie des sciences, professeur à la Sorbonne.

La leçon d'ouverture sera faite par M. Caustier, professeur au lycée Hoche sur : « La méthode en psychologie zoologique .»

Excellent poste médical à prendre de suite dans l'Allier. S'adresser : Jules Roll, à Cornant par Egriselles-le-Bocage (Yonne).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Ulcère trophique de la cornée (kératite neuro-paralytique).

Par E. BERGER,
Correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique,
et Robert LŒWY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans la plupart des classiques, on définit la kératite neuro-paralytique de la façon suivante : kératite suppurative survenant à la suite d'affections du trijumeau.

Nous nous proposons, dans cette Revue, de montrer que, sous cette rubrique kératite neuro-paralytique, on a confondu des phénomènes de nature très différente. Nous établirons ce qu'il faut entendre par ulcère trophique de la cornée, et terminerons en établissant le diagnostic différentiel et le traitement de cette affection.

I

Théories de l'ulcère trophique. — Nombreuses sont les théories de la kératite neuro-paralytique, résumons-les rapidement :

THÉORIE TROPHIQUE. — Magendie (1) avait reconnu que la section du trijumeau provoque chez les animaux, en dehors de l'anesthésie des régions relevant du territoire de ce nerf, une kératite suppurée entraînant la perte de l'œil. Les explications les plus variées furent données pour expliquer cette kératite que Magendie attribua à une lésion des nerfs trophiques de la cornée, nerfs réunis au trijumeau.

La théorie de Magendie trouva un appui solide dans les expériences de Schiff (2), de Büttner (3), de Meissner (4) et de Merkel (5); ces auteurs constatèrent en effet que la kératite neuro-paralytique n'est due qu'à une lésion de certaines fibres médianes du trijumeau. Ils purent établir que, lorsqu'une kératite se développe sans anesthésie, c'est que, seules, les fibres médianes sont coupées; par contre, lorsqu'on sectionne les fibres sensitives périphériques en veillant à ne pas léser les médianes, on a de l'anesthésie sans kératite.

THÉORIE VASO-MOTRICE. — Schiff (2) attribue un rôle important aux troubles vaso-moteurs qu'il a observés à la suite de la section du trijumeau.

THÉORIE MÉCANIQUE. — Rejetant les théories précédentes, Snellen (6) montre qu'on peut retarder ou même empêcher le développement de la kératite, en prenant soin de fixer l'oreille par des sutures au-devant de l'œil anesthésié. On évite ainsi les traumatismes extérieurs dont relève, d'après lui, la kératite neuro-paralytique.

THÉORIE DE LA KÉRATITE XÉROTIQUE. — De Graefe (7) avait déjà pensé en 1854 à l'action de l'air et au dessèchement cornéen que l'on observe cliniquement dans les cas de kératite neuro-paralytique, mais il ne leur attribua qu'une importance relative.

Feuer (8) devait reprendre cette idée et faire jouer au dessèchement cornéen un rôle primordial. Il interprétait aisément les faits de Snellen et les expériences curieuses de Sinnitzin (9). Ce dernier auteur avait montré que l'extirpation préalable du ganglion supérieur du sympathique cervical rend la section du trijumeau moins funeste pour l'œil correspondant. Pour Feuer, la kératite était évitée, dans les faits de Snellen, par l'obstacle qu'apporte l'oreille au dessèchement de la cornée, et dans les expériences de Snnitzin, par ce fait que l'hypérémie consécutive à la paralysie des fibres sympathiques détermine une augmentation d'humidité des surfaces de l'œil et un léger *ptosis*, toutes causes s'opposant au dessèchement cornéen.

THÉORIE MICROBIENNE. — Eberth (10) et particulièrement Balogh (11) ont voulu expliquer la kératite neuro-paralytique par l'action des germes. Les expériences de V. Hippel fils (12) et de Ollendorf (13) ont infirmé cette hypothèse.

Ollendorf a montré au laboratoire de Leber que ces germes étaient des saprophytes n'ayant aucune action pathogène; d'ailleurs on ne les retrouve qu'à la superficie de l'ulcère.

THÉORIE DE LA KÉRATITE NEURO-PARALYTIQUE PAR LÉSION DU GANGLION CILIAIRE. — V. Grosz (14) se basant sur des expériences faites sur les animaux, admet :

1° Une kératite survenant après la section du trijumeau et qui serait une kératite xérotique;

2° Un ulcère trophique résultant de lésion des cellules du ganglion ciliaire qui serait alors le centre trophique de la cornée.

Cette dernière hypothèse n'est pas admissible pour l'homme, et récemment encore Terrien (15) rapportait l'observation d'une extirpation de ganglion ciliaire sans troubles de kératite neuro-paralytique consécutifs.

Rohmer (16) de même publie sept cas d'extirpation du ganglion sans ulcère trophique.

Nous venons d'esquisser rapidement les différentes théories de la kératite neuro-paralytique reposant sur l'expérimentation. On conçoit aisément que l'opinion des cliniciens basée sur des observations ne peut cadrer absolument avec celle des physiologistes pour les raisons suivantes : 1° parce que les conditions dans lesquelles l'ulcère trophique se produit sont bien différentes chez l'homme et chez les animaux (lapin, chien); 2° parce que, à tort à notre avis, les cliniciens ont confondu, sous la rubrique kératite neuro-paralytique, des processus analogues simplement, mais non identiques à la kératite neuro-paralytique.

Voyons les faits :

L'extirpation du ganglion de Gasser chez le chien et le lapin est toujours suivie d'une kératite neuro-paralytique dont la gravité est cependant atténuée par l'ablation préalable du ganglion cervical supérieur [Sinnitzin, Spalletta (17)]. Chez l'homme, depuis F. Krause (18), l'extirpation se pratique assez souvent, mais ne provoque qu'exceptionnellement la kératite. De plus la coexistence de troubles vaso-moteurs (paralysie des fibres sympathiques) avec l'anesthésie de la zone du trijumeau semble chez l'homme favoriser plutôt l'évolution de la kératite neuro-paralytique. En effet sur 6 cas de paralysie du trijumeau que rapporte F. Seydel (19), il en est 3 dans lesquels on nota des symptômes de paralysie des fibres sympathiques; or les malades dans ces 3 cas présentèrent de la kératite neuro-paralytique. Dans les trois autres, où seulement existait l'anesthésie, il n'y eut pas d'ulcère trophique. Voici ce que déduisit Seydel de ces observations : l'anesthésie ne produit la kératite neuro-paralytique que si elle est accompagnée de paralysie des vaso-moteurs.

On voit donc que Seydel émet une théorie analogue à celle de Schiff, mais en contradiction avec celle de Sinnitzin et Spalletta.

La plupart des cliniciens invoquent plusieurs causes dont l'ensemble peut provoquer la kératite neuro-paralytique : anesthésie, dessèchement cornéen, diminution de la vitalité des tissus, action de substances toxiques [Garlewski (20)] pression de la paupière sur la cornée [Fœrster (21)].

L'étude clinique des symptômes que l'on observe chez l'homme après l'extirpation du Gasser, a jeté un jour nouveau sur la physiologie pathologique du trijumeau.

L'humidité de l'œil anesthésié n'est que très peu inférieure à celle du côté sain, le clignotement se fait synergiquement avec celui du côté indemne. L'œil anesthésié présente seulement une certaine prédisposition à la congestion conjonctivale et aux lésions cornéennes par agents extérieurs (poussières, corps étrangers variés).

La kératite neuro-paralytique résultant de la lésion du trijumeau ne peut donc être expliquée par le desséchement. Or nous savons que le dessèchement de la cornée détermine une kératite.

Avec Schmidt-Rimpler (22), nous considérons cette dernière comme de nature tout à fait différente.

Il en est de même de ces ulcères, de ces suppurations totales de la cornée (kératomalacie) qui surviennent dans le cours des maladies infectieuses, ou chez les enfants en état de dénutrition, et que les anciens auteurs avaient rattachés à la kératite neuro-paralytique. Notons cependant qu'on avait déjà établi quelques nuances entre ces différents états pathologiques; on avait ainsi reconnu que l'anesthésie cornéenne n'est pas pathognomonique de la kératite neuro-paralytique, puisqu'on l'observe également dans l'ulcère rongeant; de même la sécheresse du globe n'est pas caractéristique de la kératomalacie, puisqu'on l'a voit dans l'exophtalmie, dans d'autres affections et notamment dans le cours des maladies infectieuses [E. Berger (23)]. Enfin, certains auteurs avaient rangé, dans le cadre de la kératite neuro-paralytique, les opacités cornéennes survenant dans le cours d'un herpès zoster, avec anesthésie cornéenne sans détachement de l'épithélium [Ginsberg (24)].

Nous basant sur une observation personnelle que nous avons publiée (61) et sur celles qui ont paru dans la littérature, nous pouvons maintenant aborder l'étude clinique de la kératite neuro-paralytique.

Nous renvoyons pour la bibliographie complète des cas de kératite neuro-paralytique ou autres, au travail de V. Hippel (12) et surtout à l'excellent ouvrage de Wildbrand et Saenger (25) sur la neurologie de l'œil.

II

Étiologie. — La kératite neuro-paralytique relève principalement des lésions du trijumeau survenant à la suite de traumatismes de la tête; fractures de la base du crâne, plus particulièrement du rocher. Ces fractures du rocher peuvent être produites par différents mécanismes notamment par choc du maxillaire inférieur [Baudry (26)], souvent d'autres nerfs sont lésés en même temps que le trijumeau, en particulier le VIe, comme l'a bien montré Panas (27).

Les accidents du côté en trijumeau peuvent être immédiats (contusions, déchirures, compressions par esquilles osseuses par exemple), ou tardifs résultant alors des phénomènes secondaires, tels que cals, hémorragie, méningite, etc.

Dans ces derniers cas, il s'écoule un laps de temps variable suivant les circonstances entre le traumatisme et l'apparition de la kératite. Ces faits ont été mis en évidence dans le travail de Purtscher (28).

Mais indépendamment de leur origine traumatique, les lésions du trijumeau peuvent relever d'autres causes; telles les compressions et altérations dudit nerf par les tumeurs de la base du crâne, la syphilis [Alexander (29), Jany (30)], l'influenza [Sachsalber (31), Lavagna (32)].

III

Symptomatologie. — CORNÉE. — Les symptômes de la kératite neuro-paralytique apparaissent peu de temps après la lésion du trijumeau. Le troisième jour, en général, on observe déjà une altération de l'épithélium cornéen; cette altération est caractérisée, à la loupe, par la confluence de petites taches grisâtres qui, s'agrandissant, vont se réunir pour former ensuite l'ulcère; en même temps, on remarque que les couches superficielles du parenchyme cornéen prennent un aspect trouble, leur teinte est moins claire que celle du reste de la cornée; parfois on perçoit au-dessous des

taches, ou sous l'ulcère tout à son début, des striations radiées que Schmidt Rimpler (22, 207, 204) explique par un plissement de la membrane de Descemet.

Un ulcère se forme donc par détachement des parties lésées de la cornée ; la présence de deux ulcères dans notre cas (61) s'explique par ce fait que la confluence des taches ne s'est pas faite totalement.

Dans les cas graves, l'épithélium est lésé sur une grande étendue de la cornée, le parenchyme devient opalescent ; une kératite suppurative se développe, qui entraîne une panopthalmie et l'atrophie du globe (*a*).

Fente palpébrale. — La fente palpébrale est d'un diamètre normal, il peut exister, comme dans notre cas, un léger ptosis, dû à une lésion simultanée des fibres sympathiques qui vont au muscle palpébral supérieur de Müller.

Position du globe. — Généralement le globe oculaire est dans une situation normale, mais il peut y avoir enophtalmos peu prononcé, il est vrai, par lésion des fibres animant le muscle orbitaire de Müller, ou, au contraire, exophtalmie comme dans le cas de Gallemaerts (35).

Sourcil. — Le professeur Gallemaerts a bien voulu nous renseigner sur certains symptômes observés par lui dans un cas de kératite neuro-paralytique à la suite de l'extirpation du Gasser. Il a noté la chute du sourcil du côté de la kératite.

La tension du globe est en général normale. Krause l'a toujours rencontrée ainsi après l'extirpation du Gasser, mais il peut y avoir hypotonie comme dans notre cas, en même temps qu'existent d'autres manifestations de lésions sympathiques (myosis, enopthalmos, etc.).

Conjonctive. — Sur la conjonctive on n'observe quelquefois aucune trace d'inflammation ou de congestion [Knies (36)]; on constate parfois, au contraire, un peu de congestion; cette congestion est toujours des plus intenses lorsqu'il existe des lésions des fibres sympathiques. Elle peut néanmoins exister très accentuée, sans lésions sympathiques, comme dans le cas de Gallemaerts, où il y eut même de l'œdème de la conjonctive.

Iris. — L'ulcère trophique est toujours accompagné d'un myosis qui, dans les cas de paralysie des fibres sympathiques, présente les symptômes caractéristiques du myosis paralytique (pas de dilatation de la pupille par la cocaïne, cette dernière dilate la pupille à l'état normal par excitation des fibres sympathiques).

Chambre antérieure. — L'hypopion peut exister, et se manifester au début [Lavagna (32)], ou dans le cours de l'affection comme dans notre cas. Dans une observation de Panas (37), le point de départ de l'hypopion avait été l'iris. Cette observation confirme les recherches de Duval et de Laborde (38) sur les animaux : ces auteurs ont suivi pas à pas les altérations de l'œil après la section de la racine ascendante du trijumeau ; ils les ont vues évoluer des parties profondes aux parties superficielles, de la chambre antérieure à la cornée.

(*a*) Il est intéressant de rapprocher de ce tableau clinique du début de l'ulcère trophique, chez l'homme, ce qui se passe chez l'animal : voici, rapporté par Jaboulay (33), ce qu'ont observé Magendie (1) et Vulpian (34) après section du trijumeau chez les animaux : après un certain nombre de jours qui varient d'un à six ou sept jours, suivant le siège de la section, l'œil devient rouge, la conjonctive s'injecte, la cornée perd sa transparence par le dépôt de fines granulations de carbonate de chaux d'après Vulpian (34), par l'infiltration, par le pus, pour d'autres, devient plus convexe, offre une tache, en même temps que l'iris se ternit et se chagrine. Cette cécité n'est pas primitive, ainsi que l'avait cru cru Magendie (1), qui pensait que le nerf optique n'était impressionnable à la lumière qu'autant que la sensibilité du globe était intacte. Quelques jours après l'infiltration, l'engouement, les chemosis augmentent, il se produit du pus, la cornée s'ulcère, se perfore, l'œil se vide et s'atrophie.

IV

Symptômes concomitants. — Troubles moteurs. — Dans les cas de kératite neuro-paralytique avec paralysie des trois branches du trijumeau, on peut voir une parésie, voire même une paralysie des muscles animés par le trijumeau (notre cas); ou bien il peut ne pas exister de troubles moteurs [Scheier (39)].

Troubles sensitifs. — On a observé dans tous les cas une anesthésie de la cornée et de la conjonctive, anesthésie qui n'est pas toujours totale. Dans notre cas, par exemple, la partie temporale de la conjonctive bulbaire présentait une sensibilité obtuse; dans un cas de Koschenwnikow (40) existait une paralysie bilatérale du trijumeau et la kératite se développa seulement du côté gauche où l'anesthésie était moins accentuée que du côté droit; mais, du côté gauche, il y avait paralysie faciale, qui, pour cet auteur, aurait contribué au développement de la kératite.

Dans tous les cas de kératite neuro-paralytique, en dehors de la cornée, on constate de l'anesthésie ou une diminution de sensibilité (cas personnel) en d'autres territoires du trijumeau.

L'anesthésie peut se voir seulement dans les régions correspondantes à la première branche, comme dans le cas de Fedoroff (41) où cette branche était paralysée.

Troubles vaso-moteurs. — Dans certains cas, on relève des symptômes de paralysie des vaso-moteurs dans le pourtour du globe : tel le cas de Gallemaerts, où survint de l'œdème de la joue.

Troubles de sécrétion. — Ils sont peu accentués; la diminution de l'humidité de l'œil est, si elle existe, peu prononcée, il peut y avoir exceptionnellement de l'hypersécrétion lacrymale [observation personnelle, Sachsalber (31)].

Troubles trophiques en d'autres zones du trijumeau. — Il existait dans notre cas un érythème de nature trophique, et l'on peut voir des ulcères du nez et de la bouche [Scheier (39)], une alopécie en aires, en même temps que l'otite moyenne (Sachsalber); à propos de ces derniers cas, notons ceci : Joseph (42) avait prouvé que l'alopécie en aires peut être due à des troubles trophiques et Sachsalber mentionne les expériences de Berthold (43) qui observa l'otite moyenne à la suite de la section du trijumeau, chez le lapin.

Rappelons enfin ce fait intéressant dans notre cas, l'acné iodée, développée seulement dans la zone du trijumeau du côté de la kératite.

V

Évolution et marche de la kératite neuro-paralytique. — Caractères de l'ulcère trophique de la cornée. — L'étendue, la forme et l'évolution de l'ulcère trophique ne dépendent en rien de sa position vis-à-vis de la fente palpébrale.

Dans notre cas, par exemple, le grand ulcère était en

partie recouvert par la paupière supérieure, le petit ulcère au contraire, était entièrement caché par elle. Dans le cas de Gallemaerts l'ulcère se développe, bien que la paupière, grâce au pansement, recouvre la cornée.

Dans un cas de Luksch (44), il y avait ptosis, dû à une paralysie de la troisième paire et précédant de deux mois la kératite.

En tant qu'ulcération, l'aspect de l'ulcère trophique de la cornée ne présente rien de caractéristique; c'est par l'étiologie et l'ensemble des symptômes concomitants qu'on arrivera à le reconnaître, comme nous le verrons dans la suite.

La marche de la kératite neuro-paralytique est lente, mis à part les cas où la kératite neuro-paralytique entraîne d'emblée la suppuration du globe. Le petit ulcère dans notre cas ne guérit qu'au bout de trois mois.

L'évolution est assez irrégulière, la guérison survient après des périodes d'amélioration et d'aggravation qu'explique en partie une sorte de sensibilité toute spéciale qu'affecte l'ulcère trophique en regard des médicaments. Une réaction très vive se produisit dans le cas de Gallemaerts après application d'une solution de chlorure de sodium et dans notre cas, le bleu de méthylène aggrava la lésion de même que l'examen aux rayons X.

Nous estimons que dans le cas de Fedoroff (41) le lavage des yeux avec une solution de sublimé, que l'on pratiqua immédiatement après la constatation de la lésion du trijumeau, ne put qu'aggraver la kératite neuro-paralytique.

Quant à la durée de la maladie, il nous est impossible d'en donner ici la moyenne, pour cette bonne raison que la plupart des auteurs ont publié leur cas avant la guérison complète du malade.

V

Physiologie pathologique. — On ne peut attribuer la kératite neuro-paralytique à l'*anesthésie* de la cornée, car cette anesthésie peut être complète sans qu'il y ait kératite, et il peut y avoir kératite sans anesthésie complète [Kalt (45)].

Nous avons revu notre malade le 24 décembre; l'anesthésie de la cornée a fait place à une sensibilité obtuse, mais l'ulcère présente toujours les caractères de la kératite neuro-paralytique.

On ne peut faire dériver l'ulcère trophique du *dessèchement cornéen*, car :

1° Ce dernier entraîne des altérations bien différentes de celles que nous avons décrites et sur lesquelles nous reviendrons au diagnostic;

2° L'ulcère trophique peut se développer avec hypersécrétion lacrymale (observation personnelle, Sachsalber).

Les traumatismes, agissant sur une cornée anesthésiée, n'expliquent pas non plus l'ulcère trophique, puisqu'on le voit dans des cas où le malade est alité (observation personnelle), où l'œil est protégé par un bandeau (Gallemaerts), où le globe est recouvert par une paupière paralysée (Luksch), etc.

L'hypothèse de Seydel pour qui la *coïncidence de l'anesthésie et des lésions sympathiques* est la cause de la kératite neuro-paralytique est également inadmissible : en effet, dans le cas de Gallemaerts, il y avait kératite neuro-paralytique sans paralysie des fibres sympathiques.

Il ne nous reste plus, par suite, qu'à revenir à la théorie d'une *lésion de fibres trophiques* pour expliquer les cas indiscutables de kératite neuro-paralytique. Cette théorie trouve un puissant appui dans ce fait que des troubles trophiques existent dans les autres zones du trijumeau.

Rappelons, à ce propos, les expériences de Laborde (46). L'illustre physiologiste a observé, chez le lapin, outre les lésions profondes de l'œil qu'on pourrait attribuer aux modifications des *vaso-moteurs*, une croissance anormale des dents, des mâchoires supérieures et inférieures du côté anesthésié, qui ne peut être expliquée que par des troubles trophiques.

Dans une publication antérieure (47) nous avons essayé d'établir le parcours des fibres trophiques de la cornée en nous basant sur le siège des lésions du trijumeau, dans les cas où celles-ci ont déterminé l'ulcère trophique.

Le siège de la lésion peut être nucléaire [comme dans l'influenza (Lavagna)], ou fasciculaire [Koschewnikow (40), Caspar (44)], très fréquemment la lésion est endocranienne (notre cas), elle est, par contre, très rarement extra-durale (lésion du ganglion de Gasser).

En effet, l'extirpation du ganglion de Gasser n'est pas, dans la presque totalité des cas, suivie de kératite neuro-paralytique.

Une lésion de la cinquième paire en arrière du ganglion de Gasser provoque, au contraire, toujours des troubles trophiques de la cornée, ce qui prouve que les nerfs trophiques sont, dans cette zone rétro-grassérienne, réunis au trijumeau. Une lésion comme l'extirpation du ganglion de Gasser [Gallemaerts (35)] ne les provoque qu'exceptionnellement, ce qui prouve que, dans la plupart des cas, les nerfs trophiques ont déjà quitté le trijumeau en amont du ganglion de Gasser.

Pour Krause même, l'auteur de l'extirpation gassérienne, jamais la kératite neuro-paralytique ne survient à la suite de cette extirpation. Cette assertion était justifiée à l'époque où il publiait son travail, par les observations des auteurs, mais depuis a paru le cas de Gallemaerts où les troubles sont survenus après l'extirpation dudit ganglion.

Donc en résumant tous ces faits nous constatons :

Pour les lésions du trijumeau dans :

La zone rétro-gassérienne : kératite neuro-paralytique.

Le ganglion de Gasser : pas de kératite neuro-paralytique (sauf dans le cas de Gallemaerts).

La zone caverneuse : pas de kératite neuro-paralytique (exception cas de Morton).

La zone précaverneuse : pas de kératite neuro-paralytique.

La zone orbitaire postérieure (partie postérieure de l'orbite) : kératite neuro-paralytique.

La zone rétro-bulbaire, immédiatement en arrière du globe (extirpation du ganglion ciliaire, résection des nerfs ciliaires) : pas de kératite neuro-paralytique.

Par où donc passent ces fibres trophiques? Elles vont, d'après nous de la zone rétro-gassérienne du trijumeau au plexus carotidien, par ces fibres anastomotiques très bien décrites dans ces traités, en particulier dans celui de Stellwag (48); ce trajet nous explique également la fréquence de la coïncidence des troubles sensitifs et trophiques par le même processus [hémorragie par exemple (observation personnelle) réagissant sur les fibres sensitives, trophiques et vaso-motrices].

Dans le plexus carotidien, nous trouvons ensemble les fibres sympathiques, et les fibres trophiques de la cornée.

A priori, une lésion de ce plexus carotidien devrait déterminer en même temps que de l'enophtalmos de la kératite neuro-paralytique. Or si l'on a mentionné nombre de cas

d'enophtalmos traumatique, survenu à la suite de traumatismes craniens, il n'en est pas un seul connu jusqu'ici de kératite neuro-paralytique concomitante. Il semble qu'il y ait là une objection contre notre théorie, mais Lederer (49) a fort bien montré qu'il s'agissait d'une interprétation, et que, dans les faits publiés, cet enophtalmos traumatique était toujours en réalité d'origine orbitaire.

Puis, du plexus carotidien, les fibres trophiques de la cornée retournent au trijumeau, par les *anastomoses* de ce plexus avec la première branche [Poirier (50)], et se rendent en particulier au nerf lacrymal et au sous-trochléaire, ce qui explique, dans notre cas, la coexistence des troubles trophiques de la cornée, l'anesthésie de la *caroncule* lacrymale et de la conjonctive innervées par cette branche. A l'aide de notre hypothèse, on s'explique alors aisément certains cas d'ulcères cornéens ou de kératites suppurées appartenant probablement au cadre nosologique de l'ulcère trophique et survenant à la suite d'affections du sinus frontal (62) ou des cellules ethmoïdales [Berger et Tyrmann (51)] envahissant la paroi interne de l'orbite et lésant le sous-trochléaire et les fibres trophiques. Pour les expliquer on invoquait jusqu'ici l'exophtalmie.

Restent à comprendre les cas où, comme ceux de Gallemaerts et de Morton, la kératite neuro-paralytique est survenue à la suite de lésions du Gasser, ou de la première branche dans la zone caverneuse. On peut admettre dans le cas de Gallemaerts que les fibres trophiques franchissent le ganglion de Gasser, et passent soit directement dans la première branche, soit au plexus caverneux, par le filet qui le relie à ce plexus sympathique [Hyrtl (52)]. Même parcours pour le cas Morton (53), qui nous apparaît d'ailleurs comme douteux en tant que kératite neuro-paralytique, puisqu'il survint seulement six jours avant la mort.

On peut, en définitive, proposer deux hypothèses, et admettre ou que les fibres trophiques se séparent du trijumeau avant le ganglion de Gasser, ou qu'un dédoublement se fait dans ces fibres trophiques, une partie de ces fibres très faible pénétrant dans le ganglion, l'autre très importante se rendant directement au plexus caverneux. Cette dernière hypothèse du dédoublement des fibres trophiques nous expliquerait les cas, où l'extirpation du Gasser entraîne des troubles trophiques (par anomalie, le plus grand nombre des fibres trophiques prendraient la route intra-gassérienne, au lieu de l'extra) et, d'autre part, ces faits nombreux où l'extirpation du Gasser, sans amener de troubles profonds, a néanmoins un retentissement net sur la vitalité de la cornée et amoindrit sa résistance.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel entre la kératite neuro-paralytique et la kératite suppurative ou ulcère infectieux est facile.

1° Les symptômes inflammatoires, hypérémie de la conjonctive, injection péricornéenne, sont plus prononcés dans l'ulcère infectieux qui est toujours accompagné de photophobie, de congestion irienne et fréquemment d'iritis et d'hypopion; l'iritis, au contraire, n'existe pas dans la kératite neuro-paralytique et l'hypopion est exceptionnel.

2° L'humidité de l'œil est plus grande dans la kératite suppurative.

3° Dans l'ulcère trophique on constate une anesthésie de la cornée, de la conjonctive, et d'autres régions animées par le trijumeau.

D'autres affections cornéennes accompagnées d'anesthésie peuvent, au premier abord, faire penser à l'ulcère trophique, tel l'*ulcère rodens*; mais dans l'ulcère rodens l'anesthésie est toujours limitée à la cornée; l'affection est microbienne et bien caractérisée par ses symptômes cliniques : l'ulcère rodens débute toujours à la périphérie de la cornée; l'ulcère trophique, au contraire, au centre, ce dernier a une forme ronde, le rodens, au contraire, affecte un aspect semi-lunaire et gagne peu à peu sur toute la surface de la cornée, il est entouré de zones de petites infiltrations grisâtres qui se réunissent pour délimiter l'ulcère dont l'aspect est feuilleté, dont les bords sont minés et séparés des couches postérieures.

Le diagnostic entre l'ulcère trophique et l'*érosion cornéenne* avec infection secondaire survenant sur une cornée anesthésiée à la suite d'une paralysie du trijumeau peut présenter de sérieuses difficultés.

Il est tout d'abord une notion dont l'importance est considérable, c'est la notion étiologique : bien souvent cette dernière, l'ulcération cornéenne, résulte d'un traumatisme.

Au début, l'examen à la loupe nous montre que dans cette ulcération le processus a commencé en un seul endroit, tandis que, dans la kératite neuro-paralytique, le processus débute en plusieurs points.

L'ulcération cornéenne d'origine traumatique est localisée dans les parties de la cornée correspondante à la fente palpébrale, l'ulcère trophique, au contraire, se développe en n'importe quel point.

Enfin le développement de la kératite neuro-paralytique est rapide, apparaît bientôt après la lésion du trijumeau, l'ulcération cornéenne, par contre, peut survenir à n'importe quelle époque : et nous rangeons dans sa catégorie, le cas de Haase (54) où la kératite survint seulement dix ans après le début de l'anesthésie du trijumeau.

L'ulcère cornéen d'origine traumatique que l'on observe dans des cas d'anesthésie du trijumeau est donc bien distinct de l'ulcère trophique de la cornée qui se développe sans aucun traumatisme. Est-il identique à l'ulcère traumatique simple ?

Évidemment non : il faut tenir compte, en effet, de ce fait que, lorsqu'une ulcération cornéenne apparaît dans un œil du côté d'une anesthésie du trijumeau, son évolution se ressent de la lésion du nerf. Dans ce cas, la marche de l'ulcération est plus grave, le pronostic plus sévère, et Krause (18) rapporte, entre autres exemples, un cas d'ulcération cornéenne avec anesthésie du trijumeau qui demanda neuf mois de soin.

De tels faits viennent singulièrement appuyer notre hypothèse du dédoublement des fibres trophiques.

On pourrait donc, dans une certaine mesure, considérer ces ulcérations cornéennes, survenant très tard après le début de l'anesthésie du trijumeau, à la suite d'éraillures cornéennes, comme des kératites neuro-paralytiques atténuées avec un élément infectieux en plus.

Citons comme exemple de ces cas les observations de Krause (18) concernant cet ulcère cornéen tardif.

Le diagnostic différentiel entre l'ulcère trophique et la *kératite xérotique* s'établit aisément : dans la kératite xérotique l'ulcération de l'épithélium cornéen commence toujours dans la portion découverte des paupières : l'ulcère trophique au contraire n'a pas ce siège exclusif. L'épithélium est dans la kératite xérotique, en certains endroits, sec,

sans reflet, il tombe, et l'ulcération apparaît. Il n'y a anesthésie ni de la conjonctive ni de la cornée.

L'apparition de la kératite xérotique peut être évitée par des soins prophylactiques, et nous avons déjà insisté sur ce fait dans un travail antérieur [E. Berger (23)]. Lorsqu'elle existe, on la guérit, en général, aisément par l'emploi de compresses trempées dans une solution de chlorure de sodium (7 p. 1000), par des pansements occlusifs ou une tarsorraphie, toutes méthodes qui ont pour but de lutter contre le desséchement; ces méthodes, au contraire, ne donnent aucun résultat dans la kératite neuro-paralytique. On demeure étonné de voir la kératite xérotique si souvent confondue avec la kératite neuro-paralytique.

Il importe également de ne pas confondre la kératite neuro-paralytique et la *kératomalacie* (ulcère marantique). Il y a, dans cette dernière, au début, un trouble blanc jaunâtre de l'épithélium cornéen, entraînant, par le détachement de la partie lésée, la formation d'un ulcère.

L'ulcère trophique est en général rond, l'ulcère marantique, au contraire, est ovalaire, à grand axe horizontal.

Le début de l'ulcération marantique correspond, en effet, toujours à une partie de la cornée sur laquelle repose le rebord de la paupière supérieure : c'est une escare cornéenne provoquée par la pression de ce rebord; ce qui nous explique la forme de cette ulcération.

Les malades atteints de cette kératomalacie sont dans un un état somnolent, où les yeux sont tournés en haut [Berger et R. Lœwy (55)], par suite l'affection cornéennne peu se présenter dans la moitié inférieure même de la cornée, localisation que l'on n'observe pas dans la kératite neuro-paralytique.

En même temps, on constate dans l'ulcère marantique de la sécheresse du globe par diminution de la sécrétion lacrymale; cette sécheresse n'existe pas dans l'ulcère trophique. Le défaut de clignotement, chez les individus comateux, favorise l'accumulation d'une sécrétion purulente sur l'ulcère. L'envahissement de la cornée par des microbes pyogènes et la diminution de la nutrition cornéenne par ralentissement de la nutrition générale jouent un rôle considérable dans la pathogénie de la kératomalacie.

La kératite neuro-paralytique et la kératomalacie n'ont de commun que l'insensibilité de la cornée au toucher et le faible degré des symptômes inflammatoires : congestion de la conjonctive, injection péri-kératique. Mais la constatation d'une anesthésie cornéenne chez un comateux n'a rien d'étonnant, puisqu'elle constitue l'un des signes du coma; c'est seulement dans cette anesthésie-là qu'il faut chercher, selon nous, la raison d'être de la confusion qui a régné entre la kératomalacie et la kératite neuro-paralytique. Rappelons que l'on observe cette kératomalacie dans le choléra, dans les agonies prolongées, dans l'encéphalite aiguë des enfants [V. Græfe (66)]; chez les enfants chétifs des nègres [de Gouvea (57), de Gama Lobo (58)].

Nous l'avons observée chez une typhique de neuf ans dans un cas très grave.

On voit suffisamment par ce tableau varié que kératomalacie et kératite neuro-paralytique sont choses dissemblables.

VII

Pronostic. — Le pronostic de la kératite neuro-paralytique est d'autant plus grave que l'affection survient plus vite et que les altérations gagnent rapidement en étendue et en profondeur.

Si le développement est lent dans un cas d'ulcère étendu, mais peu profond, on peut toujours espérer un dénouement favorable. Ainsi, dans un cas de Bistis (59), l'œil fut conservé, bien que la cornée fût prise dans presque toute sa largeur : il ne restait qu'une bande marginale de 3 millimètres indemne.

Le pronostic ne dépend pas du degré d'anesthésie de la cornée, et les observations de Kalt (45) montrent bien que la gravité de la kératite neuro-paralytique n'est pas en rapport avec le dégré de l'anesthésie cornéenne.

Le pronostic dépend de l'affection causale.

Les troubles du trijumeau dus à des accidents passagers ou guérissables (hémorragies, syphilis) sont d'un bien meilleur pronostic que ceux qui sont la conséquence de maladies incurables (tumeurs malignes du cerveau, de la base du crâne, etc.).

La kératite neuro-paralytique à la suite de traumatisme est d'un pronostic moins défavorable. Nieden (60), par exemple, rapporte deux cas très nets où l'ulcère trophique apparut à la suite de traumatismes de la tête; dans les deux cas, la guérison fut complète.

VIII

Traitement. — Le traitement doit s'adresser à la cause de l'affection, traitement mercuriel par exemple, dans les affections du trijumeau d'origine syphilytique et à l'ulcère lui-même.

Contre l'ulcère on emploiera les applications d'eau salée physiologique en permanence, avec usage très discret d'iodoforme.

Au cas où la congestion conjonctivale serait intense, on pourrait badigeonner la conjonctive chaque jour avec une solution de pierre divine à 1/600. Mais il faudra surveiller de très près la tolérance de la cornée, car, nous, le répétons l'ulcère trophique présente une sensibilité spéciale à l'égard des médicaments, et bien des cas, selon nous, auraient pu guérir sans perte de l'œil, si l'on avait laissé de côté l'emploi d'antiseptiques irritants.

Le traitement électrique local et la strychnine peuvent aider à ramener les fonctions des fibres nerveuses dont les troubles fonctionnels ont occasionné la kératite neuro-paralytique.

Bibliographie. — 1. Magendie. *Journ. de physiol. expérim.*, Paris 1824, IV, p. 169 et 306. — 2. Schiff. *Unters. z. Physiol. des Nervensystems*, Frankfurt-a.-M. 1855. — 3. Büttner. *Zeits. f. ration. Med.*, Berlin 1862, XV, p. 254. — 4. Meissner. *Zeits. f. ration. Med.*, Berlin 1867, XIV, p. 96. — 5. Merkel. *Centralbl. f. d. med. Wissens.*, Berlin 1874, p. 902. — 6. Snellen. *Arch. f. die holland. Beitr.*, Utrecht, I, p. 206. — 7. De Græfe. *Arch. f. Opht.*, Berlin, III, 2, p. 28. — 8. Feuer. *Mediz. Jahrb.*, Vienne 1877. — 9. Sinnitzin. *Centralbl. f. d. med. Wissens.*, Berlin 1871, p. 161. — 10. Eberth. *Centralbl. f. d. med. Wissens.*, Berlin 1875, p. 502. — 11. Balogh. Cité chez Schmidt-Rimpler (22), p. 206. — 12. V. Hippel. *Arch. f. Opht.*, Berlin 1889, XXXV, 3, p. 217. — 13. Ollendorf. *Arch. f. Opht.*, Berlin 1900, XLIX, 3. — 14. V. Grosz. Die Keratitis nevroparalytuca, IX[e] Cong. internat. d'opht, Utrecht, 14-18 août 1899. — 15. Terrien. Soc. de chir. de Paris, mai 1902. — 16. Rohmer. *Ann. d'oculist.*, juillet 1902, t. CXXVIII, p. 1. — 17. Spalletta. *Arch. di Oftalmol.*, 1897, II. — 18. Krause. *Münch. med. Woch.*, 1895, n° 25. — 19. F. Seydel. *Arch. f. Opht.*, Berlin 1899, t. XLVIII, 1. — 20. W. Garlinski. *Kroniki Lekarkicz*, Varsovie 1894. — 21. Foerster, Graefe-Saemisch. *Handbuch der Ges. Augenheil-*

kunde, Leipzig 1876, VII, p. 138. — 22. Schmidt-Rempler. *Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten*, Vienne 1898, p. 204-208. — 23. E. Berger. Action des toxines sur la sécrétion lacrymale. Pathogénie de la kératomalacie survenant dans les maladies infectieuses, *Revue gén. d'opht.*, Paris, mai 1894. — 24. Ginsberg. *Central-bl. f. prakt. Augeinheilk.*, Berlin 1895, p. 123. — 25. Wilbrand et Sænger. *Die Neurol. des Auges*, Wiesbaden 1901, II, 2. — 26. Baudry. *Arch. d'opht.*, Paris 1886, II, p. 70. — 27. Panas. *Arch. d'opht.*, Paris 1881, I, p. 3. — 28. Purtscher. *Arch. f. Augenheilk.*, Wiesbaden 1888, XVIII, p. 435. — 29. Alexander. *Syphilis und Auge*, Wiesbaden 1888. — 30. Jany. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, Berlin 1881, p. 193. — 31. Sachsalber. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, Leipzig 1893, p. 331. — 32. Lavagna. *Boll. d'Oculist.*, 1896, XVII, 12-13. — 33. Jaboulay. *Dict. de Dechambre*, art. Trijumeau, t. XVIII, p. 225, Paris. — 34. Vulpian. *Leçons sur les raso-moteurs*; — *C. r. de l'Acad. des sc. de Paris*, 1878. — 35. Gallemaerts. Soc. belge d'opht., Bruxelles, 28 nov. 1897. — 36. Knies. *Die Beziehungen des Schorganes und seiner Erkrankungen zu den übrigen Erkrankungen des Körpers*, Wiesbaden 1893, p. 215. — 37. Panas. Cité dans Schmidt-Rimpler (22), p. 202. — 38. Duval et Laborde. *Travaux du laboratoire de physiologie de la Faculté de Paris*, 1885. — 39. Scheier. Cong. des natur. allem. (sect. de neurol.), Lubeck 1895. — 40. Koschewnikow. Soc. de neuropathol. de Moscou, 26 nov. 1893. — 41. Fedoroff. *Centralbl. f. prakt. Augeinheilk.*, Berlin 1898, p. 198. — 42. Joseph. *Virchow's Arch.*, Berlin 1888, CXIV, p. 548. — 43. Berthold. Cité chez Sachsalber (30), p. 332. — 44. L. Luksch. *Wien. med. Wochens.*, 1897, n° 7. — 45. Kalt. Soc. de biol., Paris, 26 mars 1899. — 46. Laborde. Soc. de biol., 16 fév. 1889. — 47. E. Berger et Robert Lœwy. Sur les nerfs trophiques de la cornée, Soc. de biol., Paris, 7 juin 1902. — 48. Stellwag. *Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde*, Wien 1870, p. 9. — 49. Lederer. Voir Graefe's *Arch. f. Opht.*, Berlin 1902, LIII, 2. — Poirier. *Traité d'anatomie*, t. III, 3e fasc., p. 807. — 51. E. Berger et J. Tyrman. *Die Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbeinlabyrinthes J. J. Bergmann*, Wiesbaden 1886. — 52. Hyrtl. *Lehrbuch der Anat. des Menschen*, Vienne 1873, p. 859. — Morton. *Amer. Journ. of the med. Sc.*, 1865, XLIX, p. 321. — 54. Haase. *Arch. f. Opht.*, Berlin, XXVII, 1, p. 268. — 55. E. Berger et Robert Lœwy. État des yeux pendant le sommeil et la théorie du sommeil, *Journ. d'anat. et de physiol.*, Paris 1898. — 56. De Graefe. V. Graefe's *Arch. f. Opht.*, Berlin, XXVII, 1, p. 286. — 57. De Gouvea. Cité chez Schmidt-Rempler (22), p. 207. — 58. Da Gama Lobo. *Klin. Monats. f. Augenheilk.*, Stuttgart, Juli 1901, p. 193. — 59. Bistis. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, Leipzig, Juli 1901, p. 193. — 60. Nieden. *Arch. f. Augenheilk.*, Wiesbaden, XIII, p. 249. — 61. E. Berger et Robert Lœwy. Sur un cas d'ulcère trophique de la cornée, *Gaz. des hôpit.*, 20 déc. 1902, n° 144. — 62. Jocqs. *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'opht.*, 1902, XIX, p. 90.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(7 janvier 1903)

En raison de la mort de M. Panas, ancien président de la Société, la séance scientifique n'a pas eu lieu. On a seulement procédé à l'élection de deux membres correspondants nationaux, MM. Couteaud (médecin de la marine) et Guillet (de Caen), et de quatre membres correspondants étrangers, MM. Berg, Gallet, Heresco et Lennander. Il n'y a eu ensuite que les présentations de malades.

M. Delbet a montré un malade atteint de **fracture de l'humérus**, traité par un appareil spécial ainsi composé : l'avant-bras est maintenu en flexion à angle droit par un appareil plâtré; sous l'aisselle se trouve un béquillon qui est relié à l'appareil plâtré par une tige que des ressorts tendent à allonger, de telle sorte qu'elle imprime au membre fracturé une extension constante.

M. Albarran dit avoir retiré de bons effets de cet appareil.

M. Championnière n'admet pas plus cet appareil que les autres, continuant à soutenir que les fractures de cette sorte guérissent fort bien sans le secours d'aucun appareil.

M. Schwartz présente un malade qui était atteint d'une **luxation habituelle du nerf cubital**. M. Schwartz a creusé une loge osseuse à ce nerf et l'y a fixé. Le malade ne souffre plus.

M. Monod présente à nouveau un jeune garçon qu'il a déjà présenté en juillet dernier et qui était atteint d'un **sarcome à myéloplaxes** de la partie supérieure du tibia. M. Monod a pratiqué le curetage de cette tumeur et il n'y a, jusqu'ici, aucune trace de récidive.

M. Schwartz possède un exemple de ce genre resté guéri depuis sept ans. Ce sont, dit-il, de ces cas où l'on peut conserver. Une petite discussion s'engage, à ce sujet, sur les tumeurs à myéloplaxes. On ne saurait parler de ces tumeurs sans citer la thèse d'Eugène Nélaton. C'est ce que font MM. Monod et Nélaton, en faisant observer qu'Eugène Nélaton considérait ces tumeurs à myéloplaxes comme des tumeurs toxiques et qu'on se met assez aisément à l'abri des récidives en faisant des interventions partielles larges.

M. Delbet rappelle l'histoire d'un enfant de huit ans qui était soigné pour une luxation récidivante à l'épaule. La radiographie montre qu'il n'y avait pas de luxation, mais un néoplasme. M. Delbet présenta alors cet enfant à la Société de chirurgie et les avis furent partagés, certains membres croyant à un sarcome et conseillant une intervention large, d'autres avec MM. Kirmisson, Broca, croyant à un cal vicieux, provenant d'une fracture mal consolidée. A quelque temps de là, cet enfant se cassa de nouveau le bras et fut immobilisé. La tumeur a complètement disparu au cours du traitement de cette fracture.

REVUE DES THÈSES

Rhumatisme tuberculeux. De la fréquence des cardiopathies dans les tuberculoses médicales et dans les tuberculoses chirurgicales, par M. le docteur Pierre Chambelland. (Th. de Lyon, 1902.)

Jusqu'à ce jour, on n'a guère décrit sous le nom de cardiopathies tuberculeuses que les endocardites dont la nature pouvait être exceptionnellement soupçonnée pendant la vie, mais qui à l'autopsie sont révélées telles, soit par la présence de lésions, granulations, tubercules, caséification, etc., considérées jusque-là comme spécifiques, soit dans quelques cas par l'inoculation et les recherches histo-microbiologiques.

Cette forme de tuberculose cardiaque, considérée, jusqu'aux dernières observations de M. le professeur Poncet, comme seule existante, serait particulièrement rare : nous n'en trouvons en effet dans toute la littérature médicale que 35 à 40 faits, la plupart relatés dans la remarquable thèse de P. Teissier (Paris 1894). Quelques autres cas ont été publiés depuis et entre autres une observation de « symphyse du péricarde et de tubercule isolé de la paroi antérieure de l'oreillette droite » (*Revue de médecine*, juin 1901), appartenant à MM. Pic et Cade.

Partant de cette donnée que le rhumatisme tuberculeux pouvait frapper le cœur comme les autres rhumatismes

infectieux et qu'il pouvait donner naissance à des lésions inflammatoires d'allures et de formes diverses, mais sans lésions anatomiques dites spécifiques, l'auteur a, sur les conseils de M. le professeur Poncet, recherché la fréquence des lesions cardiaques chez une double catégorie de sujets : les uns atteints de tuberculose viscérale, le plus souvent à localisation pleuro-pulmonaire; les autres de tuberculoses chirurgicales, qui étaient le plus fréquemment des ostéo-arthrites tuberculeuses.

« Dans ces recherches, dit-il, nous avons été guidés par les mêmes notions de pathologie générale qui ont inspiré la thèse du docteur Trébeneau sur « la fréquence des rhumatismes tuberculeux dans les tuberculoses viscérales et dans les tuberculoses locales ».

Nous avons donc examiné et ausculté avec soin :

1° Cent tuberculeux médicaux.

Chez 11 d'entre eux, nous avons constaté des signes réels, plus ou moins nets, d'endocardites valvulaires.

Chez 3 de ces malades, on constatait en outre de la péricardite.

En dehors de ces malades, nous avons noté 43 fois chez nos tuberculeux viscéraux des modifications légères dans le rythme, l'intensité et le timbre des bruits du cœur.

2° Cent autres malades porteurs de tuberculoses chirurgicales.

Chez 6 d'entre eux (6 p. 100), nous avons également noté des signes d'endocardites valvulaires; une fois (1 p. 100), des signes légers de péricardite caractérisés par des frottements.

Enfin 28 fois (28 p. 100), des modifications également légères dans le rythme, l'intensité et le timbre des bruits du cœur.

Les cardiopathies sembleraient donc être une fois plus fréquentes à peu près dans les formes viscérales que dans les formes locales de la tuberculose. Cette constatation ne doit pas nous étonner, eu égard à la virulence et à la malignité plus grandes des premières.

Quant à la nature de ces lésions cardiaques, nous les supposons, avons-nous dit, de nature purement inflammatoire et créés par la toxine tuberculeuse, sans lésions spécifiques, et assimilables aux réactions des tissus, que peut produire un poison quelconque d'origine minérale, végétale ou animale. Peut-être, dans quelques-uns des cas considérés, eût-on trouvé à l'autopsie des tubercules ou des lésions caractéristiques, mais le contrôle nécropsique nous ayant fait défaut, nous ne pouvons faire fond sur une telle opinion. Nous tenons cependant à faire remarquer en terminant, que l'endocardite chez nos malades a dû être la plupart du temps de nature réactionnelle et inflammatoire et non tuberculeuse, au sens anatomique de ce mot, si l'on tient compte, comme il faut le faire, de la fréquence des cardiopathies dans nos observations, alors que l'on relève tout au plus, avec les idées anciennes, une quarantaine de cas au maximum d'endocardites tuberculeuses. »

Nouveau procédé de dosage des alcaloïdes. Application aux préparations d'aconit et d'aconitine, par M. le docteur H. Écalle. (Th. de Paris, 1902.)

M. H. Écalle vient d'étudier dans sa thèse les différentes préparations d'aconit et d'aconitine et le moyen de doser l'alcaloïde dans la plupart d'entre elles. De son consciencieux travail, l'auteur conclut qu'il y aurait lieu d'abandonner complètement, dans la pratique pharmaceutique, toutes les alcoolatures de feuilles et de racines d'aconit, toutes les teintures de feuilles et de racines. Une seule et unique préparation obtenue avec la plante entière, fleurs, feuilles, tige et racines, par l'un des procédés de M. Écalle devant seule subsister. La macération pendant dix jours, dans l'alcool à 96 degrés, est à préférer à tous les autres procédés d'extraction de l'alcaloïde.

L'auteur propose, pour la facilité de la prescription médicale et pour être certain de pouvoir toujours obtenir des préparations à titre uniforme, de fixer, pour l'alcoolature, le titre à 0,50 p. 1000, pour l'extrait, le titre de 1 p. 100.

Toutes les alcoolatures renfermant une quantité supérieure d'aconitine seraient ramenées à cette quantité exacte par une simple addition d'alcool de même degré. Il en serait de même des extraits, lesquels seraient ramenés au titre voulu par une addition intime d'un extrait sans aucune action médicamenteuse, l'extrait de chiendent par exemple. Ainsi un gramme d'alcoolature d'aconit contiendrait cinq dixièmes de milligramme d'aconitine et un gramme d'extraits, un centigramme.

L. B.

De la médicatiou kératinisée [méthode de Unna (de Hambourg) modifiée] ou enrobage spécial de pilules médicamenteuses dans le but d'obtenir la mise en liberté du médicament dans l'intestin et non dans l'estomac, par M. le docteur Philippe. (Th. de Lyon, 1902.)

Nous croyons devoir signaler à nos lecteurs la très intéressante thèse que vient de soutenir le docteur Philippe (de Lyon) sur la kératinisation.

Ce mot un peu nouveau, même presque inconnu en France, désigne une façon d'envelopper certains médicaments pour leur faire parcourir sans dommage pour eux-mêmes, sans trouble pour les organes traversés, toute la partie supérieure du tube digestif et les amener ainsi directement à leur absorption dans l'intestin.

Cette idée ingénieuse n'est pas de l'auteur de la thèse mais de Unna (de Hambourg), le dermatologue bien connu.

Unna pensait qu'il était possible, grâce à une faible enveloppe, d'épargner aux malades le goût désagréable et l'odeur parfois repoussante de certains médicaments.

Cependant la question de goût et d'odeur est relativement peu importante si l'on songe à l'estomac.

Nombreux sont les médicaments qui altèrent le jeu normal des fonctions digestives : les uns produisent une action irritante locale bien sensible sur la muqueuse gastrique, tels sont : l'arsenic, l'acide salicylique, les composés mercuriques, etc. D'autres nuisent à la fonction peptique proprement dite, tels sont les purgatifs de tout genre, les ferrugineux, les divers iodures ou compos s iodés, etc.

Enfin, il est une catégorie de médicaments qui doivent arriver dans l'intestin avec leur maximum de concentration pour produire le maximum d'effet possible. De ce nombre se trouve la trypsine ou pancréatine, dont le rôle, si actif et si indispensable à la digestion intestinale, est nul dans l'estomac.

Le séjour des médicaments dans la cavité stomacale est donc le plus souvent nuisible. Si l'on excepte quelques médicaments spéciaux et plutôt rares tels que les vomitifs et le bicarbonate de soude, les autres ne devraient pas traverser l'estomac.

On sait combien il importe d'alimenter certains malades tout en leur donnant une médication active : on donne aux tuberculeux les préparations arsenicales ou cacodyliques tout comme aux anémiques les préparations ferrugineuses. Et cependant combien de fois le praticien n'est-il pas obligé de suspendre la médication parce que le malade, à tort ou à raison, et peut-être le plus souvent à tort qu'à raison, se plaint de son estomac?

La voie hypodermique et la voie rectale peuvent sans doute être utilisées, mais ce n'est qu'à titre exceptionnel et transitoire.

Soustraire les médicaments à l'action nuisible du suc gastrique et obtenir la mise en liberté des principes actifs dans l'intestin, siège de l'absorption, constituait une solu-

tion très séduisante du problème mais aussi très difficile à résoudre.

Unna tenta de la réaliser en enveloppant son principe actif dans une couche de graisse ou de beurre de cacao pour terminer par une couche de kératine. Grâce à cette méthode, il entrevoyait, outre les avantages signalés plus haut, la possibilité d'agir d'une façon topique sur la muqueuse intestinale et de modifier le cours de la maladie dans la fièvre typhoïde, le choléra, la dysenterie, etc.

Ewald suivit Unna dans cette méthode et donna lui aussi, une formule de kératinisation.

Depuis cette époque de nombreux procédés ont été indiqués et les traités de pharmacologie donnent comme inaltérables dans le suc gastrique et solubles seulement dans le suc intestinal certaines substances telles que : le tannocol, le tannoforme, la tannalbine, etc. Les enrobages pratiqués avec ces produits ne donnent pas de bons résultats. Le salol non plus ; d'autre part, il n'est pas un corps indifférent.

La formule de Unna est trop compliquée, bien que préférable à toutes celles indiquées ci-dessus. D'autre part, les pilules ainsi préparées sont peu régulières et se gercent facilement.

L'auteur, après de multiples tentatives, après de nombreuses expériences sur les animaux et après un certain nombre d'essais chimiques couronnés de succès, a gardé l'emploi de la kératine maintenue adhérente à la masse pilulaire à l'aide d'une mixture oléo-balsamique. Les pilules ainsi formées ne sont pas trop grosses et n'ont pas de goût spécial, elles sont inattaquables par le suc gastrique et la pepsine et se dissolvent promptement en présence du suc intestinal.

Ainsi perfectionnée, la méthode kératinisée paraît devoir rendre des services signalés en thérapeutique.

La thèse du docteur Philippe et ses intéressantes recherches attireront sûrement l'attention de tous ceux qui s'intéressent à l'art de guérir.

Des verrues chez l'homme et chez les animaux, par M. le docteur J. Royère. (Th. de Lyon, 1902.)

« Pendant notre stage à la clinique de M. Poncet, écrit l'auteur, nous avons eu l'occasion d'observer un cas curieux et intéressant de l'affection connue en clinique sous le nom de *verrues de vache* (1). Sur les conseils de notre maître, M. le professeur Poncet, nous avons comparé les verrues chez l'homme avec celles que l'on observe chez les animaux, et nous avons recherché s'il n'existait pas une idendité de nature entre ces deux affections.

L'étude comparative des deux affections démontre que la similitude de leurs caractères principaux permet d'établir entre elles un rapprochement complet.

Au point de vue étiologique, la verrue reconnaît les mêmes causes chez l'homme comme chez les animaux. En dehors de son origine parasitaire, il faut admettre que de part et d'autre un certain rôle est joué par une prédisposition spéciale des jeunes sujets pour les verrues, et que le développement de ces productions est subordonné à une question de terrain et d'âge.

Les lésions anatomo-pathologiques sont superposables dans les deux cas, et on peut les résumer dans la formule suivante : épaississement de toutes les couches de l'épiderme avec hypertrophie des papilles dermiques.

La verrue est contagieuse : ce fait est nettement prouvé tant pour l'homme que pour les animaux. Le principe de la contagiosité repose sur des résultats bactériologiques qui sont identiques et établissent dans les deux cas l'origine parasitaire de la verrue.

Enfin des expériences ont démontré la possibilité de la transmission des verrues d'homme à animal, et réciproquement d'animal à homme. Cependant, sur ce point, il faut noter que l'expérimentation a aussi démontré que la transmission des verrues se fait plus facilement entre sujets de même espèce qu'entre sujets d'espèces différentes.

En raison de ces considérations, l'affection des verrues chez les animaux paraît constituer par ses caractères une entité morbide analogue à l'affection des verrues chez l'homme. »

(1) Les verrues occupaient exclusivement la face palmaire des mains et des doigts et la face plantaire des deux pieds. On comptait 300 verrues pour la main gauche et 400 pour la main droite, sans compter les doigts. Sur ceux-ci on relevait pour chacun de 100 à 150 verrues, soit un total de 800 verrues pour la main gauche et de 1000 à peu près pour la main droite.

Sur chaque face plantaire, on en comptait environ 400.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1905

(Les concours seront clos fin février 1905.— Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit »; *p. a.* « partage autorisé ».)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les oxydases en pathologie.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, n° 2, p. 15.)

Prix Amussat. — 1000 fr., *p. a.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour les prix de chirurgie expérimentale, les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix d'Argenteuil. — 6800 fr., *p. i.* (Sexennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Barbier. — 2000 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Henri Buignet. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, n° 2, p. 16.)

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Des complications de la grossesse dues aux lésions des trompes et de l'appendice.*

Prix Chevillon. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des délires chez les épileptiques.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des épithéliomes du cou d'origine branchiale.*

Prix Desportes. — 1300 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 16.)

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de

stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1905. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1906. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD.— 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, n° 2, p. 16.)

PRIX LABORIE.— 5000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX LAVAL. — 1000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX LEFÈVRE.— 1800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX NATIVELLE.— 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 16.)

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

PRIX PERRON. — 3800 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile au progrès de la médecine.

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique et pathogénique du cancer.*

PRIX POURAT. — 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Effets des actions mécaniques sur la morphologie de l'appareil locomoteur.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 17.)

PRIX TARNIER. — 3000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 17.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — NOTES OBTENUES. — *Pathologie.* — Séance du 8 janvier 1903 : MM. Barthélemy, 11 ; Chirié, 11 ; Mlle Maugeret, 11 : MM. David (Charles), 10 ; Moyrand, 8 ; Courcelle 7 ; Guérin (Alphonse), 6.

Guerre. — Par arrêté ministériel en date du 5 janvier 1903, MM. Girard, Lévier, Hælewyn, Bernoud, Léger, Durand, Esserteau et Maratray, ont été nommés médecins aides-majors de première classe, dans le corps de santé des troupes coloniales.

— Par décision ministérielle du même jour, ces officiers du corps de santé ont été désignés pour servir, savoir :

En Indo-Chine. — MM. Girard, Léger et Bernoud.

A Madagascar, — MM. Lévier, Hælewyn et Esserteau.

En Afrique occidentale française, — M. Durand.

Dans l'Inde (*hors cadres*). — M. Maratray

— A la suite du concours qui s'est ouvert le 15 décembre 1902, pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'école d'application du service de santé militaire, ont été nommés audit emploi, par décision ministérielle du 31 décembre 1902 : MM. Lannaux, Rondot, Jouffreau, Artus, Chavanne et Donet.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté, en date du 22 décembre 1902, la médaille pénitentiaire est accordée à Mme Vanel (en religion sœur Thaïs), surveillante à la prison Saint-Lazare, pour des actes exceptionnels de courage et de dévouement dans l'exercice de ses fonctions.

Le microbe de la rage. — Rome, 8 janvier. — Le professeur Sormani, de l'Université de Pavie, a annoncé à la Société médicale qu'il avait découvert le microbe organique de l'hydrophobie. (*Echo de Paris.*)

Cours complet de dermatologie et de syphiligraphie. — (*Hôpital Broca*, 111, rue Broca). — MM. Brocq et Thibierge, médecins de l'hôpital Broca, inaugureront au mois de janvier 1903 un enseignement complet de la dermatologie et de la syphiligraphie.

DERMATOLOGIE. — L'enseignement dermatologique comprendra :

1° *Un enseignement clinique et théorique* fait par le docteur Brocq ; il sera ouvert à tous les médecins et étudiants en médecine. Les lundis et mercredis matin à huit heures et demie examen clinique des malades. Le vendredi matin à neuf heures, leçon didactique sur les sujets controversés de la dermatologie. Ouverture du cours : le vendredi 23 janvier à neuf heures précises.

2° *Un enseignement pratique* permettant aux étudiants d'apprendre en deux mois et demi tout ce qu'il est essentiel de savoir en dermatologie ; il sera fait par les assistants du docteur Brocq et sous sa direction les lundis, mercredis et samedis matin à dix heures ; il sera complet en 33 leçons.

SYPHILIGRAPHIE. — L'enseignement de la syphiligraphie comprendra :

1° *Un enseignement clinique* fait par le docteur Thibierge pendant toute l'année, le mardi à dix heures à la consultation. Ce cours sera ouvert à tous les médecins et étudiants en médecine. Les auditeurs sont priés de se munir d'une carte qui sera délivrée à la direction de l'hôpital.

2° *Un enseignement pratique* permettant aux étudiants d'apprendre en deux mois tout ce qui concerne la syphilis à ses diverses périodes. Il sera fait par le docteur Thibierge, les dimanches et jeudis matin à dix heures ; il sera complet en 18 leçons.

La première leçon, qui sera seule publique, aura lieu le dimanche 25 janvier.

Le nombre des élèves admis à suivre l'enseignement pratique étant limité, prière de s'inscrire auprès de M. le docteur Lenglet, assistant du service de M. le docteur Brocq à l'hôpital Broca, tous les matins de neuf heures à dix heures.

Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. — *Hôpital Lariboisière* (Xe arrondissement). — Le docteur P. Sébileau, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, commencera le mercredi 21 janvier 1903 un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique. Ce cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, de huit heures à neuf heures du matin. Il sera complet en 30 leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance dans le service auprès de M. le docteur Caboche, assistant.

Hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine (XIIe arrondissement). — Le docteur M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le mardi 20 janvier 1903 un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis, samedis, de huit heures à neuf heures du matin. Il sera complet en 30 leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance dans le service auprès de M. le docteur Bourgeois, assistant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 5 — MARDI 13 JANVIER 1903. 76e ANNÉE. MARDI 13 JANVIER 1903. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

L'ALCOOL EST-IL UN ALIMENT?

RÉPONSE D'UN MÉDECIN

Multa renascuntur
Quæ jam ceciderunt, cadentque...

Du nombre de ces éphémères, voués à l'intermittence de l'espoir suivi d'insuccès, est la question de l'alcool, présenté comme produit physiologique utile par les uns, comme toxique indiscutablement pernicieux par les autres. La période contemporaine devenait franchement défavorable à l'alcool, mais la fin de 1902, et le début de 1903, marquent un revirement, et voici qu'une ère nouvelle dans le sens du succès est prédite aux produits fermentés et distillés, par la science pure, sous l'égide de Duclaux (1), et par l'observation clinique impartiale, s'il faut en croire Boix (2).

Devant exposer, ailleurs, en détail (*Arch. gén. de méd.*), les arguments que je crois pouvoir opposer à mon collègue et ami au nom de la clinique, je me contenterai ici d'invoquer quelques données générales d'observation qui compléteront, il me semble, ce que j'ai à développer de scientifique à propos de l'article du directeur de l'Institut Pasteur.

Chacun de nous vient d'être intéressé, sinon ému, par une *Revue critique* des *Annales de l'Institut Pasteur*, intitulée : « L'alcool est-il un aliment? » article dans lequel, s'appuyant sur une série d'expériences faites en Amérique, Duclaux émet une réponse très favorable dans le sens affirmatif.

Je renvoie au texte lui-même, n'en retenant ici que ces données techniques :

« Avec ce que nous savons sur les aliments, ce qu'il y a de mieux consiste, au moins pour commencer, à faire le remplacement entre deux aliments très voisins, et à poids isodynamiques. Dans les expériences sur l'alcool, ce sont les aliments sucrés ou farineux qu'on a remplacés par de l'alcool. De plus, l'alcool donnant à poids égal plus de chaleur que l'amidon ou la matière grasse, on en mettait moins. Ainsi, dans un cas, je vois qu'on a remplacé par 79gr5 d'alcool, ayant en tout 512 calories pour chaleur de combustion, 37 grammes de corps gras, et 45 grammes d'hydrate de carbone représentant 520 calories.

Une fois maître de ces deux régimes, assuré qu'ils peuvent se substituer l'un à l'autre *sans trouble pour l'hygiène...*

La dose, faible, équivalait tout au plus à un litre de vin léger par jour; elle *n'a produit aucun effet particulier bien sensible; nous sommes toujours dans des conditions physiologiques.* »

A cela, M. le docteur G. Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine, répond (1) :

« Je ne veux pas reprendre par le menu l'article de M. Duclaux pour en discuter les divers passages, je me contenterai d'indiquer ce que je regrette de n'y avoir pas trouvé :

1° La question de la substitution des aliments les uns aux autres n'est ni aussi nouvelle ni aussi simple que pourrait le penser le lecteur. Les méthodes de MM. Atwater et Benedict ont été, dans leurs grandes lignes, employées avant eux par une série d'expérimentateurs dont la seule énumération serait trop longue. Mais, premier point fondamental, il n'a pu être établi jusqu'ici, contrairement à ce qui semblerait résulter de la lecture de l'article en question, que les aliments peuvent se substituer à doses isodynames, c'est-à-dire à poids dégageant la même quantité de chaleur par leur combustion. Certains expérimentateurs, et des meilleurs, que M. Duclaux connaît fort bien, se considèrent même comme autorisés, à la suite de longues recherches, à affirmer que cela est inexact.

2° M. Chauveau, professeur au Muséum et membre de l'Institut, est actuellement le physiologiste qui, en France, par la nature de ses travaux, est le plus à même de se prononcer sur ce genre de questions. Or, il me paraît bon de mettre la conclusion de ses recherches en parallèle avec celles de M. Duclaux.

Comptes rendus de l'Académie des sciences, 21 *janvier* 1901. — « Conclusions. — La substitution partielle de l'alcool au sucre, isodyname, dans la ration alimentaire d'un sujet qui travaille, ration administrée peu de temps avant le travail, entraîne pour le sujet les conséquences suivantes :

1° Diminution de la valeur absolue du travail musculaire.

(1) Duclaux. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 nov. 1902, p. 857.
(2) Boix. *Arch. gén. de méd.*, 6 janv. 1903, p. 50.

(1) Journal *l'Eclair*, 8 janv. 1903.

2° Stagnation ou amoindrissement de l'entretien.

3° Élévation de la dépense énergétique par rapport à la valeur du travail accompli.

En somme, les résultats de la substitution se montrent, à tous les points de vue, très franchement défavorables. »

D'ailleurs, il n'y a pas un fait bien observé qui nous montre qu'il soit utile d'introduire l'alcool dans l'alimentation; bien des personnes, souvent sans s'en douter, souffrent pour en avoir fait usage; je n'en connais pas une seule qui ait à regretter de s'en être privé. » (Dr G. Weiss, ingénieur des ponts et chaussées, professeur agrégé à la Faculté de médecine.)

A ce que disent Duclaux et G. Weiss, j'ajouterai ce que Gley nous a fait connaître en 1899. Ayant à exposer une vue générale sur l'action physiologique de l'alcool, il envisage deux questions principales : 1° l'alcool est-il un aliment (1)? 2° est-il un stimulant? Nous ne nous occupons ici que de la première :

« *La question de la valeur alimentaire de l'alcool constitue, je crois, un assez mauvais terrain de combat* (*antialcoolique*), *car il paraît difficile, du moins d'après les faits actuellement connus, de contester la valeur de cette substance comme aliment. On a montré, en effet, qu'une faible partie de l'alcool ingéré passe inaltérée dans les veines et par les poumons ; il faut donc que le reste, c'est-à-dire ce qu'on ne retrouve pas dans les excrétions, soit détruit; ce reste, soit* 90 *p.* 100 *environ de la quantité introduite dans l'économie, d'après Strassmann* (Arch. f. die ges. Physiol., XLIX) *et même, d'après Bodländer* (Arch. f. die ges. Physiol., XXXII), 95 *p.* 100, *est transformé par oxydation en acide carbonique et en eau. L'effet thermique qui en résulte est considérable,* 7 *calories par gramme. Un litre de vin à* 10 *p.* 100 *d'alcool donnerait donc* 700 *calories, soit à peu près le quart de la quantité totale d'énergie dépensée dans les vingt-quatre heures. Il y a dans l'alcool une source d'énergie théoriquement comparable à celle que l'organisme trouve dans les graisses et dans les hydrates de carbone, puisque, comme ces substances, il fournit des calories par sa destruction.*

Plusieurs physiologistes, J. Munk, entre autres (Arch. f. Physiol., 1879), *ont confirmé cette donnée par des expériences qui établissent que de petites doses d'alcool* (1 *cc. par kilogramme d'animal*) *déterminent un abaissement modéré de l'élimination azotée, c'est-à-dire de la désassimilation des matières albuminoïdes,* 6 *à* 7 *p.* 100 *environ. L'alcool, en brûlant, économise donc les autres combustibles, la graisse en premier lieu* (*engraissement de beaucoup de buveurs*).

Mivra, il est vrai (Zeits. f. klin. Med., XX, 1892), *prétend que l'équilibre azoté ne se maintient pas si, dans la ration, l'alcool est substitué à une quantité exactement* isodyname *d'hydrates de carbone; ainsi, cette substance n'aurait pas, pour l'épargne des matières albuminoïdes, la même valeur que ces derniers.* (*C'est là un cas particulier peu important sans doute dans la pratique, où les substitutions exactement isodynamiques sont rarement réalisées dans la ration alimentaire, et où celle-ci est toujours assez riche en matières hydrocarbonées, ou en matières grasses.*)

On a été jusqu'à dire que la chaleur tenant à la destruction de l'alcool est inutilisable pour l'organisme. Mais peut-on admettre que des combustions se fassent dans le corps sans que les calories produites servent à rien? Toute quantité de chaleur dégagée dans l'organisme par la destruction d'une substance quelconque doit donner lieu à une économie des autres combustibles.

Telles sont les notions qu'on peut tirer des faits connus jusqu'à présent; il ne servirait de rien d'en méconnaître, et, à fortiori, *d'en nier la signification.* Il ne faut jamais s'opposer à la vérité...

... MAIS PERSONNE NE DOIT OUBLIER QUE LES QUANTITÉS D'ALCOOL NÉCESSAIRES POUR QUE SA VALEUR NUTRITIVE, AU SENS QUI VIENT D'ÊTRE INDIQUÉ, ENTRE EN JEU, ATTEIGNENT VITE LA LIMITE DE LA TOLÉRANCE DE L'ORGANISME HUMAIN POUR CETTE SUBSTANCE, ET MÊME, CHEZ BEAUCOUP D'INDIVIDUS TRÈS SENSIBLES A L'ALCOOL, DÉPASSENT CETTE LIMITE. »

Quel enseignement tirerai-je des trois exposés qui précèdent? Dans les premiers, un des maîtres de la science contemporaine, parlant à titre exclusivement scientifique, nous apporte des conclusions sous forme d'hymne à l'alcool alimentaire; dans le second, et dans le troisième, des savants, maîtres eux aussi, d'ailleurs, parlent également des propriétés alimentaires certaines et possibles des produits à base d'alcool, mais ils vivent ceux-ci, en milieu médical, et nous les voyons alourdir d'un plomb pondérateur les envolées de la science transcendantale. Le plomb dont je parle c'est le simple bon sens médical à qui je veux montrer qu'appartient encore le dernier mot dans la question qui nous occupe.

Quelques personnes, d'intellectualité évidemment peu scientifique, voudraient faire intervenir aussi dans ce sujet un élément MORAL en raison duquel, il y aurait peut-être lieu de n'affirmer qu'à demi, ou même de réserver des conclusions — toutes d'attente — et de ne pas lancer, de cœur léger, de pseudo axiomes qui ne profiteront guère aux gens sensés, mais dont, à coup sûr, tireront un parti immédiat les gens intéressés à mal faire (consommateurs et fabricants).

Les personnes à qui je fais allusion voudraient voir l'homme parfait; et le savant, *moral.* — Ces petites gens ignorent sans doute que rien ne peut arrêter la vérité, que la science plane, dédaigneuse, au-dessus des vagues humanités que nous sommes?

Eh bien! COMME MÉDECIN — aussi bien n'est-ce qu'à ce titre que j'oserai intervenir dans le débat, après les maîtres que j'ai cités — COMME MÉDECIN, je rappellerai d'abord, que *toute vérité n'est pas bonne à dire*; j'ajouterai ensuite que la vérité, ici, est, comme Janus, à double face; et je dis encore que, comme des deux aspects, l'un se présente aux savants, alors que c'est nous médecins qui voyons l'autre, on ne peut se prononcer en connaissance de cause, et définitivement, qu'en n'oubliant pas que le recto du feuillet *scientifique* a un verso *médical.*

Depuis tantôt huit ans, je me suis tenu au courant de la littérature contemporaine sur l'alcool, et je ne crains pas d'affirmer ceci : personne ne peut actuellement parler de la question de l'alcool dans l'alimentation humaine en termes purement scientifiques, c'est-à-dire avec une démonstration rigoureuse théorique ou expérimentale ; et de cette impossibilité de faire la preuve, le simple bon sens, « la chose du monde la mieux partagée, » disait ironiquement Descartes, nous donne la raison mieux que toute la science avec ses équations.

A ce bon sens trop de science peut nuire, nous le voyons clairement ici.

La question de l'alcool aliment se ramène à ceci : un produit THÉORIQUEMENT alimentaire, l'est-il forcément EN PRATIQUE? Or, n'oublions pas — nous médecins — qu'il y a les boissons, d'un côté, et les buveurs d'autre part. Nul, fût-il membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne, et directeur du plus grand Institut bactériologique du monde, ne peut, for-

(1) Gley. *C. R. du VIIe Congr. internat.*, 1899, t. II, p. 7 et suiv.

mules chimiques ultra-simples ou ultra compliquées en mains, nul ne peut nier, non plus qu'expliquer, l'incompatibilité de notre organisme avec l'alcool. C'est une de ces IDIOSYNCRASIES qu'invoquent les ignares médecins; et leur ignorance, allant au pire entêtement par la voie de cette conviction négative, arrive à en faire des antialcooliques que n'ébranlent ni les théories des savants, ni les épithètes malsonnantes que seule, d'ailleurs, la foule des consommateurs et des fabricants leur a jusqu'ici décernées.

Le bon sens médical fournit à Weiss cette objection que j'ai formulée à peu près dans les mêmes termes, en réponse à l'article de Boix :

« *Il n'y a pas un fait bien observé qui nous montre qu'il soit utile d'introduire l'alcool dans l'alimentation; bien des personnes, souvent sans s'en douter, souffrent pour en avoir fait usage ; je n'en connais pas une seule qui ait à regretter de s'en être privée.* »

Le même bon sens fait dire à Gley : « *Personne ne doit oublier que les quantités d'alcool nécessaires pour que sa valeur nutritive entre en jeu, atteignent vite la limite de tolérance de l'organisme humain pour cette substance, et même, chez beaucoup d'individus très sensibles à l'alcool, dépassent cette limite.* »

Voilà pourquoi l'ABUS ne peut pas se séparer de l'USAGE.

Il est vrai que Duclaux nous révèle « *que les épreuves américaines ont été réalisées* sans trouble pour l'hygiène ! *et que la dose faible d'alcool n'a produit aucun effet particulier bien sensible; que nous sommes toujours dans des conditions physiologiques* » !

Et moi, je signale aux médecins que les expériences en question ont duré, chacune, de TROIS À QUATRE jours, chiffre insignifiant, bien insuffisant, on en conviendra, quand il s'agit d'interpréter la genèse d'un trouble physiologique produit par une faible dose d'alcool répétée.

En raison des qualités de délicatesse fonctionnelle impalpables de certains organes, celles du système nerveux par exemple, que l'alcool fait perdre, ou rend obtuses — sans compensation à attendre d'aucune formule scientifique — il faut conclure que le moteur humain, en France du moins, est inapte à marcher à l'alcool.

Et puisque nous en sommes sur cette comparaison mécanique du moteur, me permettra-t-on, sans oublier que comparaison n'est pas raison, de demander pourquoi, ayant à notre disposition des producteurs de force comme la dynamite et comme la panclastite, nous employons le banal moto-pétrole? Raison bien simple, mais d'une logique irréfutable, c'est que l'atome de panclastite *isodyname* se rend intolérable à nos pauvres moteurs qui n'en peuvent mais.

Il me paraît en être de même des produits alcooliques et de nos faibles organismes.

Rêvons avec nos savants une humanité plus vigoureuse qui se mettra enfin au niveau de ses CONSOMMATIONS; mais, jusqu'à nouvel ordre, il y a *médicalement* un inconvénient imprévu par la chimie théorique, c'est qu'à tenter de s'accoutumer aux alcools, la race humaine déchoit de jour en jour et s'éloigne de l'idéal ISODYNAME si ardemment souhaité.

Voilà ce que la banale logique médicale ose opposer à la méthode scientifique transcendantale. C'est plus terre à terre, mais ce n'est peut-être pas moins juste; et, pour ma part, je m'y tiens, et y fais tenir tous ceux que j'aime.

H. TRIBOULET,
Médecin des hôpitaux.

LA QUESTION DES INJECTIONS MERCURIELLES EN 1902

(TRAVAUX RÉCENTS ET DISCUSSIONS A LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE)

Par L. PAUTRIER,
Assistant de l'Établissement dermatologique.

Une fois de plus la question du traitement mercuriel vient d'être agitée dans son ensemble à propos des injections; elle a été récemment l'objet de travaux importants et vient d'occuper, pendant plusieurs séances, les débats de la Société de thérapeutique.

Malheureusement des conclusions précises n'en ont pas encore été tirées. Toute discussion thérapeutique, pour être profitable, devrait cependant aboutir à préciser un résultat atteint, à formuler une règle de conduite pour la pratique médicale, même s'ils doivent être tenus pour faux et abandonnés quelques années plus tard. Les jalons qu'on a ainsi posés servent de point de départ lorsqu'on reprend l'étude de cette question et permettent de préciser la discussion et de la limiter à des points donnés.

Nous nous efforcerons donc, au cours de cette revue sur la question des injections mercurielles en 1902, d'arriver à des conclusions pratiques, en précisant les points qui nous paraissent acquis et les hypothèses qui méritent confirmation et doivent attirer notre attention.

Les récentes discussions de la Société de thérapeutique se distinguent d'ailleurs par un essai de classification, par un programme de travaux, soumis par M. Leredde dans un rapport d'ensemble, où il posait les différentes questions qui ont trait aux injections mercurielles. Nous lui emprunterons le plan qu'il proposait dans son rapport, et examinant tour à tour chacune des questions qui le composent, nous allons essayer de déterminer la façon dont on peut les comprendre aujourd'hui.

I. FORMULAIRE DES INJECTIONS SOLUBLES. — AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES DIVERS SELS MERCURIELS EMPLOYÉS. — TECHNIQUE DES INJECTIONS SOLUBLES. — Le cadre restreint de cet article ne comporte pas une énumération de toutes les formules de sels mercuriels solubles employés en injections. On peut dire, je crois, que tous les composés mercuriels solubles connus ont été tour à tour proposés et employés, et leur énumération serait fastidieuse. Cette richesse thérapeutique est d'ailleurs plus apparente que réelle et le nombre des sels dont l'emploi a résisté à l'expérience et qui sont vraiment entrés dans la pratique courante est relativement peu élevé. Citons seulement : le bichlorure, le cyanure, le benzoate, le biiodure en solution huileuse et les deux derniers nés : le biiodure en solution aqueuse (1), et l'hermophényl (2).

Les dernières discussions de la Société de thérapeutique n'ont apporté aucun élément nouveau à la question de préséance qui, on le sait, est toujours pendante entre ces différents composés. Lequel devons-nous préférer? On connaît

(1) Le biiodure avait toujours été considéré jusqu'à ces derniers temps comme insoluble dans l'eau et était toujours employé en solution huileuse. Pour éviter l'excipient huileux, M. Lafay a préparé récemment un iodure double de mercure et de sodium, parfaitement soluble dans l'eau, et qui sous cette forme paraît appelé à tenir une des premières places parmi les agents solubles.

(2) L'hermophényl, qui est un mercure phénol disulfonate de sodium, préparé par M. M. Lumière, est un produit qui ne précipite pas l'albumine et dans lequel les réactions habituelles du mercure sont masquées. Il présente le grand avantage d'être parfaitement toléré par les tissus.

les discussions interminables que cette question a toujours soulevées. Chacun de ces sels, lorsqu'on l'a introduit pour la première fois dans la thérapeutique syphiligraphique, n'a jamais manqué d'être représenté comme devant suppléer tous les autres, et par son efficacité plus grande, et par sa tolérance parfaite par les tissus. Mais qui ne s'aperçoit que toutes ces affirmations se contredisent et s'infirment mutuellement? Une pareille discussion est stérile si l'on n'y met pas un ordre absolu. On doit examiner d'abord les différents sels à un seul point de vue : celui de l'efficacité.

Leredde (1) a formulé récemment la proposition suivante : l'efficacité thérapeutique d'un sel dépend uniquement de la quantité de mercure qu'il permet d'introduire dans l'organisme.

Nous nous rattachons absolument à cette proposition. Tous les sels mercuriels ne contiennent en somme qu'un agent efficace unique, le même pour tous : le mercure. Puisqu'en l'espèce il s'agit de faire un traitement mercuriel; puisque, quelle qu'ait été la préparation employée, on admet qu'elle sera toujours transformée en un seul et même agent dans l'organisme, soit chloro-albuminate mercureux, puis mercure métallique à l'état d'extrême division, comme le déclare M. Pouchet (2), dans son importante communication, soit bichlorure, comme le croit M. Jullien (3), il paraît logique d'admettre qu'une seule chose importe : la quantité de mercure introduite dans l'organisme.

Ce point capital étant admis, on peut faire quelques réserves sur le radical qui est uni au mercure dans tel ou tel sel.

Il est possible que ce radical intervienne à son tour, non plus au point de vue curatif de la syphilis, mais comme pouvant déterminer des réactions plus ou moins actives dans les tissus. Il est possible, pour prendre un exemple, que le radical benzoïque soit mieux supporté par les fibres musculaires que le radical cyanique. Mais si l'on se place au point de vue primordial, c'est-à-dire au point de vue curatif, on peut supposer, a priori, que, si l'on emploie des sels tels que le benzoate, l'hermophényl, le biiodure, qui contiennent respectivement 45, 40, et 44 p. 100 de mercure, on devra les employer à doses doubles du cyanure ou du sublimé qui contiennent 79 et 73 p. 100, et que là où il faudra injecter quotidiennement 2 centigrammes par exemple de ces sels forts, on devra injecter 4 centigrammes des sels faibles. En un mot on devra avoir constamment présente à l'esprit la teneur en mercure du sel dont on se servira. Or, il se trouve, en effet, que les doses auxquelles on peut injecter les sels faibles sont beaucoup plus fortes que celles auxquelles on peut injecter les sels forts. C'est là, nous semble-t-il, un progrès des plus importants; on avait toujours perdu de vue cette teneur en mercure des produits employés, et on voulait imposer tel ou tel d'entre eux comme ayant une supériorité spécifique.

En résumé on peut employer tous les sels solubles que nous avons énumérés, mais en les employant à des doses que nous essaierons de fixer tout à l'heure.

Cette façon de voir ne pourra être infirmée que par des expériences très précises; mais la supériorité spécifique d'un sel n'ayant jamais été jusqu'ici l'objet d'une démonstration évidente, il convient, pour aujourd'hui, de rester dans l'éclectisme où nous nous plaçons, en s'occupant uniquement de la question des doses de mercure. Quant à ces expériences ultérieures, il faudra qu'elles soient faites avec la plus grande précision, si l'on veut qu'elles aient quelque portée. Leredde a insisté, à ce propos, sur l'absence d'un criterium véritable, chez tous les auteurs qui vantent tel sel au détriment des autres. Qu'un composé soluble ait amené, à une dose faible, la disparition d'accidents secondaires peu graves, tels que des papules ou des plaques muqueuses, il ne s'ensuit pas que sa supériorité thérapeutique soit évidente, presque tous les sels solubles étant capables de donner des résultats semblables. Il convient d'adopter un criterium, et par exemple celui indiqué par Leredde, qui conseille de s'adresser à des accidents cutanés graves, tenaces, tels que les syphilides palmaires ou plantaires, les syphilides de la langue, de traiter un certain nombre de cas semblables par les mêmes doses de mercure représentées par des sels différents, et d'observer si la guérison se fait d'une façon constante plus rapidement par un sel que par un autre à doses égales de mercure; dans ce cas on aurait vraiment la preuve que les différents radicaux unis au mercure peuvent exercer non seulement une action locale, mais encore favorisent vraiment plus ou moins l'absorption, la mise en circulation du mercure, dans l'organisme. C'est là l'opinion de M. Desesquelle (1), de M. Lafay (2), qui admettent cependant, à quelques nuances près, la manière de voir du rapporteur. Il est possible que des expériences, conduites comme nous venons de le proposer, la confirment; nous répétons que le terrain éclectique sur lequel nous nous plaçons n'est qu'un terrain d'attente.

Où doivent se faire les injections de sels solubles ? — Il semble préférable de les faire intra-musculaires. Elles sont toujours beaucoup mieux supportées dans le muscle que sous la peau; la gêne ou parfois la très légère douleur occasionnées par l'injection y sont beaucoup moins sensibles; le nodus consécutif fréquent est beaucoup moins gênant perdu dans une masse musculaire que saillant sous le tégument (3). Le lieu d'élection est la masse fessière; l'injection doit se faire au moyen d'une aiguille de trois à quatre centimètres et être poussée lentement.

Une question qui mérite d'attirer l'attention et d'être l'objet de recherches ultérieures est celle des injections intra-veineuses, proposées par Abadie contre les accidents oculaires. Elle n'a fait aucun progrès jusqu'à aujourd'hui, mais paraît susceptible, une fois étudiée, de rendre de grands services, en élevant les doses dans les cas où il y a urgence à intervenir activement.

(*A suivre.*)

(1) Leredde. Progrès à réaliser dans le traitement des accidents graves de la syphilis, *Semaine méd.*, 23 avril 1902.

(2) Pouchet. Absorption et dissémination des composés mercuriels dans l'organisme, Soc. de thérap., séance du 23 avril 1902.

(3) Jullien. A propos des injections mercurielles, Soc. de thérap., séance du 25 juin 1902.

(1) Desesquelle. *Bull. des sc. pharmacol.*, n° 9, sept. 1902, et Soc. de thérap., séance du 22 oct. 1902.

(2) Lafay. La question des injections mercurielles, Soc. de thérap., séances du 25 juin et du 22 oct. 1902.

(3) Nous avons reconnu qu'au cours d'une série de 20 à 30 injections, il est presque impossible de les faire toutes successivement au niveau des fesses ; lorsque les points où l'on a pratiqué les injections arrivent à être assez rapprochés, il se forme en général une induration diffuse, une sorte de « plastron » induré; on peut dans ce cas pratiquer pendant quelques jours les injections à la face externe des cuisses.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(9 JANVIER 1903)

M. Ch. Aubertin a étudié 65 cas de **paralysies diphtériques** à l'hôpital d'Aubervilliers et a l'hôpital Bretonneau et en donne, d'après ces observations, un tableau clinique qui diffère par quelques points des descriptions classiques. Les caractères généraux de cette paralysie, aussi bien au voile du palais qu'aux membres inférieurs, sont l'absence de troubles sensitifs, le peu d'intensité des troubles moteurs qui n'arrivent presque jamais à l'abolition des mouvements, et la généralisation de ces troubles moteurs à tous les groupes musculaires. Par suite de cette généralisation, on observe rarement aux membres inférieurs les déformations, le pied bot et le steppage qu'on voit dans les paralysies alcooliques et la plupart des névrites des membres inférieurs. Au voile du palais, les muscles sont légèrement parésiés, et il est exceptionnel d'observer le voile pendant, flasque et insensible décrit par les auteurs. La sensibilité est conservée sur le voile et le réflexe pharyngien persiste. Aux membres inférieurs, les troubles sont nuls ou à peine marqués; il n'y a pas de troubles des sphincters, les réflexes cutanés sont généralement conservés, mais les réflexes tendineux sont toujours abolis. Dans 2 cas seulement, il existait de l'atrophie; mais celle-ci était très marquée et, comme la paralysie, généralisée à toutes les masses musculaires.

Dans certains cas de paraplégie légère, le symptôme dominant est une maladresse des mouvements qui peut en imposer pour de l'ataxie, mais dans aucun de ces cas l'auteur n'a trouvé de l'incoordination motrice vraie, de troubles du sens musculaire, ni de signe de Romberg.

La paralysie de l'accommodation frappe le muscle ciliaire seul et respecte l'iris. Pourtant, dans quelques cas, et seulement à une certaine période de la paralysie, la contractilité pupillaire à la distance peut être abolie : on a là un syndrome inverse du signe d'Argyll-Robertson, car le réflexe à la lumière est toujours conservé. Les paralysies des muscles extrinsèques sont toujours parcellaires.

Si les troubles cardiaques accompagnés de vomissements sont fréquents, la « paralysie bulbaire », telle que la décrivent les classiques, est très rare. L'auteur rapporte un cas qui pourrait être rattaché à des troubles bulbaires et où un ralentissement considérable du pouls (de 17 à 32 pulsations par minute), avec intermittences rythmées, dura pendant près de trois jours.

En somme les paralysies ont tantôt l'allure clinique d'une névrite de peu d'intensité sans troubles sensitifs, tantôt celle d'une poliomyélite antérieure très légère et très diffuse. Ce sont d'ailleurs les lésions qu'on a trouvées avec les techniques modernes, sinon dans les autopsies, du moins dans les cas expérimentaux.

Les paralysies semblent moins fréquentes dans les cas qui ont été traités de bonne heure par la sérothérapie, mais l'action du sérum sur la paralysie constituée est considérée comme nulle par la majorité des cliniciens et les cas personnels de l'auteur confirment cette opinion.

M. Comby croit que dans certains cas le sérum peut avoir une action curative sur la paralysie constituée; il en cite des cas qui ont été publiés récemment et rapporte un fait qu'il a observé lui-même. Pour lui on doit tenter la sérothérapie dans la paralysie comme dans les autres manifestations de la diphtérie.

MM. Labbé et Froin rapportent un cas de **méningite atténuée d'origine otique au cours de la fièvre typhoïde**. Il s'agit, dans ce cas, d'une malade qui, au quatorzième jour d'une fièvre typhoïde avec délire, a présenté un certain nombre de symptômes insolites : de la céphalalgie, une douleur intense de la région temporale et auriculaire gauche, de la constipation, des vomissements. On crut à une méningite, mais cette hypothèse fut infirmée par suite de l'absence du signe de Kernig; et cependant c'étaient bien des accidents méningés que vint prouver la leucocytose obtenue par ponction lombaire. Cette méningite était due à une infection de l'oreille et une paracentèse du tympan amena la cessation de tous les accidents.

M. Jousset rapporte une **nouvelle méthode de recherche du bacille de Koch**. Voici le résumé de cette méthode, d'après la note communiquée par l'auteur lui-même.

Cette méthode permet de retrouver le bacille tuberculeux dans tous les liquides tuberculigènes de l'économie.

L'*inoscopie*, c'est le nom du procédé, s'applique notamment au sang et aux épanchements séro-fibrineux des séreuses où le bacille est pour ainsi dire introuvable par l'examen direct. Elle consiste essentiellement à pratiquer l'examen du coagulum fibrineux.

Il suffit pour cela de dissoudre le caillot, qui a mécaniquement englobé par une sorte de collage toutes les particules solides suspendues dans le liquide, à l'aide d'un suc gastrique artificiel fluoré, et de centrifuger. On collecte ainsi sous un très petit volume toutes les substances solides inattaquables au suc gastrique contenues souvent dans de grandes masses de liquide. Tous les bacilles sont ainsi rassemblés dans ce dépôt, et on peut les y colorer par les méthodes usuelles.

Par cette méthode, qui fournit en quelques heures un résultat que les inoculations mettraient plusieurs semaines à donner, l'auteur a pu déceler vingt fois le bacille de Koch dans vingt épanchements séro-fibrineux de la plèvre, six fois dans des péritonites tuberculeuses et deux fois dans le sang des granuliques.

La méthode serait particulièrement précieuse pour le diagnostic rapide des tuberculoses latentes ou à évolution anormale.

MM. Bernard et Bonnet présentent un malade, atteint de **lèpre systématique à manifestations tardives**.

M. Léopold-Lévi rapporte un cas de **fièvre typhoïde extrêmement prolongée, remarquable en outre par la multiplicité et la bénignité des complications**. Il s'agit d'une fièvre typhoïde dont la période pyrétique dura cent cinq jours, chez une malade de quarante ans. Le début fut brusque, l'attention d'abord attirée sur la vésicule biliaire. Les complications consistèrent en : deux hémorragies intestinales, une phlébite, une congestion pulmonaire avec pleurésie séro-fibrineuse, un point pneumonique abortif, une cholécystite catarrhale, un point appendiculaire avec réaction péritonéale, une cystite hémorragique.

La brusquerie du début, la cholécystite initiale sont l'indice de la diffusion précoce des microorganismes pathogènes et expliquent la multiplicité des complications. Quant à leur bénignité, elle doit être en rapport avec la résistance de la maladie.

La forme prolongée est à la fois ici à type continu et à rechutes, mais la maladie a été surtout prolongée du fait des nombreuses complications.

L'état discordant de la langue, la régularité invariable du pouls ont été des éléments de pronostic favorable pendant l'évolution de cette longue affection.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

PRATIQUE MÉDICALE

Une nouvelle préparation ferrugineuse.

Dans un précédent numéro de ce journal nous avons fait allusion aux récents travaux de MM. L. Portes et G. Prunier sur l'acide phosphomannitique et l'un de ses dérivés les plus importants, le Phosphomannitate de fer.

Résultant de la combinaison du fer à l'état d'oxyde ferreux avec l'*acide phosphomannitique* — corps signalé en 1854 par M. Berthelot comme une espèce définie, mais que, jusqu'à l'important mémoire de MM. L. Portes et G. Prunier (Société de pharmacie, 8 avril 1902), on ne connaissait pas à l'état de pureté parfaite — le *phosphomannitate de fer* doit à ses divers composants employés à l'état pur ses remarquables propriétés.

Et c'est justement pour authentifier cette pureté nécessaire que M. G. Prunier a spécialisé son produit sous le nom d'*Eugéine Prunier* (saccharure de phosphomannitate de fer sous forme granulée dosée à 0g10 centigrammes de ce sel par cuillerée à café).

Des nombreuses observations consignées dans une étude détaillée qu'il a faite, étude dans laquelle sont donnés le procédé de préparation du phosphomannitate de fer, son mode d'action, ses propriétés, etc., M. G. Prunier fait ressortir que ce produit remplit efficacement un triple rôle que l'on peut résumer comme suit :

1° L'*Eugéine Prunier* agit comme reconstituant du globule sanguin en apportant le fer sous une forme éminemment assimilable;

2° Elle communique au sang une vitalité nouvelle par ce fer à l'état naissant et par son élément phosphoré, provenant de l'acide phosphomannitique qui se dédouble dans l'économie en acide phosphorique et en mannite;

3° Par cette mannite, mise ainsi en liberté, elle combat la constipation, suite trop habituelle et si contre-indiquée de l'action des ferrugineux.

Au bout de très peu de jours, les effets bienfaisants de la médication par l'*Eugéine Prunier* sont révélés par le relèvement de l'appétit, l'augmentation du poids corporel, et par un accroissement considérable des forces.

L'*Eugéine Prunier* a donc l'avantage d'agir vite, bien et de ne pas constiper.

Parmi les maladies dans lesquelles l'utilisation de l'Eugéine Prunier est indiquée, citons les anémies avec déglobulisation, la chlorose grave, l'aménorrhée, etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 19 au 24 janvier 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 19 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Richet, Rémy et Broca (André).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Walther et Legueu; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Gaucher et Bezançon; — (2e série) : MM. Brissaud, Dejerine et Legry; — M. Mauclaire, suppléant.

MARDI 20 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Launois, Desgrez et Chassevant.

3e (oral, 2e partie), *Salle Thouret* : MM. Hutinel, Guyon et Guiart.

4e, *Salle Béclard* : MM. Proust, Gilbert et Thoinot; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Pozzi et Marion; — (2e série) : MM. Le Dentu, Faure et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Vaquez et Dupré; — (2e série) : MM. Raymond, Achard et Gouget; — M. Jeanselme, suppléant.

MERCREDI 21 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Béclard* (1re série) : MM. Richet, Rémy et Broca (André); — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Pouchet, Retterer et Gley.

3e (oral, 2e partie), *Salle Thouret* : MM. Joffroy, Blanchard et Legry; — M. Cunéo, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Hayem, Landouzy et Wurtz; — M. Legueu, suppléant.

JEUDI 22 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

2e, *Salle Richet* : MM. Pouchet, Launois et Desgrez.

3e (oral, 1re partie), *Salle Béclard* : MM. Pozzi, Faure et Potocki; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 23 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Widal et Legry.

2e, *Salle Richet* (1re série) : MM. Gautier, Richet et Rémy; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Pouchet, Retterer et Gley; — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Mauclaire; — M. Walther, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Richaud, suppléant.

SAMEDI 24 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Corvisart* : MM. Launois, Broca (André) et Desgrez.

3e (oral, 1re partie), *Salle Broussais* : MM. de Lapersonne, Marion et Potocki; — M. Dupré, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Achard et Jeanselme; — (2e série) : MM. Gilbert, Renon et Gouget; — M. Auvray, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Guiart, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 6 janvier 1903 : MM. Sourdille, 12; L. David, 11 1/2; Philibert, 11; Daverain, 10; Tassin, 10; A. Patry, 9; Billaudet, 8; Lagleize, 8; Herbinet, 7.

Séance du 8 janvier 1903 : MM. Pillet, 12; Kuss, 11; Sautelet, 10; Perrin, 9; Blanluet, 8; Cottard, 8; Guimbellot, 8; Leremboure, 7; Rœderer, 7; Wikersheimer, 2.

Pathologie. — Séance du 10 janvier 1903 : MM. Fernet, 11; Chastagnol, 10; Desmoulins, 10; Binet (Maurice), 8; Dupouy (Roger), 8; Ruizard, 8.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages circulaires à itinéraires fixes.* — Il est délivré toute l'année, à la gare de Paris-Lyon ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter en 1re ou 2e classe, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie, l'Espagne, l'Autriche et la Bavière.

Avis important. — Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursions (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le Livret-Guide horaire édité par la Compagnie P.-L.-M. et mis en vente, au prix de 50 centimes, dans les gares, bureaux de ville et dans les bibliothèques des gares de la Compagnie; ce livret est également envoyé contre 0 fr. 85 adressés en timbres-poste au service central de l'exploitation P.-L.-M. (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 6. — JEUDI 15 JANVIER 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 15 JANVIER 1903. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LA QUESTION DES INJECTIONS MERCURIELLES EN 1902

[TRAVAUX RÉCENTS ET DISCUSSIONS A LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE] (1)

Par L. PAUTRIER,
Assistant de l'Établissement dermatologique.

II. FORMULAIRE DES INJECTIONS INSOLUBLES.— AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DU CALOMEL ET DE L'HUILE GRISE. — Deux préparations insolubles semblent seules avoir survécu à toutes celles qui ont été proposées : le calomel et l'huile grise. Il convient de citer à côté d'elles le salicylate, qui est surtout employé par les dermatologistes étrangers. M. Jullien le déclare un excellent agent de « mercurialisation modérée et de tout repos ». Mais son usage est fort peu répandu en France alors que le calomel et l'huile grise y sont généralement adoptés.

Il n'est que juste, avant d'aborder l'étude de l'emploi du calomel, de rappeler à côté du nom de Scarenzio, son inventeur, celui de M. Jullien, qui durant vingt-quatre ans, dans une remarquable campagne, par des nombreux articles, des communications, par sa longue pratique hospitalière a lutté sans cesse, contre l'hostilité générale, pour faire adopter la méthode du professeur de Pavie. Alors que la nouvelle médication se heurtait à l'indifférence, puis à une hostilité presque générale, alors que le professeur Fournier la condamnait comme une méthode aveugle, non dirigeable, exposant non seulement à de graves inconvénients, mais à des dangers sérieux, et la condamnait ainsi avec toute la haute autorité qui s'attachait à la parole. M. Jullien n'a cessé de vanter les effets admirables obtenus par ce médicament. Et l'on peut dire qu'aujourd'hui, grâce à son effort incessant, le calomel a rallié la majeure partie des syphiligraphes, est entré dans la pratique médicale courante.

Voyons quels sont les avantages qu'on lui reconnaît et les inconvénients qu'on lui attribue. Rappelons tout d'abord que le calomel s'emploie à des doses variant entre cinq et dix centigrammes en injections hebdomadaires. Dans la grande majorité des cas où l'on emploie le calomel, c'est-à-dire, comme nous l'exposerons tout à l'heure, dans les cas où un diagnostic doit être fait rapidement par le traitement, ou dans la cure d'accidents graves, cette dose de cinq centigrammes, déjà insuffisante pour une femme, est évidemment trop faible pour un adulte de taille moyenne. M. Jullien propose, plus scientifiquement, de mesurer la dose au poids du sujet, c'est-à-dire de donner 6 centigrammes pour 60 kilogs, 7 pour 70 et de 7 à 10 au delà de 70. L'expérience nous a prouvé qu'un adulte de 70 kilogs peut parfaitement supporter dans la plupart des cas 10 centigrammes. Nous envisagerons du reste cette question de doses dans un paragraphe spécial.

Si l'on essaie de déterminer la qualité principale qui est accordée en général au calomel, on reconnaît que c'est l'intensité de son action ; tout le monde, même ses détracteurs, s'accordent à convenir qu'il peut constituer le médicament héroïque de la syphilis. Il n'est pas de syphiligraphe qui n'ait quelque observation d'accident grave, souvent terrible, rebelle à tous les autres modes de mercurisation et qui céda devant le calomel. Il est donc employé de préférence dans le traitement des accidents tertiaires graves, dans le cas des syphiloses viscérales et dans les lésions de diagnostic incertain où, la biopsie étant impossible, la nature des lésions ne peut être déterminée que par une modification rapide produite par un traitement mercuriel intense. Ajoutons enfin que, d'après la dernière communication de M. Jullien à la Société de thérapeutique une indication essentielle du calomel est le traitement du début, de la période d'infection de la syphilis, alors qu'il s'agit d'arrêter la pullulation du virus. A la suite d'un traitement conduit de la sorte, il a observé une bénignité remarquable des accidents ultérieurs, des « manifestations étiolées » de la vérole.

Nous ne nous plaçons ici qu'à un point de vue purement médical, thérapeutique, et nous passons sur les facilités matérielles, extra-médicales, offertes par le calomel dans le traitement de la syphilis. Nous les retrouverons tout à l'heure. Voyons maintenant les défauts et les inconvénients qu'on lui a reprochés.

Débarrassons-nous tout d'abord d'une accusation qui a été portée contre lui et contre l'huile grise, et qui, si elle pouvait être admise un seul instant, suffirait à faire rejeter la méthode des injections insolubles : on a vu parfois

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 5, p. 43.

la mort survenir à la suite d'injections de calomel et d'huile grise, au milieu d'accidents d'intoxication suraiguë. La littérature médicale contient ainsi une douzaine de cas mortels réunis par Vogeler, cités par M. le professeur Fournier dans son *Traitement de la syphilis*, et répétés souvent après lui au cours des discussions sur les injections insolubles. Ces douze cas de mort sont malheureusement indéniables ; mais à quelle époque remontent-ils? tout à fait au début de l'emploi du calomel et de l'huile grise, à une époque où ces deux méthodes étaient encore au stade d'expérimentation et n'étaient encore aucunement réglées, codifiées comme aujourd'hui. L'urine des malades avait-elle été examinée avant le traitement au point de vue albumine, afin de vérifier, comme on doit le faire avant tout traitement actif, l'état du filtre rénal, et de s'assurer qu'il va éliminer normalement le médicament en circulation? nous l'ignorons, les observations étant muettes à ce sujet. Quelles étaient les doses employées? 40 centigrammes de calomel dans certains cas, 65 centigrammes de calomel dans les 4 cas de Smirnoff, une seringue de Pravaz entière d'huile grise!! On ferait des accidents graves à moins et l'on comprend que la mort, par véritable intoxication, ait suivi dans certains cas ces hérésies thérapeutiques. Nous nous servons tous les jours d'agents extrêmement actifs, précieux pour notre thérapeutique à des doses données, tels que les alcaloïdes à des doses de 1 à 2 centigrammes. Mais si un malade absorbe d'un seul coup, par suite d'une erreur soit spontanée, soit provenant de son médecin, une dose 6 fois plus forte et qu'il en meure, devons-nous pour cela renoncer à ces médicaments? Ayons donc le courage de déclarer que ces 12 cas de mort ne prouvent qu'une chose : c'est que la méthode des injections insolubles, comme toute méthode active, peut être dangereuse si elle est mal employée (et elle l'a été sans contredit à la période d'expérimentation du début), et reléguons ces 12 observations au chapitre de l'historique de la thérapeutique syphiligraphique. Elles ont amené peu à peu, à notre avis, un péril qui peut être beaucoup plus sérieux : celui d'effrayer inutilement beaucoup de médecins, qui en face d'accidents syphilitiques graves, viscéraux ou nerveux, commandant une intervention rapide et où une question d'heures est souvent importante, reculent devant le calomel, effrayés par ces morts dont ils ont le souvenir, et courent au-devant de désastres thérapeutiques.

Mais on a encore reproché au calomel, sinon la mort, du moins des accidents d'intoxication aiguë, stomatites épouvantables accidents gastro-intestinaux, hématémèses, mélæna, embolies du poumon. M. Al. Renault (1), dans sa communication très intéressante, cite trois faits nouveaux où les accidents furent fort graves. Dans le premier il s'agit d'une stomatite épouvantable avec tuméfaction de toute la muqueuse buccale, ébranlement de toutes les dents, état général mauvais. Mais le nettoyage de la bouche avait-il été fait, comme il doit l'être toujours avant tout traitement actif? Nous l'ignorons et nous savons par contre que dans la clientèle d'hôpital l'état de la dentition est [la plupart du temps déplorable.

Le second cas se rapporte à une jeune femme qui consulta successivement plusieurs spécialistes sans prévenir chacun d'eux qu'elle avait déjà vu d'autres confrères, se laissa pratiquer par chacun des injections insolubles, et quelque temps après fit des accidents aigus : stomatite grave, hématémèses, mélæna, se débilita insensiblement et mourut tuberculeuse. Peut-on dans un cas pareil incriminer la méthode?

La troisième observation a trait à une embolie du poumon avec accidents dramatiques, mais heureusement de courte durée. Ces accidents d'embolie, dus à ce que l'injection a été poussée dans une veine, peuvent être évités par une technique appropriée; il ne suffit pas en effet, comme on le recommande en général, d'enfoncer d'abord l'aiguille, puis de pousser l'injection s'il n'est pas venu de sang; la pression du sang dans les veines peut n'être pas suffisante pour vaincre la résistance qu'il éprouve à parcourir toute la lumière de l'aiguille ; il faut enfoncer celle-ci adaptée à la seringue, puis aspirer avec le piston de cette dernière; si dans ces conditions il ne vient pas de sang on peut retirer la seringue, la charger et pousser l'injection sans crainte ; aucune embolie n'est à redouter et nous n'en avons jamais observé à l'Établissement dermatologique.

Si la stomatite nous paraît donc un danger beaucoup plus apparent que réel, qu'on peut éviter presque toujours sinon toujours par des soins minutieux de la bouche ; si les embolies sont également toujours évitables par une technique appropriée, en revanche reconnaissons que le calomel offre deux inconvénients sérieux :

1° Dans certains cas des accidents d'intoxication sont possibles, qui, s'ils n'offrent par la gravité qu'on veut leur prêter peuvent cependant affecter, parfois, un caractère assez sérieux. Il peut exister en effet quelques cas d'idiosyncrasie, c'est-à-dire d'une sensibilité spéciale au mercure, qu'on ne peut prévoir à l'avance. Or, lorsque les accidents ont commencé à se manifester dès le lendemain de l'injection de calomel, le médecin est désarmé, et ne peut qu'attendre que tout le mercure soit éliminé. C'est dans ce sens que le calomel a pu être traité de méthode aveugle et nous verrons tout à l'heure, que, toutes les fois qu'on le pourra, cette considération devra lui faire préférer les injections solubles à haute dose toutes les fois qu'on ne sera pas déjà fixé sur la sensibilité du malade.

2° L'injection de calomel peut dans un certain nombre de cas être fort douloureuse, et dans quelques cas, extrêmement rares il est vrai, entraîner une impotence fonctionnelle qui fera traîner la jambe au malade pendant quelques jours. Cet inconvénient est encore une raison qui devra faire préférer les injections solubles à haute dose lorsqu'elles seront possibles. Mais dans les cas où on ne pourra les pratiquer, cette perspective d'une douleur possible ne doit pas empêcher l'emploi du calomel lorsqu'il s'agit d'accidents graves.

Enfin éliminons la question des abcès; on doit reconnaître qu'ils se font chaque jour plus rares, et l'on peut penser qu'ils sont dus la plupart du temps à une faute d'antisepsie, ou à une injection faite trop superficiellement (1); on sait que le calomel doit être déposé fort loin à l'intérieur du muscle, et que l'injection doit être pratiquée avec une aiguille de 5 à 7 centimètres suivant l'embonpoint du sujet. Quant aux nodi on peut parfois les observer il est vrai, et ils peuvent être douloureux. Mais nous répéterons ici ce que nous venons de dire au sujet de l'impotence fonctionnelle : dans les cas graves où l'on s'adresse au calomel, la

(1) Renault. A propos des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis... Soc. de thérap., séance du 8 oct. 1902.

(1) Voir pour la technique des injections : Leredde. *Rev. prat. de malad. cutanées*, nos d'avril, mai et juin 1902.

perspective d'un nodus possible ne doit pas entrer en balance avec les accidents autrement importants que peut déterminer une thérapeutique trop timide.

Mode d'action du calomel. — Nous avons enregistré jusqu'ici sans commentaires l'opinion, à peu près générale, qui fait du calomel le « roi des mercuriaux » dans les accidents graves et rebelles. On en était venu insensiblement, à lui attribuer une sorte de vertu lui appartenant en propre en tant que calomel, et les observations des syphiligraphes présentaient souvent les termes de « guérisons merveilleuses, miraculeuses ».

Récemment Leredde (1), essayant de s'expliquer cette action du calomel en est arrivé à un point de vue qui lui a permis de proposer des améliorations importantes dans le traitement par les injections solubles. Rapprochant l'action souvent si rapide du calomel des phénomènes généraux qui accompagnent fréquemment l'injection de ce sel, phénomènes bien connus sous le nom de « fièvre calomélique » consistant en fièvre, courbature, abattement, et qui se manifestent pendant trois jours en moyenne, il admet que durant ces trois jours les trois-quarts du calomel introduits dans le muscle sont solubilisés. L'action héroïque du calomel s'expliquerait ainsi par ce fait qu'il fait passer dans la circulation en un temps fort court une quantité de mercure très sensiblement supérieure à celle qui est introduite par les injections solubles aux doses auxquelles on les employait jusqu'à ces derniers temps. La théorie de Leredde nous paraît bien près de la réalité. A son appui, citons les analyses de Nicolich (de Trieste), qui, à la suite d'injections de calomel a pu déceler du mercure dans l'urine deux heures après l'injection, et dans la salive quatre heures après. Scarenzio est arrivé aux mêmes résultats une heure après. Jullien a constaté également le mercure dans le lait quatre heures après l'injection.

L'hypothèse de Leredde l'a conduit à substituer les sels solubles au calomel, mais en les employant à des doses beaucoup plus élevées qu'on ne l'a fait jusqu'ici, et de fait, dans ces conditions, ils se sont montrés aussi actifs que le calomel. Nous reprendrons plus longuement ces considérations tout à l'heure. Mais disons déjà que rien ne nous paraît mieux prouver qu'une seule chose importe : la quantité de mercure mise en circulation dans l'organisme, dans un temps donné.

Huile grise. — Nous nous sommes étendus longuement sur la question du calomel; aussi serons-nous très bref en ce qui concerne l'huile grise. Au surplus la lutte pour ou contre les injections insolubles ne s'est-elle pas presque toujours livrée au sujet du calomel? D'ailleurs presque tous les reproches qui ont été adressés à ce dernier l'ont été à l'huile grise. On lui a également reproché quelques cas de mort; nous avons vu ce qu'il convient d'en penser. On peut lui reprocher, à plus juste titre, comme à toutes les injections insolubles, de laisser le praticien assister impuissant aux accidents d'hydrargyrisme, s'il vient à s'en produire. On est cependant d'accord pour reconnaître qu'ils sont infiniment plus rares avec l'huile grise qu'avec le calomel, et si ce dernier est généralement réservé aux accidents graves, l'huile grise est souvent employée comme traitement régulier de la syphilis. Elle jouit de cet avantage marqué, c'est que les injections en sont presque toujours absolument indolores et n'arrêtent jamais le malade dans ses occupations. Nous nous en servons personnellement depuis dix-huit mois à la clinique de l'Établissement dermatologique, et n'avons jamais eu avec elle le moindre accident. Ici, comme pour le calomel, les embolies ou les abcès sont toujours évités par une antisepsie rigoureuse et la technique que nous avons déjà décrite. Rappelons comme détails pratiques que l'huile grise, émulsion de mercure éteint dans de l'huile de vaseline (Vigier), s'injecte hebdomadairement à la dose de 5 à 10 gouttes correspondant à 5 à 10 centigrammes de mercure métallique. Bien entendu l'injection doit être faite aussi profondément que pour le calomel. Il faut faire remarquer que l'huile grise injectée a une tendance à s'encapsuler et à se résorber assez lentement. Ce fait peut expliquer des cas de stomatite comme celui observé par Leredde, qui survint 15 jours après la fin d'une série de 6 injections d'huile grise.

D'autres cas ont été observés de côté et d'autre et démontrent qu'il est nécessaire de continuer les soins de la bouche et la surveillance une fois le traitement fini.

(*A suivre.*)

(1) Leredde, loc. cit. *Sem. méd.*, 23 avril 1902, et Soc. de thérap., séance du 22 oct. 1902.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(13 janvier 1903)

Signalons tout d'abord, parmi les présentations, celle qu'a faite M. Laborde, en sa qualité de président de l'association de la Presse médicale française, de la pétition suivante adressée à M. le président de l'Académie :

« Monsieur le président,

Les rédacteurs soussignés, agissant au nom de leurs journaux respectifs, ont l'honneur de vous prier de vouloir bien leur attribuer un emplacement autre que celui qu'ils occupent actuellement, attendu qu'il leur est de toute impossibilité d'entendre les communications, de suivre les discussions et, quand besoin est, de se mettre en rapport avec les orateurs.

Ils vous prient d'agréer, monsieur le président, l'expression de leurs respectueux sentiments.

Dr Brochin (*Gaz. des hôpit.*).
Dr Deny (*Semaine méd.*).
Dr Granjux (*Bulletin méd.*).
Dr Marcel Labbé (*Presse méd.*).
Dr R. Blondel (*Echo de Paris* et *Revue de thérap.*).
Dr Capitan (*Médecine mod.*).
Fiessinger (*Journ. des prat.*).
Muret (*Tribune méd.*).
P.-L. Rousseau (*Petit Bleu de Paris*).
Dr Bouffé (*Autorité* et *Ligue*).
Raphaël Maigneaud (*Petit Journal*).
Charles Montel (*Soleil*).
Salagnac (*Journal*).
L. Wertheimer (*Matin*).
Dr Maurice de Fleury (*Figaro*).
Charlier-Tabur (*Temps*).
Dr Cabanès (*Chronique méd.*). »

M. le président a bien voulu, en renvoyant cette pétition au conseil, promettre qu'il sera fait tout le possible pour nous donner satisfaction. Espérons!

Au début de la séance, M. le président a prononcé un éloge de Panas dont il ne nous est pas parvenu un seul mot.

La parole a été donnée ensuite à M. Josias pour la lecture du rapport, au nom de la section d'hygiène, sur les moyens d'application de la **loi du 15 février 1902**. Cette loi, comme on sait, porte sur la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses. Cette déclaration obligatoire ne va pas sans difficultés, surtout en ce qui concerne la tuberculose. Aussi M. Josias n'ose-t-il pas encore l'inscrire parmi les maladies dont la déclaration sera obligatoire. Au premier abord, cela paraît un contre sens, car de toutes les maladies reconnues contagieuses, la tuberculose est précisément celle contre laquelle il y aurait lieu de prendre les mesures les plus rigoureuses. Mais dans cette question survient celle du secret professionnel dont on fait un peu trop bon marché. Il nous semble qu'on aurait concilié tous les intérêts en imposant cette déclaration, non aux médecins mais aux familles. Quoi qu'il en soit, M. Josias a arrêté aux maladies suivantes la liste des affections contagieuses dont la déclaration est obligatoire pour le médecin, avec désinfection obligée : la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la variole et la varioloïde, la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, la pneumonie et la broncho-pneumonie, la suette miliaire, le choléra et les affections cholériformes, la peste, la fièvre jaune, les infections puerpérales, l'ophtalmie des nouveau-nés et la méningite cérébro-spinale épidémique. Est facultative la déclaration de la tuberculose, de la coqueluche, de la grippe, de l'érysipèle, des oreillons, de la lèpre, des teignes et de la conjonctivite purulente des adultes.

La déclaration sera faite en double, par le médecin traitant, au maire et au préfet (à Paris le préfet de police), à l'aide de cartes-lettres détachées d'un carnet à souche, fourni par la préfecture, et envoyées avec franchise postale.

Une discussion s'engage entre M. Laveran et M. A. Gautier au sujet du **traitement du paludisme** par l'arrhénal. Cette discussion, qui rappelle la vieille lutte entre les partisans de la quinine et de l'arsenic, se poursuivra dans la prochaine séance. Nous tiendrons nos lecteurs au courant.

M. Kermorgant analyse un travail de M. Rousselot-Delos, médecin des colonies, sur une épidémie de **fièvre jaune à Grand-Bassam** ; sur 25 cas, il y a eu 13 décès, celui entre autres d'un matelot qui avait touché les effets de 12 autres décédés, tous appartenant à la population blanche.

M. Kermorgant présente, en outre, un travail de M. le médecin principal Clarac sur la **peste à Majunga**.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Cyto-diagnostic dans la syphilis oculaire et en particulier dans la névrite optique syphilitique. — M. le professeur de Lapersonne a présenté à la Société de biologie (séance du 10 janv. 1903), en son nom et en celui de MM. Opin et Étienne Le Sourd, préparateur et interne à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, les premiers résultats obtenus en pathologie oculaire par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Chez un homme atteint de syphilis depuis mai dernier, et n'ayant ni céphalée ni aucun trouble du système nerveux, l'ophtalmoscopie permettait de reconnaître une double névrite optique. L'examen de son liquide céphalo-rachidien montra une lymphocytose abondante (20 à 30 lymphocytes par champ d'immersion, sans polynucléaires).

Chez une autre malade, la syphilis datait de dix-huit mois ; il y avait de l'iritis discrète et il existait d'un côté seulement un trouble du vitré, masquant la papille. L'examen ophtalmologique laissait des doutes sur l'existence de la névrite. Pas de céphalée antérieure. On a constaté une lymphocytose peu abondante, mais très nette (10 à 25 lymphocytes par champ d'immersion, sans polynucléaires).

Le cito-diagnostic peut donc dans des cas douteux renseigner sur l'état du nerf optique, on en voit tout l'intérêt au point de vue pronostique.

Par contre, chez un malade traité depuis longtemps pour chorio-rétinite spécifique, mais ne présentant plus que des lésions régressives, l'examen cytologique a été négatif.

Ces premiers résultats très intéressants diffèrent de ceux décrits par F. Widal, Thibierge et Ravaut, dans lesquels la syphilis secondaire s'accompagnait d'une violente céphalée. Ils prouvent que des lésions récentes du fond de l'œil produisent une réaction méningée assez intense. Ce qui n'a rien de surprenant, le nerf optique n'étant qu'une émanation de l'encéphale, et leurs gaines séreuses communiquant entre elles. Les expériences récentes de Sicard et Dupuy-Dutemps ont démontré ces faits.

On comprend dès lors le pronostic toujours sérieux de ces névrites qui marquent si fréquemment la première étape de la syphilis cérébrale.

Dans un autre ordre de faits, chez une fille de quinze ans, atteinte de paralysie du moteur oculaire commun, suite de syphilis congénitale probablement, le cyto-diagnostic aussi a été positif.

Ces recherches, qui seront poursuivies, montrent déjà tout l'intérêt de ce mode d'examen en pathologie oculaire.

Procédé de recherche du bacille tuberculeux dans le sang par homogénisation du caillot, par MM. F. Bezançon, V. Griffon et Philibert (Soc. de biol. du 10 janvier 1903). — Les recherches expérimentales de ces auteurs sur la tuberculose pulmonaire du lapin, rapprochées des résultats obtenus par MM. Fournier et Beaufumé avec les urines des tuberculeux, les ont amenés à concevoir la présence du bacille de Koch dans le sang de la circulation générale comme plus fréquente qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, et à rechercher un procédé pratique pour mettre en évidence ce microbe dans le sang et les sérosités pathologiques.

L'examen direct, après coloration par la méthode de Ziehl, est le procédé de choix, à condition que l'on multiplie les chances de rencontrer le bacille en recourant à la centrifugation. Mais la centrifugation ne trouve ici son application que si l'on a préalablement *homogénisé* le liquide par dissolution du caillot dans lequel se trouvent emprisonnés les bacilles.

Pour liquéfier le caillot, MM. Bezançon, Griffon et Philibert proposent un procédé qui découle de celui qu'a donné Biedert pour l'homogénisation des crachats : broyage du caillot dans son sérum additionné de quelques gouttes de lessive de soude, dilution dans l'eau distillée, puis ébullition ; centrifugation et coloration du culot ainsi obtenu par la méthode de Ziehl.

Par ce procédé, ces auteurs ont pu déceler le bacille tuberculeux par examen microscopique du sang, d'une part dans la tuberculose expérimentale, d'autre part dans la tuberculose humaine.

Chez deux lapins et un cobaye tuberculisés, la recherche du bacille dans le sang du cœur a été positive.

Chez l'homme, la recherche du microbe dans le sang n'a jusqu'à présent donné de succès que chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire avec hémoptysie. D'un autre côté, dans un cas de pleurésie séro-fibrineuse, le seul examiné jusqu'à présent, le bacille a été facilement décelé dans le caillot de l'épanchement pleural.

Effets de l'électricité. — M. le docteur Jellinek vient de publier (*Wien. klin. Wochens.*, 1901, n° 29, p. 696) une intéressante étude sur l'effet des coups de foudre et des

courants électriques à haute tension; cette étude est basée sur un certain nombre d'observations intéressantes, parmi lesquelles je signalerai surtout celles qui ont trait à des brûlures superficielles de la peau; l'auteur en cite plusieurs exemples curieux : dans un cas il s'agit d'un enfant de cinq ans qui, atteint par la foudre, ne présente dans la suite qu'une sorte d'érythème cutané prenant en écharpe le tronc. Sur le parcours de cette bande d'érythème, large de 3 ou 4 centimètres, on rencontrait quelques phlyctènes remplies de sérosité; le tout guérit rapidement sans grande suppuration. Deux autres cas concernent de jeunes femmes qui, frappées par la foudre, perdirent connaissance et se réveillèrent avec une paralysie flasque des membres inférieurs; cette paralysie disparut rapidement; l'une présenta à la fesse une brûlure douloureuse du premier degré de la largeur de deux paumes de main; des figures ramifiées (Blitzfigur) en partaient; la pression du doigt les faisait disparaître; la seconde femme, enceinte de cinq mois, présenta sur la face interne de la jambe droite, une série de figures ramifiées que la pression du doigt ne faisait pas disparaître et qui était le résultat d'une extravasation sanguine. L'aspect de ces figures était celle des arborescences délicates auxquelles donnent lieu les décharges électriques; la grossesse ne fut pas interrompue.

Ces aspects de brûlures superficielles des téguments, provoquées par la foudre, ont été déjà décrites, mais le docteur Jellinek en donne des dessins précis; il termine son étude par des considérations générales sur l'action de la foudre, il constate par exemple qu'un même coup de foudre peut provoquer des lésions cutanées différentes sur trois personnes; la tension électrique (voltage) n'interviendrait pas seule pour expliquer ces différences, mais aussi la quantité électrique (ampèremétrage) et peut-être encore plus la direction suivant laquelle vient frapper le courant et se produit la décharge. Ces considérations ont un véritable intérêt pratique, si l'on envisage par exemple l'application des courants électriques à l'exécution des condamnés à mort.

P. V.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Diminution du taux des lécithines dans les laits chauffés, par MM. Bordas et S. de Raczkowski (*C. r. de l'Acad. des sc.*, 1903, p. 57). — On admet généralement qu'il n'y a pas de différences bien appréciables entre la digestibilité d'un lait cru et celle d'un lait bouilli; certains auteurs prétendent même qu'il n'y a rien de changé dans la composition chimique d'un liquide organique comme le lait, lorsqu'il se trouve porté à l'ébullition.

D'après les expériences de MM. Bordas et de Raczkowski, ces conclusions ne semblent pas justifiées en ce qui concerne les lécithines tout au moins.

Le chauffage du lait pendant trente minutes à 95 degrés à feu nu produit une diminution de 28 p. 100 de la lécithine. Si, au lieu de chauffer à feu nu, on élève la température au moyen d'un bain-marie, la perte observée n'est plus que de 12 p. 100. Enfin, si on chauffe le lait à 105-110 degrés dans un autoclave, on obtient une diminution sensiblement plus élevée que par le chauffage à 95 degrés à feu nu, perte notable, puisqu'elle atteint 30 p. 100 de la totalité de la lécithine.

« On voit donc, concluent ces auteurs, qu'il sera toujours préférable, lorsqu'il s'agira de pasteuriser du lait, de faire cette opération en chauffant au bain-marie, mais que néanmoins le lait ainsi chauffé perdra environ 12 p. 100 de sa lécithine. La décomposition d'une partie de la lécithine dans les laits stérilisés à 105-110 degrés nous permet de comprendre dans une certaine mesure le mécanisme des troubles digestifs qui ont été signalés chez certains nouveau-nés soumis au régime exclusif d'un aliment ainsi appauvri. » L. S.

THÉRAPEUTIQUE

Quelques mots sur le dormiol, par MM. le professeur Combemale et L. Camus (de Lille) [*Echo méd. du Nord*, 5 mai 1901]. — Les auteurs ont tenu à se faire une opinion sur le diméthyl-éthyl-carbinolchloral, dénommé dormiol par les docteurs Fuchs et Koch qui l'ont découvert et étudié expérimentalement.

Ils ont pu recueillir, dans le service de clinique médicale de la Charité à Lille, un certain nombre de documents, qui leur ont permis de conclure que, dans les cas où n'entre pas l'élément douleur et où ne se rencontre pas un élément psychique avec agitation considérable, le dormiol agit bien sur l'insomnie.

A ne le considérer qu'au point de vue hypnotique, c'est à côté de l'hydrate de chloral et du sulfonal, mais légèrement au-dessous, qu'il faudrait le ranger. Si, réellement, il n'a pas les propriétés toxiques du chloral — et seules des recherches cliniques prolongées le montreront, — les services que le dormiol est appelé à rendre peuvent être considérables.

MM. Combemale et Camus font remarquer que leurs conclusions sont analogues à celles d'un certain nombre d'auteurs : Goldmann (de Vienne), Dornblith, von Kestly et Münk.

Pour Münk, en particulier, deux capsules par jour de 0gr50 chacun ont donné de bons résultats; cependant chez les nerveux il préconise la solution au dixième qui permet de donner des doses moins fortes. Chez les cardiaques et les asthmatiques, une seule capsule de 0gr50 a procuré le sommeil. Dans les cas d'entéralgie, cet auteur a obtenu une diminution de la douleur, et enfin chez un typhique il a vu la température s'abaisser de 0°6 à 0°8 environ, à la suite de la prise du médicament.

L. G.

La médication thyroïdienne. — Le docteur Briquet (d'Armentières) vient de publier (*Presse méd.*, 7 janv. 1903) un intéressant travail sur la posologie, les accidents et contre-indications des médications thyroïdiennes.

D'après l'auteur, la thyroïdothérapie demande à être surveillée de très près et le médecin n'a rien à perdre à être excessivement prudent, aussi bien au point de vue de la posologie que de la pureté de la préparation à employer. Dans tous les cas où le traitement thyroïdien est susceptible d'être utile, on arrive plus ou moins lentement à obtenir la tolérance et on ne doit pas renoncer à la thyroïdothérapie par défaut de tolérance chez un sujet qui peut en retirer profit.

Chez les enfants, le docteur Briquet déclare qu'il a toujours vu les médications thyroïdiennes admirablement tolérées. Il débute par une dose correspondant à 5 à 10 centigrammes et plus, pour arriver à la dose moyenne de 25 à 50 centigrammes suivant l'âge.

Chez les vieillards, on doit être d'une très grande prudence et les doses moindres que chez les adultes, tant à cause des lésions artérielles ou cardiaques fréquentes que de la dénutrition qu'il est susceptible d'entraîner. L'iodothyrine paraît chez eux particulièrement recommandable.

Après avoir passé en revue les diverses contre-indications, le docteur Briquet déclare que l'emploi de doses très faibles peut toujours être essayé si l'affection dont le sujet est porteur rentre dans la catégorie de celles qu'améliore le plus souvent la médication; tel serait par exemple un cas de myxœdème arrivé à la cachexie avec albuminurie. Les cardiopathies elles-mêmes ne constituent pas des contre-indications formelles, comme le prouvent les observations de Weiss, d'Affanasieff, etc. L'iodothyrine est pour l'auteur la forme de choix du traitement thyroïdien, dans les cas où il s'agit avant tout d'être particulièrement prudent.

F. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 9 janvier 1903 : MM. Jeannel, 12; Oppert, 11; Bloch, 10; Lebras, 9; Duplay, 8; Monod (Gustave), 8; Cotard (Lucien-Henri), 7; Guerder, 6; Durand (Gaston), 4; Vidal (Pierre), 3.

Séance du 11 janvier 1903 : MM. Baudouin (Emile), 13; Darcanne, 11 1/2; Burgaud (Victor), 10; Dupré, 9 1/2; Bornait Legueule, 9; Monier, 7; Walper, 7; Baudouin (Alphonse), 6; Jouvin, 6; Legroux, 2.

Pathologie. — Séance du 13 janvier 1903 : MM. Cottard (Georges), 12; Israël de Jong, 12; Pater, 12; De Fourmestraux, 11; Pappa, 10; Fayelle, 9; Aynaud, 7. — M. Joltrain lira sa composition ultérieurement.

Guerre. — Corps de santé militaire. — *Tableau d'avancement.* — Pour le grade de médecin principal de première classe : MM. les médecins principaux de deuxième classe Trifaud, Bandouin, Février, Brisset, Colnenne, Billot, Carayon, Martin, Gerbault, Testevin, Choux, Dubujadoux, Villiès et Reverchon.

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe : MM. les médecins-majors de première classe Cahier, Lemoine, Marty, Béchard, Massonnaud, Lambert, Comte, Troussaint, Bassompierre, Véron, Bergougnioux, Hassler, Vuillemin, Debrie, Collin, Vignol, Descour, Labit et Wissemans.

— Par décision présidentielle du 6 janvier 1903, M. le médecin aide-major de première classe Chabaneix, du 7e d'infanterie coloniale, est affecté au 19e bataillon de chasseurs à pied, par permutation avec M. le médecin aide-major de première classe Grilliat qui passe aux troupes coloniales.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Huchard (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Cayla (de Neuilly-sur-Seine), Comby et Delaunay (de Paris), Delvaille (de Bayonne), Desvergnes (de Verteillac), Ferré (de Pau), Halmagrand (d'Orléans), Le Rolland (de la Roche-Derrien), Moreigne et Natier de Paris), J. Pozzi (de Reims), A. Rémond (de Toulouse), Roustan de Grasse); — M. Prunier, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Le IIIe congrès international de thalassothérapie se tiendra du 19 au 21 avril à Biarritz, à la veille du Congrès international qui doit s'ouvrir le 23 avril à Madrid.

Les trois questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

1° Quel est le résultat du séjour au bord de la mer sur les phénomènes intimes de la nutrition? (Rapporteurs : MM. Albert Robin et Maurice Binet).

2° Quels sont, au point de vue de la génération de la tuberculose, les effets de la cure marine? (Rapporteur : M. le docteur Lalesque, d'Arcachon.)

3° Quelle est l'influence du séjour au bord de la mer et du traitement marin en général sur l'appareil cardio-vasculaire? (Rapporteurs : MM. H. Huchard et Fiessinger.)

Diverses communications sont aussi annoncées.

Sont membres du Congrès tous les médecins, savants, familles de congressistes, étudiants en médecine qui s'inscrivent en temps utile et qui payent leur cotisation.

Le prix de la cotisation est de dix francs et donne droit au volume qui publiera le compte rendu du Congrès.

Les adhérents peuvent, dès à présent, adresser avec leur bulletin d'adhésion le montant de la cotisation, à M. Raynaud, pharmacien à Biarritz, trésorier du Congrès.

S'ils le préfèrent, une quittance leur sera présentée ultérieurement par la poste, augmentée des frais de recouvrement.

Toutes les communications, demandes d'adhésion, de renseignements, etc., doivent être adressées à M. le docteur Lobit, secrétaire général du Congrès, à Biarritz, et à M. le docteur Seguel, secrétaire pour les pays étrangers, 68, boulevard Malherbes, Paris.

Les titres des communications que désirent faire les adhérents devront leur parvenir avant le 1er avril 1903.

Les démarches habituelles sont faites auprès des Compagnies des chemins de fer pour obtenir la réduction toujours accordée, ainsi que l'autorisation de séjour à Biarritz pour les congressistes qui vont à Madrid.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la cinquante-troisième semaine 861 décès, au lieu de 1010 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 956. La rareté relative des maladies de l'appareil respiratoire a contribué à ce résultat.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 5 pendant la précédente semaine; le nombre des cas nouveaux (36) est légèrement inférieur à la moyenne (39).

La rougeole n'a causé que 2 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (5); la scarlatine, 1 décès, chiffre identique à celui des deux semaines précédentes (la moyenne est 2); la coqueluche 4 décès (chiffre identique à la moyenne), au lieu de 1 pendant la précédente semaine; la diphtérie, 6 décès, chiffre identique à la moyenne et inférieur à celui de la semaine précédente (12); le nombre des cas nouveaux pour cette dernière affection est de 91, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (106); la moyenne est de 90.

La variole, comme la semaine précédente, n'a causé aucun décès; le nombre des cas signalés par les médecins est de 7, chiffre très inférieur à la moyenne (32).

La diarrhée infantile a causé 26 décès de 0 à 1 an, chiffre identique à celui de la semaine précédente (la moyenne est 23).

En outre, 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 158 décès, au lieu de 180 pendant la semaine précédente, et au lieu de 193, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 12 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 13 (au lieu de la moyenne 27); pneumonie, 51 (au lieu de la moyenne 40); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 82 (au lieu de la moyenne 106), dont 19 sont dus à la congestion pulmonaire et 45 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 180 décès; la méningite tuberculeuse, 15; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 45; les maladies organiques du cœur, 67; le cancer a fait périr 47 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 4 décès; la cirrhose du foie, 9; la néphrite, 26; enfin, 51 vieillards sont morts de débilité sénile.

Clinique chirurgicale de la Charité (service de M. le professeur Tillaux). — *Cours pratique de chirurgie (fractures et luxations).* — Un cours pratique de chirurgie (fractures et luxations indispensables à connaître) sera fait à la clinique chirurgicale de la Charité (service de M. le professeur Tillaux), par M. Wiart, chef de clinique.

Chaque leçon sera suivie d'exercices pratiques (confection par les élèves d'appareils plâtres, silicatés, etc.).

Le cours comprendra douze leçons. — Il commencera le lundi 19 janvier 1903, à cinq heures, et se continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Les droits à verser sont de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

La région mastoïdienne.

(*Travail de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.*)

Par Paul BARBARIN.

I

Il est bien difficile d'assigner des limites précises à la région mastoïdienne, puisque rien n'est moins stable que l'apophyse elle-même : aussi, tout en répétant, avec le professeur Poirier (1), que cette région a pour limites les limites mêmes de l'apophyse mastoïde, nous devons ajouter que les points de repère extérieurs ne permettront pas de circonscrire rigoureusement la région.

En avant, le sillon auriculaire postérieur qui s'avance notablement sur l'apophyse est en pleine région mastoïdienne. Il faut décoller toute l'insertion du pavillon pour arriver à la face postérieure du conduit, véritable limite de la mastoïde.

En arrière, la région finit avec le bord postérieur de l'apophyse. Mais il suffit de regarder un temporal adulte pour voir que, si, dans la portion inférieure de l'os, le rebord mastoïdien est saillant, et très facile à trouver sous les parties molles, dans sa portion supérieure, il vient mourir sur la lame compacte et mince qui prolonge en arrière l'apophyse et s'articule avec l'occipital. C'est du moins la disposition la plus fréquente.

En haut, la limite est bien établie par la crête sus-mastoïdienne prolongeant la racine postérieure du zygoma.

En bas, le tronc de cône formé par le sommet de l'apophyse est nettement sensible bien qu'engainé sur presque toute son étendue par l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien.

En dedans, la mastoïde forme un bloc unique avec le rocher dans sa partie supérieure. Nous reviendrons sur les rapports de ces deux portions de l'os temporal. Dans sa partie inférieure, elle répond à la rainure digastrique et son contenu, plus en dedans à l'atlas.

(1) POIRIER. *Anatomie médico-chirurgicale.*

En dehors, enfin, elle est recouverte par la peau et des parties molles que nous allons étudier.

DISSECTION DE LA RÉGION. — Si, par une incision en croix, nous rabattons en avant et en arrière la peau de la région mastoïdienne, peau fine, et d'ordinaire non recouverte par les cheveux, chez l'enfant très mobile sur les plans profonds, plus adhérente chez l'adulte, nous trouvons l'aponévrose épicranienne mince réunie d'une part à la peau par un tissu celluleux quelquefois dense, d'autre part difficile à séparer du périoste.

C'est au-dessus de l'aponévrose que se trouve le petit muscle auriculaire postérieur, mince, aplati. A la limite supérieure de la région, le muscle auriculaire supérieur vertical vient présenter son bord postérieur et ses dernières fibres d'insertion.

ARTÈRES. — Les artères sont fournies presque exclusivement par l'*auriculaire postérieure*. Celle-ci se divise en deux branches. L'une, dirigée immédiatement en arrière, passe sous le sterno-cléido-mastoïdien près de son insertion. C'est la branche profonde que nous retrouverons tout à l'heure. L'autre, superficielle, gagne le sillon rétro-auriculaire.

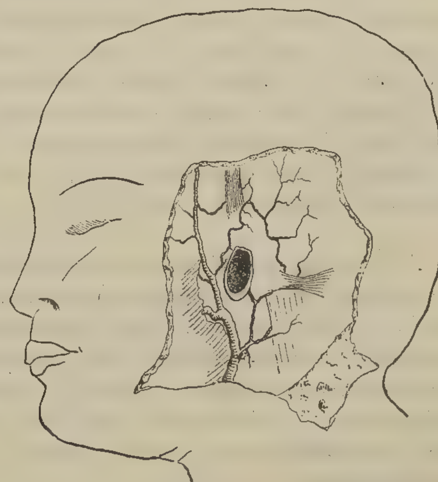


FIG. 1. — *Artères superficielles.*

La *branche superficielle* ou *auriculaire* se bifurque en un rameau volumineux pour le pavillon et un rameau mastoïdien qui, d'abord dirigé en arrière, passe sous le muscle auriculaire postérieur en lui abandonnant des branches et

remonte ensuite presque verticalement pour aller s'anastomoser à la limite supérieure de la région avec une division de la temporale superficielle.

La *branche profonde* ou *mastoïdienne* passe sous le sterno, longe le bord postérieur de la mastoïde et vient à la partie inférieure de la suture pétro-occipitale se diviser en deux branches terminales : l'une va se distribuer à la région occipitale et s'anastomoser avec les ramuscules de l'artère de même nom ; l'autre ascendante suit la suture pétro-occipitale, donne une artère mastoïdienne qui passe par le trou mastoïdien pour gagner la gouttière du sinus latéral où nous la reverrons et vient enfin se terminer au bord supérieur de l'écaille du temporal.

Durant son trajet, avant sa bifurcation, la branche profonde donne un certain nombre de collatérales : l'une très longue et grêle monte sur le bord antérieur de l'apophyse et vient chez l'enfant vers la partie moyenne de la suture mastoïdo-squameuse se diviser en deux rameaux, ascendant et descendant, qui suivent la suture et donnent un grand nombre de ramuscules perforants pour l'antre et pour les cellules mastoïdiennes.

Nous n'avons pas retrouvé ces rameaux perforants chez l'adulte.

Une seconde collatérale plus considérable contourne le sommet de l'apophyse et se dirige horizontalement en dedans, c'est l'artère stylo-mastoïdienne qui naît souvent du tronc même de l'auriculaire postérieure.

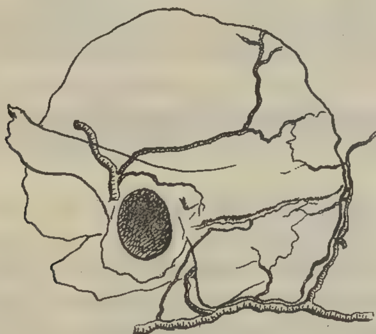


Fig. 2. — *Artères profondes.*

Plusieurs autres rameaux enfin se distribuent à la face externe du temporal. L'un d'eux, à la partie supérieure de la région mastoïdienne, traverse d'arrière en avant la face externe de l'écaille pour venir s'anastomoser avec la branche postérieure de la temporale superficielle.

On voit combien nombreuses sont les anastamoses de l'auriculaire et de la temporale.

Veines. — Chacune de ces artères est accompagnée d'une ou deux petites veines qui assurent la circulation du sang en retour de la région. Mais, à la partie postérieure de la mastoïde, se voient constamment une ou plusieurs veines d'un volume souvent considérable et dont l'importance est beaucoup plus grande puisqu'elles constituent une des grandes voies de dérivation des sinus craniens vers la circulation exocrannienne.

On décrit d'ordinaire une veine émissaire mastoïdienne qui sort du crâne par un orifice creusé, dit Schwartze, vers la partie moyenne de l'aphophyse, sur une ligne horizontale passant par le conduit auditif. Après l'examen de cent cinquante crânes environ, nous sommes arrivé à une tout autre conclusion ; conclusion rationnelle d'ailleurs : le trou mastoïdien correspond rarement au milieu de la mastoïde, ordinairement épaisse et celluleuse en ce point ; il se trouve placé plus en arrière au niveau de cette portion de l'os qui correspond en dedans au sinus et qui le plus souvent est réduite à une lame mince. Quelquefois enfin, l'orifice mastoïdien occupe la suture pétro-occipitale.

Cette conclusion est importante, car elle combat l'opinion d'auteurs qui prétendent que, traversant les cellules mastoïdiennes, l'émissaire sera souvent envahie par le processus inflammatoire et deviendra le siège d'une phlébite qui, par propagation, gagnera le sinus : en réalité, la veine mastoïdienne est presque toujours en dehors de la zone celluleuse, zone dangereuse.

Le trou mastoïdien qui lui donne passage peut être considérable et présenter le volume d'une plume d'oie ; il peut être à peine visible. Il existe entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires.

La direction est également variable. Souvent perpendiculaire au plan osseux, il peut être taillé en biseau et, dans ce cas, est dirigé obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans. Le canal ainsi formé peut avoir, dit Coudert (1), 2 à 3 centimètres de long.

Enfin, il arrive fréquemment qu'à côté du conduit principal on trouve un ou plusieurs conduits accessoires. Quelquefois l'un de ces conduits vient se brancher tout près de l'orifice externe sur le conduit principal. Le plus souvent ils sont indépendants, et plus ou moins éloignés du trou mastoïdien. Une des veines auquelles ces canaux donnent passage aurait une situation fixe, d'après Coudert, elle naîtrait du sinus au niveau de son coude et son diamètre serait en rapport inverse avec celui de l'émissaire mastoïdienne.

Le trajet de ces veines dans l'intérieur du rocher est très oblique et par transparence, après injection, on les voit ramper sous la table interne de l'os avant de perforer la table externe pour gagner l'extérieur.

On trouvera donc sur la partie postérieure de la mastoïde un certain nombre de veines communiquant avec le sinus dont la plus importan e est l'émissaire mastoïdienne. Que deviennent ces veines ? L'excellente thèse de Launay (2) nous renseigne à ce sujet :

« Avec l'artère occipitale se trouvent en effet des veines : au delà du trou mastoïdien, elles sont tributaires des veines jugulaires postérieures, auxquelles elles apportent une partie du sang du sinus latéral, par la ou les veines émissaires mastoïdiennes ; en deçà, des veines occipitales profondes accompagnent l'artère occipitale et se jettent assez bas dans le prolongement du confluent parotidien. Quelquefois les deux veines satellites de l'artère sont petites et semblent ne pas aller jusqu'au trou mastoïdien ; quelquefois plus considérables, elles y vont drainer aussi le sinus latéral. »

D'autre part M. Walther (3), dans son travail sur les veines du rachis, dit que « la veine mastoïdienne, ordinairement assez grêle, unit directement la jugulaire postérieure au sinus latéral ».

Sur un sujet adulte, nous avons trouvé une disposition différente et qui nous a paru assez intéressante pour que nous la reproduisions, tout en acceptant les conclusions des

(1) Coudert. Th. de Paris, 1900.
(2) Launay. Th. de Paris, 1896.
(3) Walther. *Les veines du rachis.*

auteurs précédemment cités. Les veines mastoïdiennes sorties du crâne par un trou assez considérable, et des conduits accessoires nombreux, se réunissaient pour former une sorte de plexus intimement accolé à la partie postérieure de la mastoïde.

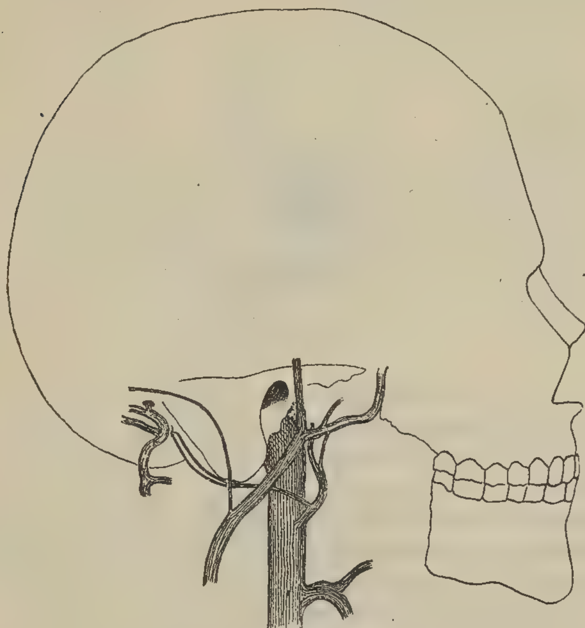


Fig. 3. — *Veines mastoïdiennes* (d'après Launay).

De ce plexus, partaient deux troncs descendants verticaux qui, en regard de l'arc postérieur de l'atlas, se réunissaient en une ampoule, point de départ de deux groupes veineux : l'un antérieur et horizontal formé de deux veines vertébrales qui pénétraient dans l'orifice de l'apophyse transverse de l'atlas, l'autre postérieur et vertical constitué

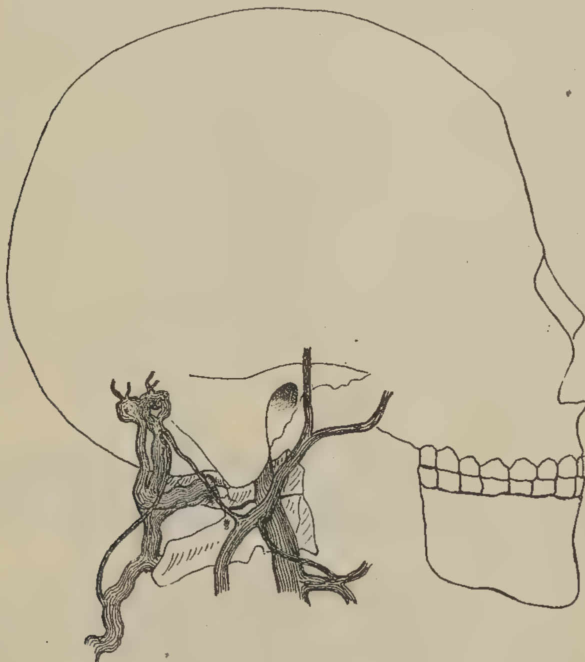


Fig. 4. — *Veines mastoïdiennes* (cas personnel).

par la veine jugulaire postérieure. De plus deux anastomoses réunissaient le confluent mastoïdien d'une part à la jugulaire postérieure au-dessous de l'axis, d'autre part à la jugulaire externe au niveau de l'émergence de la faciale postérieure. La jugulaire interne, très peu volumineuse, ne devait recevoir dans ce cas qu'une faible partie du sang du sinus latéral.

La connaissance de ces voies de dérivation veineuses est importante. Ne voit-on pas, en effet, que, dans un cas analogue, la ligature de la jugulaire interne au cours d'une phlébite du sinus latéral eût été bien illusoire, la plus grande partie du sang étant drainée par la voie postérieure, et la phlébite des veines de la nuque étant presque certaine.

Lymphatiques. — Une seule fois nous avons pu injecter quelques lymphatiques de la région mastoïdienne par la méthode du bleu dite de Gérota. Nous avons constaté la présence de deux petits glanglions situés sous l'aponévrose épicranienne. Ces ganglions ont été bien décrits par le professeur Poirier.

Nerfs. — La branche mastoïdienne du plexus cervical donne des filets à toute la région. L'anastomose de la branche auriculaire du facial avec le plexus peut être double : un court rameau partant de la branche auriculaire avant sa bifurcation se jette presque immédiatement dans le plexus ; c'est l'anastomose classique. Au dessus de celle-ci, nous avons vu un ramuscule grêle gagner la branche supérieure du nerf cervical en avant du muscle auriculaire postérieur, après avoir contourné une grande partie de la face externe de l'apophyse.

Au-dessous de ces parties molles, la face externe de l'apophyse mastoïde forme le plan osseux.

II

Apophyse mastoïde. — Configuration extérieure. — Limitée en avant par le bord du conduit osseux, en haut par la crête sus-mastoïdienne, en bas par la rencontre angulaire de ses bords antérieur et postérieur, en arrière par la suture pétro-occipitale, la mastoïde est bien différente, suivant le sexe, suivant les individus, suivant l'âge surtout. L'étude de son développement nous apprend qu'à la naissance elle forme une faible saillie en arrière du conduit auditif. Ce n'est que vers trois ans qu'elle acquiert sa forme et sa situation définitives. De huit à dix ans, elle est en petit ce qu'elle sera chez l'adulte.

Chez ce dernier, elle forme une saillie conoïde à base supérieure, à sommet inférieur. Peu développée chez le nègre, très développée chez le Mongol, elle présente une base, deux faces, externe et interne, qui viennent se réunir pour former le bord antérieur et le bord postérieur et se terminer au sommet.

Base. — Il est impossible d'assigner une limite interne à la base de l'apophyse, puisque, ainsi que nous le dirons, elle peut se prolonger plus ou moins loin sur la partie intracranienne de la pyramide rocheuse. Sa limite externe est marquée par l'écaille verticalement ascendante ; l'angle entre les deux portions est plus ou moins obtus. Cette base est traversée par la suture pétro-squameuse. Elle se termine en arrière de la crête saillante qui constitue le bord supérieur du rocher en se continuant à angle droit ou presque droit avec la face postérieure de l'os qui va former la gouttière du sinus latéral.

Face externe. — La face externe, la plus importante au point de vue chirurgical, est convexe d'avant en arrière. De bas en haut elle offre, au-dessus de son sommet, une conve-

xité très accentuée chez certains sujets, puis s'aplatit bientôt, et même devient concave en arrière du conduit auditif. Elle se relève enfin pour former la crète sus-mastoïdienne. Nous rappelons rapidement les nombreux points de repère décrits par tous les auteurs sur cette face externe de l'apophyse. Au-dessous de la crète sus-mastoïdienne, l'*épine de Heule*, petite saillie presque toujours sensible chez l'adulte et qui déborde d'ordinaire le quadrant supérieur du bord postérieur du conduit. Quelquefois il faut plonger dans le conduit lui-même pour trouver trace de cette épine. Chez l'enfant en bas âge elle fait défaut. Mais en arrière d'elle, on trouve toujours chez l'enfant, souvent chez l'adulte, une zone criblée de trous vasculaires, zone très importante qui, en l'absence de l'épine, indique le point exact où doit porter la trépanation; enfin, au-dessous, la trace de la suture de l'écaille et du rocher.

Il est facile sur les rochers d'enfants et sur la plupart des rochers d'adulte, plus encore sur le crâne de certains animaux, de retrouver cette trace de la séparation primitive des deux os. Celle-ci est indiquée par une ligne oblique de haut en bas et d'arrière en avant, dont la situation par rapport au conduit auditif est loin d'être stable. Placée dans la majorité des cas à l'union de la moitié antérieure et supérieure de l'apophyse avec sa moitié postérieure et inférieure, elle peut se trouver beaucoup plus bas, à peu de distance du bord postérieur de la mastoïde. Sur 100 cas, nous en avons trouvé 20 où il n'existait aucun vestige de la suture; dans 60 cas, elle occupait la position précédemment indiquée; dans 20 cas enfin, elle suivait le bord postérieur de l'apophyse à 2 millimètres en avant. L'écaille aurait ainsi, dans la formation de l'apophyse, un rôle beaucoup plus important que ne lui concèdent la plupart des auteurs.



Fig. 5. — *Suture mastoïdo-squameuse* (ours).



Fig. 6. — *Suture chez l'adulte.*

Chez l'enfant en bas âge, la suture est placée beaucoup plus haut, elle aboutit en avant, non plus, comme chez l'adulte, bien au-dessous du conduit auditif, mais sur le bord postérieur de ce conduit, à égale distance des deux bords supérieur et inférieur. A mesure que l'on avance en âge jusqu'au développement complet de l'apophyse, cette limite s'abaisse de sorte que, si chez l'adulte le bord postérieur du conduit osseux est formé par l'écaille renforcée dans sa moitié inférieure et interne par l'os tympanal, chez l'enfant jusqu'à trois ans, la suture mastoïdo-squameuse se terminant en avant dans le conduit auditif, le rocher entre pour une part notable dans sa formation.



Fig. 7. — *Suture chez l'enfant.*

Le conduit est formé, en effet, en avant, en bas et en arrière, par l'os tympanal : en haut par la portion écailleuse du temporal; mais, dit Millet : « tandis qu'en haut et en avant la portion tympanale vient se souder à la portion écailleuse, en haut et en arrière, il reste entre ces deux pièces un espace qui est comblé par la portion mastoïdienne du temporal. Cette portion mastoïdienne est creusée de cellules (les cellules limitrophes du conduit). »

La présence de la suture et de ces cellules qui naissent de chaque côté d'elle peut nous expliquer pourquoi les suppurations mastoïdiennes viennent si souvent se frayer un chemin sur la face postérieure du conduit, décollant les téguments et déterminant cette chute de la paroi postéro-supérieure qui gêne si souvent l'examen otologique. Ajoutons, du reste, que des orifices vasculaires nombreux favorisent cette évolution du pus.

Face interne. — La face interne de l'apophyse, libre dans sa partie inférieure où elle répond au digastrique et à l'artère occipitale, fait corps avec le rocher dans le reste de son étendue.

Bord antérieur. — Ce bord mousse et arrondi est vertica ou présente une légère concavité antérieure.

Bord postérieur. — Le bord postérieur est au contraire très incliné de haut en bas et d'arrière en avant. Très saillant dans sa partie inférieure, il vient plus haut se perdre sur le tiers postérieur de l'os.

Sommet. — Le sommet enfin, d'ordinaire arrondi, s'effile quelquefois en une pointe mousse, d'autres fois, se renfle en massue, la partie moyenne de l'apophyse présentant dans ce cas une sorte d'étranglement.

Configuration intérieure. — Connaissant la configuration externe de l'apophyse, il nous sera facile d'étudier sa constitution et les rapports de ses éléments avec les points de repère extérieurs.

Une ou plusieurs coupes pratiquées sur une mastoïde adulte montrent en général qu'elle est divisée en un grand nombre de petites cavités par des cloisons minces ou épaisses ordonnées suivant une direction spéciale : ces cavités sont les cellules mastoïdiennes. Sur d'autres apophyses, les cellules manquent, un tissu dense, quelquefois éburné, occupe en grande partie l'apophyse. Cependant, toujours dans la partie antérieure et supérieure, s'observe un orifice grand ou petit, dont l'existence semble donc indépendante de celle des cellules; c'est l'antre mastoïdien. L'antre com-

munique par un canal large ou étroit, long ou très court, horizontal ou oblique, avec la caisse du tympan, cet orifice porte le nom d'aditus. Enfin d'autres orifices se montrent sur les coupes; les uns sont les cavités de l'oreille interne dont nous ne nous occuperons que pour en signaler les rapports; les autres donnent passage à des vaisseaux ou à des nerfs, dont le plus important est le nerf facial. Nous aurons également à les décrire.

Cellules mastoïdiennes. — Chez l'enfant à la naissance, l'apophyse à peine sensible est composée entièrement de tissu spongieux. On ne trouve pas dans l'os ces volumineuses cavités qui portent le nom de cellules mastoïdiennes. Une seule cavité importante en occupe la base, c'est l'antre mastoïdien. Cependant Schwartze et Eysell ont constaté presque toujours à cet âge quelques petites cellules situées à la partie postérieure de l'antre.

Il est du reste difficile d'assigner une date à la formation des cellules. Si Millet a pu chez un enfant de six mois trouver une mastoïde creusée de nombreuses cavités, si Lermoyez a publié chez un enfant de sept mois une mastoïdite de Bezold dans une apophyse complètement celluleuse, le plus souvent ce type celluleux ne se rencontre constitué qu'entre trois et quatre ans.

Les cellules se montrent d'abord vers la partie externe de l'antre, dans la portion appartenant à l'écaille, à la fin de la première année. Puis, peu à peu, et rayonnant de l'antre vers la périphérie, elles envahissent la mastoïde, l'écaille, le rocher et le type adulte est définitivement constitué.

Ce type est du reste bien différent suivant les individus et ne dépend en aucune façon de la forme extérieure de l'apophyse. Telle mastoïde très petite est cependant creusée de volumineuses cellules, telle autre mastoïde saillante, énorme, est formée entièrement de tissu compact. Il n'est pas un auteur qui, à ce sujet, n'adopte la classification de Zuckerkandl en mastoïdes à types pneumatiques où les cellules sont très développées, à type diploïque ou scléreux où les cellules sont absentes, enfin à type mixte où l'on retrouve à la fois des cellules et du tissu compact. Comme le disait si bien M. Ricard (1), « ces épithètes conviennent bien pour caractériser certains types d'apophyse mastoïde; mais elles sont loin de répondre à tous les cas, et, bien souvent, telle apophyse qui est pneumatique en avant est scléreuse ou diploïque en arrière. » Sur 250 temporaux, Zuckerkandl (2) a trouvé 36,8 p. 100 d'apophyses pneumatiques, 43,22 p. 100 d'apophyses en partie pneumatiques, en partie diploïques, 20 p. 100 d'apophyses diploïques ou scléreuses.

Nous avons coupé 90 temporaux d'adultes et sommes arrivés à une conclusion absolument semblable à celle de M. Ricard. La division de M. Zuckerkandl est toute factice, car les types de sa classification sont rarement bien établis. Dans de nombreuses apophyses, on trouve des cellules assez volumineuses pour qu'elles méritent le nom de pneumatiques, mais, dans ces mêmes apophyses, les deux corticales externe et interne sont extrêmement épaisses, les travées qui séparent les cellules sont denses et résistantes et par conséquent le tissu scléreux a une large part dans leur constitution. A côté de celles-ci, d'autres, au milieu d'un tissu compact très dur, présentent quelques rares cellules mastoïdiennes : il faut, d'après la classification de Zuckerkandl, rapprocher ces deux types différents et les faire entrer dans les apophyses en partie pneumatiques, en partie scléreuses.

Adoptant cependant la classification admise : sur 90 mastoïdes adultes nous avons trouvé 27 apophyses à type nettement pneumatique, 24 apophyses à type nettement scléreux, 39 enfin, où les deux types se rencontrent également ou inégalement distribués. Ajoutons que beaucoup de ces apophyses appartiennent à des vieillards, ce qui explique le grand nombre de mastoïdes scléreuses signalées.

Plus importante est l'étude de l'organisation de ces cellules mastoïdiennes. Communiquant entre elles et avec l'antre lorsque le type pneumatique est bien net, elles peuvent être indépendantes dans de nombreux cas et il nous est arrivé souvent de voir, sur des coupes ou même au cours d'une intervention, des cellules de la pointe mastoïdienne complètement séparées, par un tissu très dense, du reste de l'apophyse.

Lorsqu'elles communiquent avec l'antre (soit par de très petits pertuis, soit par de larges orifices), les cellules présentent un axe qui se dirige vers l'antre « comme les rayons vers le centre d'une sphère », suivant la comparaison de Broca et Lubet-Barbon (1) : « De ce centre, disent-ils, les unes se dirigent en avant vers le conduit qu'elles ferment et limitent dans sa partie postéro-supérieure (cellules limitrophes); les autres, très variables comme volume, directement en bas (grandes cellules); les autres, tout à fait en arrière et en bas vers l'occiput; les autres enfin, en arrière et en haut, venant se souder à celles de la portion écailleuse. »

Un excellent travail de Schwartze et Eysell (2) avait déjà fixé nos connaissances à ce sujet.

« Disposées comme le rayon d'une sphère dont le centre est formé par l'antre mastoïdien, les cellules ont toujours leur plus grand axe sur un rayon de cette sphère, leur développement se faisant toujours du centre vers la périphérie. »

Mais quelle est la disposition de ces cellules?

M. Ricard dans son article s'attaque avec énergie à la dénomination de cellules mastoïdiennes donnée à ces cavités : pour lui ce sont des cellules pétreuses, « car elles appartiennent entièrement au rocher, c'est-à-dire à la portion pétreuse du temporal. » Cette conclusion n'est pas acceptée par M. Poirier, elle nous semble également excessive. Le terme de cellules mastoïdiennes, insuffisant, avait tout au moins l'avantage de ne pas accorder au rocher la formation complète des cellules. Schwartze et Eysell concluent de leurs recherches d'une façon beaucoup plus séduisante. Il existe deux sortes de cellules : les cellules provenant de l'écaille, les cellules provenant de la partie pétreuse. Les deux groupes sont séparés par une lame osseuse, vestige de la séparation primitive de l'écaille et du rocher, lame qui, dans sa partie supérieure, [est unique, et dans sa partie inférieure se convertit en un véritable tissu lamellaire dont la portion externe appartient à l'écaille, dont la portion interne appartient au rocher. Elle est le vestige de la suture pétro-squameuse et se retrouve même chez l'adulte.

Nous avons pu constater dans de nombreux cas la persistance de cette lame qui divise en deux groupes les cellules mastoïdiennes, et nous représentons ici quelques-uns de ces cas. Chez certains animaux, elle existe avec une netteté

(1) Ricard. *Gaz. des hôpit.*, 1889.
(2) Zuckerkandl. *Anatomie.*

(1) Broca et Lubet-Barbon. *Mastoïdite.*
(2) Schwartze et Eysell. *Arch. f. Ohrenheilk.*, 1873.

parfaite, soit que le rocher et l'écaille aient une séparation complète, soit que la trace de cette séparation subsiste très marquée.

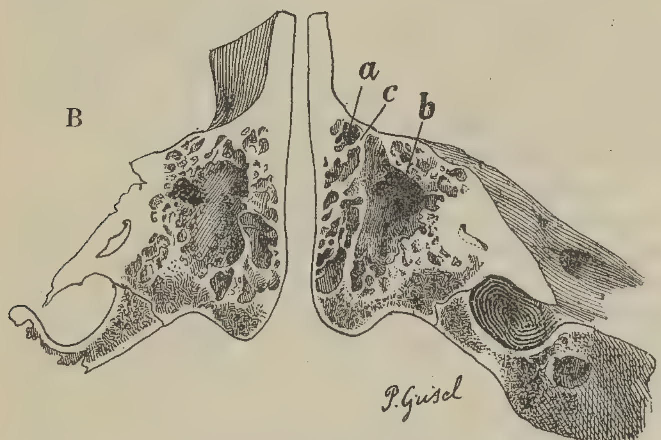


Fig. 8. — *Lame de Schwartze* (coupe vertico-transversale).
a. Cellules externes; *b.* Antre; *c.* Lame.

Cependant cette lame, si elle reste visible sur beaucoup de temporaux, ne forme pas une cloison hermétique entre les deux groupes de cellules. Il existe de nombreux pertuis qui établissent des communications entre la partie profonde et la partie superficielle de la mastoïde; enfin, chez le vieillard, elle subit une résorption plus ou moins complète. Cependant elle sépare assez nettement les deux parties du temporal pour qu'elles puissent avoir une constitution différente.



Fig. 9. — *Coupe vertico-transversale au-dessus de l'encoche qui indique la suture, la portion squameuse est scléreuse, au-dessous la portion pétreuse est celluleuse.*

Des deux groupes cellulaires qu'elle sépare, l'un est *postéro-inférieur* ou pétreux, l'autre *antéro-supérieur* ou squameux. Le premier, le plus important, va, dit Schwartze, jusqu'au canal de l'émissaire mastoïdienne et entoure la partie médiane du sillon sigmoïdien; il n'en est séparé, du reste, que par une lame osseuse très mince. Il est facile de voir toute l'importance de ce fait dans les infections auriculaires. Les cellules inférieures se dirigent verticalement en bas; elles atteignent la pointe, la face externe de la mastoïde dans sa partie inférieure, toute sa face interne; cette disposition favorise singulièrement la perforation de la pointe de l'aphophyse, souvent très mince. Il se produit alors un abcès cervical profond, c'est là l'évolution de la mastoïde de Bézold.

Quant aux cellules postérieures et aux cellules profondes, s'avançant jusque derrière le sinus, en dehors de lui, elles envahissent en dedans de lui l'éperon pétreux qui limite le canal sigmoïde; elles seront fréquemment le siège d'un processus inflammatoire qui pourra s'étendre au gros tronc veineux.

Est-ce une raison suffisante pour systématiser de nouveaux groupes de cellules, ainsi qu'on a voulu le faire récemment? Nous représentons ci-contre trois coupes de cellules postérieures de mastoïdes pneumatiques qui montrent combien il sera difficile de systématiser des cellules qui sont variables dans leur forme, leurs dimensions,

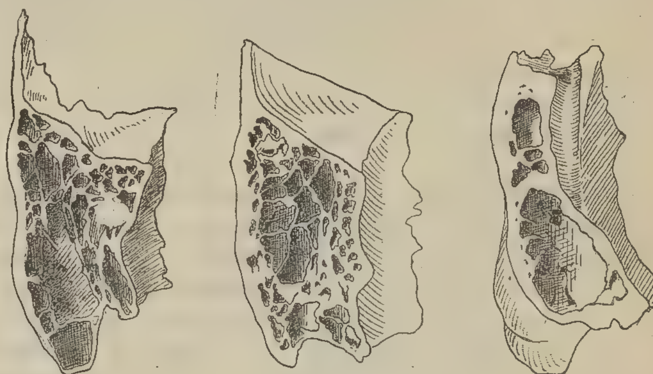


Fig. 10.

leur disposition. Nous croyons que la chirurgie de la mastoïde a tout intérêt à être simplifiée et qu'indiquer la possibilité de cellules en dedans du sinus c'est montrer à l'opérateur qu'il doit, en contournant la face autéro-interne du sinus, aller à la recherche lorsqu'il veut faire un évidement complet, que ces cellules communiquent largement avec les cellules superficielles ou qu'elles en soient séparées par des cloisons épaisses.

Le *groupe antéro-supérieur* comprend les cellules situées au-dessus de l'autre, en dehors de l'autre, et dans la mastoïde jusqu'à la suture mastoïde squameuse. D'abord horizontales, elles se rapprochent peu à peu de la verticale à mesure qu'elles decendent, leur grand axe étant toujours dirigé vers l'antre; elles sont beaucoup plus petites que les cellules pétreuses. Siebenmann (1), dans une corrosion des cellules, montre bien cette disposition. Lenoir insiste, avec raison, sur le groupe cellulaire placé en dehors de l'antre. Bien souvent, nous avons trouvé là une grosse cellule, qui ne présentait d'orifice qu'à sa partie interne, là où elle communiquait avec l'antre [aditus externus de Lenoir (2)]. Une exploration superficielle pourra faire confondre cette cellule avec l'antre lui-même. Enfin, dans certains cas signalés par Hyrtl, le groupe postérieur se prolonge dans l'occipital.

(*A suivre.*)

LA QUESTION DES INJECTIONS MERCURIELLES EN 1902

[TRAVAUX RÉCENTS ET DISCUSSIONS A LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE] (3)

Par L. Pautrier,
Assistant de l'Établissement dermatologique.

Comparaison des injections et des autres modes d'administration du mercure au point de vue de l'efficacité du traitement. — La comparaison des divers modes d'administration du mercure peut en somme se ramener à la question suivante : y a-t-il parmi les trois sortes de traitement mercuriel : par ingestion, par injections, ou par frictions, l'un d'eux qui se montre particulièrement efficace, particulièrement énergique, et actif?

Disons tout de suite que le maximum d'effet thérapeutique appartient d'une façon évidente aux injections. Elles restent, de l'avis général, le traitement de choix des

(1) Siebenmann. *Anatomie.*
(2) Lenoir. *Revue de chir.*, 1900.
(3) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 5, p. 43; n° 6, p. 49.

accidents graves, soit que l'on y ait recours d'emblée, soit que l'on soit obligé d'y recourir dans nombre de cas après avoir constaté l'insuccès des pilules, ou de la liqueur de Van Swieten. Leur supériorité sur la méthode par ingestion est bien établie. Mais il importe de dissiper un malentendu : cette supériorité n'existe que si on emploie les injections à des doses suffisantes; il est bien entendu que si l'on injecte quotidiennement 1 centimètre cube de l'huile biiodurée suivant la formule du professeur Panas (formule malheureusement beaucoup trop répandue, et qui doit disparaître) qui contient par centimètre cube 0gr004 de biiodure, soit 0gr0017 de Hg, dose dérisoirement faible, il est bien entendu, dis-je, que les pilules de Ricord ou de Dupuytren pourront se montrer aussi efficaces que de semblables injections. D'où la nécessité absolue de préciser désormais notre langage, lorsque nous parlons traitement mercuriel; nous demandons qu'il soit de règle, à l'avenir, d'indiquer toujours le sel employé et sa dose; « injections solubles » ne veut rien dire en soi : cela va des 0gr0017 de Hg, de l'huile biiodurée, jusqu'à 3 et 4 centigrammes de Hg par jour, doses qui ont été atteintes et que nous avons atteint personnellement. Lorsque nous parlons de la supériorité des injections sur le traitement par ingestion, nous entendons des doses de 5 à 10 centigrammes de calomel par semaine, et pour les injections solubles des doses quotidiennes de 1 à 2 centigrammes de sels forts et de 2 à 4 centigrammes de sels faibles.

Quant à la supériorité des injections sur les frictions elle est établie par la raison suivante (qui explique aussi leur supériorité sur la méthode par ingestion) : c'est la seule méthode qui nous permette de connaître d'une façon certaine la quantité de mercure absorbée par l'organisme. Ce point a été mise en évidence par Leredde, dans son article de la *Semaine médicale* : « L'expérience thérapeutique de tous les jours prouve, en effet, dit-il, aux dermatologistes, que l'effet thérapeutique des pilules de protoiodure (10 centigrammes par jour) est inférieur à celui d'une injection hebdomadaire de 10 centigrammes de calomel, que l'effet thérapeutique de frictions à la dose quotidienne de 6 grammes est presque toujours inférieur à celui de la même injection de calomel. Par suite on ne peut croire un moment que le malade qui prend journellement 10 centigrammes de protoiodure absorbe la totalité du sel ingéré, où que le sujet à qui on fait des frictions avec 6 grammes d'onguent napolitain absorbe chaque jour 3 grammes de mercure métallique. Le premier serait, du reste, intoxiqué en peu de temps; quant au second il le serait le jour même de la première friction. »

Ajoutons qu'un certain nombre de faits connus constituent une démonstration évidente de cette théorie. Ne connaissons-nous pas le cas de M. Barthélemy, dans lequel un malade supporta pendant une semaine une dose quotidienne de 30 centigrammes de protoiodure, et de 45 centigrammes pendant toute la semaine suivante? Récemment un de nos amis, le docteur Vignat, nous communiquait l'observation d'une malade adulte, qui, par suite d'interprétation erronée d'une ordonnance, absorba dans une seule journée 12 pilules de protoiodure; elle présenta simplement de la gingivite, de la diarrhée, un peu de mélæna, mais supporta en somme sans accident grave cette dose de 60 centigrammes de protoiodure. Enfin n'oublions pas le cas cité par le professeur Fournier d'une syphilitique qui prit dans une journée 34 pilules de Ricord! et en fut quitte pour une simple fluxion gingivale, sans stomatite véritable.

Que conclure de tous ces faits, dans lesquels les malades auraient dû logiquement succomber à une intoxication mercurielle suraiguë, sinon que la méthode par ingestion, surtout sous la forme pilulaire, est une méthode essentiellement aveugle et incertaine?

Quant aux frictions, une récente discussion de la Société viennoise de dermatologie (1) fournit également des faits probants : Ehrmann y rapporta le cas d'un syphilitique qui présentait des symptômes cérébraux graves malgré 130 frictions mercurielles faites en deux ans. Il prescrivit une nouvelle série de frictions; mais au bout de la vingtième eut l'idée d'examiner les urines; on n'y trouva pas trace de mercure. Le malade fut alors soumis à des injections de sublimé. Ehrmann en conclut que chez certains individus la peau n'est pas pénétrée par le mercure. A l'appui de cette théorie, Mracek cita dans la même séance le cas d'un malade atteint de syphilides maculo-papuleuses, qui fit, avec des intervalles, 400 frictions mercurielles sans présenter la moindre trace d'intoxication. Ce traitement, poursuivi avec une énergie vraiment rare, se montra absolument inefficace contre les accidents cutanés; mais l'examen des urines permit de constater qu'on n'y pouvait pas déceler la moindre trace de mercure.

Une conclusion s'impose : c'est que la méthode des frictions est une méthode éminemment infidèle. Nous ne savons jamais quelle sera la quantité de mercure absorbée par le malade ; elle peut être considérable et provoquer des accidents d'intoxication ou de stomatite; elle peut être très faible; elle peut même être nulle, comme le démontrent les cas que nous venons de rapporter ; nous l'ignorerons toujours à l'avance. Trop de coefficients interviennent pour modifier cette absorption : le coefficient individuel, le coefficient variable suivant les régions du corps (la peau des flancs, celle des creux poplités pouvant absorber plus ou moins), la richesse différente du système pilaire, la vigueur plus ou moins grande avec laquelle sera faite la friction.

En résumé méthode infidèle et incertaine.

L'état actuel de la question nous paraît donc pouvoir être résumé de la façon suivante : un grand nombre des syphiligraphes, sinon tous, sont d'accord pour reconnaître que la méthode des injections convient aux cas rebelles et aux accidents dans lesquels il est indiqué de mercurialiser rapidement l'organisme.

En second lieu, le raisonnement et l'expérience journalière nous prouvent que les injections solubles constituent le seul mode de traitement au moyen duquel nous connaissions d'une façon exacte la dose de mercure absorbée quotidiennement par l'organisme. Ce point, mis en évidence par Leredde (2), semble devoir rallier peu à peu l'opinion générale, et M. Gaucher (3) la défendait récemment à son tour à la Société médicale des hôpitaux.

Comparaison des injections et des autres modes d'administration du mercure au point de vue des accidents produits par le traitement. — Nous avons déjà énuméré la plupart des accidents que l'on a reprochés aux injections. Ce sont :

La douleur, parfois violente avec le calomel et tendant par suite à en faire une méthode d'exception, complètement négligeable avec les injections d'huile grise et les in-

(1) Soc. viennoise de dermatol., 6 nov. 1901.
(2) Leredde. *Semaine méd.*, 23 avril 1902.
(3) Gaucher. Soc. méd. des hôpit., 21 oct. 1902.

jections solubles intra-musculaires. Ajoutons à ce sujet qu'on a proposé (Maurange, Chéron), de faire disparaître la légère douleur possible même avec celles-ci, en employant comme dissolvant un liquide isotonique (solution de NaCl à 7gr 50 p. 100). Ce point est à reprendre et doit être l'objet d'expériences ultérieures.

Les abcès deviennent de plus en plus rares depuis que les injections sont faites aseptiquement (1). Ils paraissent, dans la presque totalité des cas, dus à des fautes d'antisepsie. Quant aux nodi, parfois inévitables avec le calomel, ils sont très rares avec l'huile grise, et la légère induration produite par les injections solubles ne constitue pas une gêne sérieuse.

Les embolies que l'on a reprochées aux injections insolubles sont, nous l'avons vu, absolument évitables avec la technique que nous avons indiquée.

Reste la question des escares, dont M. Brocq rapportait récemment un cas fort grave, à la Société de dermatologie. Faisons cependant tout de suite une remarque : sur des milliers et des milliers d'injections pratiquées, c'est à peine si l'on connaît trois ou quatre cas d'escares. M. Lafay, en particulier, a réuni une statistique de 105 000 injections (quelques syphiligraphes de Paris seuls sont comptés dans ce chiffre) sans aucun accident. En outre, dans les cas où elles se sont produites, l'injection incriminée a toujours été accompagnée d'une vive douleur, et il semble bien que dans ces cas l'injection ait été faite dans des conditions défectueuses et ait lésé une artère [Leredde (2)].

Pour ce qui est de la stomatite, les injections n'y prédisposent pas plus que les pilules de protoiodure dont les propriétés ptyaliques sont bien connues et beaucoup moins assurément que les frictions, qui sont de tous les procédés celui qui produit le plus facilement des accidents buccaux. Le spectre de la stomatite, reste atavique de la crainte inspirée par le traitement mercuriel vraiment barbare d'autrefois, nous effraie à tort maintenant encore. Cette stomatite, que l'on semble souvent reprocher uniquement au mercure, est en réalité un accident complexe, dans lequel l'état antérieur d'infection des gencives et des dents joue le rôle principal, le mercure n'intervenant que comme cause surajoutée. La preuve en est que la stomatite ne survient jamais chez les sujets ayant les dents en bon état ou chez ceux qui, ayant une dentition défectueuse, prennent des soins rigoureux d'hygiène de la bouche. C'est ainsi qu'elle est beaucoup plus fréquente dans les services hospitaliers que dans la clientèle de ville. Pour nous, qui avons comme règle de faire passer le malade chez le dentiste avant le début du traitement, nous n'avons *jamais* à compter avec la stomatite, malgré des traitements hydrargyriques *extrêmement intenses*.

Au risque de paraître paradoxal nous dirons, contrairement à l'opinion commune, que les accidents que peut provoquer la méthode par ingestion nous paraissent autrement sérieux. Ces accidents sont surtout gastro-intestinaux : douleurs, crampes d'estomac, diarrhée persistante, mais surtout, et ceci est le plus grave, accidents gastriques à longue échéance : gastrite ou dyspepsie médicamenteuse, rebelle, apparaissant tardivement. Faisons remarquer, avec Leredde, qu'ajouter de l'opium aux pilules ou donner de l'élixir parégorique en même temps que la liqueur de Van Swieten ne peut que masquer la douleur immédiate, mais n'empêche nullement les lésions de s'établir. M. Jullien rappelle dans sa communication l'opinion d'un maître célèbre, infecté vers la fin de sa carrière, et qui ayant fait à ses dépens une cruelle expérience du traitement de Ricord « s'élevait contre le protoiodure, l'universelle panacée, le protoiodure père des stomatites, des entrailles douloureuses et des mégalogastries, grandes et petites tortures auxquelles ne doit échapper aucun vérolé, comme nul criminel n'échappait jadis au « brodequin ». Voilà qui nous paraît autrement plus grave qu'une légère douleur et une faible induration, occasionnées par les injections, petits inconvénients locaux, sans influence sur l'état général, et qui disparaissent rapidement après la cessation de la cure.

Quant à la méthode des frictions, si l'érythème ou l'eczéma mercuriel qu'elles déterminent parfois sont assez facilement évitables, elle présente un autre inconvénient plus sérieux : c'est de tous les modes de mercurialisation celui qui engendre le plus facilement les stomatites lorsque les soins buccaux ne sont pas suffisants. Une dose très faible d'onguent napolitain, si le malade a le système pileux développé, peut suffire à la développer. Nous avons été témoin plusieurs fois du fait à l'hôpital Ricord, où après des frictions de 2 à 3 grammes, faites pour des pediculi pubis, des sujets présentaient une stomatite franche. La friction avait été faite, il est vrai, dans ces cas, au niveau d'une région très riche en follicules pileux. (*A suivre.*)

(1) Pour notre compte, sur plus d'un millier d'injections, nous n'avons eu qu'un seul abcès, à la suite d'une injection de calomel, abcès sans gravité et qui évolua en huit jours.

(2) On pourra être assuré d'éviter cet accident en faisant les injections solubles en deux temps comme avec des sels insolubles, ou plus simplement en aspirant légèrement après avoir piqué et avant de pousser le liquide, et en voyant si la solution qui est dans la seringue se teinte de sang.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(14 JANVIER 1903)

Dans une des précédentes séances, M. Monod a présenté deux cas d'**associations néoplasiques** chez une même malade. Dans un cas il s'agissait de l'association d'un kyste de l'ovaire et d'un fibrome utérin; dans l'autre d'un sarcome de l'ovaire et d'une tumeur fibreuse de l'utérus. M. Guinard a recherché dans ses faits personnels des cas de ce genre et il a ainsi recueilli onze observations dans lesquelles existait cette association néoplasique qui, comme on le voit, est loin d'être rare. Quant à la conduite à tenir, il n'y a pas d'hésitation à avoir; chaque fois, dit M. Guinard, qu'en même temps qu'une tumeur ovarienne ou autre, on constate la présence d'un fibrome utérin, il faut enlever ce fibrome. M. Guinard n'a pas toujours suivi cette conduite; en 1898 il opère une femme d'un kyste de chaque ovaire; en même temps, il constate un fibrome utérin. Espérant que la double castration ovarienne pourrait, dans ce cas, entraîner l'atrophie du fibrome, il laissa celui-ci et actuellement cette femme est atteinte d'un cancer abdominal généralisé. Aujourd'hui il n'hésiterait plus à faire l'hystérectomie subtotale.

Le plus souvent le diagnostic de ces associations néoplasiques est à peu près impossible.

M. Guinard donne le résumé de ses onze observations :

En dehors de ces associations néoplasiques dans la même région, on voit des cas où, par exemple, un kyste de l'ovaire coïncidera avec une tumeur du sein.

Parmi les observations présentées par M. Guinard, il en est une qui mérite une mention spéciale, il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, chez laquelle M. Guinard a fait, dans la même séance, les opérations suivantes : ablation d'un kyste de l'ovaire gauche, hystérectomie subtotale pour un énorme fibrome de l'utérus, résection de l'appendice chroniquement enflammé, anastomose de l'anse sygmoïde à la partie supérieure du rectum pour un cancer annulaire de l'S iliaque. Cette malade a parfaitement résisté à ces interventions multiples pratiquées dans la même séance.

M. Quénu, dont l'attention a été attirée il y a déjà plusieurs années sur ces faits d'associations néoplasiques, prendra la parole sur ce sujet dans la prochaine séance.

Nous revenons à l'**appendicite** :

M. Chaput envisage un côté particulier de la question, c'est celui des perforations de l'intestin grêle typhiques ou autres, simulant ou accompagnant l'appendicite. (Sera publié.)

M. Lejars se borne à donner sa statistique : depuis la fin de 1899 il a opéré 112 cas d'appendicite, 69 à froid sans un décès, 43 à chaud avec 12 morts. La mortalité des opérations à froid est nulle ; c'est la règle, si la mortalité des opérations à chaud paraît toujours si considérable, c'est parce que M. Lejars, comme ses collègues, opère tous les cas très graves, les péritonites généralisées, les malades amenés trop tard au chirurgien. M. Lejars fait observer que, dans sa statistique, il ne donne que les cas qu'il a vus dès le début. Il faudrait voir aussi ce que donnerait une statistique d'opérations faites à chaud, dès le début de la maladie. Il y aurait grand intérêt à savoir, dès la première heure d'une appendicite, quelle sera sa virulence. Nous n'avons malheureusement aucun élément de diagnostic à ce sujet. Les examens hématologiques permettront peut-être de le savoir un jour. En résumé, M. Lejars pense que lorsque le chirurgien est appelé dès le début, il est préférable d'opérer. S'il est appelé plus tard, il faut qu'il exerce sur le malade une surveillance très active et qu'il intervienne au moindre incident. M. Lejars opère les péritonites diffuses, les péritonites suppurées. Dans un cas où il y avait une quantité considérable de pus, il a été assez heureux pour guérir le malade.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Lejars insiste sur la nécessité de bien savoir protéger l'intestin voisin dans les opérations à chaud.

M. Terrier se contente également d'apporter sa statistique de ces trois dernières années, à la Pitié. Il divise les opérations pratiquées dans son service en trois groupes : opérations d'urgence, opérations à chaud, opérations à froid. Voici les chiffres : 39 opérations d'urgence, 4 morts, soit 10,25 p. 100 ; 17 opérations à chaud, 1 mort soit 5,88 p. 100 ; 61 opérations à froid, 1 mort soit 1,80 p. 100. Le pourcentage pour la totalité des opérations est le suivant : 118 opérations, 6 morts, soit 5,12 p. 100.

M. Bazy fait un rapport sur une observation relative à une **oblitération de l'urètre par une valvule congénitale**. L'oblitération n'était pas complète, puisque la valvule présentait un orifice par lequel l'urine passait d'une manière intermittente. Le chirurgien fit l'urétrotomie et excisa la valvule. La guérison a été parfaite.

M. Malapert communique une observation de **lipome abdominal** pesant 6k550 et enlevé avec succès.

M. Legueu présente un malade qui avait une **ankylose de la mâchoire** datant de treize ans et consécutive à une fracture mal consolidée. Il a fait, chez ce malade, la résection du condyle du côté gauche. Mais il y avait une rétraction musculaire et ligamenteuse qui a dû être traitée ensuite par le massage et l'électrisation. Le résultat obtenu a été très satisfaisant.

M. Sébileau a pratiqué récemment plusieurs **œsophagotomies externes** pour corps étrangers de l'œsophage. D'une façon générale, les sous avalés par les enfants s'arrêtent au niveau de la fourchette sternale. La radiographie rend de grands services dans ces cas, mais il faut la faire faire, autant que possible, au moment de l'opération, car pour peu qu'un certain temps s'écoule entre la radiographie et l'intervention, le sou peut avoir franchi l'œsophage. Dans l'œsophagotomie pratiquée, dans ces cas, il faut surtout s'appliquer à ne pas léser le nerf récurrent.

Dans une précédente séance, M. le médecin principal Moty, médecin chef de l'hôpital militaire Saint-Martin, a fait une communication sur les **formes exceptionnelles des sacs herniaires**, sur laquelle nous croyons intéressant de revenir.

« Les anomalies dans les sacs herniaires ne sont pas rares, rien de plus naturel en effet que l'anomalie dans l'anomalie. Voici quelques formes exceptionnelles de ces anomalies.

I. *Hernie inguinale. Sac en Y.* — B..., opéré le 22 décembre 1899 de hernie inguinale droite présentant un sac bilobé à son origine, simple dans ses trois quarts inféro-internes. Les branches de l'Y s'ouvraient dans la cavité abdominale par deux orifices séparés l'un de l'autre par une travée fibreuse longue de 2 centimètres mais peu épaisse. L'orifice supéro-externe plus étroit que l'autre admet facilement une sonde cannelée ; l'orifice inféro-interne offre à peu près les dimensions moyennes des collets de petites hernies ; un stylet engagé par cette voie rencontre dans l'abdomen l'extrémité de la sonde cannelée introduite par l'autre trajet. Après s'être assuré que le pilier fibreux intermédiaire aux deux collets ne contient pas de vaisseaux importants, on le sectionne, on attire dans la plaie avec l'index l'épiploon qui ne se présentait pas de lui-même ; on le lie, on le résèque et l'on isole ensuite, lie et résèque la totalité du sac.

Sutures habituelles, ablation des fils le 3 janvier 1900 réunion complète.

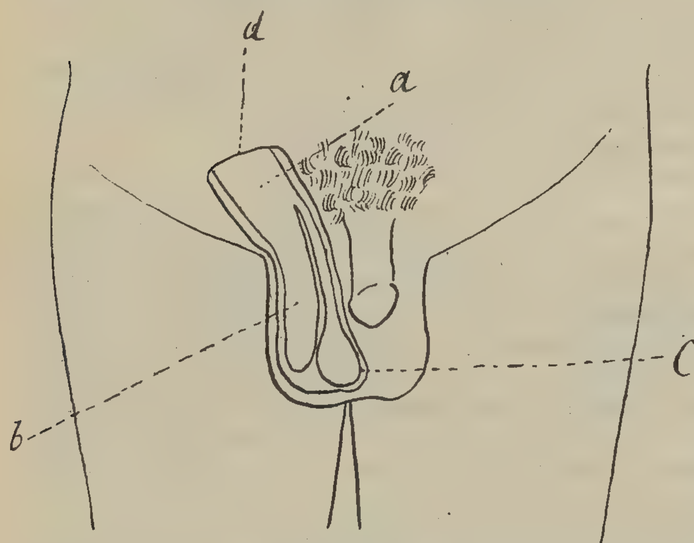
II. *Sac en Y renversé.* — Il s'agit encore d'une hernie inguinale droite à double sac opérée le 5 septembre : le sac antérieur contenant l'épiploon descendait jusqu'à la partie moyenne du testicule, l'autre postérieur, qui n'était autre que la vaginale largement ouverte par en haut, se réunissait au premier au-dessus du trajet inguinal.

Le diagnostic de hernie épiploïque assez volumineuse mais non dans la vaginale avait été posé parce que l'épiploon semblait nettement séparé du testicule et il a été jusqu'à un certain point vérifié par l'intervention, mais celle-ci a montré que la vaginale épaisse, largement ouverte par en haut et formant ainsi un sac herniaire inhabité, adhérait intimement sur une étendue de trois centimètres avec le sac herniaire véritable.

Bien que la hernie fût réductible, il y avait une adhérence fibreuse de l'épiploon à la séreuse du sac dans sa portion vestibulaire ; les deux orifices sous-jacents étaient de dimensions à peu près égales ; l'épiploon épaissi avait quelque analogie d'aspect avec une anse mince de côlon.

Les adhérences furent facilement rompues, les deux sacs séparés par une dissection minutieuse aux ciseaux, le sac vaginal complètement détaché du vestibule et maintenu avec des pinces pendant quo l'on isolait l'autre et que l'on tordait, liait et réséquait le collet commun des deux sacs; la vaginale fut ensuite fermée par un catgut en surjet. Sutures aponévrotiques habituelles au catgut, petit drain que l'on enlève trois jours après; suites simples, réunion complète le 16 décembre.

On peut comme on le voit définir cette hernie : une hernie enkystée de la vaginale d'Astley Cooper compliquée de sac vaginal vide ou sac herniaire dit congénital.



Hernie inguinale en Y renversé.
Schéma : *a.* Section de la peau ; — *b.* Sac habité par l'épiploon; *c.* Sac vaginal vide.

III. *Hernie crurale. Hernie crurale antérieure.* — D..., opéré le 1er avril 1899 de hernie crurale gauche datant de quatorze mois. On trouve un petit sac vide à collet très étroit adhérent sur une étendue de 3 centimètres environ à la veine fémorale placée en dedans. On essaye d'isoler le sac, on lie une petite branche veineuse afférenle à la fémorale et l'on réussit à libérer la poche sur les deux tiers de sa hauteur; mais en ce moment l'intimité de ses adhérences à la veine dilatée qui s'abaisse à la moindre traction exercée sur le sac oblige l'opérateur à s'arrêter; on active la libération du sac en dehors, on le pédiculise par torsion et on le lie et le résèque avec précaution; suture profonde fixant le collet du sac au ligament de Poupart, suture superficielle ordinaire; réunion complète le 11 avril, pas de récidive au moment de la libération.

On comprend pourquoi j'ai désigné cette forme de hernie crurale sous le nom d'antérieure; son adhérence intime avec la veine jusque dans l'intérieur de la cavité abdominale ne permettait pas en effet de la classer avec certitude dans la catégorie des hernies externes s'engageant dans l'anneau en dehors de l'épigastrique. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien sera ouvert le lundi 23 mars 1903, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. — Les inscriptions seront reçues au secrétariat général, de midi à trois heures, du lundi 23 février au samedi 7 mars inclusivement.

Un concours pour la nomination à deux places d'accoucheur sera ouvert le lundi 20 avril, à midi, à l'Administration centrale. — Les inscriptions seront reçues au secrétariat général, de midi à trois heures, du lundi 16 au samedi 28 mars inclusivement.

Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste s'ouvrira, le lundi 30 mars 1903, à midi, à l'Administration centrale. — Les inscriptions seront reçues au secrétariat général, de midi à trois heures, du lundi 2 au samedi 14 mars inclusivement.

— *Concours de l'internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 14 janvier 1903 : MM. Poisot, 12; Jullich, 11; Maillard, 11; Demarque, 10 1/2; Pelletier, 9; Feuillié, 8; Ménard, 7; Beauchef, 6; Handelsmann, 2.

Pathologie. — Séance du 15 janvier 1903 : MM. Eschbach, 11; Kauffmann, 10; Leoniker, 10; Joltrain, 8; Martin (Fernand), 7; Rickou, 6.

Guerre. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 12 janvier 1903, ont été affectés, savoir :

En Indo-Chine. — M. le médecin principal de deuxième classe Laurent; M. le médecin-major de deuxième classe Lafaurie.

Au Tonkin (brigade de réserve du corps d'occupation de Chine). — MM. les médecins-majors de deuxième classe Nielsen, Mathis et Rey; MM. les médecins aides-majors de première classe Margerie et Brachet.

A Madagascar. — M. le médecin-major de deuxième classe Neiret; M. le médecin aide-major de première classe Brisemur.

En Nouvelle-Calédonie. — M. le médecin-major de deuxième classe Audibert.

A la Guadeloupe. — M. le médecin-major de deuxième classe Sarrat.

En France. — Médecins-majors de première classe : au 1er d'infanterie coloniale, M. Reaucar; — au 8e d'infanterie coloniale, M. Grognier; — Médecins-majors de deuxième classe : au 22e d'infanterie coloniale, M. Delassus; — à la disposition de M. le ministre des Colonies pour être détaché à l'Institut Pasteur à Paris, M. Lafont; — au 4e d'infanterie coloniale, M. Erdinger; — au 21e d'infanterie coloniale, M. Condé; — Médecins aides-majors de première classe : au 8e d'infanterie coloniale, M. Martin; — au 24e d'infanterie coloniale, M. Gibert; — au 6e d'infanterie coloniale, M. Lorans; — Médecin aide-major de première classe auxiliaire : au 21e d'infanterie coloniale, M. Percheron.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Labrousse.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Balzer et Régis.

M. le médecin-major de deuxième classe de réserve Petit.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Bilhaut, Dupau et Timal.

MM. les docteurs Benoit (de Dieulefit), Blancheton (de Saint-Anthème), Leclerc (de Rouillac) et Pommier (de Thorigny).

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Robert, médecin de la Société française de bienfaisance de Madrid; — Rouvier, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth.

Dans les hôpitaux. — De la *Médecine moderne* :

« Un bruit assez étrange circule avec persistance dans les salles de garde.

Les surveillantes de nos hôpitaux auraient été gratifiées de nouvelles attributions qui ne peuvent manquer de surprendre. Elles seraient chargées, désormais, de « surveiller » non plus seulement les malades, mais encore les médecins.

On les aurait même munies d'un petit carnet *ad hoc*, où elles devront soigneusement noter jour par jour les moindres faits, gestes et paroles (!), des chefs de service et de leurs internes.

Le secret le plus absolu leur est commandé sur ces nouvelles fonctions, et ce, sous peine de révocation immédiate.

Nous ne doutons pas que l'Assistance publique ne tienne à

honneur de démentir catégoriquement une innovation aussi extravagante. »

Conférences. — M. le docteur Desnos reprendra ses conférences cliniques et thérapeutiques a sa clinique, 15, rue Malebranche, le mercredi 21 janvier, à quatre heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Conférences cliniques. — M. Hallopeau reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Louis le jeudi 22 janvier à deux heures trois quarts et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Faure (de Besançon), Charles Fortin (de Rouen), Louis Fuster (Mme), née Sophie Abraschkevitch.

Excellent poste médical à prendre de suite dans l'Allier. S'adresser : Jules Roll, à Cornant par Egriselles-le-Bocage (Yonne).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17





Nº 8. — MARDI 20 JANVIER 1903. 76e ANNÉE. MARDI 20 JANVIER 1903. — Nº 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON

(Professeur A. PONCET.)

RHUMATISME TUBERCULEUX

POLYARTHRITES ET SYNOVITES TENDINEUSES AIGUES D'ORIGINE BACILLAIRE (1)

Je vous ai parlé, Messieurs, ces jours derniers, du rhumatisme articulaire, chronique, déformant, de nature tuberculeuse, et je vous ai présenté plusieurs malades qui réunissaient ce syndrome clinique. Voici aujourd'hui une autre forme de tuberculose articulaire rhumatismale, et à laquelle convient, ainsi que vous pourrez vous en rendre compte, le nom de : *rhumatisme articulaire aigu tuberculeux*, avec synovites tendineuses de même nature.

Le malade atteint de ces lésions diverses est entré ces jours derniers à la Clinique, où il était envoyé par le docteur Garel, médecin des hôpitaux. Grâce à l'obligeance de mon très distingué collègue, il m'est permis de vous montrer un spécimen, on ne peut plus démonstratif, de ce que j'ai appelé, dans ces dernières années, *le rhumatisme tuberculeux*.

L'histoire de ce malade est, à ce point de vue, des plus instructives, car si l'on remonte un peu loin dans son passé pathologique, on trouve toute une série de renseignements d'une haute importance, qui viennent corroborer le diagnostic actuel.

C. B..., âgé de trente-cinq ans, exerce la profession de garçon de restaurant. Depuis une dizaine d'années, il a fait de nombreux séjours dans divers hôpitaux, soit à Genève, soit à Lyon, « tantôt, dit-il, pour du rhumatisme, tantôt pour de la bronchite, » dans tous les cas pour des accidents pulmonaires d'allure nettement bacillaire.

Il appartient à une famille de tuberculeux. Son père est vivant et bien portant, mais sa mère est morte à trente-trois ans d'une affection pulmonaire chronique, deux frères sont morts en bas âge. Une de ses sœurs est phtisique. Une de ses cousines germaines est atteinte de phtisie laryngée, pour laquelle elle reçoit actuellement les soins du docteur Garel.

Quant à notre malade, il aurait eu, à l'âge de trois ans, une variole dont il porte encore les stigmates sur la face.

Jusqu'à l'âge de douze ans, il paraît avoir eu une bonne santé, mais il fut atteint, à cette époque, de violentes douleurs de névralgie cervico-faciale, survenues sans cause appréciable, et qui étaient indépendantes des dents, du reste, saines. Il souffrit ainsi de douleurs vives, survenant par crises paroxystiques, tous les quatre à cinq jours, s'accompagnant de phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires du côté des yeux (larmoiement), du nez (écoulement de mucus abondant), de la bouche (salivation). Les douleurs occupaient un siège variable, elles siégeaient, tantôt à droite, tantôt à gauche. La quinine, l'antipyrine entre autres médicaments employés, n'apportaient pas de soulagement.

J'appelle, dès maintenant, Messieurs, votre attention sur ces névralgies rebelles, en apparence de cause indéterminée, et je vous les signale comme étant la première manifestation d'une intoxication bacillaire. Cette interprétation est d'autant plus plausible, que les localisations du poison tuberculeux sur les nerfs, sur les branches du trijumeau, etc., ne sont pas rares. Dans sa thèse récente : *De la névralgie faciale tuberculeuse* (Lyon, juillet 1902), un de mes élèves, le docteur Vaissade, en a rapporté plusieurs observations.

Vous connaissez également les sciatiques engendrées par la tuberculine. Vous en trouvez de nombreux exemples dans une autre thèse de la même époque, du docteur Villedieu, thèse qui a pour titre : *Sciatique d'origine tuberculeuse* (Lyon, 1902).

Dans les deux ou trois ans qui suivirent, C. B... aurait été atteint, en 1889, en 1891, d'angines érythémateuses, plus ou moins graves. Sur ces entrefaites, il entra au service militaire, mais il fut bientôt réformé pour, raconte-t-il, « névropathie, faiblesse de constitution, etc. »

C'est en 1892 qu'il est atteint pour la première fois d'une violente attaque de rhumatisme polyarticulaire. Il éprouve, tout d'abord, des douleurs lombaires, puis le lendemain les articulations des cous-de-pied, des genoux, des hanches, toutes les articulations des membres supérieurs, deviennent douloureuses, elles sont le siège d'un gonflement très apparent, avec rougeur de la peau. Les masses musculaires elles mêmes et les os sont endoloris : torticolis, douleurs

(1) Leçon recueillie par M. Mouriquand, interne des hôpitaux.

cervico-faciales, etc. Il existe une hyperesthésie extrême avec palpitations, angoisse. Transporté à l'hôpital cantonal de Genève où il resta un mois, il fut soumis à la médication salicylée, intus et extra, et, d'après son récit, ce traitement ne modifia en rien la marche des manifestations rhumatismales.

Pendant les années qui suivirent, il eut quelques attaques légères et localisées de rhumatisme articulaire subaigu. Il éprouvait, en outre, de temps à autre, des douleurs avec raideurs et craquements dans diverses articulations, dans les gaines tendineuses des poignets, des mains.

Au mois de novembre 1898, il entre, de nouveau, à l'hôpital de Genève, où il est admis dans le service du professeur Revilliod, mais cette fois, il est conduit à l'hôpital pour une bronchite nettement bacillaire, avec troubles dyspeptiques. Il y resta en traitement pendant huit mois et sortit amélioré en juin 1899.

Il fait un nouveau séjour dans le même hôpital de décembre 1899 à avril 1900, pour une laryngo-bronchite tuberculeuse. Sous l'influence d'une cure d'air, de la suralimentation, etc., il se trouve mieux, il quitte l'hôpital, où il est encore obligé de revenir pour la quatrième fois. Il y reste en traitement de septembre 1900 à mars 1901.

Pendant ces diverses pérégrinations hospitalières, le diagnostic est le même : *tuberculose des organes respiratoires*. C'est alors qu'il fut atteint d'une double arthrite subaiguë des deux genoux.

Il quitte Genève sur ces entrefaites, et nous le retrouvons en mars 1902 à Lyon, avec des arthrites aiguës des deux poignets. Ces accidents articulaires disparurent au bout de quelques semaines.

En juillet de la même année, il entre dans le service du docteur Garel. La feuille d'observation de cette époque porte le diagnostic : *Laryngite bacillaire — phtisie pulmonaire* (*lésions plus marquées au sommet droit*) *— dilatation de l'estomac*, etc.

A sa sortie de l'Hôtel-Dieu, le 21 octobre dernier, apparaissent de nouvelles douleurs rhumatismales, avec gonflement des articulations, des doigts, des poignets, etc.

Il se plaignait, en outre, de névralgies intercostales. Comme précédemment, la médication salicylée mise en usage restait inefficace. Dans cet intervalle, C. B... vint plusieurs fois à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu, où il était particulièrement traité pour ses accidents laryngés. Au commencement de décembre dernier, le gonflement, les douleurs articulaires des mains, des poignets s'accentuèrent. C'est dans ces conditions que je vous présente aujourd'hui ce malade.

Vous constatez chez lui les signes classiques d'une double arthrite aiguë des deux poignets, avec tuméfaction notable, teinte rosée de la peau, impotence fonctionnelle, etc. Tous les tissus fibro-séreux de la région sont plus ou moins pris, ainsi que quelques articulations des doigts. Il existe, de plus, des deux côtés, une synovite, de mêmes caractères, de la gaine des radiaux, de l'extenseur commun des doigts de la main gauche. La pression, les moindres mouvements sont très douloureux. Quant à l'état général, il laisse beaucoup à désirer. Le malade est pâle, amaigri. Depuis le mois de juillet il aurait perdu 8 kilogs.

L'examen des poumons révèle les particularités suivantes : matité aux deux sommets, au sommet droit respiration soufflante et cela, dans toute la moitié supérieure du poumon correspondant, craquements et râles disséminés en avant et en arrière. A gauche, les lésions sont moins marquées. Crachats purulents. Au laryngoscope signes de laryngite bacillaire (Garel).

L'estomac est dilaté, il donne aisément du gargouillement; fièvre le soir, sueurs nocturnes, etc. J'ajoute, et je souligne ce renseignement, notre malade n'a jamais eu, à aucune époque, de blennorragie; aujourd'hui encore, il est indemne de tout écoulement uréthral.

Vous le voyez, Messieurs, nous avons affaire à un phtisique et à un rhumatisant. Existe-t-il entre ces deux états pathologiques un lien quelconque, une relation de cause à effet ? Ou bien nous trouvons-nous en face de deux maladies distinctes, indépendantes l'une de l'autre? Je n'hésite pas à rejeter cette dernière opinion. Pour le faire, je m'appuie sur de nombreuses observations cliniques et autres, que nous avons, mes élèves et moi, mises récemment au jour. Peut-être pensez-vous, en effet, que nous nous trouvons en face d'un rhumatisme articulaire aigu, ordinaire, aux attaques répétées, survenant chez un tuberculeux. (Cette objection m'a été faite dès mes premières publications sur le pseudo-rhumatisme bacillaire, elle peut être reprise encore par de nouveaux contradicteurs.)

La réponse est facile. Quitte à me répéter, voici, en passant, parmi beaucoup d'autres, quelques arguments, qui ne sont pas sans valeur, si vous voulez bien y réfléchir.

Depuis longtemps on admet et on continue d'admettre, avec juste raison, un antagonisme entre le rhumatisme franc et la tuberculose. De plus, on ne saurait dénier à cette dernière maladie, infectieuse par excellence, le pouvoir que l'on accorde volontiers à toute autre maladie infectieuse, et si nous devions refuser à la bacillose le droit de frapper ainsi les articulations, les gaines tendineuses etc., nous retomberions dans les errements anciens dont l'expérience clinique a fait justice. C'est ainsi que l'on a vu pendant longtemps la même objection se produire pour le rhumatisme blennorragique, par exemple.

On ne voulait voir entre les arthrites d'un blennorragien et sa blennorragie qu'un accident plus ou moins fortuit, qu'un réveil de la diathèse rhumatismale, etc.

Il serait tout aussi étonnant de ne pas mettre sur le compte de la tuberculose, des manifestations articulaires, survenant chez un tuberculeux avéré, que de ne plus établir un lien direct; entre la chaude-pisse et les arthrites se produisant dans le cours de cette dernière affection. Du reste, les arthropathies d'origine tuberculeuse se présentent sous les aspects les plus divers, et le rhumatisme bacillaire, en dehors de l'expérimentation, des recherches bactériologiques, qui ont démontré son existence (1), trouve des preuves convaincantes dans l'association des faits cliniques. Nous avons vu bien souvent des tumeurs blanches, des ostéo-arthrites tuberculeuses typiques, des abcès froids, etc., sans parler de tuberculoses viscérales, chez un même malade atteint, en même temps, d'arthrites aiguës, subaiguës, séreuses, plastiques, d'arthrites déformantes, etc.

Nous avions ainsi sous les yeux toute la gamme d'accidents, dissemblables dans la forme, mais reconnaissant une même pathogénie : *l'infection tuberculeuse*.

Pour toutes ces raisons, nous faisons chez C. B... le diagnostic de : *Rhumatisme tuberculeux aigu, portant sur diverses articulations et sur quelques gaines tendineuses*.

Ce diagnostic est, d'autre part, justifié par le manque d'ac-

(1) PONCET. *Bull. de l'Acad. de méd.*, juillet 1901, et M. PATEL. *Revue de chir.*, déc. 1901.

tion de la médication salicylée, du traitement par l'antipyrine. Le salicylate de soude, l'antipyrine, sont, on le sait, des agents thérapeutiques puissants, contre les attaques de rhumatisme franc, tandis que leur action est à peu près nulle dans les diverses variétés de rhumatismes infectieux ou pseudo-rhumatismes.

Dans la thèse d'Egmann : *Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux ou pseudo-rhumatisme infectieux articulaire, à marche aiguë, d'origine bacillaire* (Lyon, 1902), vous pouvez lire des observations de rhumatisme bacillaire aigu, qui ne laissent pas de doute sur l'interprétation des accidents présentés par notre malade. Vous y verrez, comme chez lui, des polyarthrites aiguës, apparaissant au cours d'une tuberculose chirurgicale, et surtout de la phtisie pulmonaire (*rhumatisme tuberculeux consécutif ou secondaire*), mais vous y noterez aussi le rhumatisme articulaire aigu, comme premier signe de l'infection bacillaire, soit qu'il existe quelque part un foyer latent, non jusqu'alors diagnosticable, d'où sont parties les toxines, soit encore que l'imprégnation articulaire ait été primitive d'emblée (*rhumatisme tuberculeux primitif*) et qu'elle ait été due à une diffusion rapide des bacilles et de leurs toxines sans localisation tuberculeuse antérieure.

Ici les hypothèses sont permises, et l'on peut discuter sur le mécanisme des lésions articulaires.

Ces notions pathogéniques ne changent rien, toutefois, à la nature des choses. Dans l'espèce, il importe peu que le bacille intervienne directement (bacillo-infection), ou secondairement (toxi-infection) par le poison qu'il sécrète. Il s'agit alors d'une tuberculisation le plus souvent atténuée, d'où la disparition plus ou moins rapide des lésions, leur fugacité, leurs migrations, leur balancement entre elles, etc. On voit souvent, en effet, d'autres séreuses, d'autres articulations se prendre, quand la guérison se produit chez les premières frappées, et ces métastases sont également vraies pour les lésions viscérales. C'est ainsi que les mêmes phénomènes erratiques, ambulants, s'observent du côté de la plèvre, du poumon et d'autres organes.

Un dernier point, Messieurs, que je veux mettre, une dernière fois, en relief devant vous, comme premier phénomène de l'infection bacillaire, à forme rhumatismale, vise les névralgies faciales, si violentes, si tenaces, dont ce malade a souffert pendant des années, depuis l'âge de douze ans jusqu'à vingt-deux ans. Elles ont été la première offense bacillaire du côté du système nerveux, assurément de même nature, que celle qui s'est manifestée plus tard, du côté des articulations, des gaines tendineuses.

Ainsi que je vous l'ai fait remarquer dès le début, il existe un rhumatisme abarticulaire tuberculeux, qui peut ouvrir la scène des accidents d'origine infectieuse, au même titre que des lésions mono ou polyarticulaires d'allure rhumatismale. Dans une dernière communication à l'Académie de médecine (juillet 1902), j'ai montré, en effet, que le rhumatisme tuberculeux pouvait et devait, ainsi qu'il fallait s'y attendre, frapper tous les tissus, tous les organes, tous les appareils, au même titre que les autres rhumatismes.

Cette notion du rhumatisme tuberculeux a, en pathogénie générale et en clinique, une grande importance. Elle montre la tuberculose sous un jour nouveau, elle donne la clef d'une foule d'états pathologiques, bizarres, inexpliqués jusqu'à ce jour.

Si elle agrandit le domaine de la pathologie bacillaire, elle rend aussi mieux armé devant les manifestations, souvent alors bénignes, atténuées, de cette maladie. Elle permet de conjurer des formes plus graves, car le diagnostic étiologiquement établi, de tels malades seront traités comme de vrais tuberculeux, et cela dès les premières atteintes.

Dans le cas présent, que devons-nous, que pouvons-nous faire ? Tout d'abord, disons, Messieurs, ce qu'il ne faut pas faire. Eh bien ! en pareille occurrence, vous laisserez promptement de côté le salicylate de soude, l'antipyrine, et *tutti quanti*. Vous avez vu, en effet, que chez C. B..., dans d'autres attaques rhumatismales similaires, ces médicaments, si actifs dans le rhumatisme ordinaire, n'ont amené aucune amélioration. Ils ont servi, dans la circonstance, de pierre de touche ; ce contrôle obtenu, le diagnostic de rhumatisme infectieux devenant de plus en plus certain, on doit en abandonner l'usage. Leur emploi prolongé n'est pas sans inconvénients, et même, sans dangers.

Jusqu'à présent, comme, du reste, dans d'autres pseudo-rhumatismes, je ne connais aucun traitement médical spécifique, du rhumatisme tuberculeux, faisant cesser la douleur, etc. J'ai vainement employé la quinine et les préparations recommandées *intus et extra*, dans les douleurs dites rhumatismales.

Les malades eux-mêmes ne savent trop comment se soulager ; quelques-uns, contrairement aux bienfaits qu'éprouvent de la chaleur les vrais rhumatisants, m'ont dit souffrir moins, en ayant recours à des applications froides, en découvrant pendant la nuit leurs articulations douloureuses.

L'attention vient d'être appelée ces jours-ci sur une nouvelle substance, la *cryogénine*, qui aurait donné les meilleurs résultats contre la fièvre des tuberculeux (1). Je vais l'essayer chez ce malade, qui prendra, à partir d'aujourd'hui, 0g50 de cryogénine, en cachets de 0g25. Je vous tiendrai au courant de ce qui arrivera (2).

En attendant, nous ne sommes pas complètement désarmés, et comme dans toutes les arthrites aiguës, le traitement général, le traitement local par la compression ouatée, la révulsion, etc., par l'immobilisation surtout, peuvent être très utiles.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(16 janvier 1903)

D'une séance aussi chargée et aussi intéressante nous ne pouvons donner qu'un faible aperçu, et force nous est de mettre en vedette les communications les plus importantes. Parmi celles-ci il n'est pas douteux que le travail de MM. Marie et Guillain doit tenir le premier rang ; il est consacré à la pathogénie du tabes dorsalis et a pour titre cette

(1) Dumarest. *Lyon méd.*, 23 novembre 1902.

(2) La cryogénine, administrée à la dose indiquée, paraît avoir eu une heureuse influence chez ce malade. Deux jours après son emploi, il se disait très soulagé. Le fait est que, dans l'espace de cinq à six jours, le gonflement des articulations, des gaines tendineuses, avait disparu, en même temps que les douleurs. Depuis lors, semblable résultat s'est produit chez une autre de mes malades, atteinte de rhumatisme tuberculeux polyarticulaire, dans le cours d'une tumeur blanche du poignet. Il semble donc, jusqu'à plus ample informé, qu'il ne s'agisse pas là d'une simple coïncidence. Dans tous les cas, je ne vois aucun inconvénient à user, en pareils cas, de la cryogénine à la dose de 0g50 à 1 gramme par jour, ce produit pharmaceutique, déjà bien étudié, étant, à cette dose, sans aucun danger.

phrase, qui le résume d'une façon singulièrement nette : **Les lésions du système lymphatique postérieur de la moelle sont l'origine du processus anatomo-pathologique du tabes.**

Voici de ces recherches les particularités les plus saisissantes :

« Quand on examine macroscopiquement, sur la table d'autopsie, la moelle et les méninges d'un tabétique, deux particularités très nettes sont à remarquer : l'atrophie des racines postérieures et l'altération de la pie-mère. Or, l'on peut voir, d'une façon constante, que c'est la « méninge postérieure » qui est atteinte, et non la méninge antérieure, ainsi que l'ont constaté, d'ailleurs, tous ceux qui ont fait des autopsies de tabes. On voit, de la façon la plus évidente, que la pie-mère qui recouvre les cordons postérieurs est opaque, épaissie. Elle forme un contraste absolu avec la méninge qui recouvre les cordons antéro-latéraux ; celle-ci a conservé toute sa minceur et sa transparence. Cette altération méningée, si l'on envisage les tabes classiques, est très accentuée dans toute la région dorsale, elle est beaucoup moins prononcée et parfois presque nulle dans la région lombaire inférieure et dans la région cervicale. Dans un certain nombre de moelles que nous avons examinées, on constate cet épaississement méningé bien limité à la région postérieure de la moelle. Cette localisation postérieure de la lésion méningée est pour nous d'une importance capitale pour l'explication du processus anatomo-pathologique du tabes.

Au point de vue histologique, on a dit depuis très longtemps que la lésion primitive du tabes était une lésion radiculaire. Nous ne pouvons admettre ce fait. Quand on examine les coupes de la moelle d'un tabes qui n'est pas avancé dans son évolution, coupes traitées par la méthode de Weigert ou de Pal, on voit que la topographie des zones de sclérose ne se confond nullement avec le trajet des racines postérieures. Sans doute, il y a souvent des lésions radiculaires, mais il y a des lésions autres, intra-médullaires, non systématisées par rapport au trajet d'une racine. De plus, il arrive bien souvent que, même lorsque l'aspect de la dégénération semble radiculaire, celle-ci ne soit en réalité que pseudo-radiculaire, cela étant dû à ce que l'altération des fibres à myéline adjacentes à un système méningé donne à la lésion une fausse apparence systématique. Les lésions, au point de vue histologique, ne sont pas localement des lésions de dégénérescence wallérienne. Il peut cependant exister un processus dégénératif dans les régions hautes de la moelle, consécutivement à la lésion intra-médullaire des différentes fibres des cordons postérieurs, à la région dorsale inférieure par exemple.

Si la méthode de Weigert ne permet que difficilement de se faire une idée quant à la localisation primitive du processus tabétique, puisque l'on ne peut étudier ainsi que des lésions anciennes, des documents d'un intérêt beaucoup plus grand sont fournis par les cas que l'on peut examiner avec le procédé de Marchi. Or, dans ces cas, on voit que les corps granuleux existant dans les cordons postérieurs ne présentent aucune localisation rappelant une systématisation radiculaire et sont, au contraire, diffus dans toute l'étendue des cordons postérieurs. On voit, de plus, sur les coupes, que nombre d'espaces lymphatiques intra-médullaires sont dilatés et que des granules noirâtres se constatent en grand nombre dans les cellules de l'épendyme elle-même en certaines régions où le canal de l'épendyme est perméable.

Ainsi, dans le tabes, les lésions prédominantes sont d'une part l'altération non systématisée des fibres nerveuses dans les cordons postérieurs, d'autre part la méningite postérieure qui, anatomiquement, a tous les caractères d'une méningite syphilitique, tant par l'infiltration embryonnaire que par les lésions vasculaires, et que les recherches cytologiques de MM. Widal, Sicard et Ravaut nous permettent de dépister dès les premiers stades de l'affection. Nous rappelons que les lésions des ganglions rachidiens sont insignifiantes et ne peuvent expliquer en aucune façon les altérations médullaires observées.

A côté des lésions dont il vient d'être question et qui doivent être mises au premier plan dans le tabes, il est bien évident que les altérations des racines antérieures, des nerfs périphériques, etc., malgré leur réalité, n'ont pas l'importance primordiale que chacun a reconnue aux altérations des cordons postérieurs. »

Les auteurs, en un mot, pensent et cherchent à prouver qu'il existe dans la moelle un système lymphatique particulièrement actif et indépendant, constitué par les cordons postérieurs et la pie-mère juxtaposée à celle-ci. Ils croient donc pouvoir s'appuyer sur cette donnée pour expliquer la nature du processus tabétique, et ils disent :

« Ce qui crée le tabes, ce n'est pas seulement la névrite radiculaire, ce n'est pas seulement la lésion de la racine à sa traversée de la méninge, c'est la lésion de tout le système lymphatique postérieur de la moelle, système autonome au point de vue de l'anatomie générale, et dont la réalité se trouve démontrée par la pathologie.

Cette manière de voir s'accorde d'ailleurs très bien avec les enseignements de la pathologie générale, puisque c'est d'elle que nous savons avec quelle fréquence et quelle prédilection la syphilis crée des lésions dans les lymphatiques.

A notre avis, la formule du processus tabétique est la suivante :

Le tabes n'est autre chose qu'une lymphangite (ou mieux une histolymphite) syphilitique du système lymphatique postérieur de la moelle. »

Bien intéressante aussi l'observation de M. Apert : **Cirrhose guérie; mort ultérieure par érysipèle; examen histologique du foie.** C'est l'histoire d'un homme de quarante-quatre ans, entré à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu avec tous les symptômes de la cirrhose du foie : ascite considérable, circulation collatérale, subictère, œdème malléolaire. Le malade prenait, depuis de longues années, un minimum journalier de 4 litres de vin. Mis au régime lacté absolu, il s'améliora rapidement. Deux ponctions seulement furent nécessaires à un mois d'intervalle (22 litres et 15 litres), puis le liquide ne se reproduisit plus et, six mois après, tous les symptômes morbides avaient disparu. A ce moment, le malade prit un érysipèle et y succomba. L'examen du foie a montré un épaississement considérable de la capsule et une cirrhose ne différant pas à l'œil nu des cirrhoses mortelles. Mais au microscope on notait, outre des figures de régénération hépatique (Kahn), une vascularisation considérable dans les bandes de sclérose périlobulaire et une dilatation presque angiomateuse des capillaires de certains lobules. Cette disposition explique comment, malgré la persistance du tissu scléreux, la circulation portocave avait pu se rétablir intégralement.

Hélas ! la place nous manque pour tout dire avec autant de détails !

Citons seulement le malade atteint d'un **chancre syphilitique du cuir chevelu**, présenté par M. Jacquet; notons aussi le nouveau travail de M. Netter sur l'emploi de l'**argent colloïdal** et sur les heureux effets qu'il en a obtenus. Cette question, qui naît en France actuellement, sera sans doute souvent discutée plus tard, et nous devrons y revenir à plusieurs reprises.

Enfin, signalons aussi le long et intéressant mémoire de MM. Barié et Delaunay sur la **duodénite ulcéreuse urémique**. Nous en détacherons quelques lignes relatives à la symptomatologie :

Les symptômes de ces ulcérations sont encore très obscurs. Tantôt, chez un malade atteint de néphrite chronique, mais en bon état de santé apparent, éclatent brusquement des signes de péritonite aiguë par perforation ; tantôt dans le cours d'une crise urémique, on voit survenir des douleurs épigastriques avec irradiations vers l'hypocondre droit ou les lombes et cela deux ou trois heures après l'ingestion des aliments. Ce sont encore des vomissements et de la diarrhée; mais ce qu'on observe surtout c'est le melæna qui reste le symptôme capital de l'ulcère duodénal, sans avoir rien cependant de pathognomonique.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement abortif des furoncles par une solution concentrée d'iode dans l'acétone (1).

Par MM. P. Gallois et Courcoux.

Un de nos amis, ayant un furoncle du conduit auditif externe, nous demanda de le traiter par des applications d'un liquide noirâtre qu'il nous présenta. C'était une solution d'iode dans l'acétone, qui a la propriété de dissoudre environ quatre fois plus d'iode que l'alcool.

Le traitement que notre ami demandait d'appliquer n'était donc qu'une variante du traitement abortif classique des furoncles par la teinture d'iode. Les probabilités étaient même que le médicament nouveau serait plus actif que l'ancien. Les résultats obtenus chez notre malade ayant été satisfaisants, nous nous proposâmes d'expérimenter en grand la méthode dans le service de M. le professeur Chantemesse. Les typhiques présentent, en effet, fréquemment des éruptions acnéiques et furonculeuses abondantes, lesquelles donnent lieu, parfois, à des abcès et à des pertes de substance souvent assez étendues. La tradition dans le service était précisément de traiter ces boutons par des applications de teinture d'iode.

La formule que nous avons utilisée est la suivante :

Iode métallique..................	4 grammes
Acétone..........................	10 —

Au début, cette solution a tout à fait l'apparence de la teinture d'iode ordinaire. Mais à la longue elle se transforme. Au bout de quinze jours elle est devenue noire et sirupeuse. Elle ressemble alors à de la liqueur de cassis. Ce changement d'aspect est dû à la production de monoiodacétone et de di-iodoacétone.

Il nous a semblé que la solution fraîche était moins maniable et plus irritante que la solution plus vieille. Ce serait l'inverse de ce qui se passe avec la teinture d'iode ordinaire, qui devient plus caustique à mesure qu'elle vieillit.

Voici comment nous avons procédé. Nous enroulons un flocon d'ouate autour d'un bâtonnet quelconque, nous le trempons dans l'iodacétone et nous le portons au contact de chacun des boutons enflammés, qui se trouve ainsi recouvert d'une sorte de vernis noirâtre. Quand le bouton n'est pas ouvert, le malade ne sent rien, tout au plus éprouve-t-il une sensation de piqûre légère. Si le bouton est entamé, la cuisson peut être assez vive.

En général, un bouton non encore suppuré est éteint dès le lendemain. Parfois il faut renouveler l'application. Même quand il y a déjà du pus, s'il n'y en a qu'une simple gouttelette superficielle, le furoncle peut encore avorter.

L'iodacétone a une action incontestablement plus puissante que la teinture d'iode. Mais elle a les inconvénients de ses avantages : elle est aussi plus caustique et doit être maniée plus prudemment. Elle peut parfois provoquer une petite phlyctène, voire même une légère exulcération. D'autre part, il faut savoir que l'iodacétone déposée sur les bourgeons charnus d'un furoncle ouvert peut produire une douleur très vive.

Enfin, chez une de nos malades nous avons eu des accidents d'iodisme caractérisés par de la céphalalgie, du coryza et un érythème papuleux généralisé. Mais l'un de nous a vu un accident analogue se produire chez un malade atteint d'ecthyma qui fut traité avec la teinture d'iode ordinaire.

Ces inconvénients, peu graves en somme, sont largement compensés par l'efficacité plus grande du médicament. Celle-ci a été si manifeste que M. Chantemesse, en reprenant son service, a continué à se servir de notre solution d'iode dans l'acétone et qu'il nous a engagés à faire connaître ce procédé thérapeutique. Mais, pour le moment au moins et en attendant que le public soit familiarisé avec ce nouveau produit, il sera prudent de ne pas en confier l'emploi au malade ou à son entourage ; le médecin doit s'en réserver le maniement.

(1) Communication à la Soc. de thérap., 24 déc. 1902.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 26 au 31 janvier 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 26 JANVIER, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Legueu; — (2e série) : MM. Kirmisson, Mauclaire et Gosset ; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Dejerine et Bezançon; — (2e série) : MM. Brissaud, Gaucher et Legry; — M. Rémy, suppléant.

MARDI 27 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

3e (oral, 1re partie), *Salle Richet* : MM. Le Dentu, Pozzi et Demelin ; — (2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Hutinel, Vaquez et Guiart; — M. Launois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Marion et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Gouget; — (2e série) : MM. Joffroy, Méry et Jeanselme; — M. Renon, suppléant.

MERCREDI 28 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Richet, Rémy et Broca (André).

3e (oral, 2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Landouzy, Blanchard et Widal; — (1re partie), *Salle Corvisart* (1re série) : MM. Terrier, Broca (André) et Potocki; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Kirmisson, Legueu et Lepage.

4e, *Salle Béclard* : MM. Pouchet, Joffroy et Wurtz; — M. Wallich, suppléant.

JEUDI 29 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Hartmann et Thiéry.

3e (oral, 1re partie), *Salle Pasteur* : MM. Pozzi, Marion et Potocki; — M. Achard, suppléant.

VENDREDI 30 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Gautier, Richet et Rémy.

4e *Salle Pasteur* : MM. Pouchet, Wurtz et Richaud; — MM. Widal, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Mauclaire; — M. Walther, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Cunéo, suppléant.

SAMEDI 31 JANVIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Salle Richet* : MM. de Lapersonne, Faure et Potocki; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : Proust, Thiroloix et Renon; — (2e série) : MM. Raymond, Vaquez et Jeanselme ; — M. Achard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Guiart, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 15 janvier 1903 : MM. Perreaux, 12; Béal, 11 1/2; Vieillard, 11; Coutelas, 9; Monier-Vinard, 9; Hubert, 8; Laurence, 7; Omiécinsky, 7; Fruictier, 6; Merry, 6.

Séance du 16 janvier 1903 : MM. Blondin, 11 1/2; Cerise, 11; Lew, 11; Broca, 7; Durand, 7; Macé de Lépinay, 7; Sauphar, 7; Bondet, 6; Vincent, 4; Filhoulaud, 3.

— Le jury des concours des prix de l'internat est composé comme suit :

Médecine : MM. Variot, Auclair, Déjerine, Siredey et Launay.

Chirurgie et accouchements : MM. Monod, Ombredanne, Demoulin, Gouget et Ribemont-Dessaignes.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Rozier (de Benquet), Vellutini, d'Aggana (Corse), Vialettes (de Montbazin) et Vitrac, de Sainte-Anne (Guadeloupe), sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

Guerre. — Par décision ministérielle du 10 janvier 1903 :

M. Calba, médecin-major de deuxième classe à l'école militaire préparatoire d'infanterie des Andelys, désigné pour le 71e d'infanterie, est maintenu à l'école militaire préparatoire d'infanterie des Andelys.

M. Fadeuilhe, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, affecté à l'école militaire préparatoire d'infanterie des Andelys, est désigné pour le 71e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 janvier 1903, MM. Martin et Guichoux ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire, et par décision ministérielle du même jour, ont été désignés pour servir à la brigade de réserve du corps d'occupation de Chine au Tonkin.

— M. le médecin-inspecteur des troupes coloniales Kermorgant est nommé membre du Bureau central météorologique.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Fourgous, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur la *Surprise* (escadre de l'Extrême-Orient).

Syndicat des médecins de la Seine. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine a fixé au dimanche 25 janvier 1903, à trois heures précises du soir, la cérémonie d'inauguration du haut-relief du docteur Le Baron, décédé l'an dernier.

Ce haut-relief sera érigé au cimetière Montparnasse (boulevard Edgar-Quinet), sur la tombe du fondateur du Syndicat des médecins de la Seine.

Le Syndicat des médecins de la Seine remercie tous ceux qui ont pris part à cette souscription, et il invite tous ses confrères à se joindre à lui le 25 janvier 1903.

Le président de la République à l'Hôtel-Dieu. — M. Loubet a commencé jeudi dernier, en visitant l'Hôtel-Dieu, la série des visites qu'il se propose de faire dans les hôpitaux parisiens. Après avoir parcouru les différents services accompagné par M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, le chef de l'État s'est retiré en laissant une somme destinée à améliorer l'ordinaire des malades.

Hommage au professeur Brouardel. — M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique, a présidé hier matin à la Faculté de médecine une cérémonie organisée par un groupe d'élèves et amis de l'ancien doyen pour fêter sa récente promotion au grade de grand-officier de la Légion d'honneur.

Des discours ont été prononcés par MM. le professeur Gilbert, Chauveau, de l'Institut, Croiset, doyen de la Faculté des lettres, le professeur Lacassagne (de Lyon), Lereboullet, Barthe, Debove et le ministre de l'Instruction publique.

Une plaquette de Roty a été remise à M. Brouardel par M. Chaumié.

Après la cérémonie, le ministre a visité la Faculté et l'École pratique.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la première semaine 939 décès, au lieu de 861 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1056. La congestion pulmonaire, l'apoplexie cérébrale ont surtout contribué à relever la mortalité, qui, toutefois, reste inférieure à la moyenne de la saison. Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (8); le nombre des cas nouveaux est de 25, chiffre inférieur à la moyenne (36).

La rougeole a causé 4 décès, chiffre inférieur à la moyenne (10), au lieu de 2 pendant la semaine précédente; la scarlatine, 2 décès, la moyenne est 3; la coqueluche, 1 décès au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 7; la diphtérie, 9 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 6 pendant la semaine précédente; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 92, chiffre supérieur à la moyenne (83).

La variole, comme la semaine précédente, n'a causé aucun décès; le nombre des cas signalés par les médecins est de 10, chiffre très inférieur à la moyenne (28).

La diarrhée infantile a causé 34 décès de 0 à 1 an, au lieu de 26 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (19).

En outre, 31 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 170 décès, au lieu de 158 pendant la semaine précédente, et au lieu de 221, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 12 (au lieu de la moyenne 32); pneumonie, 41 (au lieu de la moyenne 52); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 103 (au lieu de la moyenne 117), dont 45 sont dus à la congestion pulmonaire et 43 à la broncho-pneumonie. En outre, 8 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 184 décès ; la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 61; les maladies organiques du cœur, 69; le cancer a fait périr 51 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 15 décès; la cirrhose du foie, 6; la néphrite, 19; enfin, 39 vieillards sont morts de débilité sénile.

Cours d'ophtalmologie. — Le docteur A. Terson recommencera le jeudi 29 janvier à trois heures et demie, à sa clinique, 52, rue Jacob, une série de leçons théoriques et pratiques sur les maladies des yeux, leur diagnostic et leur traitement, et les continuera tous les jeudis à la même heure. Policlinique, les mardis et jeudis à une heure et demie.

Le cours est gratuit. S'inscrire d'avance à la clinique, tous les jours d'une heure et demie à deux heures et demie.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Voyages internationaux avec itinéraires facultatifs.* — Il est délivré toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des

livrets de voyages internationaux avec itinéraires établis au gré des voyageurs sur les réseaux français de P.-L.-M., de l'Est, du Nord, de l'Ouest et sur les chemins de fer allemands, austro-hongrois, belges, bosniaques et herzégoviniens, bulgares, danois, finlandais, luxembourgeois, néerlandais, norwégiens, roumains, serbes, suédois, suisses et turcs. Ces voyages, qui peuvent comprendre certains parcours par bateaux à vapeur ou par voitures, doivent, lorsqu'ils sont commencés en France, comporter obligatoirement des parcours étrangers.

Parcours minimum : 600 kilomètres. — Validité : 45 jours jusqu'à 2000 kilomètres; 65 jours au-dessus de 2000 kilomètres. — Arrêts facultatifs.

Les demandes de livrets internationaux sont satisfaites le jour même, lorsqu'elles arrivent à Paris ou à Nice 6 heures avant l'heure réglementaire de fermeture du bureau d'émission. Pour toutes les autres gares, les demandes doivent être faites 4 jours à l'avance.

Excellent poste médical à prendre de suite dans l'Allier. S'adresser : Jules Roll, à Cornant par Egriselles-le-Bocage (Yonne).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 9. — JEUDI 22 JANVIER 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 22 JANVIER 1903. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

PERFORATIONS DE L'INTESTIN GRÊLE TYPHIQUES OU AUTRES

SIMULANT OU ACCOMPAGNANT L'APPENDICITE (1)

Par M. CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

Chez des malades présentant des signes cliniques d'appendicite et des lésions de l'appendice, j'ai constaté trois fois des perforations intestinales dues soit à la fièvre typhoïde, soit à une cause indéterminée.

Ces lésions, dont la gravité n'échappera à personne, demandent à être recherchées systématiquement au cours de l'opération; elles sont un argument particulièrement pressant en faveur de l'opération et elles expliquent et justifient bon nombre d'insuccès après les opérations à chaud.

Voici les trois observations qui forment la base de ce mémoire :

Le 4 novembre 1898 mon collègue, M. Béclère, m'appelait pour examiner un malade de son service âgé de vingt-deux ans, qui était entré dans ses salles le 28 octobre pour des troubles digestifs avec maux de gorge, céphalalgie, avec une éruption syphilitique secondaire de la peau et un écoulement blennorragique.

On le met au régime lacté; le 2 novembre il éprouve en se réveillant une douleur violente dans la fosse iliaque droite — vomissement alimentaire, selle diarrhéique — le soir, la température est de 39°6.

Le lendemain les douleurs ont augmenté et se généralisent à tout l'abdomen. Température, 40 degrés.

Le 4 novembre, les douleurs s'étant encore accrues on me fait examiner le malade. Son état général paraît assez bon, il est anxieux, répond brièvement aux questions, ses yeux sont excavés.

L'abdomen est légèrement distendu, nivelé, les saillies musculaires normales ont disparu. Le ventre est douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite qui ne présente pas d'empâtement.

Le malade est opéré immédiatement : incision iliaque; les anses intestinales sont très rouges, mais il n'y a pas de liquide dans le péritoine. L'appendice est long, très rouge, dur, érigé. Je le résèque. Drainage abdominal à la gaze.

La température tombe à la suite de l'opération; mais le 7 novembre on constate les signes suivants : langue sèche et rôtie, épistaxis, diarrhée, prostration. Cependant, la plaie est belle, le péritoine ne fournit que de la sérosité; je place un drain dans le ventre.

Le 9 novembre, le séro-diagnostic typhique est positif. La diarrhée persiste, la plaie est belle, on supprime le drain le 10 novembre.

Le malade meurt le 11 novembre.

A l'autopsie on trouve le cæcum sain; dans la partie gauche de l'abdomen on trouve quelques fausses membranes et plusieurs centaines de grammes de bouillie alimentaire jaune clair (correspondant au régime lacté).

A 1 mètre de l'origine du jéjunum existe sur la convexité de l'intestin une perforation de 4 millimètres de diamètre, très ronde, à bords congestionnés et épaissis du côté du péritoine. La muqueuse à ce niveau est congestionnée, elle s'amincit au pourtour de la perforation.

La muqueuse de l'intestin grêle est peu malade, sauf dans le dernier mètre où l'on aperçoit 5 ou 6 plaques de Peyer un peu épaissies, saillantes, larges, d'un rouge violet et tranchant par leur couleur sur le reste de la muqueuse. Ces plaques sont très malades si on les compare à celles d'un intestin sain pris comme point de repère. D'après M. Brault qui assiste à l'autopsie, la nature typhoïde de ces lésions n'est pas douteuse.

En résumé, il s'agit d'un cas de fièvre typhoïde très légère qui à un moment donné s'est compliquée d'une perforation sur le premier mètre de l'intestin, laquelle a donné lieu à la symptomatologie de l'appendicite.

Il est probable que la perforation n'était pas complète au moment de l'opération; il n'y avait alors que de la péritonite par contiguité.

J'ai trouvé l'appendice malade et l'intestin très rouge, et rien de plus.

Après coup on arrive à cette conclusion qu'on n'aurait pu le sauver qu'à la condition de dévider tout l'intestin, et de suturer la perforation.

Dans le deuxième cas, le malade est âgé de vingt-cinq ans; il y a un mois il commence à tousser un peu, et quelques jours après il a une diarrhée légère qui persiste jusqu'à il y a huit jours. A cette époque apparaissent des vomissements exclusivement alimentaires qui durent jusqu'à avant-hier.

(1) Communication à la Société de chirurgie, 14 janvier 1903.

Depuis trois jours la constipation a succédé à la diarrhée.

Hier matin mercredi, douleur subite dans le ventre, dans la région sous-ombilicale avec prédominance dans la fosse iliaque droite. Un vomissement bilieux. Le malade qui a travaillé jusqu'à la veille au soir vient à pied mercredi matin à l'hôpital. Il entre chez M. Œttinger. On constate un ballonnement léger du ventre surtout dans sa partie inférieure, avec douleur et défense musculaire. Température, 39°9.

Le jeudi 30 octobre, température 39 degrés, pouls 116, rate petite, pas de taches rosées. Quelques râles dans la poitrine.

Opération le jeudi 30 octobre à cinq heures du soir.

Longue incision verticale latérale à la cocaïne locale; je constate l'existence d'une péritonite purulente généralisée avec gros foyers dans le bassin, en dedans et en dehors du cæcum. L'appendice est injecté et dur; je le respecte.

En dévidant l'intestin grêle je trouve à 40 centimètres du cæcum, une perforation de 3 à 4 millimètres, de diamètre, à bords taillés à pic, siégeant sur la convexité, au centre d'une plaque ecchymotique noirâtre, du diamètre d'une pièce de 20 centimes. Après coprostase j'excise les tissus malades et je suture la perforation par deux étages d'agrafes rondes. Je termine en drainant le péritoine avec quatre lames de caoutchouc.

Les jours suivants M. Audistère constate la réaction positive du séro-diagnostic. La suppuration de l'abdomen augmente, le ballonnement s'accroît; le malade est pris d'une congestion pulmonaire sérieuse, la température reste élevée. Il meurt le 7 novembre 1902.

A l'autopsie on constate des lésions de péritonite généralisée. Sous l'influence de l'énorme distension des anses, les sutures ont déchiré les tissus, la perforation s'est donc reproduite. Lésions typhiques nettes sur la muqueuse intestinale.

Sans l'examen clinique très fouillé de M. Œttinger, on aurait pu croire à une appendicite et méconnaître une perforation intestinale. Il est regrettable que l'opération ait été faite trop tard. Ici, comme dans le cas précédent, la péritonite paraît s'être faite en deux temps; dans un premier temps péritonite par contiguité qui dura cinq jours; à ce moment la perforation se fait et le tableau s'assombrit subitement. Il est à regretter que l'opération n'ait pu être faite dans les premières vingt-quatre heures, on aurait eu ainsi plus de chances de sauver le malade.

Dans une troisième observation il s'agit encore d'un sujet jeune (seize ans). Ce garçon avait toujours joui d'une bonne santé. Il n'a eu dans ces derniers temps ni maux de tête, ni épistaxis, ni vomissements, ni inappétence.

Dimanche dernier 2 novembre, il a joué au foot-ball; il n'a pas reçu de coup dans le ventre et a fortement dîné le soir en rentrant.

Dans la nuit, à trois heures du matin, il est réveillé par une douleur violente dans le ventre; il a deux vomissements alimentaires et une selle. Le lendemain 3 novembre on le met à la glace, il a encore un vomissement.

Il entre à Broussais le mardi 4 novembre et se plaint d'une douleur diffuse dans le ventre avec maximum dans la fosse iliaque droite. On constate que le ventre est légèrement distendu, nivelé, sans saillies musculaires; pas d'empâtement dans la fosse iliaque. Pouls à 94, régulier, bien frappé, langue humide, blanche.

Vomissement bilieux abondant à quatre heures du soir, température 39°8, pouls 112; second vomissement semblable à minuit, nuit calme.

Mercredi matin, 5 novembre, température 37°4; pouls 98 bien frappé, ventre légèrement ballonné. Malgré la bénignité apparente des symptômes, je pose le diagnostic de péritonite généralisée, et je porte un pronostic sombre en raison de la pâleur et de l'amaigrissement du malade.

Opération le 5 novembre. — Cocaïne locale; incision verticale latérale. Péritonite purulente généralisée.

L'appendice est long, contourné, très congestionné, non perforé. A 50 centimètres du cæcum, on trouve dans l'intestin grêle, au voisinage du mésentère, une petite perforation de 3 millimètres de diamètre, qui est oblitérée par deux étages d'agrafes rondes.

Le péritoine est nettoyé avec des éponges. Drainage avec des lames de caoutchouc.

Le séro-diagnostic, pratiqué le lendemain par M. Audistère, est négatif.

Le malade meurt dans la nuit du 6 au 7 novembre.

A l'autopsie, la suture intestinale est hermétique; le péritoine ne contient pas de pus. Sur le dernier mètre de l'intestin grêle, on voit des nodules de psorentérite et des saillies ecchymotiques comme des pois ressemblent à des infarctus, les plaques de Peyer ne sont pas altérées. On trouve des lésions analogues sur l'estomac. Les reins sont pâles, leur bassinet contient un peu de pus.

Le foie est gros avec des taches jaunâtres de dégénérescence graisseuse.

Il est bon de remarquer ici, que l'appendice paraissant très malade, il semblait indiqué de le réséquer et de ne pas dévider l'intestin. Instruit par le cas précédent, j'ai laissé l'appendice, et j'ai dévidé l'intestin, ce qui m'a permis de trouver la perforation.

Si le malade n'avait pas été opéré, la perforation aurait pu être méconnue même après autopsie; on aurait pu croire à une déchirure de l'intestin par les tractions ou par un coup de ciseaux ou de bistouri.

Si ce malade avait été opéré le premier jour après sa perforation, il aurait eu beaucoup de chances de guérir.

De ces trois faits on peut tirer les enseignements suivants :

Les perforations de l'intestin grêle (typhiques ou autres) s'observent assez souvent chez des malades qui présentent des signes cliniques et même des lésions d'appendicite.

Ces perforations doivent être recherchées systématiquement au cours de toute opération d'appendicite et suturées immédiatement.

Ces perforations de l'intestin expliquent un bon nombre de cas de morts par appendicite.

Elles sont un argument de plus en faveur d'une intervention aussi précoce que possible.

LA QUESTION DES INJECTIONS MERCURIELLES EN 1902

[TRAVAUX RÉCENTS ET DISCUSSIONS A LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE] (1)

Par L. PAUTRIER,
Assistant de l'Établissement dermatologique.

AMÉLIORATIONS A APPORTER DANS LE TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS. — Si la méthode des injections est, sans aucun doute, la plus active, il ne s'ensuit pas qu'elle ait atteint, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui par la grande majorité des dermatologistes, toute sa perfection et qu'elle donne tous les résultats que l'on est en droit d'en attendre. Comme pour toute question médicale, la vérité d'hier n'est pas ici celle de demain, et dans un sujet qui évolue sans

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 5, p. 43; n° 6, p. 49; n° 7, p. 62.

cesse, nous devons toujours tendre vers une amélioration continuelle.

En attendant le sel mercuriel idéal, que nous donneront peut-être un jour les chimistes, et qui possédera des qualités propres à rallier l'unanimité des syphiligraphes, nous devons nous occuper dès aujourd'hui de la question des doses de mercure, que l'on peut élever sensiblement au delà des doses coutumières. Des progrès importants ont été réalisés à ce point de vue dans ces derniers mois, et l'on voit citer en tête des auteurs qui ont contribué à les réaliser les noms de MM. Albert Robin, Leredde, Lemoine. Tous ont publié des observations dans lesquelles des doses doubles ou triples des doses habituelles avaient pu être injectées sans aucun accident et avec des avantages thérapeutiques considérables. M. Robin (1) a guéri par des doses quotidiennes de benzoate de 5 centigrammes pendant une semaine, puis de 3 centigrammes durant trois semaines, une iritis spécifique grave qui avait résisté à une injection de 10 centigrammes de calomel. M. Lemoine (2) a déclaré qu'il avait guéri des tabétiques et des paralytiques généraux en injectant tous les jours de 6 à 8 centigrammes de benzoate (0gr 036 de Hg). M. Lépine a employé de son côté le biiodure à la dose quotidienne de 6 centigrammes (0gr 026 de Hg).

Réunissant ces données dans un travail d'ensemble, Leredde a essayé d'établir en principe la nécessité de faire le traitement mercuriel d'une façon beaucoup moins timide qu'on ne le pratique généralement, et d'augmenter sensiblement les doses, tout au moins pour le traitement des accidents graves; il fait remarquer que des doses de mercure assez faibles suffisant la plupart du temps à guérir les accidents cutanés, les dermatologistes ont pris l'habitude de ces doses faibles et que les neurologistes ou les médecins non spécialistes ayant à soigner des syphiloses viscérales s'en rapportent aux bases du traitement adoptées par les dermatologistes et font ainsi un traitement trop bénin. Ces doses trop faibles, ainsi qu'une intervention presque toujours trop tardive, expliqueraient entre autres l'insuccès habituel du traitement spécifique contre les affections dites « parasyphilitiques », uniquement parce qu'elles ne guérissent pas par le mercure; le procès de ces affections dites parasyphilitiques est en train de s'instruire et des observations récentes, de plus en plus nombreuses, peuvent faire prévoir que l'avenir donnera sans doute raison à cette manière de voir. Mais laissant de côté cette question spéciale, qui nous écarterait de notre sujet, constatons que le traitement hydrargyrique peut, sans danger, et doit, être fait d'une façon beaucoup plus active que nous n'en avons l'habitude. Nous avons cité tout à l'heure les doses atteintes par MM. Robin, Lépine, Lemoine; ajoutons que personnellement, à la clinique de l'établissement dermatologique, nous avons pu atteindre des doses quotidiennes de 2 centigrammes de cyanure pendant une semaine, de 3 centigrammes pendant la seconde semaine et de 35 milligrammes pendant la troisième semaine (3), soit 0gr 0278 de Hg par jour; dans d'autres cas, nous avons pu injecter de l'hermophényl aux doses croissantes de 8, 10 et 12 centigrammes par jour, soit 0gr 032, 0,040 et 0,048 de Hg par jour; nous avons pu dans les trois cas maintenir cette dernière dose pendant une semaine.

En injections intra-veineuses nous avons pu atteindre 6 et 8 centigrammes quotidiens d'hermophényl.

Est-il besoin d'ajouter que des cures aussi actives, réservées aux accidents cutanés rebelles ou au syphiloses viscérales, comportent un certain nombre de précautions : d'abord un nettoyage préalable attentif de la bouche, puis des soins minutieux au cours du traitement; des analyses d'urine répétées tous les deux ou trois jours ou même tous les jours, de façon à s'arrêter à la première trace d'albumine. Enfin on doit également tenir surveillés la température et le poids du malade (1). Ces précautions étant remplies, nous n'avons jamais observé le moindre accident.

Bien entendu, ces améliorations à apporter dans le traitement par les injections ne peuvent l'être que sous forme d'injections solubles. Grâce à elles, par une surveillance de tous les jours, par des examens d'urine répétés, on peut élever la dose quotidienne insensiblement, sans courir le moindre risque, prêt à s'arrêter au premier signe d'intoxication, sans avoir à craindre les dangers possibles d'une injection de calomel, qui continuerait à mettre du mercure en circulation. Suivant une expression souvent répétée, « à chaque jour suffit sa dose, » et c'est ce qui permet d'atteindre sans danger les doses élevées que nous avons rapportées.

Indications des injections. — Si nous essayons de dégager l'opinion générale au sujet des indications des injections, nous trouvons que la majorité des syphiligraphes se borne à recommander leur emploi dans les cas suivants :

1° Lorsqu'on veut éviter toute supercherie de la part du malade ;

2° Dans les cas d'affection antérieure du tube gastro-intestinal ;

3° Dans les accidents cutanés rebelles, dans les accidents nerveux ou viscéraux graves ;

4° Comme élément de diagnostic dans les cas douteux (dans ce cas on devra toujours avoir recours aux injections de calomel à 10 centigrammes. Mais on peut aussi recourir aux injections solubles aux doses maxima).

En somme, d'après ces indications le traitement par injections apparaît comme un traitement d'exception. La grande

(1) A. Robin. *Bull. de la Soc. de thérap.*, 18 déc. 1901.

(2) Cong. de méd. de Toulouse, 1902.

(3) Nous croyons cependant que l'on ne devra pas chercher à élever les doses de cyanure. MM. Barthélemy, Lafay et Lévi-Bing ont en effet publié des cas d'accidents, d'érythème dus à l'emploi de ce sel; des faits semblables ont été observés de part et d'autre.

(1) Nous devons en effet attirer l'attention sur un point important : c'est l'ensemble des phénomènes généraux que présentent les malades soumis à ces traitements intensifs et qui ont été observés par Leredde et par moi-même. Il se traduit par une sensation de lassitude générale, parfois de courbature; quelquefois le malade se sent un peu fiévreux vers le soir; on peut observer un peu d'amaigrissement; dans un seul cas, alors que nous employions l'hermophényl à la dose de 0gr 12, nous avons observé quelques phénomènes gastriques, ayant d'ailleurs cédé à un jour de repos ; dans le cas où nous employâmes le cyanure à la dose de 0gr035, nous observâmes à deux reprises de la diarrhée. On observe en un mot l'ensemble des phénomènes que l'on voit souvent succéder à l'injection de calomel, et qui, dans les deux cas, sont dus à une mercurialisation intense de l'organisme. Cette question du traitement intensif est d'ailleurs à l'étude; elle demande à être précisée dans tous ses détails.

Quoi qu'il en soit, il nous paraît indiscutable qu'il vaut mieux, pour un malade menacé d'accidents cérébraux, cérébro-spinaux, ou viscéraux, ou pour un malade atteint de lésions cutanées rebelles, qui peuvent souvent l'empêcher de vaquer à ses occupations, supporter quelques phénomènes généraux peu intenses, et qui disparaîtront dès la cessation du traitement, que courir le risque de voir se développer une lésion définitive, souvent incurable.

majorité des accidents syphilitiques lui échappe. Un certain nombre d'auteurs déclarent d'ailleurs explicitement qu'il leur paraît ne devoir jamais rentrer dans le traitement ordinaire de la syphilis (1).

Il nous paraît, au contraire, que lorsqu'on examine attentivement les avantages et les inconvénients de chacun des modes d'administration du mercure, on peut renverser la proposition généralement admise, et déclarer que *le traitement par les injections est le traitement logique, rationnel, et régulier de la syphilis*. Au prix d'accidents locaux minimes, de peu d'importance, parfaitement supportables et qui disparaissent rapidement dès la cessation du traitement et qu'il est par conséquent préférable de supporter plutôt que de courir les risques d'accidents gastriques à longue échéance, il offre une régularité d'action remarquable et une efficacité thérapeutique sensiblement supérieures à celles de la méthode par ingestion et de la méthode par frictions; enfin c'est la seule méthode permettant d'accomplir des progrès dans le traitement mercuriel, qui n'a certainement pas encore atteint sa perfection.

Nous nous sommes placé jusqu'ici à un point de vue purement médical et nous nous sommes borné à discuter la valeur thérapeutique des différentes méthodes : la supériorité des injections nous est ainsi apparue indiscutable. Mais il est bien certain que le médecin traitant, qui soigne des malades, est forcé de s'occuper de contingences que nous avons volontairement négligées jusqu'ici ; et dans ce sens, il faut bien reconnaître que la méthode des injections n'est malheureusement pas toujours d'une application facile. Il est donc un certain nombre d'accidents, ceux qui guérissent le plus facilement, qui offrent le moins de gravité, qu'on pourra traiter par des méthodes d'une application plus aisée, *lorsqu'il y aura impossibilité matérielle de faire des injections*. Ces cas sont d'ailleurs beaucoup plus rares qu'on ne serait tenté de le croire. Pour la clientèle des villes les injections pourraient devenir une habitude courante dans les consultations d'hôpitaux, dans les cliniques et dans la pratique des médecins de quartier. Pour la population laborieuse, qui travaille tout le jour, ou pour la population des campagnes, pour laquelle il faut tenir compte de la question des distances qui rendraient des visites journalières peu pratiques, n'avons-nous pas les injections insolubles et en particulier l'huile grise, en injections hebdomadaires, qui est toujours bien tolérée et compatible avec une vie active? Nous nous rattachons donc pleinement à l'avis de M. Jullien, qui déclare dans sa communication que « ... par la promptitude de son action, la régularité de ses résultats, l'infinie variété de ses ressources, la nouvelle pratique mérite d'être préférée à toute autre, et que le terme de méthode d'exception dont on s'est servi si longtemps pour la disqualifier, convient bien au contraire aux moyens anciens, jadis classiques; ceux-ci d'ailleurs conservant encore beaucoup d'indications, car il y aura toujours un bon nombre de sujets qui, pour beaucoup de raisons, ne pourront être admis au bénéfice de l'injection ».

Il y a lieu cependant d'entrer dans quelques détails et d'examiner d'une façon plus précise les indications des injections : 1° dans le traitement de l'infection syphilitique en général ; 2° dans le traitement des accidents graves.

Dans le traitement de l'infection syphilitique en général, il convient de faire une place toute spéciale au traitement du début de la période secondaire. M. Jullien et M. Leredde sont d'accord pour le vouloir aussi énergique que possible et l'on ne peut qu'approuver les arguments par lesquels ils appuient cette opinion. Le début de la période secondaire est en effet le stade où l'agent infectieux est doué de son maximum de virulence; c'est en outre le stade de l'infection générale, l'agent spécifique de la syphilis se répandant à ce moment dans tout l'organisme; cette infection générale se traduit au point de vue cutané par la roséole ou les papules; il est permis de penser, par analogie, que tous les viscères doivent être atteints en même temps et présenter comme la peau des accidents plus ou moins superficiels, en général fugaces; ne connaissons-nous pas d'ailleurs l'ictère syphilitique, pouvant apparaître en même temps que la roséole? Or si l'on pense que tous les points où la syphilis aura créé des lésions plus ou moins importantes au cours de la période secondaire peuvent être autant de points d'appel pour la période tertiaire, on conviendra que le traitement doit être particulièrement actif, pendant ce stade d'infection générale. M. Jullien propose de le faire sous forme d'injections de calomel, pour lui le plus puissant spécifique que nous possédions contre la syphilis. Nous avons déjà vu qu'à la suite de l'emploi précoce de ce médicament, « dès le début de la syphilis, dès la période du chancre, il a constaté, dans des statistiques portant sur de longues années, une évolution particulièrement bénigne de la syphilis, des manifestations étiolées prouvant qu'un coup décisif a été porté au virus. »

Leredde fait ce traitement intense sous forme d'injections solubles aux doses élevées que nous avons indiquées. Nous ne reviendrons pas sur la comparaison du calomel et des injections solubles à haute dose que nous avons déjà faite. Résumons donc cette question du traitement du début de l'infection syphilitique en disant qu'il doit être fait d'une façon très énergique, de préférence par les injections solubles, ou lorsque des considérations extra-médicales s'y opposeront, par des injections de calomel.

Pour le traitement de l'infection syphilitique en général, les injections restent le mode de traitement normal et régulier. On aura recours aux injections solubles quotidiennes, pratiquées par séries de 30, sauf indications spéciales fournies par des accidents déterminés, on se bornera à employer des doses modérées : 1 à 2 centigrammes de sels forts, 2 à 4 centigrammes de sels faibles. On pratiquera ainsi en moyenne la première année quatre séries d'injections, la seconde, trois, la troisième et la quatrième, de deux à trois. Il ne s'agit là bien entendu que d'un schéma, modifiable suivant tous les cas particuliers. Mais on pourra aussi avoir recours aux injections insolubles, principalement sous forme d'huile grise, par séries de 5 à 6 injections hebdomadaires. Enfin, si des conditions particulières empêchaient encore de recourir à ces dernières, on pourra, en dehors de toute période d'accidents sérieux, recourir à la rigueur à la méthode par ingestion sous forme de sublimé, d'hermophényl (1), ou de pilules; mais ce n'est là qu'un traitement d'exception, auquel on ne doit recourir qu'en dernier lieu.

Dans le traitement des accidents graves, deux traitements sont seuls autorisés : les injections solubles à haute dose ou le calomel; encore est-il qu'en face d'accidents particulièrement graves, où une question d'heures peut jouer un rôle,

(1) Danlos, Soc. de thérap., séances du 11 juin et du 8 oct. 1902.

(1) La question de l'hermophényl employé par voie gastrique est à l'étude. Employé à la dose de 0g05 centigrammes par jour, il paraît bien supporté.

on devra uniquement avoir recours aux injections solubles à hautes doses, puisqu'elles permettent d'intervenir encore plus activement que le calomel et d'injecter quotidiennement plus de 4 centigrammes de mercure alors que l'injection hebdomadaire de calomel à 10 centigrammes par centimètre cube n'introduit que 8 centigrammes de mercure pour toute la semaine. Il faut cependant prévoir les cas où un éloignement trop grand à la campagne rendrait impossible une visite quotidienne du malade ou du médecin; dans ce cas on devra avoir recours au calomel; on pourra alors procéder, comme l'a proposé Leredde, en rapprochant progressivement les injections, jusqu'à injecter 10 centigrammes tous les cinq jours.

Enfin, dans le tabes et la paralysie générale on fera le traitement sous forme d'injections solubles; nous l'instituons à la Clinique de l'Établissement dermatologique en commençant par des doses de 4 centigrammes et en élevant progressivement les doses jusqu'à la limite de la tolérance du malade.

Conclusions. — Nous voici arrivés au terme de ce long exposé d'une question qui est encore éminemment complexe. Il nous semble qu'en nous résumant, nous pouvons porter les conclusions suivantes :

1° *Questions résolues :*

a. La notion qui apparaît capitale, dans la question du traitement mercuriel, au point de vue de l'efficacité, est la connaissance précise et exacte de la quantité de mercure mise en circulation dans l'organisme.

b. Il existe une seule méthode qui permette de connaître exactement cette quantité : c'est la méthode des injections.

c. La quantité de mercure mise en circulation dans l'organisme, dans un temps donné, étant le point essentiel, on devra toujours, quel que soit le sel employé, avoir en vue sa richesse en mercure.

d. La dose journalière de mercure injecté peut être et doit être, dans les cas graves (syphiloses viscérales, affections dites parasyphilitiques, lésions cutanées rebelles — traitement du début de la période secondaire), sensiblement augmentée au delà des doses habituelles. On a pu injecter quotidiennement, sans accidents, 7 et 8 centigrammes de benzoate, 6 centigrammes de biiodure en solution aqueuse, 12 centigrammes d'hermophényl (soit de $0^{gr}0278$ à $0^{gr}0480$ de Hg par jour).

e. Ce traitement intensif ne peut être réalisé que sous forme d'injections solubles, car seules elles permettent d'élever insensiblement et graduellement les doses, et d'arriver ainsi, sans courir aucun danger, à la limite des doses tolérables.

f. Les injections solubles doivent donc être préférées, toutes les fois qu'on le pourra, aux injections insolubles. Lorsque des raisons extra-médicales les rendront impossibles, on recourra aux injections insolubles, en particulier au calomel à 10 centigrammes (1) dans les cas urgents.

g. Les inconvénients des injections sont absolument négligeables (sauf la douleur, dans certains cas, avec le calomel) et ne peuvent pas entrer un instant en ligne de compte avec les avantages considérables de la méthode : possibilité de doser exactement la quantité de mercure introduite dans l'organisme; supériorité d'action sur les autres modes d'administration du mercure; facilité d'augmenter sans danger les doses injectées, jusqu'à la limite de la tolérance. *La méthode des injections est donc le seul mode de traitement logique, rationnel, et régulier de la syphilis.*

h. Dans les syphilis n'occupant pas de localisations dangereuses, dans les lésions cutanées et muqueuses en particulier, en dehors du début de la période secondaire, on pourra employer comme mode de traitement l'huile grise (dose moyenne 6 à 8 centigrammes par semaine).

Dans des cas particuliers, plus ou moins nombreux (refus des injections par le malade, tolérance bien établie de la muqueuse gastrique et intestinale), le traitement par voie gastrique peut conserver des indications. Il faut toutetois reconnaître que l'étude de sa technique a besoin d'être reprise.

i. Les frictions étant jusqu'ici employées de préférence dans les cas sérieux et rebelles, et étant manifestement inférieures aux injections à doses suffisantes dans ceux-ci, doivent être abandonnées dans ces cas.

2° *Questions à l'étude :*

a. Il est possible, mais pas encore démontré, que le radical uni au mercure dans chaque sel joue un double rôle : 1° en produisant une réaction locale d'intensité variée; 2° en favorisant peut-être l'absorption du mercure. On ne pourra essayer de résoudre cette hypothèse qu'en procédant à des expériences très précises, c'est-à-dire en s'adressant uniquement à des accidents graves, rebelles, comparables d'un cas à l'autre, sur lesquels on peut vraiment juger l'efficacité d'un traitement.

b. Il est indiqué de continuer l'étude de la question des traitements intensifs et de voir si l'on ne pourrait pas élever encore les doses de biiodure et de benzoate et d'hermophényl, dans les cas particulièrement graves et urgents.

c. La question des injections intra-veineuses est à reprendre complètement; elles n'ont été employées jusqu'ici qu'à des doses trop faibles pour donner des résultats intéressants. On peut espérer que pratiquées à doses plus fortes elles donneront d'excellents résultats dans les cas où il y a urgence à intervenir rapidement et fortement.

d. L'isotonie du véhicule aqueux dans les injections solubles doit faire l'objet de recherches précises; il se peut qu'elle supprime complètement la légère douleur possible.

e. On devra songer, lorsqu'on emploiera l'huile grise à la possibilité de stomatites tardives, surtout si le malade est mis à l'iodure après une cure d'injections, ce médicament pouvant solubiliser rapidement toute l'huile grise, restée encapsulée. Il faut donc continuer les soins de la bouche, une fois le traitement fini.

f. Dans les cas de traitement intensif où les injections solubles sont rendues impossibles par des considérations extra-médicales, on pourra expérimenter, en procédant progressivement et avec de grandes précautions, les injections de calomel rapprochées; on a pu injecter 10 centigrammes tous les cinq jours.

(1) Dose minimum nécessaire pour produire les effets curatifs dans les cas difficiles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(19 JANVIER 1903)

Cette séance a été consacrée à une discussion des plus confuses sur les conclusions du rapport de M. Josias relatives à l'application de la **loi du 15 février 1902**. On sait que la commission propose de diviser les maladies transmissibles

en deux catégories, l'une concernant les maladies dont la déclaration sera obligatoire, l'autre les maladies dont la déclaration sera facultative. Au premier abord, cela paraît très simple, eh bien, il n'en est rien et, à en juger par cette discussion, rien ne serait plus difficile que de décider si telle ou telle maladie doit être rangée dans la première ou la seconde catégorie. Par exemple, M. Laveran fait observer, avec raison, que du moment que la tuberculose ne figure pas dans la première catégorie, il n'y a pas de raisons d'y maintenir la pneumonie et la broncho-pneumonie. Il fait les mêmes réserves pour la dysenterie. M. Colin voudrait qu'on mît les oreillons dans la première catégorie. M. Lereboullet, apportant des arguments très logiques et très précis, voudrait qu'on en retirât la rougeole et qu'on la mît dans la seconde catégorie. Enfin, M. Pinard désirerait que la restriction faite en faveur du secret à garder à l'égard de la fièvre puerpérale, le fût également à l'égard de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Il fait remarquer avec raison que, là où il y a un enfant nouveau né, il y a généralement une mère qui vient de le mettre au monde. On ne pourrait donc divulguer la maladie de l'enfant sans divulguer le secret de l'accouchement.

Enfin, après bien des explications fournies par MM. Brouardel, Josias, Vallin, après bien des objections présentées par MM. Laveran, Chauvel, Lereboullet, Pinard, les conclusions du rapport sur les diverses propositions émises sont mises aux voix et voici le résultat de ce vote :

Les maladies dont la déclaration sera obligatoire sont les suivantes :

1° La fièvre typhoïde ;
2° Le typhus exanthématique ;
3° La variole et la varioloïde ;
4° La scarlatine ;
5° La rougeole ;
6° La diphtérie ;
7° La suette miliaire ;
8° Le choléra et les maladies cholériformes ;
9° La peste ;
10° La fièvre jaune ;
11° La dysenterie ;
12° Les infections puerpérales, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé ;
13° L'ophtalmie des nouveau-nés, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé ;
14° La méningite cérébro-spinale épidémique.

Les maladies dont la déclaration sera facultative sont :

1° La tuberculose pulmonaire ;
2° La coqueluche ;
3° La grippe ;
4° La pneumonie et la broncho-pneumonie ;
5° L'érysipèle ;
6° Les oreillons ;
7° La lèpre ;
8° Les teignes ;
9° Les conjonctivites purulentes et l'ophtalmie granuleuse.

Avant cette fastidieuse discussion dont nous n'avons pu saisir que quelques bribes, les orateurs parlant de leur place et la nôtre restant toujours des plus défectueuses, l'Académie avait procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

La liste de présentation portait en première ligne M. Gley ; en seconde ligne *ex æquo* : MM. Henneguy, Poirier, Rémy, Retterer, Reynier. La lutte n'a eu lieu qu'entre deux candidats : MM. Gley et Reynier. Sur 83 votants, le premier a eu 44 suffrages, le second 37. S'il faut féliciter M. Gley de son succès, on peut complimenter M. Reynier qui tombe avec une minorité des plus respectables et qui peut être considérée comme un engagement pour l'avenir.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
DU 15 JANVIER 1903

M. Paul Richer occupera cette année-ci le fauteuil de la présidence ; il remercie la Société et adresse les compliments d'usage au président sortant, M. Gombault.

M. Anglade a pratiqué l'autopsie d'un jeune homme de vingt-cinq ans atteint depuis l'âge de dix-neuf ans seulement d'accès épileptiques, francs, généralisés, accompagnés de troubles démentiels. Le malade est d'ailleurs mort dans un état de coma épileptique. M. Anglade a trouvé des foyers corticaux de ramollissement cérébral multiples (4 au niveau de l'hémisphère gauche, 2 au niveau du droit) avec l'existence, au niveau d'un foyer ramolli de ce dernier hémisphère, d'un tubercule renfermant des bacilles de Koch ; l'examen histologique a montré une sclérose névroglique de la substance blanche et grise, ainsi sous l'influence des poisons **tuberculeux**, le cerveau tout entier peut être envahi par la névroglie et réagir comme réagit le cerveau d'un épileptique.

La littérature médicale renferme quelques cas **d'aphasie motrice** accompagnant une hémiplégie gauche, c'est-à-dire une **lésion du cerveau droit**, alors que nous connaissons la localisation des centres du langage dans le cerveau gauche. M. le professeur Joffroy en apporte une nouvelle démonstration : son malade a été atteint d'aphasie sensorielle (surdité et cécité verbales) sans troubles moteurs et à l'autopsie on a constaté une lésion en foyer du lobe temporal de l'hémisphère cérébral droit. On sait que cette anomalie se rencontre surtout chez les gauchers : le professeur Raymond et le professeur Déjerine en rapportent d'autres exemples cliniques.

MM. P.-E. Launois et Pierre Roy apportent les résultats détaillés de l'**autopsie d'un géant** de 2m12, présenté par MM. Achard et Lœper le 3 mai 1900. Ils ont constaté notamment :

1° Un volumineux *épithéliome du corps pituitaire*, ayant considérablement dilaté la selle turcique (diamètre transversal 48 millimètres) et se prolongeant en haut par un pédicule qui passe entre les deux nerfs optiques, sans les comprimer, s'enfonce dans la scissure interhémisphérique et pénètre à l'intérieur du lobe frontal, où il remplit entièrement la cavité très agrandie du ventricule latéral.

2° Une *hypertrophie simple énorme du corps thyroïde* (250 grammes, au lieu de 18 à 25), qui tend à confirmer les observations de Rogowitch, Gley, Boyce et Beadles, etc., sur les rapports de suppléance qui existeraient entre les deux glandes thyroïdienne et pituitaire.

3° Un *gigantisme viscéral* ayant doublé ou triplé le poids de la plupart des organes (foie, rate, reins, pancréas, etc.), mais non de l'encéphale ; semblable à celui qui fut trouvé chez certains géants et chez certains acromégaliques, etc.

La constation d'une tumeur hypophysaire confirme ici non seulement le diagnostic d'*acromégalie*, posé pendant la vie, mais encore celui de *gigantisme* : squelettes d'anciens géants, à selle turcique très agrandie, autopsies récentes de géants à tumeur pituitaire.

En outre, la symptomatologie relativement silencieuse (absence de troubles visuels) par laquelle s'était traduite cette tumeur, montre la nécessité de pratiquer l'examen radiographique du crâne; non seulement chez les acromégaliques (Béclère), mais aussi chez les géants : c'est cet examen qui, en montrant l'agrandissement de la selle turcique, a permis à MM. Launois et Roy d'affirmer récemment l'acromégalie chez un géant infantile de 2m04, avant même qu'il eût réalisé les déformations caractéristiques de la maladie de Pierre Marie.

MM. Marie et Guillain formulent une nouvelle théorie du **tabes**. (Voir *Gaz. des hôpit*, Soc. méd. des hôpit., p. 71.)

Cette communication a donné lieu à une intéressante discussion de la part de MM. Dejerine, Philippe et Sicard. Son importance est trop grande pour être seulement signalée; nous y reviendrons en détail prochainement.

MM. Sicard et Laignel-Lavastine présentent une jeune femme de vingt-huit ans, atteinte d'un **œdème chronique segmentaire acquis et progressif** du membre inférieur gauche.

Les caractères de cet œdème, l'absence de tout trouble local de la sensibilité du système osseux et des vaisseaux, artères, veines, capillaires, canaux et ganglions lymphatiques, l'absence de stigmates d'hystérie, d'hypothyroïdie, d'albuminurie ou de perturbations sanguines permettent d'éliminer du diagnostic les œdèmes chroniques liés à des maladies générales (nephrite chronique, filariose) ou à des lésions locales (varices lymphatiques, compressions veineuses) pour penser à un œdème d'origine nerveuse : œdème hystérique, œdème angio-neurotique de Quincke, trophœdème de H. Meige.

L'œdème de la malade n'a pas eu le début brusque de l'œdème hystérique et n'en a pas l'évolution, il se rapproche davantage des cas de Quincke, il ressemble enfin aux observations de Meige; il en a la chronicité, la pâleur, la dureté, il s'en distingue cependant par la douleur et par l'absence de congénitalité.

Aussi paraît-il entrer dans le groupe des trophœdèmes acquis que l'on peut placer à côté du groupe bien individualisé aujourd'hui des trophœdèmes congénitaux.

MM. Brissaud et Henry Meige présentent une malade de cinquante ans, atteinte de mouvements singuliers de la tête, du tronc et des membres. Ces mouvements, à première vue, semblent indescriptibles et n'avoir aucune signification; cependant, il s'agit de **tics et de mouvements stéréotypés en relation avec un état mental particulier**, obsession nosophobique qui pousse la malade à exprimer par une mimique extrêmement dramatique les douleurs dont elle se dit atteinte. En réalité, cette malade est incapable de préciser le siège de ses douleurs, qui d'ailleurs ne sont que l'hypertrophie mentale de sensations banales. Les accidents ont débuté par des clignements d'yeux à l'occasion d'une conjonctivite; celle-ci a guéri, le clignement a persisté sous forme de tic; plus tard, sont survenus des mouvements grimaçants du visage, des hochements de tête et toutes sortes de contorsions du tronc et des membres.

L'intérêt de ce cas est de montrer la coexistence, chez un même sujet, de tics toniques et cloniques avec des mouvements stéréotypés, et enfin, avec des phénomènes de catatonisme.

L'état mental de cette femme est manifestement troublé par des préoccupations nosophobiques, aujourd'hui tous ses mouvements sont compréhensibles et n'ont qu'un but, traduire ses souffrances *tics ou stéréotypies mimiques*, ou bien ce sont des gestes de défense pour se protéger contre la douleur.

En outre M. Meige rapporte l'observation d'un jeune **tiqueur** atteint, de temps en temps, de **micropsie** par troubles de l'accommodation dus peut-être à un trouble convulsif de forme tonique, intermittent, localisé aux muscles de l'accommodation.

M. Crouzon a remarqué dans plusieurs cas d'**hémorragie cérébrale** récente des **suffusions sanguines sous-pie-mériennes** au niveau des cordons postérieurs de la **moelle**; dans plusieurs de ces cas, la ponction lombaire avait montré la coloration du liquide céphalo-rachidien. On peu par suite se demander si cette teinte du liquide céphalo-rachidien, signalée dans les cas d'hémorragie cérébrale (chromodiagnostic de Sicard), est bien sous la dépendance de la lésion cérébrale et ne peut trouver sa raison d'être dans les suffusions sous-pie-mériennes médullaires.

En parcourant les traités de neurologie et les observations publiées, on peut croire que les **troubles psychiques** n'appartiennent pas à la symptomatologie de la **syringomyélie** qui, pour tous les médecins, est considérée exclusivement comme une affection de la moelle et parfois du bulbe.

MM. Marie et Guillain ont cependant observé qu'arrivés à une phase avancée de leur affection, les syringomyéliques présentaient des troubles psychiques dont la valeur pronostique à leur avis est importante à connaître. Deux de leurs malades, plusieurs mois avant leur mort, eurent des idées de persécution, l'un d'entre eux devint véritablement dément, un autre, quatre mois avant sa mort, eut une psychose érotomaniaque, un quatrième malade eut un délire religieux (il s'est pendu). Ils observent actuellement un syringomyélique qui depuis deux mois a des hallucinations, un état d'excitation cérébrale très spécial.

Les troubles psychiques dans ces cas sont apparus dans la syringomyélie plusieurs mois avant la mort, ils paraissent donc avoir souvent une signification pronostique incontestable. Ils ne sont sous la dépendance ni d'une toxi-infection ou intoxication, ni de l'hydrocéphalie. Ils appartiennent donc à la symptomatologie propre de l'affection primitivement médullaire, et sont un symptôme tardif, probablement plus fréquent qu'on ne l'a supposé.

MM. Philippe et de Gothard apportent un document très important pour l'**origine centrale ou périphérique de certaines paralysies saturnines**.

Le cas concerne un homme de 37 ans, peintre-verrier, soigné à la Clinique Charcot pour des accidents de saturnisne chronique remontant à l'âge de vingt-cinq ans et consistant en troubles amyotrophiques et paralytiques atteignant les quatre membres sans troubles de la sensibilité et des sphincters. En outre, il faut signaler l'intégrité au début du long supinateur et l'existence de troubles des réactions électriques (examen de M. Huet), tels que DR dans le groupe mus-

culaire antibrachial, en un mot le tableau bien connu de la polynévrite saturnine. Or l'examen histologique démontre avant tout l'existence d'une poliomyélite antérieure subaiguë (diminution de nombre des cellules; processus d'atrophie simple et exceptionnellement d'atrophie dite pigmentaire, sclérose des vaisseaux; sclérose névroglique légère), cette poliomyélite a évolué, sans méningite, dans toute la hauteur de la substance grise, avec une prédominance marquée pour les renflements, en particulier pour le renflement lombaire et pour la moelle sacrée, en entraînant une dégénérescence secondaire des racines antérieures, fascicules par fascicules. Les cordons postérieurs, le restant de la moelle sont intacts. Les nombreux nerfs périphériques, dissociés, ne présentent, ni grosses granulations, ni corps granuleux ni névrite segmentaire périaxile; leurs lésions sont histologiquement parlant d'ordre purement secondaire et dégénératif. Les muscles sont atrophiés sensiblement au prorata des altérations des grandes cellules d'origine.

Cette observation qui appartient inconstestablement à la paralysie saturnine d'après les descriptions classiques, vient à l'appui de l'opinion des auteurs (Erb, Remak, Vulpian, F. Raymond, Oppenheim, Jolly, etc.), qui ont toujours soutenu l'origine centrale de certaines formes de paralysie saturnine, notamment pour la forme généralisée et purement amyotrophique.

PRATIQUE MÉDICALE

Les meilleurs praticiens sont absolument convaincus de l'efficacité de la véritable créosote de hêtre contre la bronchite chronique, le catarrhe et les premiers degrés de la tuberculose, mais beaucoup ne la prescrivent pas sous prétexte qu'elle occasionne fréquemment des troubles gastriques. Avant d'accuser la créosote, peut-être serait-il juste de se rappeler qu'elle fut, avec raison, très souvent préconisée comme eupeptique. De plus, il est facile d'éviter cette action irritante en donnant le médicament aux repas, sans lui adjoindre de substances irritantes, comme l'alcool. Il est du reste absolument inutile, le fait est bien prouvé aujourd'hui, d'administrer de fortes doses de créosote, et dans la circonstance il est bon de rappeler l'opinion souvent émise par Lasègue, à savoir que, lorsqu'un remède appliqué à dose moyenne ne donne pas le résultat attendu, c'est que ce remède n'est pas applicable à cette maladie.

Les capsules Dartois seront dans tous les cas la préparation de choix. Elles contiennent chacune 5 centigrammes de véritable créosote de hêtre redistillée et titrée, dissoute dans 20 centigrammes d'huile de foie de morue, quantité suffisante pour éviter toute action caustique. La dose de trois ou quatre capsules à chacun des principaux repas peut être longtemps continuée sans le moindre inconvénient, c'est la préparation la plus commode, la plus active et la plus économique, ce qui a bien son importance pour un traitement qui doit être généralement de longue durée.

QUESTION D'INTERNAT

Symptômes des adénopathies trachéo-bronchiques.

Généralités. — Ces symptômes relevant uniquement de la *compression*, il est indispensable, pour les bien comprendre, de connaître la situation exacte des ganglions trachéo-bronchiques. Ces ganglions forment quatre groupes (de Baréty) : a. *prétrachéo-bronchique droit*, logé dans l'angle que forme la trachée avec la bronche droite; — b. *prétrachéo-bronchique gauche*, logé dans l'angle trachéo-bronchique gauche; c. — *intertrachéo-bronchique*, logé dans l'angle de bifurcation de la trachée; — d. *interbronchique*, ganglions situés au niveau du hile et dans l'intérieur des poumons (V. Poirier, t. II, 4e fascicule, p. 1241).

Les trois premiers groupes se projettent sur la paroi thoracique suivant deux zones : l'une, *aire ganglionnaire antérieure*, correspond au manubrium et à la partie interne des deux premiers espaces intercostaux et de la clavicule ; l'autre, *aire ganglionnaire postérieure*, répond à l'espace interscapulo-vertébral de la septième cervicale à la troisième dorsale.

Symptomatologie générale. — L'A. trachéo-bronchique est le plus souvent secondaire. Nous prendrons comme type de description celle qui survient chez un enfant, à la suite d'une coqueluche ou d'une broncho-pneumonie rubéolique.

Début presque latent; à peine quelques troubles généraux (amaigrissement) ou fonctionnels, (toux quinteuse, vomissements).

État. — **S. physiques.** — Inspection. — α. *Déformation de l'aire ganglionnaire antérieure*, ordinairement peu accusée; b. *Tirage* : dépression inspiratoire de l'épigastre, du creux sus-sternal ou des espaces intercostaux, il indique la difficulté qu'éprouve l'air à pénétrer dans la poitrine par suite de la sténose trachéo-bronchique; d'habitude, peu intense; c. *Diminution unilatérale de l'expansion thoracique* pouvant, à la longue, se compliquer de rétraction thoracique avec scoliose et atrophie musculaire (G. de Mussy); d. *Modification du type respiratoire.* Les mouvements respiratoires sont allongés, ralentis, le cœur battant plus vite (loi de Marey, v. Marfan, *Traité Charcot-Bouchard*, 2e édit., t. VII, p. 536).

Tous ces signes d'inspection sont habituellement peu marqués, quelquefois même ils manquent complètement.

Palpation : exceptionnellement provoque de la douleur ou permet de percevoir des masses néoplasiques au niveau de l'aire ganglionnaire antérieure.

A la percussion, pratiquée *légèrement*, des aires ganglionnaires, *élévation constante de tonalité*, souvent délicate, mais pouvant aller jusqu'à la matité absolue (G. de Mussy). C'est là un signe important.

A l'auscultation, un signe capital, le *souffle inter-scapulo-vertébral*. Ce souffle se perçoit dans toute l'aire ganglionnaire postérieure : d'habitude, il est intense, de tonalité élevée, de timbre rude, véritablement tubaire ; il peut aussi prendre le timbre cavitaire ou amphorique ; il est parfois humé pendant l'inspiration (G. de Mussy); surtout expiratoire. Très variable, il s'accompagne parfois de retentissement de la voix et de la toux.

Le *cornage*, assez rare, est un bruit rude, bruyant, s'entendant à distance; il existe aux deux temps avec maximum inspiratoire. A l'auscultation du poumon, *diminution unilatérale du murmure vésiculaire*, contrastant avec la sonorité normale du poumon, *congestion des bases*.

De tous ces signes physiques, les plus importants sont : *a.* la matité ; *b.* le souffle tubaire ; *c.* la diminution unilatérale du murmure vésiculaire ; *d.* la congestion des bases.

S. fonctionnels. — a. Compression des veines. — α. *Veine cave supérieure* : stase sanguine dans la tête, les membres supérieurs et la partie supérieure du thorax. D'où dilatation des veines sous-cutanées, développement d'une circulation collatérale [mammaire interne, intercostale, épigastrique, sous-cutanée abdominale, etc.] dans laquelle le sang progresse de haut en bas, œdème de la face, des membres supérieurs et de la partie supérieure du thorax (*œdème en pèlerine*), cyanose des lèvres, torpeur intellectuelle, céphalée, épistaxis, etc. — β. *Veines pulmonaires* : congestion passive du poumon, pouvant donner lieu à des hémoptysies foudroyantes (Rilliet et Barthez); hydrothorax.

b. Compression des artères. — α. De l'*aorte*, rare ; des *artères sous-clavières* : diminution du pouls radial correspondant ;

β. de l'*artère pulmonaire* : hémoptysies foudroyantes ; γ. des *artères bronchiques*, gangrène pulmonaire (?).

c. COMPRESSION DES NERFS. — α. *Compression du pneumogastrique*. 1. *Toux* quinteuse, violente, survenant par accès surtout le matin et le soir mais sans reprise, sans expectoration filante comme dans la coqueluche (*toux coqueluchoïde*); 2. *vomissements* survenant après la toux. Toux coqueluchoïde et vomissements sont des signes de haute valeur. 3. *dyspnée* continue ou paroxystique, celle-ci revêtant parfois le type de l'asthme [*asthme ganglionnaire* (Joal)]; 4. accès d'*angine de poitrine* (Baréty-Dieulafoy); 5. modifications du pouls, et surtout *tachycardie*, attribuée à la paralysie du vague.

β. *Compression du récurrent gauche*. — Phénomène d'excitation : spasme de la glotte (Krishaber); ictus laryngé, œsophagisme (Dieulafoy); — ou de paralysie : paralysie de la corde vocale gauche, d'où voix rauque, bitonale (importance de l'examen laryngoscopique);

γ. *Compression du phrénique*. — Douleur à la pression du cou entre les deux clefs du sterno-mastoïdien, le long des bords du sternum, à l'angle costo-xyphoïdien, hoquet, dyspnée parfois très accusée;

δ. *Compression du sympathique*. — Troubles oculo-pupillaires du côté correspondant : paralysie, myosis; — excitation, mydriase;

ε. *Compression des nerfs intercostaux*. — Exceptionnelle.

d. COMPRESSION VISCÉRALE. — α. *Compression trachéo-bronchique* : donne lieu au syndrome physique précédemment décrit; — β. *Compression de l'œsophage* : dysphagie, vomissement œsophagien, etc.

S. généraux. — Variables : parfois fièvre, sueurs, cachexie tuberculeuse; d'autres fois, ces signes physiques sont peu marqués et se réduisent à de l'anorexie et un peu d'amaigrissement.

TERMINAISON. — *a*. Par *guérison* (atténuation de tous les symptômes); *b*. La *mort* peut être due à la cachexie ou à une complication (crise de suffocation, pneumonie du vague, hémoptysie foudroyante, syncope, etc.). Il peut arriver aussi que, longtemps après la guérison, survienne une granulie généralisée ou localisée (méningée). Insister sur la variabilité et l'irrégularité de la MARCHE de l'adénopathie et sur l'impossibilité de fixer, même approximativement, sa DURÉE.

Formes cliniques. — A. SUIVANT LE SIÈGE. — Le médiastin sus-cardiaque peut être divisé en deux plans (Rendu) : un antérieur, *vasculaire*, un postérieur, *trachéo-œsophagien*. L'adénopathie donne surtout lieu à des signes de compression trachéo-œsophagienne (V. Marfan, loc. cit., p. 540).

B. SUIVANT LA NATURE. — 1. *Chez l'enfant*, on a décrit des *A. simples* et des *A. tuberculeuses*. Pour Cadet de Gassicourt, toute A. infantile est tuberculeuse. Cette A. peut : *a*) compliquer une tuberculose pulmonaire, c'est le cas le plus fréquent; *b*) compliquer une péricardite tuberculeuse [*cirrhose cardio-tuberculeuse* (Hutinel, Moizard et Jacobson)]; *c*) exister seule (tuberculose primitive des ganglions bronchiques, *phtisie bronchique*). Dans cette dernière forme, ce sont surtout les signes généraux qui dominent [cachexie, apyrexie, hypertrophie spléno-hépatique, polymicro-adénopathie (Bouchut, Aviragnet, Marfan)].

2. *Chez l'adulte*. — L'A. est constante au cours de la tuberculose pulmonaire, mais souvent latente. Lorsque, chez un même malade, on constate : 1° des modifications respiratoires du sommet; 2° des signes d'A.; 3° de la congestion des bases (syndrome de Fernet), penser à une tuberculose commençante. L'A. de l'adulte peut encore être d'ordre *néoplasique* (cancer pleuro-pulmonaire, œsophagien, etc.) ou *lymphadénique*. Si la lymphadénie reste localisée aux ganglions du médiastin et ne s'accompagne pas de leucémie, le diagnostic est des plus obscurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat*. — NOTES OBTENUES. — *Anatomie*. — Séance du 19 janvier 1903 : MM. Claeys, 11; Dobrovitch, 11; Hérisson, 9; Le Jemtel, 8; Trouvé, 8; Gomand, 7; Reulos, 7; Tixier (Léon-Joseph), 7; Bondet, 6; Delapchier, 5; Fage, 2.

Pathologie. — Séance du 20 janvier 1903 : MM. Chaix, 11; Novéro, 10; Amblard, 9; Giraudet, 9; Le Gandt, 9.

— Le jury des concours des prix de l'internat est composé actuellement comme suit :

Médecine : MM. Auclair, Déjerine, Siredey, Launay et Comby. — M. Comby n'a pas fait connaître son acceptation.

Chirurgie et accouchements : MM. Monod, Ombredanne, Demoulin, Gouget et Bar. — M. Bar n'a pas fait connaître son acceptation.

Écoles de médecine. — *Poitiers*. — M. le docteur Morichau-Beauchant, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique.

Guerre. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. TABLEAU D'AVANCEMENT. — *Pour médecin-major de première classe*. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bergasse, Villiers, Sabatier, Renard, Ecot, Licht, Renaud, Maisons, Robelin, Jaubert, Keim, Sudre, Delporte, Piquot, Tersen, Bassères, Papon, Messerer, Ferrand, Arnaud, Watrin, Beigneux, Arnould, de Viville, Niclot, Rouget et Bonnet.

Pour médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Duffau, Lafforgue, Metzquer, Rivet, Tartavez, Duchêne-Marullaz, Sandras, Jodry, Viry, Canel, Doumeng, Peltier, Bounier, Demilly, Fischer, Carrive, Daireaux et Mazellier.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. TABLEAU D'AVANCEMENT. — *Pour médecin principal de première classe*. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Gallay, Calmette, Drevon et Pethellaz.

Pour médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Lafage, Simond, Garnier, Arami, Cassagnou, Marchoux, Capus, Fortoul, Dumas, Le Moine, Clavel, Hébrard et Birolleau.

Pour médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Neiret, Reboul, Bellord, Hagen, Bouyssou, Conan, Lasnet, Rigollet, Onimus, Bonneau, Buisson, Allain, Guilloteau, Logerais, Branzon-Bourgogne, Mas, Emily, Dérobert, Devaux, Jacquin, Martel, Huot, Legendre, Doucet, Bailly, Sadoul, Jourdran et Ollivier.

Pour médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Laffay, Mul, Renault, Chagnolleau, Le Strat, Chartres, Gauducheau, Sauzeau de Puyberneau, Martin, Delabaude, Creignou, Guitard, Féraud, Ferris, Marmey, Guillon, Portes, Dupuy, Chaze, Jouvenceau, Le Moal, Sambuc, Barot, Vivie, Pichon, Rapin, Ferdy, Quesseveur, Mayet, Broquet, Dardenne, Guiol, Lemasle, Régnier, Perrot, Couderc, Gibert, Chaumanet, Andrieuy, Le Groignec, Nédelec, Vallet, Cartron, Margain, Fraissinet, Grandmaire, Cavazza, Imbert.

Marine. — Par décision ministérielle des 30 décembre 1902 et 17 janvier 1903, MM. les docteurs Le Moignic, Bertaud du Chazaud, Le Maître, Cristol et Parrenin sont nommés médecins auxiliaires de deuxième classe du corps de santé de la marine.

M. le docteur Le Moignic est maintenu en service à Bordeaux comme préparateur du service antidiphtérique de la ville; M. le docteur Le Maître est autorisé à servir à Rochefort, et MM. les eocteurs Bertaud du Chazaud, Cristol et Parrenin sont autorisés à servir au port de Toulon en attendant l'onverture des cours de l'École d'application.

— M. le médecin de première classe Guitton, médecin-major du *Gueydon*, est autorisé à prendre part au concours qui s'ouvrira à Brest, le 28 janvier courant, pour l'emploi de professeur de séméiologie médicale à l'école-annexe de médecine navale de Toulon.

Société médicale des hôpitaux. — Le bureau pour 1903 est ainsi constitué : président, M. Moutard-Martin ; vice-président, M. Danlos ; trésorier, M. Hudelo ; secrétaire général, M. Le Gendre ; secrétaires, MM. Dufour et Enriquez ; comité de publication, MM. Boulloche, Lamy, Dufour, Enriquez ; conseil de famille, MM. Du Castel, Danlos, Hallopeau, Chauffard, Merklen ; conseil d'administration, MM. Netter, Galliard, Dalché, Jeanselme, Lemoine (Val-de-Grâce).

Clinique gynécologique de la Faculté. — *Hôpital Broca.* (Cours de perfectionnement : Professeur, M. S. Pozzi.) — Une série de quatre cours de perfectionnement de gynécologie aura lieu du 16 février au 14 mars 1903.

Le prix de *chacun* de ces cours est de **50** francs. — Pour s'inscrire, s'adresser à la Faculté.

Premiers cours (Dr Jayle) : Technique gynécologique. — Lundi, mercredi, vendredi, deux heures trois quarts.

Deuxième cours (Dr Beaussenat) : Diagnostic et thérapeutique. — Lundi, mercredi, vendredi, quatre heures.

Troisième cours (Dr Zimmern) : Thérapeutique physique. — Lundi, mercredi, vendredi, une heure et demie.

Quatrième cours (M. Bender) : Diagnostic histologique et bactériologique. — Mardi, jeudi, samedi, une heure et demie.

Amélioration hygiénique du littoral méditerranée (Riviera française). — Voici le résumé du rapport sur les améliorations hygiéniques, accomplies ces dernières années ou en voie d'exécution, dans les stations du littoral méditerranéen (Riviera française), présenté à la Société médicale du littoral méditerranéen, le 14 décembre 1902, par M. le docteur Ardoin, rapporteur de la commission :

« Dans ces dernières années des améliorations hygiéniques très considérables ont été faites ou sont en voie d'exécution dans toutes les stations de la Riviera française, qui ne négligent rien pour répondre à toutes les exigences de l'hygiène moderne, totalement transformée par les découvertes bactériologiques.

Toutes les branches de l'hygiène ont été l'objet d'améliorations ou de transformations radicales.

I. Ordures ménagères. — Partout les ordures ménagères sont recueillies, comme à Paris, dans des boîtes dites poubelles. Elles sont ensuite jetées à la mer très loin du rivage, en attendant l'incinération décidée par la plupart des villes du littoral, déjà établie à Monaco, sur le point d'être réalisée à Nice.

II. Egouts. Matières usées. — Les systèmes d'éloignement des matières usées ont été totalement transformés dans ces dernières années ou sont en voie de transformation radicale.

A Menton, les égouts sont neufs. Ils ne reçoivent que les eaux de pluie ou d'arrosage, les eaux ménagères et le trop plein d'un certaine nombre de fosses d'aisance, installées d'après les procédés les plus modernes ; ce trop-plein est désinfecté par deux systèmes : 1° l'Exeter's System, très répandu en Angleterre ; 2° le système de Harvers, adopté depuis plusieurs années par la ville d'Anvers.

A Monaco, on a adopté et construit le tout-à-l'égout, avec collecteur, bassin de chasse, cheminées d'appel, etc. Des éjecteurs Shore refoulent les matières usées loin du port, à 100 mètres en mer, par des fonds de 10 mètres.

Beaulieu a un réseau d'égouts récents, bien construits, avec pente plus que suffisante, chasses d'eau. On a installé le tout-à-l'égout, avec déversement en mer, en eau profonde.

A Nice, la municipalité, d'après les études du bureau d'hygiène et d'une commission extra-municipale d'hygiène, a commencé l'exécution d'un vaste projet de tout-à-l'égout avec déversement à la mer très loin de la ville, à l'embouchure du Var, à 150 mètres du rivage, par 10 mètres de fond. Des collecteurs terminés pourront dès cet hiver déverser à la mer les eaux vannes de la vieille ville et des quartiers Beaulieu et Carabacel. Les autres quartiers seront successivement et rapidement reliés au collecteur général. On appliquera les procédés de ventilation qu'une commission municipale est allée voir fonctionner en Angleterre et en Allemagne.

A Cannes, on rencontre deux systèmes de drainage : 1° les égouts anciens et les ruisseaux qui ne servent presque plus qu'à l'écoulement des eaux de pluie ou d'arrosage ; 2° le tout-à-l'égout, mesurant actuellement 25 kilomètres sur 45 dont la construction a été décidée. Le collecteur central est immergé en pleine mer par 10 mètres de fond.

III. Eaux. — Nice a décidé l'adduction en canalisation fermée des sources de Vegay, situées à 90 kilomètres de la ville, en pleine montagne inhabitée. Pendant le temps nécessaire aux formalités administratives et à l'exécution des travaux, les eaux actuelles seront stérélisées par l'ozone selon les procédés de Marmier et Abraham qui a donné d'excellents résultats à Lille, ainsi que l'ont constaté les docteurs Roux et Calmette. A côté de cette eau pure existera toujours, en canalisation séparée, l'eau de la rivière Vésubie purifiée par le système Anderson, qui servira aux besoins de la voirie, du lavage des égouts et des chasses des water-closets.

Cannes a fait l'acquisition d'une partie des eaux du Loup. Par suite de la signature du décret d'organisation par le président de la République, on peut espérer l'arrivée prochaine à Cannes, en canalisation close de 43 kilomètres de longueur, de cette eau prise à la source même.

Les stations à l'est de Nice (Beaulieu, Monaco, Menton, etc.) sont desservies par l'eau de la Vésubie, amenée par un très long canal. Elles vont appliquer, comme à Nice, la stérilisation de ces eaux par l'ozone.

IV. Désinfection. — La désinfection est partout effectuée au moyen d'étuves à vapeur sous pression de Geneste et Herscher pour le linge et la literie. Pour les désinfections de surface, on emploie soit les vaporisations de sublimé, soit les vapeurs de formo-chlorol. Ces opérations sont faites par des agents expérimentés, sous la direction et la surveillance des bureaux d'hygiène et des médecins de la localité. La nouvelle loi sur l'hygiène publique rendra la désinfection obligatoire sous le double contrôle de la préfecture et des municipalités. On s'occupe en outre de grouper les hôteliers et logeurs en garni pour arriver à la désinfection systématique après le départ de chaque locataire ou au moins une fois par an.

V. Améliorations diverses. — Dans toutes les villes on a fait des essais de goudronnage de chaussées, qui ont donné de bons résultats permettant d'espérer la disparition de la poussière et de la boue.

Les laits sont rigoureusement surveillés. A Cannes existe un service de tuberculinisation des vaches laitières. A Nice des études sont poursuivies au bureau d'hygiène pour réorganiser sur des bases scientifiques la surveillance des laitiers. A Menton existe une laiterie modèle.

Les abattoirs et la surveillance des denrées alimentaires fonctionnent dans d'excellentes conditions.

A Nice et à Cannes existent des bureaux d'hygiène. La principauté de Monaco a une législation sanitaire modèle.

Les rues sont fréquemment arrosées ou lavées à la lance. A Nice existent des balayeuses automatiques dont l'emploi est également décidé à Cannes.

Les rues étroites sont élargies ; de nouvelles voies sont ouvertes, livrant passage à l'air et au soleil et constituant des promenades aussi hygiéniques que pittoresques. »

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

La région mastoïdienne (1).

(*Travail de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.*)

Par Paul BARBARIN.

Antre. — L'antre est la plus grande des cellules mastoïdiennes, pour la plupart des auteurs. M. Poirier s'élève avec raison contre cette opinion : « L'antre pétreux et non mastoïdien existe sur le nouveau-né avec des dimensions presque égales à celles que l'on voit chez l'adulte, et le nouveau-né n'a pas d'apophyse mastoïde. » C'est bien là, en effet, ce qui caractérise l'antre. Nous préférons cependant l'appeler pétro-squameux, car il est facile de voir que l'écaille entre pour une part notable dans sa constitution.

Prenons un temporal d'enfant à sa naissance; effectuons, ce qui est facile, la séparation de l'écaille et du rocher, nous découvrons toute la face externe de l'antre et du canal qui le fait communiquer avec la caisse.

Formation. — A cet âge, l'antre, cavité ovalaire à grand axe antéro-postérieur, se continue directement avec la caisse du tympan dont il s'est évaginé vers le quatrième mois de la vie fœtale. La paroi supérieure des deux cavités se continue sans démarcation, leur paroi inférieure est séparée par une sorte de crête dirigée transversalement de dedans en dehors, ébauche de l'étranglement qui portera le nom d'*aditus ad antrum*, en réalité bloc osseux solide formant le tunnel dans lequel passe le nerf facial.

Le rocher forme toute la paroi interne de l'antre, toute sa paroi inférieure, les quatre cinquièmes de sa paroi supérieure, le sixième inférieur de sa paroi externe.

L'écaille qui vient s'appliquer en dehors de la cavité forme le cinquième externe de sa paroi supérieure et les cinq sixièmes de sa paroi externe.

Si cette constitution anatomique varie peu, le rocher empiétant davantage cependant chez l'adulte sur la paroi supérieure de l'antre, l'écaille descendant aussi plus bas sur la mastoïde, il se produit cependant d'importantes modifications dans la position, la forme, les rapports de la cavité. Nous étudierons parallèlement la dispositton de l'antre chez l'enfant et chez l'adulte.

Situation. — Chez l'enfant avant deux ans, l'antre est nettement au-dessus du conduit auditif, il descend peu à peu pour se placer derrière la paroi postérieure de celui-ci. Chez l'adulte, il est, disent la plupart des auteurs, en regard de la moitié supérieure du conduit, à un demi-centimètre en arrière de lui, au-dessous de la ligne sus-mastoïdienne et en arrière de l'épine de Heule. Cette disposition est la plus fréquente, mais elle n'est pas constante. Soit que l'antre s'arrête dans son évolution, soit qu'il se place suivant une disposition particulière du rocher, sur beaucoup de temporaux adultes, l'antre se trouve reporté en avant. Il correspond

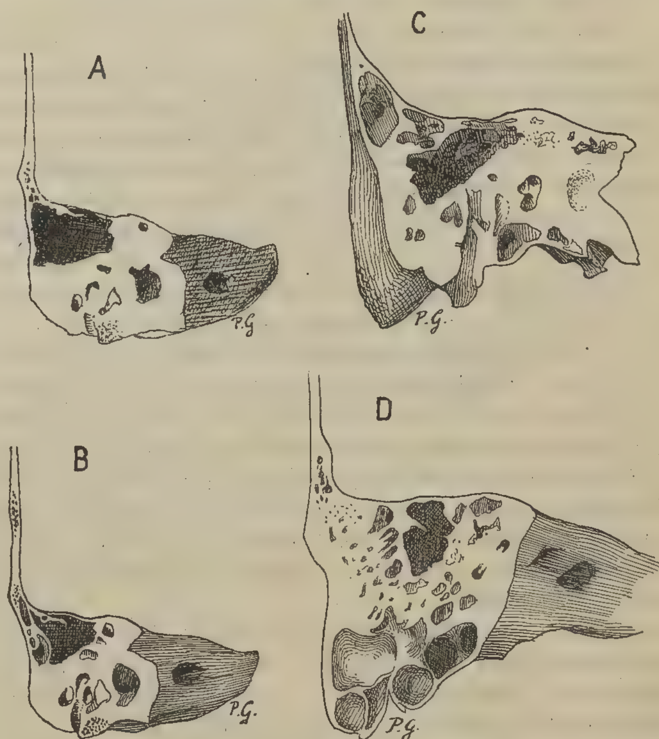


FIG. 11. — *Enfoncement progressif de l'antre.*
A. Naissance. — B. Trois ans. — C. Dix ans. — D. Adulte.

alors à la paroi postéro-supérieure du conduit, mais en avant de l'épine de Heule. Dans ce cas il est toujours profond. De nombreuses pièces nous permettent d'affirmer cette situation antérieure. Enfin, faisant une trépanation mas-

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 7, p. 57.

toïdienne à l'amphithéâtre d'anatomie, nous fûmes surpris de ne pas trouver en bon lieu l'antre mastoïdien. Sur une coupe du rocher, nous pûmes constater que celui-ci, très profondément enfoncé dans le rocher, se trouvait cependant au-dessus du conduit. Son bord inférieur passait par une ligne horizontale menée par l'épine de Heule. L'antre peut donc être en position supérieure chez l'adulte.

Relativement très considérable chez l'enfant, il semble ne pas suivre l'évolution du temporal, car il n'augmente pas de volume à mesure que la mastoïde se développe. Si donc, comme le disent les classiques, les cavités mastoïdiennes se forment par résorption, l'antre fait exception à la règle : cette règle est très discutable, nous le verrons plus loin.

Configuration et rapports. — Il faut décrire à l'antre six parois : antérieure, inférieure, postérieure, supérieure, interne, externe.

Sa paroi antérieure est largement ouverte dans le jeune âge, peu à peu elle se ferme, prend une forme triangulaire et ne communique plus que par un orifice étroit et un canal dirigé obliquement en haut et en avant (l'aditus ad antrum) avec la caisse du tympan. L'orifice de l'aditus se trouve placé non pas au niveau de la partie inférieure, mais au milieu et même dans la partie supérieure de cette paroi.

Quelquefois cet orifice est si étroit qu'il est impossible de passer chirurgicalement de l'antre dans la caisse et que la trépanation doit se faire de la caisse vers l'antre.

Sa paroi inférieure est oblique de haut en bas et d'avant en arrière ; chez l'enfant, elle repose sur un tissu diploïque ; chez l'adulte, elle est trouée par les nombreux orifices des cellules mastoïdiennes. Dans un cas, nous avons trouvé le golfe de la jugulaire remontant jusqu'à la paroi inférieure de l'antre et séparé de lui par une mince lamelle.

Sa paroi postérieure de forme irrégulière est taillée chez l'enfant, dans le tissu diploïque qui la sépare du sinus transverse. Souvent ce tissu diploïque est assez mince pour qu'une lame papyracée sépare seule le gros tronc veineux de la cavité de l'antre. Un peu plus tard, se creusent les cellules mastoïdiennes postérieures. Enfin chez l'adulte, si l'apophyse est pneumatique, les cellules postérieures qui vont jusqu'à la paroi du sinus, le séparent de l'autre d'autant plus qu'elles sont plus développées. Dans les apophyses scléreuses, au contraire, on trouve bien plus souvent une faible épaisseur de tissu osseux entre les deux cavités.

Sa paroi supérieure est mince chez l'enfant, elle est mince aussi chez l'adulte, mais chez ce dernier la suture pétro-squameuse est fermée solidement, sauf dans les cas rares d'absence congénitale, de déhiscence du plafond de l'antre.

Sa paroi interne est en rapport, dans les apophyses pneumoniques, avec les cellules pétreuses qui s'étendent jusqu'à la face postérieure du rocher en arrière, jusqu'à la saillie arrondie, formée par le bloc compact des canaux semi-circulaires en avant.

Enfin sa paroi externe est, chez l'enfant en bas âge, d'une minceur extrême ; aussi voyons-nous la perforation spontanée se faire très fréquemment à ce niveau dans les suppurations de l'antre ; chez l'adulte, au contraire, cette paroi est épaisse, la cavité est profonde, séparée des téguments, tantôt par de nombreuses cellules mastoïdiennes, dont l'une plus développée peut être prise pour l'antre, ainsi que nous l'avons dit, tantôt par un véritable coin de tissu scléreux que le ciseau traverse difficilement. Cette couche osseuse externe est extrêmement variable ; elle peut, ainsi que l'ont vu Broca et Lenoir, dépasser 25 millimètres, mais dans ce cas nous avons toujours trouvé l'antre non plus directement en dedans, mais notablement en avant de la zone classique de trépanation.

On peut voir quelles modifications considérables subit l'antre, depuis la naissance, dans sa situation, dans sa forme, dans ses rapports. Presque tous les auteurs admettent que ces modifications résultent de l'élargissement du crâne par augmentation du volume de l'encéphale.

« Il se produit, dit Millet, un développement complémentaire et certaines portions osseuses, qui primitivement entraient beaucoup plus dans la constitution des parties latérales que dans celle de la base du crâne, viennent prendre une part importante dans la formation de cette base. C'est ce qui se produit au niveau du temporal. »

Ainsi donc abaissement du temporal déterminant la situation secondaire de l'antre et du sinus, résorption de la mastoïdite amenant la formation des cellules mastoïdiennes : tels seraient les deux phénomènes d'ordre passif admis par les auteurs. Est-ce suffisant pour nous expliquer comment la paroi externe de l'antre si mince chez l'enfant pourra devenir si épaisse chez l'adulte, comment sa paroi postérieure lamelleuse donnera naissance à un tissu celluleux appréciable qui séparera l'antre et le sinus, comment enfin, au milieu d'une mastoïde qui se pneumatisera, l'antre, cavité préformée, diminuera plutôt qu'il n'augmentera de volume ?

Il nous semble qu'il faille tenir un compte un peu plus grand de l'activité osseuse propre dans les transformations successives du temporal. L'antre diminue de volume parce qu'il y a depuis la naissance production d'os nouveau. En tous sens cette production s'affirme. Nous l'avons suivie et nous arrivons à cette conclusion que c'est de chaque côté de la lame osseuse de Schwartze et Eysell que se développent des travées osseuses d'abord minces, dentelées, puis de plus en plus fortes. Le travail de formation se poursuit pendant les premières années de la vie. Il est ordinairement terminé vers les dix ans, souvent plus tôt. Une coupe d'une mastoïde pneumatique montre alors de délicates ciselures qui reproduisent exactement en petit celles qui existent dans les mastoïdes adultes. Ces faibles travées prendront de la force et ne se résorberont pas, comme on le dit communément. Le travail de résorption ne commence que beaucoup plus tard, avec la vieillesse.

Aditus. — Ainsi que nous l'avons dit, l'aditus varie considérablement suivant les individus. Le plus souvent ce canal est court, il présente une paroi supérieure qui se continue avec celle de l'antre et correspond au cerveau, une paroi interne sur laquelle, en haut et en bas, font saillie : 1° le canal semi-circulaire externe enveloppé d'un os dur, formant un relief horizontal ; 2° le nerf facial, qui, oblique en bas et en avant, corrige l'angle qui existe entre les deux parois interne et inférieure pour gagner cette dernière et s'enfoncer dans la mastoïde. Il est donc inexact de dire que le facial occupe la paroi inférieure de l'aditus ou sa paroi interne, il occupe les deux. L'éperon ainsi formé par le massif du facial est toujours sensible, c'est lui qui, très développé, détermine le rétrécissement de l'aditus dans sa portion antrale. Il y aurait donc danger à négliger l'obstacle et à vouloir quand même passer de l'antre dans la caisse. Au delà de ce point, l'aditus s'élargit. La paroi interne s'enfonce et va se continuer avec la paroi postérieure de la caisse où s'ouvre l'orifice du canal : cet orifice est toujours bien ouvert.

Carotide. — L'artère carotide contenue dans la pointe du rocher est d'ordinaire en plein tissu compact et très en avant de la région mastoïdienne. Sa blessure est rare. Cependant elle peut s'observer surtout à la suite de la séquestration du massif qui contient l'artère, de l'envahissement par un processus inflammatoire de la paroi antérieure de la caisse. Cette lésion est facilitée par la présence de nombreuses cellules qui peuvent aller jusqu'à l'artère dans une apophyse pneumatique.

Facial. — Le facial intrapétreux ne nous intéresse que dans sa portion terminale, dite verticale. Plus exacctement, au sortir de la caisse du tympan, le nerf se porte en dehors et en bas, puis directement en bas. Placé d'abord à la face interne de l'aditus (au-dessous du canal demi-circulaire tranverse), il gagne sa face inférieure et c'est vers le milieu de celle-ci, à égale distance de la face externe et de la face interne, qu'il s'incline directement en bas. A partir de ce moment, jusqu'au trou stylo-mastoïdien, il serait vertical pour la plupart des auteurs : en réalité, il décrit une légère courbe, tantôt en dehors, tantôt en dedans, tantôt en arrière. Le point le plus saillant de cette courbe, à convexité postérieure le plus souvent, correspond au milieu de l'apophyse. Durant son trajet mastoïdien, le facial est contenu dans un canal complet, mince au niveau de la paroi interne et surtout de la paroi inférieure de l'aditus où le protège une simple lamelle osseuse, « effrayante de minceur », a pu dire M. Reynier. Cette minceur n'est effrayante que pour les opérateurs qui ne font pas précéder leur ciseau ou leur fraise du protecteur de Stake qui rend la paroi postéro-inférieure de l'aditus invulnérable. Dans le reste de son trajet, le nerf est protégé par un bloc plus compact. Cependant, souvent dans les apophyses pneumatiques nous avons pu le sculpter au milieu des cellules qui l'entouraient et l'apercevoir par transparence sur tout son trajet derrière la mince paroi de son canal.

Canaux vasculaires. — Un grand nombre de petits pertuis creusés dans l'os amènent le sang artériel dans les cavités de l'apophyse, remportent le sang veineux ou la lymphe. Signalons au niveau de la suture pétro-squameuse de nombreuses artères qui gagnent l'antre par son toit, venues de la méningée moyenne. Nous n'avons pu injecter les veines qui accompagnent ces artères. Quelques rares branches venues de la stylo-mastoïdienne perforent le canal du facial pour aller aux cellules périphériques. Mais les artères les plus importantes de la mastoïde lui viennent de l'auriculaire, soit au niveau de la base, soit au niveau de la face externe de l'apophyse, soit au niveau de la gouttière sinusienne où un rameau important, passant par le trou mastoïdien, vient fournir un grand nombre de filets dure-mériens, sinusiens et mastoïdiens, et s'anastomoser enfin avec la terminaison de la branche postérieure de la méningée moyenne.

Les veines mastoïdiennes vont pour la plupart au sinus latéral. Elles forment deux groupes : l'un supérieur, l'autre inférieur, séparés par un intervalle d'un centimètre environ, et qui viennent se jeter dans le sinus au niveau de la saillie que celui-ci fait vers la partie moyenne de l'apophyse. Nous avons pu étudier ces veines par des coupes vertico-transversales de l'os décalcifié après injection des veines de la tête à la cire.

Quant aux lymphatiques, malgré des tentatives multiples pour arriver à injecter au mercure ou au bleu la muqueuse de l'antre et des cellules, nous ne sommes arrivés à aucun résultat. Mais l'anatomie pathologique, et en particulier l'étude des phlébites du sinus précédées de périphlébites, nous amène à conclure comme M. Poirier : « Les vaisseaux lymphatiques existent partout où se trouve un système sanguin canaliculé, nul doute que ces vaisseaux dont l'anatomie générale ne permet pas de nier l'existence, ne jouent ici, comme partout ailleurs, le rôle principal dans les infections... »

III

Rapports intercraniens. — Cerveau. — D'une façon générale, l'apophyse répond immédiatement par sa base au cerveau, au cervelet et au sinus latéral.

La mastoïde contribue à former le plancher de l'étage moyen du crâne au niveau de la troisième temporale. Il importe de signaler : 1° que ces rapports ne peuvent être donnés d'une façon précise, puisque le rocher peut être plus

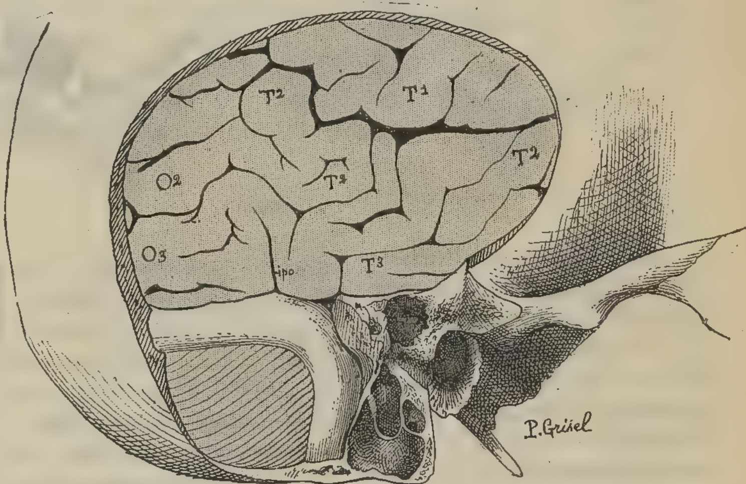


Fig. 12.

ou moins incliné en avant; 2° qu'ils seront modifiés depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte : l'antre chez l'enfant est externe et répond à l'angle qui sépare les circonvolutions de la face externe des circonvolutions de la face inférieure du cerveau. Chez l'adulte, beaucoup plus profond, il est placé complètement sous la face inférieure du cerveau.

Sinus. — *Situation.* — On a beaucoup discuté sur la position exacte du sinus par rapport à la mastoïde alors que l'on considérait l'ouverture de ce gros canal veineux comme une complication redoutable. Il semble prouvé maintenant que cet accident est relativement bénin. Bien plus, le chirurgien devra souvent, de parti pris, faire l'exploration de ce vaisseau. Faut-il rappeler que, pour le professeur Tillaux, le sinus latéral répond au bord antérieur; que pour le professeur Poirier, il répond au tiers moyen; que pour M. Ricard, il répond à la moitié postérieure de l'apophyse? Nous avons fait plus de 50 coupes horizontales du rocher, et dans l'immense majorité des cas, nous avons trouvé le sinus en position moyenne, ainsi que le dit M. Poirier. Cette constatation a son importance. M. Broca a bien vu, en effet, que presque toujours le sinus descendait à la face cranienne du rocher en dedans d'une portion de l'os où « il est de règle qu'il n'y ait pas de cellules, mais une lame diploïque entre deux lames compactes, comme dans le reste de la voûte du crâne ». Ainsi donc, toute la partie postérieure de la mastoïde, en regard et en arrière du sinus, est une lame mince écailleuse. On peut concevoir que cette disposition facilitera les inter-

ventions sur la mastoïde en regard et en arrière du sinus. Ce vaisseau peut être cependant en position antérieure, nous en apportons plusieurs dessins. Dans ce cas, placé très près

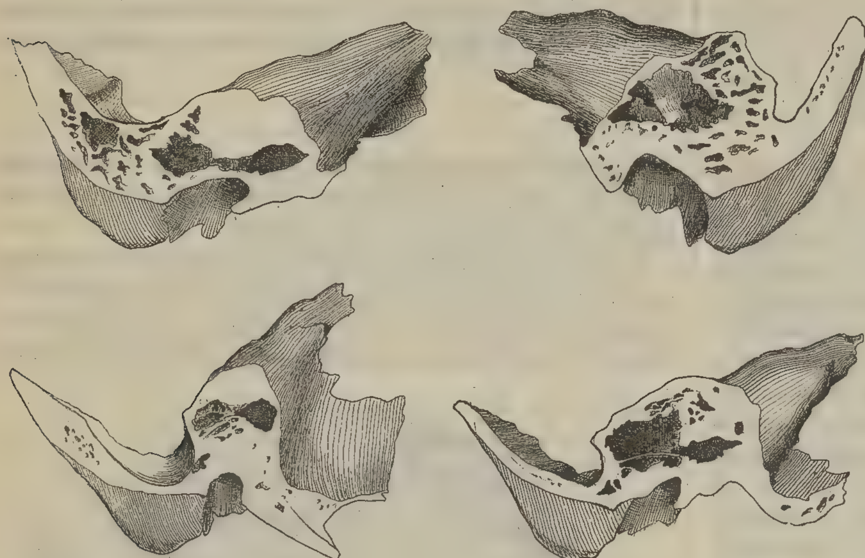


Fig. 13.

du bord du conduit, il est en plein champ opératoire. Dans une de nos pièces, une coupe vertico-transversale, passant immédiatement en arrière de l'épine de Heule, sectionnait directement le sinus qui n'était séparé de l'extérieur que par une paroi de 2 millimètres à peine. L'examen de ces pièces montre que, contrairement à l'opinion de M. Broca, l'antre n'est pas dans ces cas toujours interposé entre le point de trépanation et le sinus. Il est reporté beaucoup plus en avant et en dedans.

Comme l'a très bien vu Politzer, lorsque le sinus est ainsi projeté en avant, il se creuse pour ainsi dire une loge dans la partie la plus externe et postérieure du rocher qui forme en dedans de sa paroi interne une arête saillante. Nous n'avons trouvé le sinus en position antérieure que dans des rochers scléreux.

Trajet. — A partir de la mastoïde, le sinus latéral est descendant, mais sa direction est loin d'être stable. Tantôt il est vertical, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il descend obliquement en bas, en avant et en dedans. Puis, arrivé à la partie inférieure du rocher il décrit une courbe à connexité externe pour gagner le trou déchiré postérieur, où il se continue avec le golfe de la jugulaire.

Sa portion mastoïdienne nous offre une particularité intéressante : vers le milieu de la mastoïde, le sinus semble s'enfoncer dans l'os en le déprimant d'arrière en avant. Il en résulte que le sinus fait là un coude à convexité antérieure et qu'il se rapproche notablement du bord antérieur de l'apophyse.

Forme. Calibre. Adhérence. — La forme et le calibre n'ont pas pour nous grosse importance. Arrondi le plus souvent dans sa portion descendante, le sinus est plus développé à droite qu'à gauche. Dans sa thèse récente, Luys (1) déclare que « toute la portion verticale du sinus latéral est impossible à détacher de l'os et que l'adhérence a lieu pour tout le pourtour de la face externe ». C'est là un fait que nous avons observé rarement. Il nous a presque toujours été très facile, au cours de nos trépanations sur le cadavre, de séparer la paroi du vaisseau de sa gaine osseuse et rarement nous avons déchiré la dure-mère. L'adhérence existe bien, mais en un point où elle n'est nullement gênante, c'est à la partie supérieure de la région au niveau du coude, au point d'abouchement des gros affluents du sinus.

Affluents. — Les veines mastoïdiennes dont nous avons parlé viennent se jeter dans le sinus au niveau de sa portion moyenne limitant, sur la gouttière sinusienne dans sa partie temporale, une zone percée de nombreux trous vasculaires. Cette zone se séquestre fréquemment dans les longues suppurations mastoïdiennes, non pas forcément à la suite de la phlébite des petites veines de la mastoïde, mais surtout après périphlébite d'origine lymphatique. Le sinus reçoit encore dans la région qui nous occupe des veines cérébelleuses latérales. On les voit se réunir sur le bord supérieur et externe du cervelet en un tronc qui pénètre entre les deux feuillets de la tente du cervelet, un bon centimètre en arrière du sinus. Cette veine vient se jeter dans la partie postérieure du vaisseau. Il nous semble hors de doute que les abcès à distance du cervelet se produisent par cette voie, l'infection se propageant par voie veineuse et périveineuse. Nous ne reviendrons pas sur la veine mastoïdienne proprement dite, qui se termine elle aussi au niveau du coude du sinus.

Cervelet. — Le sinus occupant d'ordinaire la partie moyenne de l'apophyse, le cervelet répond directement au rocher en avant de lui, à la lame mince postérieure de la mastoïde que nous avons indiquée en arrière de lui. On pourra donc l'aborder très largement toujours en arrière, en avant lorsque la mastoïde n'est pas formée de tissu compact.

Jugulaire. — Le golfe de la jugulaire est en rapport, disent les classiques, avec la paroi inférieure de la caisse du tympan. Cela est vrai dans de nombreux cas. Mais bien souvent ce vaisseau se creuse à la face inférieure du rocher une niche qui remonte assez haut pour s'appliquer sur la paroi postéro-interne de l'oreille moyenne. Enfin, dans un cas, nous avons constaté, avec Dujarrier, la présence d'un énorme cul-de-sac jugulaire qui remontait verticalement, séparé de la paroi postérieure de la caisse par une lamelle très mince pour venir par son dôme se mettre en rapport avec la partie tout inférieure de l'antre. On conçoit donc la possibilité d'une phlébite isolée de la jugulaire sans participation du sinus.

Il nous semble inutile de terminer cette étude purement anatomique par la description d'un manuel opératoire devenu classique. Mais notre préoccupation constante au cours de nos recherches ayant été d'établir nettement les profondes différences qui séparent la mastoïde de l'enfant de celle de l'adulte, il ne nous parait pas inutile de résumer en terminant les caractères distinctifs que cette portion du temporal offre suivant qu'elle est jeune, en voie de développement ou qu'elle est complètement développée.

C'est là un point qu'ont trop négligé les auteurs, c'est là ce qui trop souvent gêne l'opérateur habitué à cette idée

(1) Luys. Th. de Paris, 1900.

qu'il doit trouver même disposition anatomique chez tous les malades.

Chez un enfant de deux ans, l'antre très considérable se trouve déjà en position postérieure, mais haut placé. Sa paroi externe commence à s'épaissir et présente quelques rares cellules. Sa paroi postérieure est une lamelle mince qui le sépare du sinus. Sa paroi antérieure offre l'aditus avec la saillie du canal semi-circulaire et du facial : l'aditus est large. Enfin, sa paroi interne est formée par un bloc compact, qui limite d'arrière en avant antre, aditus, caisse.

Sa paroi supérieure, formant le tegmen, est mince et donne passage à des artères. Sa paroi inférieure est taillée en plein tissu compact, au-dessous d'elle on ne trouve plus que trois cavités : oreille moyenne en avant, golfe de la jugulaire en dedans, sinus en arrière; un tissu dense sépare ces trois cavités. Cependant toute la partie externe présente quelques orifices cellulaires très petits.

Adulte. — *Apophyse scléreuse.* — Une coupe horizontale faite par l'épine de Heule passe par l'antre, l'aditus, la caisse, le sinus. L'antre est enfoncé dans la mastoïde. Une corticale épaisse le sépare de l'extérieur. Une pointe dirigée de dehors en dedans, en arrière de l'épine de Heule, ne l'atteindrait que dans sa partie toute postérieure; il est donc légèrement rejeté en avant. Cette disposition est des plus fréquentes dans les apophyses scléreuses. Le sinus, en position moyenne, est séparé de l'antre par une épaisseur sensible de tissu très dur. Le bord postérieur du conduit se trouve à plus de 2 centimètres du sinus.

A un centimètre plus bas, l'antre a disparu. Un bloc compact sépare le conduit et le sinus, mais celui-ci s'est notablement rapproché et ne se trouve pas à plus d'un centimètre et demi du conduit.

Enfin, une dernière coupe faite plus bas montre la fuite du sinus en dedans, le dôme jugulaire en avant et en dehors de lui et dans l'angle entre les deux vaisseaux, à un demi-centimètre de chacun d'eux, le facial qui gagne le trou stylo-mastoïdien.

Apophyse pneumatique. — Une coupe passant par l'épine de Heule montre que toute la mastoïde est formée de cellules. Un seul bloc de tissu compact les limite en dedans : c'est celui de l'oreille interne. Le sinus est très loin en arrière. L'antre est entouré de cellules de tous côtés. Il est à 1 centimètre et demi en moyenne de la face externe de l'apophyse.

A un centimètre plus bas, le sinus s'est rapproché du bord postérieur du conduit. Il n'en est plus qu'à un centimètre et demi. La coupe passant au-dessous de l'oreille interne, une nappe continue de cellules va du sinus en arrière, au conduit en avant, de la face externe de l'apophyse en dehors à la carotide en dedans. Le facial, complètement entouré de cellules, est à un centimètre du sinus. Enfin une dernière coupe montre d'énormes cellules de la pointe séparées du sinus devenu presque horizontal par une paroi très mince.

Trois points nous paraissent intéressants à retenir au point de vue opératoire :

1° Le sinus se rapproche du bord antérieur de l'apophyse vers la partie moyenne de celle-ci : il en résulte que, lorsque l'on trépane une apophyse pneumatique, après évidement complet de la mastoïde, on aura créé une cavité, non pas en forme de cône à sommet inférieur, placé en regard de la portion moyenne de la mastoïde, mais une cavité en forme de sablier dont le point rétréci correspond au renflement sinusien en arrière, au canal du nerf facial en avant : les deux organes peuvent être extrêmement rapprochés. Il en résulte que le chirurgien devra connaître cette disposition, s'il veut éviter l'ouverture du sinus en arrière ou la section du nerf en avant.

2° Les cellules dans les apophyses pneumatiques, à part la région supérieure du rocher où se trouve le bloc compact de l'oreille interne, vont en avant jusqu'à la carotide, en arrière suivent toute la face postérieure de l'os. On pourra donc, en dedans du sinus, évider largement la mastoïde et arriver sur le cervelet près de la ligne médiane. Or, la voie mastoïdienne est la seule qui permette cette exploration complète de la loge cérébelleuse en avant.

3° Le sinus étant facile à séparer de l'os, sa découverte sur une large étendue sera toujours possible, et celle-ci permettra l'exploration secondaire du cervelet : 1° *en dedans*, ainsi que nous venons de le dire ; 2° en dehors et en arrière après résection de l'écaille mastoïdienne que l'on peut pousser aussi loin qu'il est nécessaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS

COUP DŒIL D'ENSEMBLE SUR LES PROGRÈS DE LA DERMATOLOGIE AU XIXe SIÈCLE

Par M. H. Hallopeau.

(Leçon inaugurale de l'année 1903.)

En inaugurant cette nouvelle série de leçons, permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler qu'il s'en est fallu de bien peu que je n'aie été appelé à les professer dans des conditions plus solennelles : je saisis cette occasion pour remercier, du fond du cœur, les seize membres de la Faculté qui m'ont soutenu jusqu'au bout : je leur en serai profondément reconnaissant pendant tout le temps qui me reste à vivre.

Je n'avais pas l'intention de faire aujourd'hui ce que l'on appelle une leçon d'ouverture : pouvoir s'en abstenir, est un des avantages que l'enseignement libre me paraît avoir sur l'enseignement officiel, mais je me trouve contraint d'agir autrement : après la leçon inaugurale de M. Gaucher (1), il m'appartient, en ma qualité du médecin de Saint-Louis le plus ancien en exercice, de rendre justice aux travaux des collègues auprès desquels j'ai eu l'honneur de travailler dans cet hôpital et qu'il a laissés dans le plus injuste oubli, de mettre en évidence la grande part qui leur appartient dans la constitution de l'école dermatologique contemporaine. Chemin faisant, j'aurai également à contester divers jugements portés sur nos prédécesseurs par le nouveau professeur.

Ce n'est pas à dire que je sois en désaccord avec lui sur nombre d'appréciations, c'est ainsi que je souscris très volontiers à ce qu'il a dit, et que du reste tout le monde connaît, d'Alibert, de Biett, de Rayer, de Cazenave, de Gibert, de Devergie, de Hardy, d'Hillairet et même de Guibout.

Pleinement encore, je m'associe aux éloges si mérités qu'il a adressés à M. le professeur Fournier en tant que syphiligraphe : l'œuvre du clinicien qui a établi la subordination à la syphilis du tabès, de la paralysie générale, des leucoplasies buccales ainsi que des manifestations si complexes, et en grande partie méconnues avant lui, de la syphilis héréditaire tardive, mérite la qualification de

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 129.

géniale ; au point de vue humanitaire, l'homme a égalé le savant par la création de ce puissant agent de propagande anti-syphilitique qui a nom *Société de prophylaxie sanitaire et morale.*

Mais, Messieurs, sur un grand nombre de points que je vais préciser devant vous, je me sépare absolument de M. Gaucher.

Et, avant tout, je considère comme un devoir strict de conscience de m'associer aux paroles chaleureuses par lesquelles mon collègue affectionné M. Jacquet a signalé, parmi d'autres lacunes, une extraordinaire omission faite par le professeur; alors qu'il devait dire aux élèves, à la fin de sa leçon : *Messieurs, je viens de synthétiser rapidement devant vous l'histoire des dermatologistes français depuis un siècle, de* 1802 *à* 1902, il a, contre toute vraisemblance, arrêté l'énumération de ces dermatologues à Guibout et n'a même pas cité les noms de trois collègues dont les œuvres laisseront des marques impérissables dans l'histoire de la dermatologie française, Lailler, Vidal et Ernest Besnier.

Lailler qui a découvert Baretta et créé le merveilleux musée de Saint-Louis, ainsi que l'école des teigneux: Vidal, le clinicien qui a distingué comme espèces morbides le lupus scléreux et les lichens circonscrits, le biologue qui a le premier fait, dans cet hôpital, de l'expérimentation sur les animaux et démontré ainsi la nature contagieuse de l'ecthyma, et M. Besnier, l'initiateur et le chef incontesté de notre nouvelle école dermatologique.

Je ne veux pas faire ici de politique, mais je déclare que, si le gouvernement dit de l'ordre moral a accompli une œuvre utile, c'est le jour de l'année 1877 où il a nommé ce maître éminent *chargé du cours de clinique dermatologique de la Faculté*, faisant espérer ainsi la multiplication si désirable des chaires spéciales, et il est profondément regrettable que cette décision n'ait pas été maintenue, car, si M. Besnier n'a pas conservé de titre officiel, il a constamment, pendant plus de vingt ans, rempli dans cet hôpital les fonctions de professeur de dermatologie : j'en appelle au témoignage de tous ceux qui ont suivi son service, écouté ses leçons, lu ses livres, et assisté aux séances de la Société de dermatologie dont il a constamment, depuis la mort de Lailler, occupé la présidence, réélu tous les ans par l'unanimité des suffrages jusqu'au jour où, aux regrets de tous, il a pris sa retraite, en qualité de président d'honneur. Chacun sait avec quelle autorité il dirigeait nos débats, multipliant ses observations toujours justes et d'un sens élevé, indiquant la marche à suivre pour faire de nouveaux progrès, constamment à l'affût de toutes les découvertes françaises et étrangères. Ajoutons enfin que, par ses nombreuses publications, et particulièrement, par ses annotations au traité de Kaposi, par ses articles dans les *Annales de dermatologie*, dans l'atlas du musée de l'hôpital Saint-Louis, dans le *Traité de thérapeutique* d'Albert Robin et enfin par la mise en œuvre du beau traité des maladies de la peau qui est en cours d'impression, il s'est également placé au premier rang parmi les producteurs en dermatologie.

Ainsi que je l'ai indiqué déjà, il est d'autres points sur lesquels j'ai le regret de ne pas me trouver d'accord avec M. Gaucher. Je me permettrai de vous les signaler en vous traçant, dans leur ensemble, les progrès qui ont été réalisés dans l'étude des affections cutanées depuis le commencement du siècle dernier et en vous exposant les idées directrices qui doivent désormais servir de règles aux dermatologues.

Pour apprécier à sa juste valeur le rôle de chacun d'eux, il faut tenir compte des facteurs étrangers à leurs personnalités qui ont simultanément contribué à faire avancer notre science. Je passerai ainsi en revue les acquisitions dues au progrès de l'investigation scientifique, à la vulgarisation par la presse, à la collaboration des écoles étrangères, à la création des sociétés et des congrès de dermatologie, à la fondation du musée d'images coloriées que nous devons à Lailler et Baretta, à la multiplication des services spéciaux tant à Paris qu'en province et je les résumerai dans leur ensemble.

Je terminerai en montrant quelle a été dans l'histoire la conception générale des maladies de la peau, quelles erreurs regrettables l'ont pendant longtemps obscurcie et ce qu'elle doit être aujourd'hui.

Progrès de l'investigation scientifique.— Ces progrès ont puissamment contribué à ceux de la dermatologie : l'*histologie normale* et *pathologique*, l'*expérimentation physiologique*, la *bactériologie*, la *chimie biologique* sont venues tour à tour éclairer la nature et la pathogénie de dermatoses : nous citerons, en première ligne, comme ayant accompli, à cet égard, de véritables révolutions dans notre science Rokitansky, Virchow, Villemin, Pasteur, Koch, Gautier.

Ce sont les progrès de l'*histologie* qui ont permis à Hebra d'établir sur des bases scientifiques l'étude anatomo-pathologique des dermatoses en prenant pour point de départ comme l'avait fait avant lui notre grand Rayer, la nature réelle des altérations, et non plus seulement comme l'avaient fait Plenk, Willan et Bateman, leur aspect macroscopique.

Les conquêtes de l'*expérimentation physiologique et pathologique* et celles de la *bactériologie* ont conduit à des découvertes encore plus importantes. C'est grâce aux méthodes de Villemin, de Pasteur et de Koch que l'on a pu rattacher à la tuberculose toutes les éruptions dites *scrofulides*, augmenter le champ des *tuberculoses cutanées* et arriver à créer une classe de *tuberculides* comparable à celle des syphilides ; que les *éruptions staphylococciques et streptococciques* ont pu être classées et différenciées; que l'*histoire des teignes* a été remaniée de fond en comble, particulièrement par les beaux travaux de notre ami M. Sabouraud ; que les *causes prochaines de la lèpre* et de la *morve* ont pu être déterminées. La voie est ouverte, et l'on peut affirmer dès aujourd'hui que, dans un avenir sans doute peu éloigné, on découvrira de même les microbes générateurs des maladies que leurs caractères cliniques permettent dès à présent de considérer comme parasitaires : tels sont, en première ligne, la *syphilis* et aussi le *psoriasis*, le *lichen* de Wilson, les *condylomes*, le *molluscum contagiosum*, les *folliculites décalvantes*, le *rhinosclérome*, le *pityriasis rosé* et très probablement aussi, suivant nous, l'*eczéma*.

Les progrès de la *chimie* doivent également entrer en ligne de compte : on possède aujourd'hui, et nous avons contribué à l'établir dans notre communication au congrès de Moscou, cette notion d'importance capitale que les *microbes pathogènes agissent bien plutôt par les toxines qu'ils engendrent que par leurs effets mécaniques* : il appartiendra à la chimie biologique de reconnaître la nature des différentes toxines engendrées par ces éléments pathogènes; déjà M. Gautier a fait des tentatives intéressantes dans cette direction.

Chacun sait d'autre part que les éléments cellulaires de l'organisme se comportent biologiquement comme des microbes et agissent comme eux par leur puissance d'absorption en même temps que par l'action de leurs produits d'excrétion et de dénutrition, soit directement sur leur habitat, soit indirectement, par l'intermédiaire du système nerveux trophique ou vaso-moteur ; ces produits peuvent, dans des circonstances le plus souvent indéterminées, devenir pathogènes : il est bien probable que les érythèmes polymorphes ainsi que les urticaires, les prurigos chroniques, les acnés ne reconnaissent pas d'autre origine; ici encore, les recherches chimiques devront intervenir, car il ne suffit pas d'invoquer avec MM. Bouchard et Gaucher pour expliquer ces faits le *caput mortuum* dénommé *retard de la nutrition*.

Ainsi donc, *toxines engendrées*, *soit par des microbes exogènes*,

soit pas les éléments de l'organisme, mise en jeu par ces toxines de troubles intimes dans l'innervation, la vascularisation et la nutrition, tels sont les plus grands facteurs des dermatoses : c'est aux progrès des investigations scientifiques que nous en devons la connaissance et les moyens d'étude.

Vulgarisation par la presse. — C'est depuis 1869 que des revues spécialement consacrées à l'étude des maladies de la peau ont été créées, d'abord en France, par Doyon, qui a rendu ainsi un éminent service, sous le nom d'*Annales de dermatologie*, puis en Autriche, par Auspitz et Pick, sous le nom, d'abord de *Viertel Jahrschrift*, puis d'*Archiv für Dermatologie ;* depuis lors, ces publications se sont multipliées : telles sont le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* de H. Fournier, la *Pratique dermatologique* de Leredde, le *Central Blatt* de Joseph, le *Monatsheft* d'Unna, le *Zeitschrift* de Lassar, les journaux spéciaux d'Angleterre, des États-Unis, de l'Italie, chacune de ces publications faisant des efforts pour être, dans la mesure du possible, comme Doyon a eu le grand mérite d'en prendre l'initiative, internationale ; tout travail intéressant se trouve ainsi avoir chance de ne pas passer inaperçu ; mais cependant, si l'on veut se rendre compte complètement de tout ce qui se produit dans notre science, c'est surtout dans les comptes rendus des sociétés de dermatologie et de syphiligraphie qu'il faut le chercher.

A côté de ces publications périodiques, il faut faire une grande place aux traités dogmatiques ; c'est ainsi que l'on consulte avec grand fruit les livres de Rayer, de Hebra, de Cazenave, de Devergie, de Hardy, de Bazin, de Kaposi, de Brocq. En France, il est peu de dermatologues qui n'aient exposé dans un traité ou dans des leçons cliniques les résultats de leur expérience ; on pourrait même en citer qui ont publié de gros volumes avant d'avoir acquis cette expérience : il n'a pu nécessairement s'agir en pareils cas que de compilations ou de pures théories. Jetez un coup d'œil sur nos bibliothèques contemporaines, et vous reconnaîtrez que la production d'ouvrages didactiques se continue avec activité dans notre pays ainsi qu'à l'étranger, vous remarquerez tout particulièrement les beaux traités de Neisser et Jadassohn, de Lesser, du regretté Jarisch, de Radcliffe Crocker, de Hutchinson, de Hyde, d'Unna, de Mrazek : j'en passe, et des meilleurs.

Fondation de sociétés spéciales et de congrès internationaux. — Comme instruments puissants de publicité, et aussi de production, il faut placer au premier rang la fondation, depuis quatorze ans, de sociétés spéciales de dermatologie et de syphiligraphie dans presque tous les centres d'études : après celles de Vienne et de Londres qui, si je ne fais erreur, ont été les premières en date, nous mentionnerons celles de France, de Berlin, de Buda-Pesth, de Moscou, de Saint-Pétersbourg, de Kiew, d'Italie, des Etats-Unis : on peut dire que la création de ces sociétés a grandement favorisé l'étude de la dermatologie en faisant incessamment appel à la production originale de leurs membres, en les incitant à étudier à fond et à faire connaître tous les faits nouveaux ou intéressants qui se présentent à leur observation, en en faisant ressortir la valeur par la discussion ; elles enrichissent ainsi incessamment les annales de notre science et méritent une place prépondérante dans son histoire.

Au lieu de deux ou trois mémoires originaux par année, tout dermatologue pourvu d'un service se trouve amené ainsi à publier, dans chaque réunion de la société dont il fait partie, un ou plusieurs faits dignes d'attirer l'attention. Si vous voulez prendre une idée de la somme énorme de travail utile qui en résulte, consultez les bulletins de notre Société française de dermatologie et de syphiligraphie : vous y trouverez, *grosso modo*, depuis treize ans, 2500 publications dont la grande majorité ont leur part d'originalité, si bien que l'on peut en dire : *sint ponderanda simul ac numeranda.* Quel contraste avec ce qui se passait autrefois !

Cet immense progrès a son retentissement sur les publications périodiques : c'est ainsi que nos Annales ont passé de 500 à 1200 pages et leur volume serait encore plus considérable si, comme il serait désirable, le nombre de nos séances était dédoublé et même quadruplé ; il en sera de la sorte à partir du jour où les bienfaits d'une âme généreuse nous permettront d'en supporter les frais.

La création des sociétés spéciales a eu un autre avantage : avec les congrès dont la France a eu l'honneur de prendre l'initiave en 1899, elles ont puissamment contribué à faire de la dermatologie une science cosmopolite et à créer entre ceux qui l'étudient des relations d'affection et d'estime réciproque. Nous avons tous présent à l'esprit l'accueil si cordial et chaleureux que nous avons reçu successivement à Vienne, à Buda-Pesth, à Londres, à Copenhague, à Rome, à Naples, à Moscou, à Saint-Pétersbourg, à Varsovie, à Kiew, à Berlin, à Bruxelles sous la présidence des bien vivement regrettés Kaposi et Schwimmer, de Haslund, de Hutchinson, de Campana, de De Amicis, de Pospelow, de Tarnowski, de Thomachewsky, de Wadrachewsky, de Lesser, de Dubois Havenith ; nous devrions, pour être juste, ajouter à cette énumération tous les membres des comités d'organisation de ces congrès : nous ne pouvons, *loco deficiente*, les remercier qu'en bloc.

Nous ne doutons pas que nous ne devions retrouver bientôt ce même accueil à Madrid et plus tard à Athènes, dont nous voyons si souvent dans nos services des représentants distingués, à Constantinople sous la direction de notre éminent collègue et ami Zambaco pacha, en Amérique, et aussi, comme nous y avons été invités déjà en 1900, au Japon que le transsibérien a rendu accessible.

Tous ceux qui travaillent se trouvent appelés à faire partie à titre de membres correspondants ou honoraires de la plupart de ces sociétés spéciales. Nous sommes ainsi au courant de tout ce qui se produit d'intéressant dans toutes les parties de notre monde dermatologique.

Musee. — Je vous ai cité, Messieurs, comme un bel instrument de progrès, l'exécution de moulages coloriés : c'est encore notre école française qui en a pris l'initiative ; notre ancien collègue Lailler a rendu le plus grand service à notre science en découvrant Baretta et en créant le merveilleux musée de moulages que nous devons tout entier à ce grand artiste, avec l'appui toujours bienveillant et efficace de l'administration de l'Assistance publique et du conseil municipal ; permettez-moi, Messieurs, à cette occasion, de m'acquitter, comme médecin de Saint-Louis, d'une dette de reconnaissance envers M. le conseiller Faillet, qui, depuis plus de quinze ans, nous a constamment prêté son concours le plus dévoué et éclairé ; nous lui devons, en bonne partie, les fondations utiles qui ont été faites depuis cette époque dans notre hôpital : tout récemment encore, il a énergiquement défendu devant le conseil municipal un projet de construction pour les lépreux d'un pavillon spécial qui sera d'une grande utilité pour ces malades et pour les autres et il est également tout prêt à demander les fonds nécessaires pour la création du musée de photographie qui serait le complément nécessaire du musée Baretta : son nom devra donc être inscrit au premier rang parmi ceux des grands bienfaiteurs de cet hôpital.

Admirez, Messieurs, dans ce musée Baretta, la merveilleuse fidélité avec laquelle y sont représentés tous les types et les variétés des affections de la peau ainsi que des muqueuses accessibles à la vue et au toucher ; depuis quelques années, des productions de même nature sont faites en Russie et en Allemagne, mais, nous avons une belle avance et, aussi longtemps que nous posséderons notre Baretta, nous

aurons une sûre garantie d'enrichissement constant de notre admirable collection.

Bibliothèque Feulard. — La création par le profondément regretté Feulard de notre belle bibliothèque dermatologique est encore un instrument de progrès d'une importance capitale.

Nouveaux centres dermatologiques. — Notre hôpital Saint-Louis reste toujours notre principal centre d'enseignement et de production dermatologiques; les médecins et les étudiants y trouvent, soit dans nos consultations toujours si abondamment pourvues, et si bien dirigées avec l'assistance de MM. Gastou, Emery, Edmond Fournier, Baudouin, M. Sée, soit dans les leçons de nos éminents et affectionnés collègues du Castel, Danlos, Balzer et de Beurmann, (je ne parle que de l'enseignement libre); mais il s'est créé, pour nos études spéciales, nombre de nouveaux centres à Paris et dans les départements : qu'il me suffise de citer les services de MM. Brocq, Jeanselme, Darier, Morel-Lavallée, Thibierge, Jacquet, ainsi que l'établissement de M. Leredde à Paris, les cliniques de Leloir et de MM. Gailleton, Augagneur, Dubreuilh, Audry, Etienne, Charmeil, Brousse Raymond, Perrin Carle, Bureau, Arnozan, Legrain, Raynaud, Brault en province. On peut apprécier, dans nos Annales, la part considérable que prennent ces éminents collègues aux progrès de la dermatologie.

Les syphiligraphes ont travaillé comme eux, dans les mêmes conditions, et participé aux mêmes progrès.

Nous devons à cet égard une mention toute particulière à l'*École lyonnaise* qui, principalement avec Rollet, Diday, Aubert, Viennois, Horand, a jeté un si vif éclat; la découverte du chancre mixte y est venue compléter celle de Bassereau; ces maîtres ont droit à une place cosidérable dans l'histoire de la syphilis à côté des Cullerier, de Ricord, de Fournier et de Mauriac.

Nous nous permettrons de rattacher à cette école notre éminent collègue et ami Jullien qui, avant d'être devenu Parisien, a fait, dans la seconde ville de France, ses débuts dans la carrière; je ne saurais trop vous recommander la lecture de ses beaux livres sur la syphilis et la blennorragie.

Nos autres collègues chargés de services spéciaux dans les hôpitaux parisiens, et particulièrement MM. Wickam, Renault, Barthélemy, le Pileur, Queyrat, enrichissent de même les bulletins de notre société d'importantes publications.

Progrès en dermatologie. — *A. Découvertes de nouvelles espèces et variétés morbides.* — La somme énorme de travail qui a été dépensée pendant le cours du XIXe siècle, et surtout pendant ces quinze dernières années, dans tout le monde dermatologique, n'a pas été infructueuse : en premier lieu, et c'est là le fait capital, de nouvelles espèces morbides ont été distinguées et décrites. Nous rappellerons que l'on doit à Bateman celle de l'*herpes iris* et du *molluscum contagiosum;* à James Paget, celle de l'*altération du mamelon qui porte son nom;* à Alibert, celle du *mycosis fongoïde*; à Cazenave, celle du *lupus érythémateux;* à Gibert, celle du *pityriasis rosé*; à Tilbury Fox, celle de la *trichorrhexis nodosa*, de l'*urticaire pigmentée* sous le nom de *xantelasmoides* et, sous celui d'*hydroa herpétiforme*, celle de la *dermatite herpétiforme* qui a été depuis lors si bien étudiée par Duhring et Brocq; à Hutchinson, celle de la *balanite persistante*, du *lichen plan des muqueuses*, de l'*herpes zoster et de l'épithéliome d'origine arsénicale*, du *bromisme bulleux*, du *lentigo sénile*, du *lupus marginé*, de l'*angiome infectieux*, du *cheiro-pempholyx* (*dishidrose* de Tilbury Fox); à O'Reilly celle de l'*iodisme bulleux*; à Addison, celle de la *morphée* qu'il dénommait *chéloïde;* à Stokes, Hutchinson et Radcliffe Crocker, celle de *différentes formes de dermatites gangréneuses des enfants*; à Brooke, celle de la *kératose folliculaire contagieuse* et de l'*épithéliome adénoïde cystique*; à Jacob, celle de l'*ulcus rodens;* à Daniels, celle du *granulome inguinal des tropiques;* à Cock, celle de l'*altération folliculaire du cuir chevelu;* à Malcolm Morris et Cheadle, celle de la *teigne noueuse*; à Malcolm Morris, celle du *xanthome des diabétiques;* à Smith, celle de la *monilithrix;* à Radcliffe Crocker, celle du *granulome annulaire*, de l'*acné rosacée acuminée*, de l'*acné cornée*, de la *dermatitis repens*; à Vidal, celle du *lichen circonscrit* et du *lupus scléreux* qui a été peu après étudié par Riehl et Paltauf sous le nom de *lupus verruqueux*; à Neumann, celle du *pemphigus végétant*; à Israel, celle de l'actinomycose; à Buschke et Gilchrist de la *blasto-mycose* qui a depuis lors fait l'objet de si importantes recherches de Hyde et de Montgommery; à Besnier, celle de la *kératodermis sudoripare plantaire et palmaire*; à Pollitzer, celle de l'*akanthosis nigricans*; à Montoya, celle des *caratés*; à Burchardt et Bearensprung, celle de l'*érythrasma;* à Hebra, celles de son *prurigo* et de l'*impetigo herpétiforme*; à Devergie, Richaud et Besnier, celle du *pityriasis rubra pilaire*; à Erasmus Wilson, celle du *lichen plan*, du *milium congénital en plaques* et du *trichorrexis nodosa*; à Kaposi, celle du *xeroderma pigmentosum* et de la *lymphodermie pernicieuse*; à Maurice Raynaud, celle de l'*asphyxie locale des extrémités*; à Recklinghausen, celle de la *neuro-fibromatose*; à Bazin celles de l'*érythème induré* et de l'*hydroa vacciniforme.* Il faut y ajouter, comme travaux français accomplis depuis quinze ans, celles de la maladie de Darier que nous avons appelée antérieurement *acné concrète hypertrophique* et à laquelle M. Gaucher a depuis lors donné le nom d'*acné cornée végétante*; celle des *teignes à petites spores*, de l'*acnitis*, des *névrodermites*, de la *balano-postite marginée*, des *acrodermatites continues*, des *érythrodermies prémycosiques*, de la *forme suppurative du pemphigus végétant*, du *lichen plan aigu*, du *lichen plan scléreux*, du *lichen plan en nappes*, d'une *nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face*, de *tuberculides* dont certaines méritent le nom de *toxi-tiberculides*, de la *tricho-tillomanie*, des *périfolliculites agminées d'origine staphilococcique, de l'ostéomalacie du pemphigus foliacé, de diverses formes nouvelles de séborrhéides, des folliculites dépilantes, d'une nouvelle forme de dermatite pustuleuse et pigmentaire végétante, de la forme chronique de l'érythème iris, d'une nouvelle espèce de néoplasie ulcéreuse de la région inguinale, de nouvelles formes d'angio-névroses et de tropho-névroses, des éruptions vésiculeuses et des gangrènes réflexes, d'une nouvelle forme d'altérations nécrotiques et gangréneuses de l'extrémité céphalique et du thorax, d'une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face, des cicatrices post-faviques des membres, de la dermatite vacciniformes des jeunes enfants, de la nature inflammatoire de l'érythème bulleux, des congestions œdémateuses, des nouvelles expressions symptomatiques de la lèpre, de la forme atrophique et végétante du pemphigus iodique, de diverses formes de dystrophies congénitales parmi lesquelles des syphilides héréditaires tardives, de l'angine de poitrine spécifique, des poussées bulleuses récidivantes dans les cicatrices d'ulcères variqueux et autour de vésicatoires anciens, de la forme dystrophique et cicatricielle de la maladie* de Valentin, *des cicatrices de l'urticaire pigmentée, de diverses formes nouvelles d'icthyose para-urticarienne :* il faut y ajouter à l'étranger, les *sarkoïdes* de Bœck, la *maladie de Carrion*, etc.

Je pourrais prolonger cette énumération. A chacune de ces espèces ou variétés correspond, soit un microbe pathogène spécial, soit une toxine d'origine exogène ou endogène, soit un mode de réaction de nature indéterminée, soit un trouble de l'évolution d'origine héréditaire.

Nos jeunes générations d'étudiants ne doivent pas ignorer que, tout au moins en France, notre période contemporaine a été la plus féconde de toutes en productions nouvelles; notre consultation de Saint-Louis est, à cet égard, une mine inépuisable : il suffit de savoir regarder.

B. *Evolution de la conception générale des dermatoses.* — A côté de ces découvertes de faits nouveaux, nous devons

vous signaler les modifications profondes qui sont survenues dans la conception générale des dermatoses : on en trouve l'expression dans les principes sur lesquels on s'est fondé pour les classer dans la plupart des traités récents.

Depuis la naissance de notre science dermatologique, deux systèmes différents ont été à cet égard adoptés par les auteurs qui s'en sont occupés : les uns ont pris pour points de départ les altérations du tégument, d'abord avec Plenck, Willan et Bateman, dans leur apparence macroscopique, puis, plus tard, avec Rayer et Hebra, dans leurs caractères anatomo-pathologiques, plus récemment, suivant la même méthode perfectionnée par les progrès de l'histologie, ont été écrits les ouvrages d'Unna, de Hyde, de Gaucher : pour ce qui est de ce dernier, il préconise la classification étiologique, mais seulement dans sa dernière leçon, alors que la grande majorité de celles qui l'ont précédée ont eu pour sujet des affections caractérisées par des altérations anatomiques.

A l'encontre des précédents, divers auteurs se sont efforcés de classer les maladies de la peau suivant leur nature, leur cause prochaine : tels ont été surtout Alibert, Bazin parmi les anciens ; de nos jours, Tenneson, Neisser, Jadassohn, Dubreuilh ; nous-même, dans notre livre avec M. Leredde, nous sommes attachés à cette méthode d'exposition.

Elle entre également pour une bonne part dans les traités de Hardy, d'Unna et de Jarisch.

On ne peut se dissimuler qu'elle n'est pas encore applicable à toutes les dermatoses en raison de l'incertitude où nous sommes encore relativement à nombre d'entre elles.

C'est dans ces dernières années seulement que cette classification étiologique a pu être établie partiellement sur des bases scientifiques pour les maladies de la peau : il fallait pour cela connaître la prépondérance des parasites et des toxines dans leur genèse ; jusque-là on devait s'en tenir à de pures hypothèses.

Il en a été ainsi particulièrement pour le grand remueur d'idées qui a eu nom Bazin et, par la grande autorité de sa parole, par son remarquable talent d'exposition, par sa foi dans sa doctrine qui avait les caractères d'une religion, ce maître a exercé sur ses contemporains une influence qui n'est pas éteinte, car nous venons d'en percevoir comme un lointain écho dans la leçon inaugurale de M. Gaucher : on aimait entendre Bazin exposer des idées générales et satisfaire ainsi à une de nos plus nobles aspirations, sans se rendre compte suffisamment de leur degré de vérité.

Si l'on considère son œuvre dans son ensemble, on arrive à cette impression que ce qui en survivra comme acquisitions utiles à la science, ce sont des faits concrets, tels que la vulgarisation de la nature parasitaire des teignes et de la gale, les descriptions morbides si remarquables par leur précision et la découverte des dermatoses nouvelles qu'il a fait connaître sous les noms d'*érythème induré* et d'*hydroa vacciniforme*. Par contre, ses vues de pathologie générale, bien qu'il ait réussi à les faire adopter par plusieurs générations de médecins, ne peuvent plus aujourd'hui être défendues. Choses ingulière, elles ont encore nombre d'admirateurs et, si je ne me trompe, elles ne comptent plus que bien peu de partisans dans l'acception réelle de ce mot.

Quelqu'un, par exemple, est-il d'accord avec lui pour considérer la maladie comme « un être abstrait », comme « un état accidentel et contre nature de l'homme qui produit et développe un ensemble de désordres organiques et fonctionnels » ? Bazin nous a donné lui-même la preuve que c'est là une conception fausse, car il a été entraîné par elle à formuler, en 1862, dans ses *Leçons sur les affections génériques de la peau* rédigées par M. Baudot (page 20), la proposition suivante : « *La syphilis n'est pas une maladie virulente* » et à considérer, comme conduisant à une conclusion *absurde*, le fait de penser que « *la syphilis se trouve contenue en germe dans le pus virulent du chancre* ». Ne croit-on pas rêver en lisant de pareilles assertions du dermatologue qui, d'après M. Gaucher, serait avec Alibert le plus grand du XIX[e] siècle et par conséquent de toute l'histoire de la pathologie cutanée?

Les découvertes microbiennes nous ont amené à une interprétation toute différente des faits. Nous pouvons dire que l'organisme n'est que dans une partie des cas et passagèrement intéressé dans son ensemble par une maladie infectieuse ; le plus souvent, elle ne l'envahit que partiellement, se localisant en foyers plus ou moins nombreux.

Fréquemment, chez un sujet déterminé, certains tissus seuls offrent un milieu de culture favorable au développement de son contage. Voyez, par exemple, ce qui se passe pour la tuberculose : alors que, chez la plupart des sujets susceptibles de la contracter, le poumon et les ganglions lymphatiques lui offrent plus particulièrement un terrain favorable, les autres organes et surtout la peau restant indemnes, on rencontre au contraire des sujets chez lesquels une partie restreinte du tégument externe lui est seule accessible ; c'est ainsi qu'un de nos malades est atteint, depuis plus de vingt ans, d'une tuberculose profonde et très étendue de l'un des membres inférieurs, alors qu'il n'existe chez lui, contrairement à la loi de Louis, aucun signe d'altération viscérale et que son état de santé générale est satisfaisant ; de même, dans la syphilis, après ou même pendant les poussées secondaires, survient une période dans laquelle il n'y a plus qu'un nombre restreint de foyers isolés, toutes les autres parties de l'organisme se comportant comme chez un sujet sain, sauf l'immunité vacciniforme contre une nouvelle atteinte : la maladie peut-elle alors être qualifiée *totius substantiæ*?

Une autre conception de Bazin a pesé lourdement sur les idées médicales de beaucoup de ses contemporains ; assimilant, bien à tort, sous le nom de *maladies constitutionnelles, l'arthritis, l'herpétisme à la syphilis et à la scrofule, qui n'est que la tuberculose, il a considéré comme de véritables maladies des états morbides qui ne sont que de simples prédispositions*, et il leur a rattaché la plupart des dermatoses. Cette erreur capitale de pathologie générale aurait dû être évitée avant l'intervention des idées microbiennes, car il y a des différences radicales entre les maladies infectieuses et ces prédispositions.

Bazin, et ceux qui l'ont entendu, je suis du nombre, se souviennent de quel ton magistral il disait en voyant tel eczéma, tel lichen, tel proriasis : « ceci, c'est de l'herpétisme, ceci, c'est de l'arthritisme ; cela, c'est de la scrofule, et le traitement s'en suivait systématiquement, arsenic dans le premier cas, alcalins dans le second, iode dans le troisième. Je ne crains pas de dire que ces doctrines sont mortes ; parcourez les bulletins de notre Société de dermatologie et des sociétés étrangères et cherchez combien de fois, depuis leur fondation, il y est question d'arthritisme ou d'herpétisme ! seul, M. Gaucher, dans plusieurs publications, invoque l'autorité de Bazin pour mettre en relief l'importance des auto-intoxications et, pour lui, comme pour son maître M. Bouchard, l'arthritisme, qu'ils réunissent à l'herpétisme, est l'ensemble des troubles morbides auxquels donne lieu le retard de la nutrition.

Nous avouons que cette conception nous paraît trop simpliste : il est incontestable, et nous nous sommes maintes fois attaché à le démontrer, que le mode de fonctionnement et de constitution de nos tissus joue un rôle important dans la genèse de nos dermatoses, soit en transformant ces tissus en un milieu de culture favorable au développement des parasites pathogènes, soit en engendrant indirectement, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs ou trophiques, des altérations cutanées ; cette influence du terrain est souvent

prépondérante en ce qui concerne la genèse et la localisation des dermatoses.

Il en est ainsi même pour les maladies qui semblent se développer chez tous les sujets soumis pour la première fois à l'influence de leur contage, telle par exemple, la syphilis : pourquoi le même agent pathogène produit-il, chez les différents sujets, des altérations aussi diverses dans leurs localisations, dans leur forme, dans leur gravité? Pourquoi parfois cette maladie mérite-t-elle la qualification des *maligne précoce*, chez des sujets qui n'ont, en apparence, aucune tare constitutionnelle? Pourquoi certains tissus tels que ceux des os et des centres nerveux, sont-ils chez certains malades, le siège exclusif des manifestations tardives de cette infection? Pourquoi tel individu offre-t-il un terrain favorable au développement du psoriasis, un autre à celui du lichen, un autre à celui de l'eczéma ou du pityriasis rosé?

Mais nous sommes, à de rares exceptions près, dans une ignorance absolue relativement à la nature de ces conditions prédisposantes : dans l'hypothèse de la nutrition retardante, il faudrait admettre, sous l'influence de cette seule condition, la genèse de toxines différentes pour chacune de ces maladies : ce n'est là qu'une pure hypothèse.

Nous avons bon espoir que la chimie pourra ultérieurement arriver peu à peu à élucider ces problèmes, mais tout est à faire dans cette direction et ce n'est pas en essayant de rajeunir, avec M. Gaucher, l'arthritisme de Bazin que l'on y parviendra.

Nous reprocherons encore à Bazin d'avoir confondu, sous le nom d'*affections*, des symptômes et des maladies et abouti ainsi à la confusion la plus regrettable : relisez par exemple les leçons qu'il a consacrées au pemphigus; vous y verrez réunies sous le même nom les éruptions bulleuses par brûlure et par vésication celles des fièvres, de la syphilis, de la lèpre, en y ajoutant naturellement les pemphigus de l'arthritis et de l'herpétisme; de même, il fait rentrer dans le lichen les éruptions papuleuses provoquées par certaines pommades, celles de l'iodisme, de la gale, de la tricophytie, à côté des lichens scrofuleux, arthritique et syphilitique; nous pourrions multiplier ces exemples; c'est un des grands mérites de Besnier d'avoir démontré combien cette nomenclature était défectueuse et d'avoir fait tous ses efforts pour distinguer dans ce chaos un certain nombre de types, d'espèces morbides constituant des maladies dans toute la force de ce terme; telles sont celles que nous avons énumérées précédemment en si grand nombre.

Loin de moi, Messieurs, l'idée de manquer de respect envers la mémoire du grand clinicien qu'a été Bazin, mais ses livres, tout de polémique, appellent la discussion que l'on a généralement omise jusqu'ici et je crois avoir fait une œuvre utile en montrant quelles graves critiques l'on est en droit d'opposer à ses doctrines fondamentales et à son enseignement, je ne puis donc souscrire à la manière de voir qu'a exprimée M. Gaucher en disant : « *Bazin a édifié un monument dont les assises persistent dans toute leur grandeur; aucun pays étranger n'a d'homme à mettre en parallèle avec lui.* »

J'ai essayé, Messieurs, de vous esquisser, impartialement, dans ses grandes lignes, un tableau d'ensemble des conquêtes qui ont été réalisées en dermatologie pendant le siècle qui vient de s'écouler et de vous en indiquer les facteurs; vous avez pu voir que notre science est en évolution certaine de progrès, aussi bien au point de vue de l'observation clinique que de la philosophie médicale.

Dans nos réunions ultérieures, je m'efforcerai, comme je l'ai fait jusqu'ici, de *déterminer les espèces morbides que nous aurons sous les yeux, de distinguer celles qui n'auront pas encore été décrites, de chercher à en reconnaître par tous les moyens d'investigation la nature et la cause prochaine et d'arriver ainsi, dans la mesure du possible, à une thérapeutique basée sur des notions scientifiques en même temps que sur l'expérience* : c'est dire que j'aurai constamment pour but de mettre en pratique les idées que je viens d'avoir l'honneur d'exposer devant vous.

FORMULAIRE

Traitement de la cholélithiase en dehors de l'accès de colique hépatique, par M. L. KNAPP (1).

Pour favoriser l'expulsion des concrétions biliaires :

Calomel à la vapeur..........		0g50 centigr.
Podophyllin.............	àâ	0g25 —
Evonymine..............	àâ	
Extrait de belladone.........		0g15 —
Poudre de réglisse...........		Q. s.

Pour dix pilules.

A prendre : une pilule chaque soir.

Au bout de cinq jours, on laisse reposer le malade pendant quelque temps, puis on lui fait prendre les cinq pilules restantes, toujours à la dose d'une par jour. Au besoin on répète ce traitement, une ou deux fois, à des intervalles de deux semaines.

En cas d'ictère par angiocholite ou cholécystite :

Fiel de bœuf desséché.......		10 grammes.
Gomme adragante.......	àâ	1g50 centigr.
Extrait de gentiane......	àâ	
Extrait de belladone.........		0g20 —
Eau distillée................		Q. s.

Pour cent pilules.

A prendre : cinq pilules avant chacun des deux principaux repas.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — NOTES OBTENUES. — *Pathologie.* — Séance du 22 janvier 1903 : MM. Claude, 12; Fabre (Joseph), 12; Lafosse, 10; Dubois, 9; Guibert, 9; Le Louët, 9; Le Martel, 9.

Assistance médicale à domicile. — Un concours pour la nomination aux places de médecin de l'Assistance médicale à domicile sera ouvert le lundi 18 mai 1903, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique (bureau du service de santé), de midi à trois heures, du lundi 16 mars au samedi 18 avril inclusivement.

Guerre. — Par arrêté ministériel, en date du 22 janvier 1903, M. Carayon a été nommé dans le corps de santé des troupes coloniales à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire, et désigné pour l'Indo-Chine.

Marine. — M. le médecin de première classe Laurent, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur le croiseur-cuirassé le *Sully*.

M. le médecin de première classe Audibert est désigné pour embarquer sur le *Linois* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Audiat.

Excellent poste médical à prendre de suite dans l'Allier. S'adresser : Jules Roll, à Cornant par Egriselles-le-Bocage (Yonne).

(1) *Prager med. Woch.*, 4 sept. 1902, et *Bull. méd*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 11. — MARDI 27 JANVIER 1903. 76e ANNÉE. MARDI 27 JANVIER 1903. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. -- 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE EN PLAQUES

D'après M. G. Madelaine (1).

Entrevue par Bader dès la fin du XVIIIe siècle, la méningite tuberculeuse en plaques a été surtout étudiée depuis 1850 : les observations de Jaccoud, Quinquaud, Joffroy et Lepiez, Rodier, Grandier, les thèses de Rendu et Landouzy, les cas de Dreyfus, Gouguenheim et Mesnard, Barth, Barié et du Castel, Ballet attirent l'attention sur cette forme particulière de tuberculose méningée que M. Chantemesse décrit dans sa thèse. Dans ce travail, qui fait véritablement époque, M. Chantemesse réunit toutes les observations publiées avant lui et divise la méningite en plaques en deux formes principales, formes primitives et formes secondaires. Au point de vue anatomo-pathologique, il insiste sur la prédilection de cette forme pour la convexité, fait qui explique la fréquence des symptômes d'ordre rolandique; épilepsie partielle, délire, paralysies localisées, et, au contraire, la rareté des vomissements et des modifications du pouls. Il montre l'envahissement de la zone corticale, envahissement parfois si considérable qu'il mériterait de faire donner à la maladie le nom d'encéphalo-méningite. Il étudie méthodiquement les symptômes et l'évolution, le pronostic et le diagnostic de la méningite en plaques. Depuis cet important travail, il faut surtout citer les observations de Bouygues, Maubrac, Vivant, Juvigny, Morel, Sornas, Lyonnel-Meloir, Souques et J.-B. Charcot, J.-B. Charcot et Brouardel, de Landel, les monographies de Wallentroff et Monnier, les recherches de Péron sur la tuberculose des méninges, la thèse de M. Sicard sur les injections sous-arachnoïdiennes, le mémoire de Combe, les leçons de M. Raymond. La méningite en plaques est dès lors bien connue; sa description prend place dans les traités classiques.

L'*étiologie* de cette affection a été fort bien exposée par M. Combe. C'est une maladie rare, beaucoup plus rare que les autres formes de tuberculose méningée; elle frappe surtout les adultes de vingt-deux à quarante-cinq ans, cependant on en a signalé quelques cas chez les enfants. Le sexe ne paraît pas jouer un grand rôle ; cependant, la méningite en plaques frappe peut-être le sexe masculin un peu plus fréquemment que le féminin.

En ce qui concerne les causes déterminantes de la maladie, M. Chantemesse distingue les méningites en plaques en *primitives*, qui surviennent chez des sujets sains, et en *secondaires*, ne s'observant que des chez tuberculeux avérés et qui « ont ceci de particulier que leur diagnostic est posé moins encore par l'examen des symptômes qu'elles commandent directement que par l'auscultation attentive du sujet qui les porte ». Cette division est critiquée par MM. Combe et Madelaine pour qui toutes les méningites tuberculeuses sont secondaires, car, à l'autopsie du malade, on trouve toujours des lésions tuberculeuses, viscérales ou autres. Et M. Madelaine fait justement remarquer que, dans les observations mêmes que M. Chantemesse donne comme étant des types de méningites primitives, on relève à l'autopsie l'existence de lésions tuberculeuses des principaux viscères : poumons, reins, vessie, etc., aussi peut-on dire que, si quelques méningites en plaques sont cliniquement primitives, toutes sont anatomiquement secondaires.

Les foyers primitifs sont des plus variés. Le plus souvent, il s'agit de tuberculose pulmonaire banale; souvent aussi, particulièrement chez les enfants, c'est des ganglions du médiastin que part la colonie tuberculeuse qui va proliférer au niveau de la pie-mère. Quoi qu'il en soit, l'affection se développe chez des malades que frappe l'hérédité névropathique ou tuberculeuse, chez des intoxiqués ou encore des individus ayant subi des traumatismes cérébraux. Ces divers facteurs étiologiques ont certainement une influence, mais ils peuvent parfaitement manquer : il convient donc de ne pas s'en exagérer la valeur.

Ces diverses conditions étiologiques étant rappelées, comment se fait-il que, de deux malades porteurs de lésions pulmonaires analogues, l'un fera de la méningite tuberculeuse banale, l'autre de la méningite en plaques?

La solution clinique de cette question n'a pas encore été donnée, et ce n'est que par l'expérimentation que l'on est arrivé à élucider un peu la pathogénie de la méningite en plaque. De recherches fort bien conduites, M. Sicard conclut que la méningite en plaques est le produit d'une infection par la voie arachnoïdienne, par la voie du liquide céphalo-rachidien, et que le bacille de Koch, ou sa toxine, est capable de provoquer à lui seul toutes les lésions observées, granulations et exsudats.

L'*anatomie pathologique* de la méningite en plaques pré-

(1) Th. de Paris, 1902. — J. Rousset, édit.

sente encore, surtout au point de vue histologique, de nombreuses obscurités, mais, même anatomiquement, on n'est pas encore absolument fixé sur la place qu'il convient de lui faire parmi les diverses formes de tuberculose méningée.

On sait, à ce sujet, que la tuberculose des méninges peut affecter des formes différentes qui sont : 1° la *méningite tuberculeuse banale*, qui résulte, selon la formule d'Archambault, de l'association de lésions inflammatoires banales aux lésions tuberculeuses spécifiques ; 2° la *granulie méningée*, qui ne présente que des lésions tuberculeuses, granulations grises, sans phénomènes inflammatoires bien nets; 3° les *tubercules méningés*, dont l'histoire se confond avec celle des tumeurs cérébrales.

La méningite en plaques a été tantôt rattachée à cette dernière forme : c'est ainsi que M. Raymond la définit un tubercule étalé, et tantôt considérée comme une variété particulière de tuberculose méningée, variété possédant son autonomie anatomique et clinique.

Quoi qu'il en soit, la méningite en plaques se localise habituellement à la convexité du cerveau, et particulièrement dans la zone psycho-motrice, premier caractère extrêmement important et sur lequel insistent justement tous les auteurs. Les lésions occupent en effet, suivant les cas, les circonvolutions frontale et pariétale ascendante, le lobule paracentral, ou même tout l'ensemble des circonvolutions psycho-motrices. Elles sont, le plus souvent, unilatérales, rarement symétriques. Quant à leur aspect, il est des plus variables, mais on peut, avec M. Madelaine, le rattacher à l'une des formes suivantes : tantôt la plaque est formée par des granulations grises confluentes, agglomérées les unes contre les autres, tantôt elle ressemble à une fausse membrane jaunâtre, à une infiltration purulente localisée, c'est-à-dire que, dans ce cas, il s'agit d'infiltration jaune, de caséification déjà étendue de tubercules jaunes ; enfin, dans quelques cas exceptionnels, la plaque ne présente plus ni granulations, ni caséification, mais une structure fibreuse sur toute son étendue : c'est ainsi que M. Letulle a observé une plaque scléreuse de méningite chronique, formée de tubercules fibreux anciens : M. Barth cite un cas analogue, les différents aspects de la plaque correspondent évidemment aux phases successives de la néoformation bacillaire qui, au niveau des méninges comme ailleurs, passe successivement par les phases de granulations grises, de tubercule jaune, et, exceptionnellement, de tubercule fibreux.

Une question intéressante et qui est loin d'être encore résolue, est celle des lésions cérébrales sous-jacentes. Le plus souvent, la plaque adhère intimement à l'écorce. Celle-ci présente des lésions variables : ramollissement cérébral, encéphalite tuberculeuse, etc.

Au point de vue histologique, la plaque peut être divisée en trois couches (Combe) : une supérieure fibrillaire, une moyenne constituée par du tissu lâche, alvéolaire, une profonde, adhérant à la substance grise et constituée par du tissu jaune en voie de prolifération. Quant aux lésions cérébrales, elles sont discutées : ischémie (Combe), encéphalite subaiguë (Chantemesse), etc.

S'il est vrai que, le plus souvent, la méningite en plaques se localise à une seule zone psycho-motrice, il est facile de prévoir quelle en sera sa *symptomatologie* : elle se caractérise en effet par l'existence de certains signes en rapport avec sa localisation : convulsions, contractures, paralysie et par l'absence des signes habituels de la méningite basilaire : vomissements, modifications du pouls, tendance à la syncope.

Les troubles moteurs, convulsions, contractures, paralysies traduisent tous l'atteinte des centres rolandiques. Les convulsions peuvent être généralisées ou localisées ; les premières ne sont guère notées que par MM. Joffroy et Lepiez et par M. Raymond, les secondes sont très fréquentes au contraire; tantôt elles frappent un des membres inférieurs, tantôt un des membres supérieurs, ou même la face; elles s'accompagnent de troubles sensitifs ou psychiques variés; elle peuvent aussi être remplacées par leurs équivalents habituels. Les paralysies affectent presque toujours la forme mono ou hémiplégique ; elles succèdent souvent à une ou plusieurs crises d'épilepsie bravais-jacksonienne ; d'autres fois, elles sont précédées de troubles divers de la sensibilité. Leur évolution est assez variable; parfois elles disparaissent, puis reviennent pour disparaître encore ; d'autres fois, elles s'installent définitivement et elles finissent toujours, alors, par s'accompagner d'exagération des réflexes. Fait important sur lequel insiste Combe : ces paralysies ne sont presque jamais absolues; elles consistent bien plus en parésies qu'en paralysies vraies. Enfin les contractures sont précoces ou tardives. Précoces, elles traduisent simplement l'irritation de l'écorce; tardives, elles révèlent le plus souvent la dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal et se traduisent alors par les signes habituels : exagération des réflexes tendineux, trépidation spinale, rotulienne, etc.

Il est difficile de donner une description d'ensemble des troubles sensitifs. Nombre d'auteurs signalent l'existence de douleurs très vives au niveau de la plaque méningée ou dans son voisinage. D'autres fois, les troubles de la sensibilité subjective siègent au niveau des membres atteints par la paralysie motrice. Quant aux troubles de la sensibilité objective, ils sont très variables, parfois très accusés, d'autres fois peu intenses et réduits à leur minimum. Les organes des sens ne sont que rarement atteints ; cependant quelques auteurs signalent des troubles oculaires intéressants.

Les troubles psychiques le plus souvent notés sont l'aphasie, le délire et les troubles intellectuels, et enfin le coma. L'aphasie est tantôt incomplète (Quinquaud), tantôt complète et persistante ; elle peut être le premier symptôme de la maladie, comme dans un cas de M. Balzer, d'habitude, elle est purement motrice; d'autres fois, elle se double de surdité verbale. Les troubles intellectuels et le délire sont notés dans plusieurs observations, et en particulier dans l'observation XXIV de M. Chantemesse. Ces troubles, qui se compliquent souvent d'embarras de la parole, sont loin d'être constants, et M. Chantemesse a pu dire qu'un des caractères de la méningite en plaques, c'est que le délire fait défaut dans la majorité des cas. Ils aboutissent généralement au coma.

Nous n'insisterons pas sur les troubles trophiques et vasomoteurs, qui sont rares et peu marqués, ni sur les réactions électriques, qui sont encore mal connues. Parmi les signes viscéraux, il faut noter que le vomissement, si fréquent dans la méningite banale, manque le plus souvent dans la méningite en plaques. Le pouls ne présente aucune modification ; quant à la fièvre, elle est absolument inconstante, et son absence jusqu'aux derniers moments de la vie est notée dans nombre d'observations.

L'*évolution* de la maladie est assez variable. Cependant, dans la plupart des cas, elle débute par une période d'in-

vasion, que caractérisent presque uniquement des convulsions, des paralysies et des contractures. Une fois cette période écoulée, la maladie va procéder par secousses, *par bonds* (Combe). A la période d'état, qui survient très rapidement, ce sont encore des troubles moteurs qui dominent et particulièrement les paralysies. La période terminale apparaît au bout d'un temps assez court, la mort est la terminaison fatale de la maladie. Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on a décrit des formes *délirante*, *hémiplégique*, *apoplectique*, *épileptique*, *paralysante*. La *durée* de l'affection est assez mal connue. Quant au *pronostic*, fatal en lui-même, il est un peu atténué par la localisation des accidents et la possibilité d'une intervention chirurgicale heureuse.

Le *diagnostic* est souvent difficile : on a voulu attribuer une certaine valeur aux résultats de la ponction lombaire et faire de la polynucléose un signe pathognomonique de la méningite en plaques. En réalité, cette polynucléose n'a pas la valeur que lui prête M. Lewkowicz, puisqu'elle peut manquer dans certains cas typiques de méningite en plaques et que, inversement, on peut l'observer en dehors de cette affection. Il est plus intéressant, au point de vue pratique, de savoir que la méningite en plaques peut et doit s'opérer, si le diagnostic de localisation a été bien fait : le *traitement* chirurgical est en effet susceptible, comme le montrent des observations déjà nombreuses, de procurer des améliorations inespérées et même, quelquefois, une survie de plusieurs mois ou de plusieurs années. L. B.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(23 JANVIER 1903)

Par ordre de présentation, citons d'abord la communication faite par M. Claude, en son nom et au nom de M. Dalché : **Sur les hémorragies et les ulcérations de la peau et des muqueuses dans l'urémie.** Les auteurs ont eu l'occasion d'observer à la fin de la néphrite interstitielle, tout à fait dans les dernières semaines, des hémorragies et des ulcérations de la peau et des muqueuses buccale et linguale. Les hémorragies se produisirent dans la bouche d'abord, à la face interne des joues, en regard des dernières grosses molaires; bientôt survinrent à ces places des ulcérations qui s'agrandirent peu à peu et se recouvrirent d'un exsudat diphtéroïde donnant naissance à un suintement sanguin continu. A l'examen histologique, on put remarquer que le tissu qui constituait le fond des ulcérations était profondément nécrosé. A la périphérie des parties malades, il n'existait pas de signes réactionnels bien nets. Il est probable que les hémorragies, qui en réalité sont dans ce cas le fait initial, se produisirent par rupture des petits vaisseaux du derme, se firent jour en dehors par suite de la nécrose des tissus sous-jacents et s'agrandirent peu à peu par suite de l'action irritante des poisons urémiques éliminés avec le sang qui suintait à sa surface.

Vient ensuite l'étude clinique et bactériologique de M. Simonin sur les **angines banales des rougeoleux adultes.** En voici le résumé communiqué par l'auteur lui-même :

« La rougeole de l'adulte se complique parfois d'angines dites banales. Je les ai rencontrées 45 fois sur un total de 531 rougeoleux observés, soit une proportion de 8,47 p. 100.

Rares pendant les prodromes et la période éruptive, elles se montrent, de préférence, après la chute de la température qui suit la fin de l'exanthème. Polymorphes d'aspect, elles frappent plus volontiers, cependant, les amygdales et le tissu cellulaire du voisinage, s'affirmant par la tuméfaction, du catarrhe cryptique, muqueux ou pultacé, des pseudo-membranes, des phlegmons généralement circonscrits; l'angine rouge diffuse est plus rare.

Presque constamment bénignes et de courte durée, les angines des rougeoleux peuvent toutefois se compliquer d'accidents inflammatoires du côté des séreuses articulaires, des synoviales tendineuses, de l'endocarde ou du myocarde.

Le streptocoque, sous ses aspects morphologiques variés, pur ou associé à diverses bactéries d'origine saprophytique; le staphylocoque pyogène, dépourvu de sa fonction chromogène, sont les agents microbiens les plus souvent rencontrés : le staphylocoque doré, le pneumocoque, le colibacille ne font preuve de virulence que d'une façon exceptionnelle.

La possibilité et la gravité éventuelle de ces manifestations angineuses imposent l'obligation de poursuivre avec un soin méticuleux, comme on le fait pour la scarlatine, la désinfection de la gorge des rougeoleux, afin de prévenir les accidents pharyngés, épisodes inconstants de la convalescence. »

MM. A. Renault et Roussy rapportent un nouveau cas de **phlébite syphilitique** chez un homme de vingt-neuf ans, entré à l'hôpital Cochin le 17 octobre 1902. Les détails intimes de l'observation seraient trop longs à exposer ici; disons seulement que, dans ce fait, on retrouve tous les caractères que les auteurs ont attribués à la phlébite syphilitique, c'est-à-dire localisation habituelle aux veines superficielles, multiplicité des lésions, *œdème minime*, élévation peu marquée de la température dans les premiers jours, enfin, marche spéciale de la phlegmasie à allure d'abord subaiguë, arrivant à la modalité froide. Seule, dans ce cas, l'inaction apparente de la médication spécifique a été en contradiction avec le diagnostic de MM. Renault et Roussy. Malgré une dose quotidienne de 20 centigrammes de proto-iodure de mercure poussée jusqu'à salivation et jointe à 2 grammes d'iodure de potassium, il n'y a pas eu de modification très apparente du processus.

Voici maintenant un extrait de la curieuse communication de MM. Labadie-Lagrave et Rollin sur le **traitement des gommes syphilitiques par les injections locales d'iodure de potassium.** C'est à la suite du travail publié il y a peu de temps par M. Bouchard, et ayant trait à l'influence nettement favorable des injections locales d'iodure de potassium dans certains cas de névrites chez d'anciens syphilitiques, que les deux auteurs ont eu l'idée d'appliquer leur méthode à la cure des gommes ulcérées ou non. Deux malades furent soumis à cette thérapeutique.

Le premier malade présentait une gomme ulcérée au niveau de la région lombaire du côté gauche; il fut soumis à des injections locales d'iodure de potassium à 3 p. 100, à la dose de 2 centimètres cubes par jour, faites autour de la région malade. Les caractères de l'ulcération se modifièrent; elle devint plus sèche, plus superficielle, elle se rétrécit de la périphérie au centre et finit par se cicatriser complètement après la septième injection locale.

Le deuxième malade portait sur la face dorsale externe du pied gauche une vaste ulcération et le membre inférieur

du même côté était le siège de violentes douleurs névritiques, accompagnées de tremblement spontané. Après une première série de trois injections d'iodure de potassium à la face postérieure de la cuisse, les douleurs avaient disparu ; une autre série de piqûres fut pratiquée et les ulcérations furent rapidement cicatrisées.

Enfin, les auteurs rapportent une troisième observation qui, à leur sens, est plus démonstrative encore que les deux précédentes, car il s'agit d'une volumineuse gomme hérédo-syphilitique, guérie très rapidement par les injections locales d'iodure de potassium.

Dans tous ces cas, c'est un point important à retenir, les auteurs ont employé des doses minimes dont l'action spécifique se limite exclusivement au point malade et qui sont curatives en raison même de cette limitation.

M. Phulpin présente, au nom de M. le docteur Landrieux et au sien, un homme atteint de **scoliose sciatique** dont la déformation est bien plus prononcée qu'elle ne l'est d'habitude. Cette scoliose est, en outre, une scoliose croisée atypique. Le malade, au lieu de laisser reposer la plante du pied sur le sol dans toute son étendue, tient presque toujours, quand il est debout, le talon soulevé de 4 à 5 centimètres, bien qu'il ne présente pas de point douloureux talonnier.

L'élévation du talon dépend surtout de l'ascension du bassin et de la contraction des muscles du flanc. Cette variété d'attitude atypique paraît être, dans ce cas particulier, la conséquence de la position que le malade — qui est matelassier — a dû prendre pendant son travail, qui l'oblige à se tenir presque continuellement accroupi, une jambe fléchie, l'autre à demi étendue.

Dans une autre observation, il s'agissait d'un menuisier, qui avait eu l'énergie de continuer à travailler durant plusieurs mois, malgré la grande intensité de sa sciatique. Pendant son travail, il était arrivé à rendre ses douleurs à peu près tolérables en contractant le flanc et en fléchissant légèrement le genou.

Dans les deux cas, l'attitude anormale a été d'abord un phénomène d'adaptation pour diminuer la douleur. Cette déformation irrégulière, qui a eu d'abord un but précis, paraît avoir été conservée ensuite par le malade à l'état d'habitude pathologique, à laquelle, bien qu'il ne fût pas entaché d'hystérie, le prédisposait son tempérament névropathique.

A citer, enfin, l'observation de M. Galliard sur un cas de guérison d'une **cirrhose atrophique du foie** soumise *in extremis* à l'opothérapie hépatique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(21 janvier 1903)

En matière d'**appendicite**, M. Delbet est opportuniste. Chose curieuse, que nous signale avec raison M. Delbet, alors que la majorité des chirurgiens devient nettement opportuniste, le public extra-médical devient de plus en plus radical, si bien que dans la clientèle de la ville le chirurgien se trouve souvent en présence de grandes difficultés, étant le seul, le plus souvent, qui ne veuille pas d'opération. C'est là un état d'esprit singulier, et cette opinion des gens du monde est des plus fermes, tant il est vrai que l'on n'a jamais plus de certitude que dans les choses que l'on ignore. Il semble que tout le monde doive obéir à ce commandement :

Les appendicites tu opéreras
Toutes indistinctement.

Il est bien entendu que M. Delbet opère à chaud, comme tous ses collègues, dans des cas bien déterminés. Au point de vue de la statistique, il serait intéressant de savoir exactement la mortalité des malades qu'on n'opère pas et de la comparer à celle des malades qu'on opère, car il est bien évident que les radicaux ne guérissent pas tous leurs opérés ; mais pourraient-ils affirmer que ces malades qui meurent seraient morts s'ils n'avaient pas été opérés ? M. Delbet pense qu'il y a des malades qui ne sont pas en état de supporter à la fois et une appendicite et le traumatisme opératoire, alors qu'ils auraient pu supporter leur appendicite seule. Grâce aux radicaux, ajoute M. Delbet, nous avons vécu jusqu'ici sous le joug de la terreur appendiculaire.

En voici un exemple : un médecin, qui a eu plusieurs crises, est pris un jour d'accidents graves : température, 39 degrés ; le pouls cependant pas péritonéal ; pas de ballonnement du ventre, de matité nulle part, mais le foie gros et douloureux.

La discussion de ce cas était difficile : l'appendicite étaitelle ici la cause ou l'effet de l'affection hépatique ? Le malade lui-même, ayant conservé toute sa lucidité, était convaincu que c'était l'appendicite et demandait absolument à être opéré. M. Delbet s'y refusa. Le malade eut une angiocolite et guérit ; mais s'il était mort il n'y aurait pas eu assez de critiques pour M. Delbet. Il pense, au contraire, que s'il avait accédé au désir du malade et de son entourage, il serait peut-être mort d'une opération inopportune. S'il y a des malades qui meurent parce qu'ils ne sont pas opérés, il est incontestable qu'il y en a qui meurent parce qu'ils sont opérés. Pour juger la question, M. Delbet a relevé des statistiques allemandes, purement médicales. Dans une de ces statistiques, la mortalité des malades atteints d'appendicite et non opérés est de 5 p. 100. Un médecin allemand a relevé 7 213 faits sur lesquels la mortalité a été de 8 p. 100. M. Delbet trouve ces chiffres très impressionnants. Ils le sont, en effet. Or la statistiques qui se rapprochent le plus de ce pourcentage est celle de M. Jalaguier, le chirurgien le plus temporisateur en matière d'appendicite.

Voici la statistique de M. Delbet : 19 malades opérés à chaud 6 morts, dont 5 péritonites généralisées avec 4 morts. Il ne compte qu'un seul décès chez ses malades non opérés. Chez tous les malades qu'il a pu soigner lui-même, il n'a jamais eu à regretter son abstention. Il n'a pas perdu un seul des malades qu'il a opérés à froid.

M. Delbet est tellement devenu temporisateur qu'il se demande s'il n'a pas trop opéré de malades atteints d'appendicite. Il rapporte l'exemple d'une jeune fille chez laquelle l'opération lui paraissait urgente. L'opération fut refusée et cette jeune fille a très bien guéri. Aurait-elle guéri si elle avait été opérée ?

M. Delbet repousse donc cette formule : appendicite = opération, et il pense qu'ici comme ailleurs l'appréciation des indications est le commencement de la sagesse.

M. Quénu revient sur une forme particulière d'appendicite, la forme toxémique, sur laquelle M. Dieulafoy a déjà appelé l'attention. En voici un exemple : un enfant de dix ans, pâle, amaigri, nerveux, est pris d'une grippe légère au

mois d'octobre dernier; guéri de cette grippe, il retourne au collège et revient un matin avec un grand malaise, une température de 39°2, le pouls fréquent et une vive douleur au point de Mac Burney. M. Quénu voit cet enfant vingt-neuf heures après le début des accidents. Il le trouve dans une agitation extrême; le pouls est à 135. Il porte un pronostic très grave. Une consultation a lieu avec MM. Dieulafoy, Jalaguier et Oulmont; d'un commun accord on décide l'opération qui est pratiquée le soir même, c'est-à-dire environ quarante heures après le début de la maladie. L'opération fut des plus simples. Mais les accidents généraux ne s'amendent pas; le pouls devient misérable, la température monte à 40 degrés. Le lendemain, M. Dieulafoy constate un souffle d'endocardite infectieuse, il y a de l'albuminurie et l'enfant meurt sans aucune réaction abdominale.

L'appendice qui n'était ni rétréci, ni clos, contenait des calculs stercoraux. L'examen histologique a montré qu'il présentait des lésions ulcéreuses naissantes à côté de points sclérosés, vestiges d'anciennes lésions, puis la thrombose de tous ses vaisseaux sous-péritonéaux. La diapédèse avait été nulle comme dans toutes les toxémies graves.

M. Quénu estime que, dans les cas de ce genre, ce ne sont pas les lésions locales qui jouent le principal rôle dans la gravité de l'état général. Il y a lieu, dit-il, de tenir compte du terrain et de l'insuffisance de l'appareil lymphatique. En pareil cas, quelle est la meilleure conduite à tenir? C'est certainement l'intervention dans la première heure.

M. Tuffier fait observer que, dans ce cas, déjà très grave par lui-même, l'opération semble encore avoir aggravé les accidents. Une simple malaxation de la région appendiculaire a suffi, peut-être, pour verser une quantité de toxines dans la circulation. M. Tuffier a vu cette aggravation après un simple pansement.

M. Quénu n'admet pas que, dans ce cas, l'acte opératoire ait pu avoir la moindre influence sur l'aggravation des accidents. L'opération a été des plus simples et des plus faciles; il n'y a eu aucune malaxation de la région appendiculaire. La circulation des toxines a été, au contraire, aussitôt interrompue par des ligatures. Le poison était donc déjà passé dans la circulation et a continué son œuvre.

M. Tillaux rappelle qu'après une des communications retentissantes de M. Dieulafoy sur l'appendicite, communication dans laquelle il avait été dit qu'on ne devait plus mourir d'appendicite, plusieurs chirurgiens avaient poussé M. Tillaux à protester contre cette allusion qui, dans certains cas malheureux, pouvait engager par trop la responsabilité du chirurgien. M. Tillaux a protesté et il a déclaré dès cette époque, il y a cinq ou six ans, qu'il était opportuniste en matière d'appendicite. Opportuniste il était alors, opportuniste il est resté.

C'est encore d'appendicite qu'il est question dans un rapport de M. Chauvel sur un mémoire de M. Morère. D'après cet auteur, l'appendicite serait plus fréquente dans l'armée que dans la population civile : rien que dans une garnison moyenne, comme celle de Grenoble, M. Morère aurait constaté 17 cas en un an. M. Chauvel a fait relever des chiffres intéressants. Dans l'espace de deux ans, il y a eu 600 cas d'appendicites dans l'armée, sur lesquels il y a eu seulement 125 opérations. La mortalité totale a été seulement de 7 p. 100. La mortalité pour le nombre des opérés a été de 11 p. 100.

M. Morère croit trouver l'explication de la fréquence relative de l'appendicite dans l'armée dans ce fait que les soldats mangent très vite. D'après les recherches de M. Morère, l'appendicite serait, au contraire, très rare en Algérie et chez l'Arabe.

Parmi les présentations signalons une **tumeur mixte de la mâchoire** avec prolongement anormal du côté de la fosse amygdalienne, opérée avec succès par M. Le Dentu; un cas d'**amputation de jambe** par le procédé de Marcellin Duval sans gangrène, avec bon résultat. Dans un cas analogue, M. Ricard a fait l'amputation de jambe au lieu d'élection, sans opération ostéoplastique. Le résultat a été très bon. M. Lejars communique une observation d'**épithélioma du rein gauche** : avant l'opération, il y avait 10 grammes d'urée dans l'urine; cinq jours après l'opération, il y avait 23 grammes d'urée. M. Lejars présente, en outre, un appendice atteint d'**épithélioma**, pièce rare.

M. Bazy présente **un rein tuberculeux** dont le diagnostic a été fait par l'examen clinique.

M. Potherat présente un **fibrome utérin** qui avait contracté des adhérences avec l'intestin grêle, ce qui a nécessité la résection d'une grande portion de cet intestin.

FORMULAIRE

Préparations aqueuses de menthol.

Le menthol n'est pas soluble dans l'eau. Comment peut-on faire pour obtenir de bonnes préparations aqueuses de menthol.

M. Crésantignes (1) emploie dans ce but la teinture de Panama, comme dans la formule suivante :

Menthol	0g03 à 0g05
Teinture de Quillaya	5 grammes.
Glycérine neutre	10 —
Eau distillée	Q. s. p. 125 cc.

Après dissolution du menthol dans la teinture, ajoutez la glycérine, puis l'eau par petites quantités, en agitant.

F. S. A. une potion à prendre par cuillerées à soupe.

On obtient ainsi une sorte d'émulsion de couleur légèrement ambrée et qui se tient bien, même sans agitation.

On pourrait trouver faible la proportion de menthol qui entre dans cette potion. Il convient cependant de ne pas la dépasser; mieux vaudrait au besoin donner plusieurs cuillerées à la fois, car, plus concentrée, l'eau mentholée produit une sensation de brûlure.

Son emploi est contre-indiqué dans les cas de gastralgie.

La préparation suivante :

Menthol	0g15 à 0g30
Teinture de Quillaya	10 grammes.
Eau distilée	Q. s. p. 155 cc.

F. S. A. (usage externe).

se montre très efficace pour soulager les malades, fébricitants ou non, qui souffrent de céphalalgie frontale.

Mode d'emploi.— On imbibe de cette préparation une compresse pliée en quatre et on l'applique sur le front. Au bout de trois à cinq minutes, il se produit un picotement qui serait pénible s'il était prolongé; on remplace alors par une compresse d'eau pure, puis on revient à la compresse mentholée et ainsi de suite.

(1) *Les Nouveaux Remèdes*, 1903, n° 1.

Cette autre formule :

Menthol........................	0g10 à 0g20
Teinture de Quillaya............	10 grammes.
Eau (ou eau boriquée saturée)....	Q. s. p. 1 litre.

F. S. A.

Il convient pour les lavages de la bouche et les gargarismes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 2 au 7 février 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 2 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Legueu et Cunéo.

3e (oral, 1re partie), *Salle Richet* : MM. Pinard, Mauclaire et Gosset ; — M. Rémy, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Broca (Aug.) Walther ; — (2e partie) : MM. Gaucher, Bezançon et Legry ; — M. Richaud, suppléant.

MARDI 3 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Jeanselme ; — (oral), *Salle Thouret* : MM. Hutinel, Achard et Guiart ; — (oral, 1re partie), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Budin, de Lapersonne et Legry ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Pozzi, Poirier et Demelin ; — M. Gouget, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Faure et Marion ; — (2e série) : MM. Berger, Hartmann et Auvray ; — M. Renon, suppléant.

MERCREDI 4 FÉVRIER, à une heure. — 1er (oral), *Salle Richet* : MM. Terrier, Retterer et Cunéo.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Richet, Rémy et Desgrez ; — M. Broca (André), suppléant.

3e (définitif, officiat), *Laënnec* : MM. Landouzy, Broca (Aug.) et Wallich ; — M. Widal, suppléant.

JEUDI 5 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Hartmann et Faure.

4e, *Salle Pasteur* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 6 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Salle Richet*, épreuve pratique : MM. Gautier, Widal et Legry.

2e, *Salle Thouret* : MM. Gariel, Richet et Rémy ; — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Legueu et Gosset ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Walther ; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Richaud, suppléant.

SAMEDI 7 FÉVRIER, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, Achard et Dupré ; — (2e série) : MM. Raymond, Thiroloix et Jeanselme ; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Guiart, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 21 janvier 1903 : MM. Clément, 12 1/2 ; Liné, 11 1/2 ; Vannier, 11 1/2 ; Tanon, 11 ; Ranlos-Lapointe, 7 ; Boulouneix, 6 ; Villebrun, 6 ; Roussel, 5 ; Dupuy, 4.

Séance du 22 janvier 1903 : MM. Friedel, 11 ; Matry, 10 1/2 ; Mocquot, 10 1/2 ; Georget, 10 ; Lemaire (Louis), 6 ; Robert, 6 ; Rais, 5 ; Vincent, 5 ; Doury, 4 ; Piettre, 4.

Séance du 23 janvier 1903 : MM. Papin, 12 ; Gy, 11 ; Chartier, 10 ; Jardry, 10 ; Guinsac, 9 ; Villandre, 9 ; Barbé, 7 ; Strœhlin, 9 ; Labrévoit, 4.

Pathologie. — Séance du 23 janvier 1903 : MM. Horteloup, 12 ; Ribot, 12 ; Corlière, 10 ; Duval, 10 ; Bonniot de Ruisselet, 8 ; Vaubourdolle, 8 ; Henry (René), 7.

Séance du 24 janvier 1903 : MM. Moutier, 12 ; Labarrière, 10 ; Mougeot, 10 ; Mlle Roussel, 10 ; MM. Jacob, 7 ; Bouygues, 6 ; Fabre, 6.

Guerre. — M. le médecin-inspecteur Kelsch, directeur de l'École d'application du service de santé, membre de l'Académie de médecine, est admis dans le cadre de réserve. Notre sympathique et éminent confrère sera remplacé, dit-on, au Val-de-Grâce, par le professeur Delorme, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 18e corps d'armée.

Médecins sanitaires maritimes. — MM. les docteurs J. Peytoureau, M. Rey, Coulongeau, Bougrié, Mailliet, L. Muratet et Marsoo ont été proposés pour le grade de médecin sanitaire maritime.

Association internationale de la Presse médicale. — *Le bureau de renseignements médicaux.* — Le conseil municipal de Paris vient de décider, en principe, la création du bureau de renseignements médicaux, dont le docteur R. Blondel, secrétaire général de l'Association internationale de la Presse médicale, poursuit la réalisation depuis deux ans, au retour d'un voyage d'études dans les grandes capitales européennes. Sur la proposition de MM. Dausset et Félix Roussel, un premier crédit de 3 000 francs a été attribué à cette fondation, qui relèvera directement de la quatrième commission du conseil municipal et sera installée, soit à la Faculté de médecine, soit à la Sorbonne, soit à l'Hôtel de Ville.

A la Faculté, après les démarches faites par le docteur Blondel, d'abord auprès de M. Brouardel, dès 1900, puis auprès de M. Debove, la question a été mise à l'étude et le conseil des professeurs, sur un rapport très favorable de M. Pozzi, a approuvé l'installation éventuelle de ce bureau dans la Faculté.

Dans ce bureau les médecins de l'étranger, ou même de la province, entreprenant un voyage d'études à Paris, trouveront un ou des employés polyglottes munis de fiches tenues régulièrement à jour, et pouvant donner tous les renseignements désirables sur l'enseignement officiel ou libre, les services hospitaliers, les cliniques, les jours et heures de leçons ou d'opérations des chirurgiens et spécialistes, le fonctionnement des services de l'Assistance publique, la répartition, heure par heure, de l'enseignement et du travail dans chaque hôpital, école, institut, laboratoire, etc. On y trouvera également tous les renseignements concernant les services municipaux et autres intéressant la médecine ou l'hygiène ; laboratoire municipal, Morgue, eaux, égouts, incinération, etc. Enfin, les médecins étrangers trouveront, classés par nationalités, les noms, adresses et heures, de leurs compatriotes médecins fixés à Paris et acceptant de leur servir de guides à l'occasion.

Le but de cette intéressante création est de rendre plus profitable et plus aisée la connaissance des multiples services administratifs ou didactiques existant à Paris et appelant la visite des médecins étrangers en tournée d'études. La propagation de l'influence française ne peut que gagner à la multiplication de ces visites.

Maladies du système nerveux (*Hôtel-Dieu*). — M. G. Ballet reprendra ses leçons cliniques (traitement des maladies nerveuses), le dimanche 1er février, à dix heures (amphithéâtre Trousseau), et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Consultation externe et policlinique, le samedi, à neuf heures et demie (salon de la salle Sainte-Anne).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DE LA FRACTURE PARCELLAIRE DE LA GROSSE TUBÉROSITÉ DE L'HUMÉRUS

DANS LES PRÉTENDUES CONTUSIONS DE L'ÉPAULE COMPLIQUÉES DE PÉRIARTHRITE TRAUMATIQUE

Par O. JACOB, médecin-major de l'armée, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

On observe souvent, à la suite des traumatismes de l'épaule et en l'absence de localisation infectieuse secondaire quelconque, des douleurs persistantes et une gêne fonctionnelle considérable, qui sont mises sur le compte de l'arthrite ou de la périarthrite traumatiques. Cette arthrite ou cette périarthrite traumatiques s'expliquent tout naturellement lorsqu'elles sont consécutives à une fracture : l'articulation, en effet, ne peut fonctionner normalement que si la tête humérale conserve sa parfaite régularité, et l'on conçoit très bien qu'une fracture, en modifiant la forme des surfaces articulaires, laisse après elle une gêne toujours notable. Mais comment comprendre cette complication post-traumatique lorsqu'elle survient en l'absence d'une lésion osseuse, parfois même après une simple contusion; pourquoi, alors que les conditions dans lesquelles s'est produit le traumatisme paraissent les mêmes, l'observe-t-on chez un malade et pas chez l'autre? La radiographie nous en donne l'explication en nous montrant que dans presque tous les cas — nous dirions même dans tous les cas — où la périarthrite ou bien l'arthrite viennent compliquer un traumatisme de l'épaule, quelque simple qu'il paraisse, il existe une fracture partielle de l'extrémité supérieure de l'humérus passée inaperçue à l'examen clinique.

Tuffier (Soc. de chir., 1900; *Presse méd.*, 1900) et son élève Forget (Th. de Paris, 1901) ont les premiers montré que les graves raideurs articulaires étiquetées « arthrite » ou « périarthrite traumatique » observées à la suite d'un traumatisme sérieux, une luxation de l'épaule presque toujours, étaient en réalité dues à la fracture méconnue d'une portion notable de la grosse tubérosité. Nous-même, dans la thèse toute récente de notre élève Poutrin (1), en avons rapporté des exemples avec radiographies à l'appui, et nous avons essayé de montrer que la très légère irrégularité de l'extrémité supérieure de l'humérus, que l'on constatait alors à un examen clinique « serré », pouvait permettre de soupçonner la fracture méconnue.

Mais ce n'est pas uniquement après une luxation de l'épaule ou un traumatisme grave que la « périarthrite » ou l' « arthrite traumatique » apparaissent. On les observe encore souvent à la suite d'une contusion dite simple et déjà, en 1900 (Cong. internat. de méd. et de chir.), notre collègue et ami le professeur agrégé Loison avait, dans trois de ces cas observés par lui, reconnu l'existence d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus et expliqué par elle la périarthrite consécutive. Nous-mêmes dans tous les cas de contusion de l'épaule compliquée de périarthrite traumatique qu'il nous a été donné d'examiner et de radiographier, nous avons toujours trouvé une fracture méconnue de la grosse tubérosité. Mais, à l'inverse de ce que nous avons observé dans la prétendue périarthrite consécutive à la luxation, où la fracture intéresse une notable portion de la grosse tubérosité, la fracture est ici à peine ébauchée; elle est seulement représentée par une mince parcelle osseuse incomplètement arrachée de l'apophyse et elle risque de passer inaperçue, même à un examen radiographique, si on n'a pas le soin de radiographier comparativement l'épaule saine et l'épaule malade. Nous avons appelé cette fracture *fracture parcellaire*, pour bien marquer sa minime étendue et pour la distinguer des autres types de fractures partielles de l'extrémité supérieure de l'humérus. C'est d'elle uniquement que nous nous occuperons dans ce travail.

Observations. — Les radiographies qui accompagnent nos observations ont été présentées à la Société d'anatomie le 26 décembre 1902. Nous n'en donnerons ici que le décalque, l'épreuve radiographique perdant, à la reproduction, la plus grande partie de sa netteté. Le trait pointillé, qui sur quelques-uns de nos décalques entoure la fracture, indique la zone au niveau de laquelle le tissu osseux a, sous l'influence du traumatisme, subi dans sa structure une légère modifi-

(1) POUTRIN. *Des fractures partielles méconnues de l'extrémité supérieure de l'humérus, et en particulier de la fracture parcellaire de la grosse tubérosité dans les prétendues périarthrites traumatiques consécutives et primitives de l'épaule*, Th. de Lyon, déc. 1902.

cation; on observe en ce point, sur la radiographie, une teinte un peu différente de la teinte du tissu osseux normal.

Observation I. — Le 23 avril 1902, le capitaine X... fait une chute de bicyclette. Le moignon de l'épaule gauche a porté assez violemment sur le sol. Douleur vive. Un médecin ne constate pas de luxation, pas de fracture, mais seulement des signes de contusion simple avec gonflement très marqué. Ecchymose sur toute la longueur du bras, marquée surtout sur la face antérieure.

On constate, le 29 avril, une douleur assez vive à la pression du sillon deltoïdo-pectoral. Même douleur à la pression de l'apophyse coracoïde et de la grosse tubérosité. Pas de douleur dans l'aisselle. Le gonflement a disparu. Pas de déformation osseuse perceptible à l'examen clinique. Les mouvements communiqués au bras sont possibles, bien que limités; mais tout mouvement spontané, et, en particulier, le mouvement d'abduction, est impossible dès qu'on dépasse 45 degrés. Légère atrophie du deltoïde. Pas de troubles trophiques du moignon de l'épaule. Cliniquement, en somme, signes de contusion simple et de périarthrite. La radiographie montre

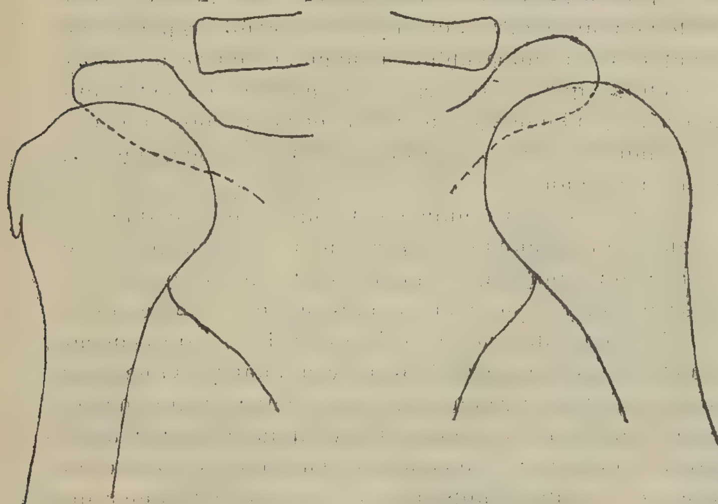


Fig. 1.

un arrachement incomplet d'une parcelle de la grosse tubérosité, le fragment restant encore en connexion avec la tête humérale.

Le malade n'a pas été revu.

Obs. II. — Le 25 décembre 1901, Mme X... tombe d'une chaise sur laquelle elle était montée. Le moignon de l'épaule droite a heurté le sol dans la chute. Ecchymose descendant à la face antéro-interne du bras, jusqu'à sa partie moyenne. Douleur vive, grande gêne des mouvements. Un médecin consulté ne constate ni luxation, ni fracture; il porte le diagnostic de contusion simple de l'épaule. Echarpe, massage. Actuellement, un mois après l'accident, on constate un point douloureux très net sur la grosse tubérosité, la douleur existe aussi à la pression de l'apophyse coracoïde et du V deltoïdien. Le sillon deltoïdo-pectoral est effacé. Le deltoïde est légèrement atrophié, Raideur très marquée de l'articulation dont les mouvements spontanés sont impossibles; seuls, les mouvements communiqués s'exécutent, mais seulement dans des limites restreintes. Dès qu'on dépasse 30 degrés, l'abduction devient douloureuse et l'omoplate suit. La radiographie montre un petit arrachement de la partie supérieure de la grosse tubérosité. Traitement : repos de quinze jours; mobilisation progressive et électricité, massages. Le 30 mars 1902, guérison complète. Tous les mouvements sont possibles dans leur entière étendue; ils sont indolores.

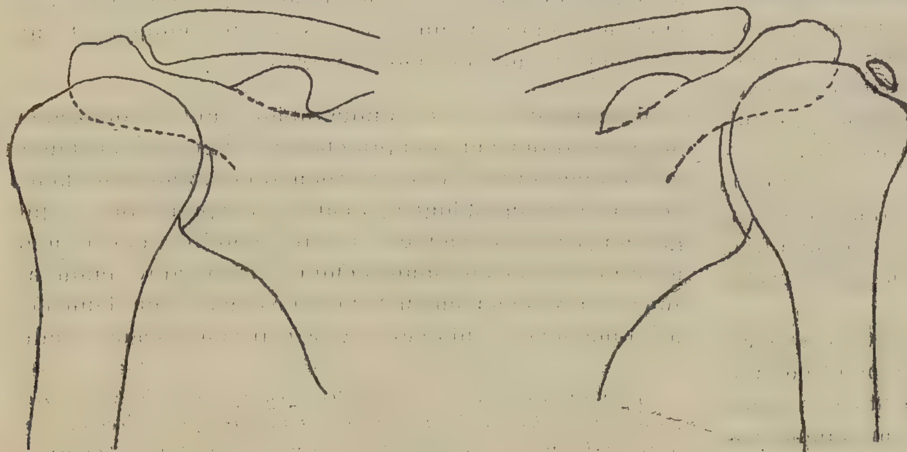


Fig. 2.

Obs. III. — Le 4 juillet 1902, le capitaine X... tombe de son cheval lancé au trot. Le moignon de l'épaule gauche heurte le sol. Le malade se relève immédiatement et ressent dans la région traumatisée une vive souffrance. Le bras gauche retombe inerte le long du corps; toute tentative pour le soulever est douloureuse. On ne constate pas de luxation, on ne trouve aucun signe de fracture.

Etat actuel, 6 juillet. Il n'est pas apparu, après l'accident, d'ecchymose; mais le gonflement persiste, léger, autour de l'articulation et se traduit au niveau du sillon deltoïdo-pectoral qui est légèrement effacé. A la palpation, on trouve un point douloureux sur la grosse tubérosité. La pression est douloureuse aux attaches humérales du deltoïde et au niveau du sillon deltoïdo-pectoral. Les mouvements actifs sont pénibles, surtout l'abduction qui est même impossible dans l'articulation scapulo-humérale dès qu'elle dépasse 45 degrés.

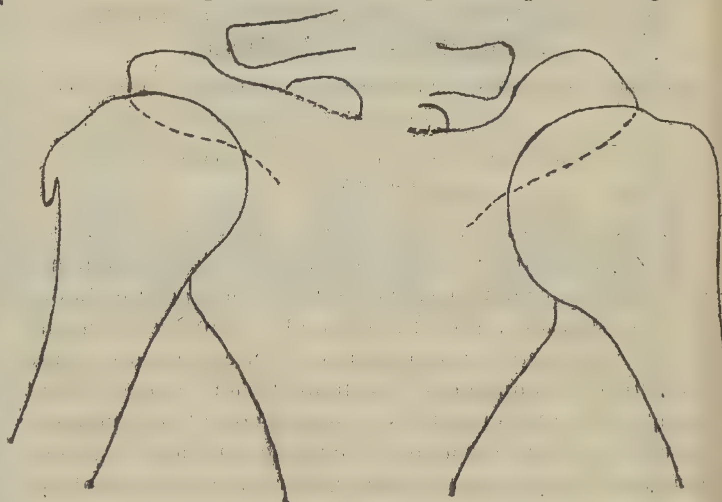


Fig. 3.

Les mouvements de rotation ne peuvent avoir lieu. Les mouvements passifs ne dépassent que de très peu l'amplitude des mouvements actifs et deviennent douloureux dès qu'on essaye de les étendre davantage. Le 8 août, le capitaine se rend à Vichy, puis aux manœuvres. A ce moment les mouvements actifs étaient redevenus possibles, avec leur amplitude à peu près normale; il restait cependant une certaine lenteur et un peu d'hésitation dans leur exécution. On était arrivé à ce résultat par une progression des plus lentes. Le massage, l'hydrothérapie chaude et l'électrisation y avaient grandement aidé. Il persistait seulement une atrophie très nette des masses sus et sous-épineuses, de la sensibilité douloureuse à la pression au niveau de la tubérosité humérale, de la

gêne à l'occasion des mouvements de circumduction.

Le malade est revu dans le courant de septembre. La douleur persiste, bien qu'atténuée, à la pression de la grosse tubérosité de l'humérus. Les muscles deltoïdes, sus et sous-épineux, sont encore atrophiés.

Tous les mouvements sont revenus; il ne persiste aucune raideur de l'épaule. Le malade peut se servir de son bras pour monter à cheval, bien que la force musculaire soit moindre.

Ici encore, la radiographie montre une lésion de l'extrémité supérieure de l'humérus, consistant en un arrachement partiel et incomplet de la grosse tubérosité, que ne révélait aucun signe classique.

Obs. IV. — F..., vingt-deux ans, cuirassier. Le 17 février 1902, le malade faisait de la voltige au manège quand il tomba sur l'épaule gauche, le bras étant appliqué contre la poitrine. Il put néanmoins se relever, éprouvant dans la région scapulo-humérale une douleur très vive; le bras pendait le long du corps en inertie complète. Ne présentant ni fracture, ni signes de luxation, le malade fut considéré comme atteint de contusion simple et soigné pendant une huitaine à l'infirmerie, le bras immobilisé dans une écharpe qu'on enlevait chaque jour pour pratiquer des massages. L'amélioration étant lente, le malade est envoyé au Val-de-Grâce dans le service de M. le professeur Mignon.

Etat actuel, le 27 février. On ne constate aucune déformation de l'épaule gauche, pas d'atrophie du moignon. Une large ecchymose déjà jaune s'étend en avant jusqu'à la partie moyenne du bras. La palpation ne révèle aucune modification dans les rapports des surfaces articulaires ni dans l'état des muscles; cependant, le deltoïde est plus flasque à gauche qu'à droite, et sa mensuration le montre de deux centimètres inférieur au deltoïde sain. L'impotence fonctionnelle est très manifeste. En particulier les mouvements actifs d'abduction et d'élévation du bras ne sauraient dépasser 40 degrés, sans entraîner un mouvement de suppléance de l'omoplate. Les autres mouvements sont conservés quoique très limités. Les mouvements provoqués ont une amplitude plus grande, mais qui n'atteint pas la limite normale.

On conclut, du peu de signes positifs qu'on trouve du côté de l'articulation, de la marche de la maladie et de l'impotence fonctionnelle caractéristique, à une contusion simple de l'épaule gauche avec périarthrite et retentissement du côté du nerf circonflexe, déterminant l'atrophie du deltoïde.

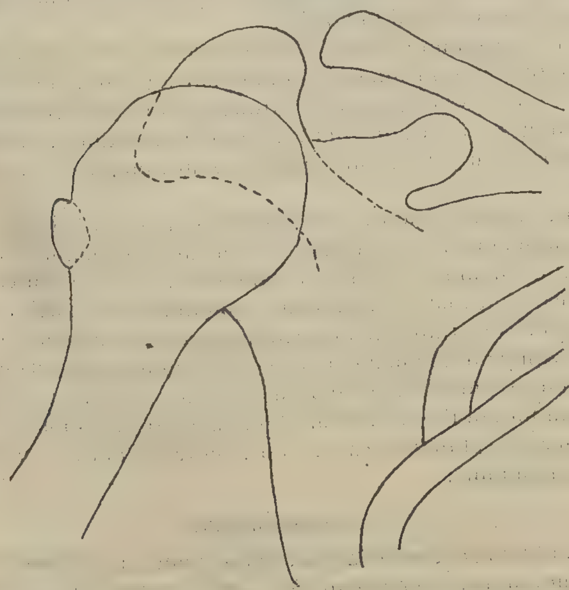


Fig. 4.

Cependant la radiographie fait voir qu'il y a un fragment osseux détaché de l'extrémité supérieure de l'humérus, à sa partie inféro-externe, fragment qui est encore relié à l'os et d'un volume si faible qu'il n'avait pas attiré l'attention.

Le malade, traité par les massages, l'hydrothérapie et l'électricité, sort guéri le 11 avril 1902. (*A suivre.*)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(27 janvier 1903)

La séance a été presque entièrement occupée par la lecture du rapport de M. Laborde au nom de la Commission de l'alcoolisme, rapport présentant la liste des essences les plus dangereuses qui entrent dans la composition des liqueurs livrées à la consommation publique, et pouvant être l'objet soit d'une proscription absolue, soit d'une réglementation spéciale.

En voici les conclusions d'ordre pratique répondant nettement à la lettre ministérielle, en ce qui concerne les deux catégories d'essences naturelles ou artificielles entrant dans la composition des liqueurs qui sont livrées à la consommation publique. Suivant le degré relatif de leurs effets toxiques, elles sont susceptibles de la double mesure pouvant être édictée par décret, aux termes de l'article 13 de la loi du 29 décembre 1900, à savoir :

1° Mesure de proscription absolue pour les essences, réputées les plus dangereuses, et faisant partie de la première catégorie ;

2° Mesure de réglementation spéciale, pour les essences de moindre nocuité relative, mais dont l'usage abusif est capable de déterminer de réels dangers, et qui forment notre deuxième catégorie.

« En ce qui concerne ladite réglementation, tout en laissant à M. le ministre le soin d'en déterminer la forme la plus efficace, nous nous permettrons de rappeler ici, comme antécédents législatifs, de nature à servir de guide à cet égard :

a. La loi du 21 germinal an XI en ses titres, I, II et III, relatifs à la vente et au commerce des substances vénéneuses ;

b. L'ordonnance du 29 octobre 1846, qui contient les dispositions, prévoyant les dangers du trafic et de l'emploi desdites substances.

3° Le tableau de ces substances, dressé, en conformité du décret du 9 juillet 1830, à la suite du rapport de M. Bussy, à l'Académie de médecine, sur la demande faite à cette dernière (demande renouvelée aujourd'hui) par les pouvoirs publics.

Nous nous bornons à rappeler en passant, que, dans ce tableau, figurent, en première ligne, l'acide cyanhydrique ou prussique, que nous avons vu figurer dans les liqueurs des plus dangereuses, notamment celles dans lesquelles entrent, comme composants essentiels, les essences de noyaux et d'amandes amères; et en seconde ligne, les alcaloïdes végétaux vénéneux et leurs sels.

4° Enfin, la loi du 26 mars 1872 qui est d'une application plus directe encore à la question qui nous occupe ; car elle dispose, explicitement :

« Art. 4. — La préparation concentrée connue sous le nom d'essence d'absinthe ne sera plus fabriquée et vendue qu'à titre de substance médicamenteuse.

Le commerce de ladite essence et la vente par les pharmaciens s'effectueront conformément aux prescriptions des titres I et II de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846 » (signalée plus haut, § 2°).

La loi du 26 mars 1872, promulguée au *Journal officiel* du 7 avril de la même année, est restée absolument sans vigueur, notamment en ce qui concerne l'article 4 ci-dessus :

Mais il s'agit aujourd'hui, conformément à notre classe-

ment des essences, au point de vue de leur nocuité relative, de comprendre l'essence d'absinthe, la plus dangereuse, non plus dans une mesure de réglementation, mais dans celle de prohibition ou de proscription absolue.

Qu'il nous soit permis d'ajouter qu'au point de vue de la réglementation, et pour contribuer, autant qu'il est possible, soit à diminuer, soit même à empêcher la consommation des liqueurs à essences de la deuxième catégorie, elles pourraient être frappées d'une surtaxe des plus élevées; ainsi que le principe en avait été posé, à propos de l'absinthe, par notre vénéré collègue, M. Théophile Roussel, lors du premier projet de loi sur le régime des boissons.

En conséquence de l'approbation, par un vote unanime, du rapport ci-dessus de la Commission de l'alcoolisme, et de ses conclusions motivées,

L'Académie à l'honneur de présenter à M. le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, en réponse à sa lettre du 10 novembre dernier,

Les deux listes ci-après des essences pouvant être l'objet : la première d'une proscription absolue, la seconde d'une réglementation spéciale.

Première catégorie. — Essences naturelles ou artificielles présentant un caractère particulièrement toxique et pouvant être l'objet d'une proscription absolue :

Essences naturelles ou artificielles : d'absinthe grande, petite, de genépi (variété d'absinthe), d'hysope, de badiane, d'angusture, de reine des prés (aldéhyde salicylique), de Wintergreen-Gaultheria (salicylate de méthyle), de noyaux et d'amandes amères (aldéhyde benzoïde, acide prussique), de rue (ruta graveolens).

Deuxième catégorie. — Essences d'un degré inférieur de toxicité relative, dont l'abus peut être dangereux, et pouêtre l'objet d'une réglementation spéciale :

Essences naturelles ou artificielles : de menthe, de sauge, de mélisse, de thym, d'origan, de fenouil, d'anis, de coriandre, de cumin, de baies de genièvre, de muscade, de laurier, d'aloès, de girofle, de balsamite, de calamus, de colombo, d'arnica, de santal, de cardamone, de macis.

Déchets extractifs et alcaloïdiques des quinquinas : quinine, cinchonine, cinchonidine, quinidine, quinone, quinium. »

Ces conclusions seront discutées et mises aux voix dans une prochaine séance.

M. Hervieux communique à l'Académie une note sur l'**urgente nécessité d'appliquer la vaccine obligatoire à l'Indo-Chine française.** Cette urgence est motivée par ce fait que dans cette contrée le quart de la population infantile succombe à la variole, et que, dans certaines parties de notre colonie, des villages entiers ont été dépeuplés par la variole et la variolisation.

M. Jeanselme, auquel nous devons ces renseignements, effrayé par les progrès du fléau, les ravages qu'il détermine et les conséquences qu'il entraîne, réclame pour ces régions une application aussi prompte que possible de la loi dont les prescriptions sont soumises en ce moment à la sanction de l'Académie.

Dans son comité secret, l'Académie a arrêté ainsi qu'il suit la liste de présentation des candidats à la place vacante dans la classe des associés libres : en première ligne, M. Hamy ; en deuxième ligne et *ex æquo*, MM. Capitan, Castex, Maurice de Fleury, Ménière et Voisin.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Contribution à l'étude des altérations spléniques dans la cirrhose hépatique, par M. F. Azzurrini. (*Lo Sperimentale*, 1902, fasc. V-VI, p. 597.) — Les altérations histologiques que l'on observe dans la splénomégalie qui accompagne la cirrhose atrophique, consistent, d'après M. F. Azzurrini, dans une dilatation des veines et des espaces lacunaires de la pulpe splénique produite par l'accumulation des globules rouges ; dans une dilatation consécutive des capillaires des follicules de Malpighi, procédant de la périphérie vers l'artère centrale, avec diapédèse des éléments figurés du sang et dissociation des éléments cellulaires constituant les follicules; en un épaississement de la capsule, des trabécules et de la gaine adventice des veines ; dans une destruction des globules rouges plus considérable que normalement; enfin en une série de processus dégénératifs qui frappent les éléments cellulaires propres de la pulpe splénique et aboutissent finalement à la dégénérescence granuleuse de ces éléments.

Ces altérations histologiques de la rate au cours de la cirrhose atrophique sont tellement différentes de celles que l'on observe dans la *maladie de Banti*, que d'après M. Azzurrini, elles pourraient suffire à différencier nettement ces deux maladies. Dans la maladie de Banti, en effet, les lésions sont primitivement et principalement localisées sur les corpuscules de Malpighi, alors que les veines de la pulpe splénique ne sont pas, ou sont à peine dilatées. En revanche, on observe une hyperplasie considérable du tissu conjonctif localisée d'abord autour des artères préfolliculaires et folliculaires, puis s'étendant à tout le follicule et le transformant en corpuscules fibreux. L. S.

Mort par rupture d'abcès amygdalien. (*Lancet*, 20 sept. 1902.) — Les faits suivants montrent l'importance qu'il y a, dans les cas de phlegmon de l'amygdale, à diagnostiquer l'affection et à inciser la collection. Alexandre Lyons cite le cas d'un homme de vingt-huit ans qui fut admis à l'hôpital pour une amygdalite gauche. On lui fit prendre un bain, puis on le fit mettre au lit et il avala un peu de lait. Environ trente minutes après, l'infirmière l'entendit tousser et constata qu'il était cyanosé. La mort survint presque aussitôt. L'autopsie montra l'existence d'un abcès de l'amygdale, lequel s'était ouvert spontanément; une certaine quantité de pus avait envahi le larynx.

Autre exemple (*Lancet*, 27 sept. 1902) : Une jeune femme atteinte d'angine mourut subitement au milieu de la nuit. F. de Havilland pratiqua l'autopsie et fit des constatations analogues à celles de la précédente observation, c'est-à-dire rupture d'un abcès amygdalien ayant inondé le larynx de pus.

Les cas de ce genre, fort heureusement, ne sont pas très communs dans la littérature médicale, néanmoins, ils suffisent à démontrer qu'il est dangereux, en pareille circonstance, d'attendre l'ouverture spontanée de l'abcès. D'ailleurs l'évacuation chirurgicale n'offre pas, au point de vue de l'asphyxie, le même danger, car le sujet, assis ou debout, défend sa glotte avec plus de vigilance. Il n'en est pas de même lorsqu'il est couché. C'est pendant le sommeil qu'on observe la plupart des cas de rupture d'abcès tonsillaire suivie de mort. A. H.

THÉRAPEUTIQUE

L'extrait de capsules surrénales dans le traitement des hémorragies des nouveau-nés, par M. Emmet Holt. (*Archives of pediatrics*, 1902, p. 278.) — L'auteur rapporte le cas d'un enfant nouveau-né qui présentait des hématémèses de coloration foncée, mêlées à des mucosités abondantes, et de

nombreuses suffusions sanguines au niveau des téguments. L'état général de l'enfant était assez bon; on ne trouvait aucune trace de syphilis dans ses antécédents héréditaires. On lui administra, d'heure en heure, environ cinq centigrammes d'extrait de capsules surrénales en suspension dans un peu d'eau sucrée. Au bout de douze heures l'hémorragie cessa et ne reparut plus. Holt pensa que, dans des cas semblables, il vaudrait mieux, chez l'enfant, faire usage du principe actif, l'adrénaline. A ce propos, il est bon de remarquer, comme le fait Rotels, que l'on confond souvent deux états pathologiques différents : l'hémophilie et l'affection particulière qui porte le nom d'hémorragie des nouveau-nés. On doit les différencier soigneusement; la dernière est probablement, comme le dit Holt, d'origine infectieuse, l'autre est héréditaire. C'est à l'hémorragie des nouveau-nés qu'a trait le succès thérapeutique signalé par Holt.

A. H.

Les collyres huileux, d'après M. Terson. (*Répert. de pharm.*, 1903, n° 1.) — Des collyres huileux, le seul qui, d'après M. Terson, puisse rendre de grands services, est le *collyre à l'ésérine*.

Le collyre à l'ésérine pure à 1 p. 100 (Panas, Sérieux), exécuté avec toutes les précautions convenables, préparé avec l'huile d'arachide ou avec l'huile d'olive est en effet admirablement toléré, malgré sa richesse alcaloïde. Dans un grand nombre de cas où la pilocarpine restait impuissante et où l'ésérine en solution aqueuse était très mal supportée et fort douloureuse, M. Terson a obtenu, avec ce collyre, des succès inespérés, que l'on pourrait ajouter à ceux que Panas et d'autres ont publiés.

L'ésérine ne se transforme pas en rubrésérine dans la solution huileuse; l'asepsie reste complète; le collyre ne rougit jamais et se conserve indéfiniment. Cette solution, si elle ne guérit pas tous les glaucomes, peut au moins calmer des crises aiguës très intenses. Dans les cas moyens, lorsque la crise est passée, on peut se borner à appliquer l'ésérine au moment du coucher pour agir fortement pendant la nuit et à faire deux instillations diurnes de pilocarpine. Dans les cas graves, lorsque l'opération est contre-indiquée, ce collyre présentera tous les avantages de l'ésérine sans avoir les inconvénients des solutions aqueuses dont tant de médecins se plaignent avec raison (1).

Le *collyre huileux à l'atropine* à 1 p. 100 peut être longtemps conservé aseptique; il est bien toléré, mais il ne paraît pas très supérieur au collyre aqueux. Il en est de même du *collyre à la cocaïne*, qui ne paraît indiqué que dans certains cas (brûlures, coupures, érosions cornéennes), où il importe d'avoir une solution onctueuse et aseptique, mais il ne peut être employé d'une façon permanente.

En somme, les collyres huileux, bien préparés, minutieusement exécutés, surtout pour leur stérilisation délicate, conserveront une place dans la thérapeutique. Si le collyre à l'ésérine reste incomparablement supérieur aux autres, ces derniers conservent une indication quand il s'agit d'instiller un collyre aseptique, mais ils ne sont pas aussi absolument indispensables, quoiqu'il soit bon d'en avoir à sa disposition.

Quelque peu salissants, ils ne conviennent ni à tous les malades ni à tous les cas. En ce qui concerne la pilocarpine, l'atropine et la cocaïne, les ampoules stérilisées à l'autoclave, filtrées, ou mieux tyndalisées, restent précieuses pour l'ophtalmologiste, qui les a toujours sous la main dans sa trousse en cas d'urgence ou pour les opérations courantes. Quant à l'ésérine, elle n'est vraiment utilisable qu'en solution huileuse bien faite. C'est dans chaque cas particulier et suivant diverses conditions, qu'on prescrira à domicile le collyre aqueux ou huileux ou qu'on les substituera l'un à l'autre.

L. B.

(1) Pour éviter toute oxydation de l'ésérine, on a recours au mode de préparation suivant (Hallot): on dissout l'alcaloïde dans un peu d'éther pur, et l'on mélange l'huile et la solution éthérée; on maintient le tout à la température de 45 degrés au bain-marie, jusqu'à disparition complète de l'éther; la solution ainsi obtenue est inaltérable.

Pour stériliser l'huile, on la lave à l'alcool fort, afin de la priver des acides gras; on laisse les deux substances en contact pendant quelques jours en agitant, puis, on décante, on stérilise ensuite l'huile en la maintenant pendant une dizaine de minutes à une température de 120 degrés. En ne dépassant pas ce temps on évite la formation de produits irritants.

Il est bon de rappeler que les sels d'alcaloïdes sont insolubles dans l'huile et qu'il faut employer l'alcaloïde pur; les solutions doivent être préparées à chaud.

QUESTION D'INTERNAT

Insuffisance mitrale, signes et diagnostic.

Généralités. — Il existe quatre variétés d'I. M. : 1° *Insuffisance d'origine endocardique*, le plus souvent rhumatismale ; 2° *insuffisance* liée à l'*artério-sclérose* ; 3° *insuffisance d'origine traumatique*, par rupture valvulaire ; 4° *insuffisance fonctionnelle*. De ces quatre variétés, la première est de beaucoup la plus fréquente et la plus importante.

Forme commune. — Comme toute cardiopathie l'I. M. évolue en deux phases : une première, où l'hypertrophie de l'oreille gauche compense la lésion orificielle, et une seconde (*période troublée*) où la lésion n'est plus compensée et où les cavités cardiaques se dilatent.

État. — S. fonctionnels. — Toujours précoces ; *palpitations* et gêne précordiale ; *dyspnée* d'abord passagère ne se développant qu'à l'occasion d'une fatigue (*dyspnée d'effort*), puis continue, intense, pénible, — *troubles digestifs* : anorexie. pesanteurs d'estomac ; — *troubles nerveux* : céphalée, tendance au sommeil, apathie ; — œdème des membres inférieurs, d'abord passager, vespéral, disparaissant la nuit, puis continu, envahit alors la jambe, la région postéro-interne des cuisses, les bourses etc., œdème rosé, dur, douloureux à la pression ; — la face est colorée, les pommettes et le nez sillonnés de varicosités, les lèvres, les oreilles cyanosées (*facies mitral*).

S. physiques. — Inspection. — A une phase avancée, montre *l'abaissement et le rejettement en dehors de la pointe* (dilatation du cœur droit).

Percussion. — *Augmentation de la matité cardiaque dans tous les sens* (cœur *globuleux* de l'I. M. opposé au cœur *pointu*, par hypertrophie du ventricule gauche, de l'insuffisance aortique).

Palpation. — *Frémissement cataire* siégeant juste au niveau de la pointe, se propageant dans l'aisselle ; toujours moins accusé que dans le rétrécissement mitral ; exactement systolique, dû aux vibrations que produit le sang repassant du ventricule dans l'oreillette au moment de la systole ventriculaire.

Auscultation. — a. *Souffle* exactement *systolique* ; commence avec la systole ventriculaire et se prolonge, en s'affaiblissant, pendant tout le petit silence. *Siège* le plus souvent à la pointe même (Potain), malgré Peter et Heitler (v. Barié, *Traité des maladies du cœur*, p. 515).

Pour expliquer qu'un souffle, né à la base du cœur, se perçoive à la pointe, trois hypothèses : α. la pointe est la région du cœur le plus immédiatement en contact avec la paroi thoracique (Friedreich) ; β. le souffle se propage en sens inverse du courant (Bergeon) ; γ. transmission des vibrations par les cordages. De la pointe, le souffle se *propage* dans l'aisselle gauche et même dans le dos (r. interscapulo-vertébrale gauche, au niveau des sixième et septième vertèbres dorsales). *Intensité* très variable ; cependant d'une façon

générale, elle décroît progressivement du commencement à la fin; les souffles les plus intenses correspondent à des I. moyennes; les I. étroites ou larges ne donnent lieu, le plus souvent, qu'à des souffles peu intenses (v. Barié, *loc. cit.*, etc.).

Tonalité et *timbre* très variables. Ce souffle disparaît à la période asystolique (dilatation ventriculaire); il peut reparaître sous l'influence du repos et de la digitale; — b. *accentuation du deuxième bruit pulmonaire* due à l'élévation de tension dans le domaine de l'artère pulmonaire; — c. *irrégularités du rythme cardiaque* attribuée : α. aux mouvements respiratoires (Potain); β. à l'insuffisance elle-même (Tridon); γ. à des troubles de l'innervation (Peter); δ. aux altérations du myocarde.

POULS *petit*, *inégal*, *irrégulier* ou même *intermittent*. Le tracé sphygmographique n'a rien de caractéristique.

ÉVOLUTION. — *Terminaison*. — La phase de compensation est très courte et bientôt surviennent les accès d'asystolie (œdème et anasarque, congestion du foie, des reins, des poumons, troubles cérébraux, etc.). Malgré leur apparente gravité, ces accès disparaissent sous l'influence du traitement, et le malade revient à une santé relative, mais ils deviennent de plus en plus fréquents et graves et aboutissent, au bout d'un temps variable, à l'*asphyxie*. D'où la gravité du *pronostic*, encore que la guérison soit exceptionnellement possible (enfants, Blache), et que la survie puisse être longue si le malade se ménage, si l'insuffisance ne se complique pas de rétrécissement, si les différents émonctoires (foie, peau, rein) fonctionnent bien.

Autres formes. — 1° I. M. DES ARTÉRIO-SCLÉREUX : s'observe, sans antécédents rhumatismaux, chez des gens âgés (lorsqu'une personne âgée est affectée d'I. M. on peut être certain qu'il s'agit d'artério-sclérose du cœur, Lancereaux); se caractérise par un souffle rude, intense, se propageant vers l'orifice aortique (*souffle mitro-aortique*, Huchard); mort par asystolie, angine de poitrine, urémie, hémorragie cérébrale.

2° I. M. PAR RUPTURE VALVULAIRE, débute brusquement, après un violent effort ou un trauma thoracique, par douleur précordiale intense, avec tendance à la syncope. Souffle profond, musical (cordage désinséré flottant dans le courant sanguin). Souvent mort rapide.

3° I. M. FONCTIONNELLE : attribuée. *b*) à la dilatation de l'orifice; *a*) du ventricule gauche; *c*) à un spasme orificiel. Souffle doux, transitoire, signe de dilatation ventriculaire, etc.

Diagnostic. — 1° Y A-T-IL SOUFFLE? — Les *frottements* sont superficiels, augmentent par la position assise, la pression, siègent à la partie moyenne du cœur et non à la pointe, ne se propagent pas, sont mésosystoliques et mésodiastoliques.

2° IL Y A SOUFFLE. EST-CE UN SOUFFLE ORGANIQUE? On tend aujourd'hui à ranger dans une seule classe, la classe des *souffles cardio-pulmonaires*, les souffles anémiques, chlorotiques, fébriles, etc. Les souffles cardio-pulmonaires ne siègent pas exactement à la pointe, mais au-dessus, en dehors ou en dedans d'elle, ne se propagent pas, sont mésosystoliques, à timbre doux, voilé; ils diminuent dans les grandes inspirations, dans la station verticale; ils sont mobiles; ils ne s'accompagnent d'aucun trouble de la santé générale.

3° C'EST UN SOUFFLE. EST-IL TRICUSPIDIEN OU MITRAL? — Le souffle tricuspidien siège au bord gauche du sternum; il se propage vers la droite et ne s'entend jamais dans le dos (Duroziez); il s'accompagne parfois de pouls veineux des jugulaires et du foie.

4° DIAGNOSTIC DE LA VARIÉTÉ. — L'I. M. est-elle d'origine endocardique, artérioscléreuse, traumatique ou fonctionnelle? Examiner les antécédents, l'état local et général, etc.

5° DIAGNOSTIC DES LÉSIONS ASSOCIÉES (rétrécissement) et des complications (insuffisance tricuspidienne, thrombose cardiaque, etc.).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 26 janvier 1903 : MM. Gaillard, 12; Rigollot-Simonnot, 10; Roland, 10; Bodolec, 9; Froget, 9; Bertrand, 7; Bour, 7; Monod, 5; Chénier, 4; Clermonthe, 3.

Pathologie. — Séance du 27 janvier 1903 : MM. Claret, 11; Planson, 10; Brésard, 9; Moncany, 9; Lemoine (F.), 8; Lassauce, 7; Abraud, 6; Laffond, 4.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Langin (de Noyers, Yonne) est nommé officier du Mérite agricole.

Guerre. — Comme nous l'avions fait prévoir, M. le médecin-inspecteur Delorme est nommé directeur de l'École d'application du service de santé, en remplacement M. le médecin inspecteur Kelsch.

Une décision ministérielle nomme en outre M. le médecin-inspecteur Delorme membre du comité technique de santé.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la deuxième semaine 946 décès, au lieu de 939 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1056. La mortalité continue donc à rester au-dessous de la moyenne. Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration sont rares; elles ont diminué de fréquence. Les maladies épidémiques continuent à être rares.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, chiffre un peu inférieur à la moyenne (8); le nombre des cas nouveaux est de 39, au lieu de la moyenne (36).

La rougeole a causé 5 décès, chiffre inférieur à la moyenne (10), la scarlatine n'a causé aucun décès; la coqueluche, comme la semaine précédente, n'a causé que 1 décès (la moyenne est de 7); la diphtérie, 7 décès au lieu de (9) pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 9; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 109, chiffre voisin de la moyenne (83).

La variole, comme la semaine précédente, n'a causé aucun décès; le nombre des cas signalés par les médecins est de 10, chiffre identique à la semaine précédente et très inférieur à la moyenne (28).

La diarrhée infantile a causé 28 décès de 0 à 1 an, au lieu de 34 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (26).

En outre, 41 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 145 décès, au lieu de 170 pendant la semaine précédente, et au lieu de 221, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 19 (au lieu de la moyenne 32); pneumonie, 25 (au lieu de la moyenne 52); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 90 (au lieu de la moyenne 117), dont 47 sont dus à la congestion pulmonaire et 32 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 212 décès (au lieu de 184 pendant la semaine précédente); la méningite tuberculeuse, 18; la méningite simple, 21; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 8 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 62; les maladies organiques du cœur, 60; le cancer a fait périr 64 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 10 décès; la cirrhose du foie, 7; la néphrite, 28; enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 13. — SAMEDI 31 JANVIER 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 31 JANVIER 1903. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

REVUE GÉNÉRALE

Les égagropiles du tube digestif chez l'homme.

Par le docteur MÉRIEL,
Ancien chef de clinique chirurgicale, chef des travaux de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Toulouse.

Les égagropiles sont peu connus en France, à ne considérer que le très minime contingent des faits publiés chez nous; à l'étranger, au contraire, il nous a été possible de glaner des faits relativement plus nombreux, épars dans les journaux. Or, ces divers cas n'ont pas encore été l'objet d'une revue générale complète les classant par groupes distincts pour les y analyser, les interpréter au double point de vue symptomatique et diagnostique, et leur constituer en quelque sorte un état civil nosographique pour être admis dans les traités de pathologie futurs.

I

Le terme **égagropile** issu des deux mots grecs αἴγαγρος, chèvre sauvagee, et πιλος, balle de laine, désigne les « pelotes de poils entrelacés et comme feutrés se formant parfois dans l'estomac et l'intestin de plusieurs mammifères ruminants ou solipèdes et proviennent des poils que ces animaux entraînent avec leur langue en léchant leur pelage » (1).

Cette définition, longue un peu, de Laboulbène, et qui est cependant la meilleure qui ait été donnée de ce genre de tumeurs, ne parle pas de l'existence de ces tumeurs dans l'espèce humaine; nous y ajouterons donc que l'homme peut dans certaines conditions présenter dans son tube digestif des tumeurs formées par des poils, des cheveux ou des fibres végétales (2).

Avant de quitter le terrain des définitions, il faut d'ores et déjà mettre un peu de précision dans l'application du terme égagropile. Nous n'admettrons comme tel que les tumeurs formées en tout ou en partie de cheveux ou de poils, et nous rejetons celles qui sont constituées exclusivement par un amas de fibres végétales, car la distinction n'a pas été toujours faite par les auteurs qui ont rapporté les observations en question.

De plus, comme l'indique notre titre, nous voulons faire exclusivement l'étude des égagropiles chez l'homme; il s'ensuit que nous laisserons de parti pris de côté certaines observations qui sont des relations de tumeurs pileuses chez les animaux et qui relèvent plus spécialement de l'art vétérinaire. Celui-ci connait depuis longtemps les égagropiles et les divise en égagropiles 1° simples et 2° encroûtés (calculeux, lithoïdes).

Ceci posé, nous proposons de distinguer les égagropiles insoupçonnés, trouvés seulement à l'autopsie, des tumeurs pileuses observées pendant la vie, observées mais non diagnostiquées, et dont quelques-unes furent opérées. C'est, en effet, un point très curieux de l'évolution de ces tumeurs que le silence qui accompagne, quelquefois toute la vie, leur développement continu. Bien que celui-ci puisse atteindre de notables proportions, leur présence passe inaperçue du malade ou du médecin, car les fonctions intestinales continuent à s'accomplir et les symptômes fonctionnels n'ont rien de pathognomonique; ce sont alors des trouvailles d'autopsie.

Ce silence au point de vue des symptômes s'observe aussi pendant longtemps pour les tumeurs reconnues pendant la vie; mais leur présence n'est révélée que grâce à une erreur de diagnostic que viendront confirmer l'opération ou l'autopsie.

Enfin le siège de la tumeur qui réside tantôt uniquement dans l'estomac, tantôt dans l'estomac et le duodénum, quelquefois même dans le duodénum et le jéjunum, nous obligera à placer les divers cas dans des subdivisions spéciales.

Le premier groupe de faits, les trouvailles d'autopsies, est le plus pauvre, car les recherches bibliographiques de F. Cathelin (1) et de nous-même n'ont fourni que quatre

(1) LABOULBÈNE. Dict. Dechambre, 1re série, 9, p. 223.

(1) Les égagropiles purs sont encore appelés trichobezoards, de θρίξ cheveu, tandis que les tumeurs formées de fibres végétales seraient des ptytobezoards.

(2) F. CATHELIN. Les tumeurs pileuses de l'estomac opérées chez l'homme, Soc. anat., janv. 1902.

observations auxquelles nous ajouterons la nôtre, publiée il y a déjà quelques années.

1. *Cas de Buckwill* (1). — H., vingt-deux ans, épileptique et maniaque, mort de péritonite. A l'autopsie, perforation de l'estomac de la dimension d'un shilling, au niveau de la petite courbure. Dans l'estomac, masse pesant 4 livres composée de poils, de ficelles, de fibres de coco.

2. *Cas de Poland* (2). — F., dix-huit ans, morte de péritonite. En ouvrant l'estomac, tumeur formée par une grosse masse de cheveux et de ficelles dont un mince prolongement avait franchi le pylore. Cheveux longs et noirs avec particules alimentaires mélangées. Longueur, 6 pouces; largeur, 2 et demi; épaisseur, 3 et 3/4 de pouces. Une masse analogue occupait la portion duodéno-jéjunale, longueur, 14 pouces; largeur 1/4; épaisseur 2 et demi.

3. *Cas de Iuman* (3). — F., trente-quatre ans. A l'autopsie, estomac rempli de cheveux, agglutinés en une seule masse occupant toute la surface de l'estomac distendu. La malade avait l'habitude de recueillir ses cheveux sur son peigne matin et soir et elle les avalait.

4. *Cas de Cobbold* (4). — H., dix-huit ans, idiot et épileptique. A l'autopsie, estomac énormément dilaté par une boule formée de cheveux, de fibres de coco et de poils de chevaux.

5. *Cas de Mériel* (5). — F., cinquante-six ans, venue de l'asile d'aliénés. Avant l'ouverture du cadavre, l'épigastre et l'hypocondre gauche sont soulevés par une masse arrondie, dure et du volume des deux poings. Le ventre ouvert, on constate que cette tumeur siège dans l'estomac qui est dilaté et divisé en plusieurs poches. Cette disposition est en rapport avec l'existence dans la cavité du viscère de *cinq amas* de poils, gros chacun comme une petite pomme, feutrés et agglutinés par une sorte de ciment fourni, selon toute apparence, par le suc gastrique et les matières alimentaires. De plus, adhérence généralisée de tout le paquet intestinal accolé circonvolution à circonvolution et adhérence sur une assez grande étendue du péritoine pariétal.

La deuxième catégorie de faits se rapporte à ceux observés pendant la vie, mais dont la véritable nature n'a pu être reconnue qu'à l'opération ou à l'autopsie.

A. Tumeurs gastriques pures. — 1. *Cas de Ritchie* (6). — F., vingt et un ans, météorisme abdominal, vomissements alimentaires. Symptômes d'obstruction intestinale. Tumeur perçue à gauche de l'ombilic et empiétant dans les deux hypocondres et présente tellement l'apparence du foie qu'elle fut prise pour cet organe. A l'autopsie, tumeur gastrique, du poids de 21 onces, formée de pelotes de cheveux de femme. Ulcération de l'estomac au niveau de la tumeur. Epaississement du pylore; distension considérable du petit intestin, et inflammation étendue de l'épiploon, mésentère et péritoine. Bassin rempli de matières fécales.

2. *Cas de G. May Jun* (7). — F., vingt-six ans. Trois jours avant l'examen de l'auteur, avait commencé à souffrir dans la région de l'hypocondre gauche et avait remarqué un gonflement dur près de l'ombilic.

La tumeur occupait la situation de l'estomac distendu. Dure, à bords nets et arrondis, légèrement mobile, mais cette mobilisation était rendue douloureuse par des adhérences partielles à la paroi abdominale. Bientôt apparurent amaigrissement, vomissements, diarrhée, épuisement qui emporta la malade. A l'examen post-mortem : estomac adhérent à la paroi abdominale et tumeur constituée par une masse de cheveux unis par du mucus, mesurant 20 pouces dans son plus grand diamètre et 12 dans son plus petit, et pesant 36 onces. Depuis l'âge de quatre ans, la malade avalait ses cheveux; et plusieurs médecins la soignaient pour des affections de l'estomac, du foie, du pancréas. May pensa à une tumeur gastrique, d'après la situation et d'après l'existence d'un espace sonore entre la tumeur et le foie.

(1) Buckwill. Cité par Poland.
(2) Poland. *Pathol. transact.*, 1851-1852, p. 327.
(3) Iuman. *Med. Times*, 1869, t. II, p. 6.
(4) Cobbold. *J. ment. Sc.*, Londres 1886, XXXII, p. 52-56.
(5) Mériel. *Gaz. méd. chir. de Toulouse*, 1893, n° 1, p. 3.
(6) Ritchie. *Medico-chir. Soc. of Edinburgh*, XXXVIIIe session, 1899.
(7) Q. May Jun. *Assoc. med. Journal*, Londres 1855.

3. *Cas de Best* (1). — F., trente ans. Au premier examen, violentes douleurs dans la région de l'estomac, vomissements, diarrhée, prostration et suppression des règles depuis quelques années : on sent au toucher une tumeur épigastrique de forme globuleuse, dure, mais non douloureuse au toucher, très mobile et pouvant être repoussée en haut sous les côtes. Les mouvements imprimés à la tumeur occasionnent douleurs et vomissements; selles aqueuses. En 1854, douleurs gastriques, vomissements et diarrhée. On pense à un cancer de l'estomac. Meurt de péritonite. A l'autopsie, liquide intra-péritonéal fortement coloré et contenant du brandy pris quelques heures avant par la malade. Estomac adhérent à la paroi. En ouvrant celui-ci, tumeur noire, recouverte de cheveux, pesant 30 onces. Les cheveux qui la composent étaient de la même nuance que ceux de la malade. Les parents savaient qu'elle mangeait ses cheveux.

4. *Cas de Russell*. — F., trente et un ans. Graves hématémèses, grosse tumeur abdominale prise pour hypertrophie splénique. A l'autopsie, tumeur constituée par des cheveux et qui a fait prendre à l'estomac une position verticale, le pylore étant tourné vers le bassin. La tumeur pèse 4 livres, 7 onces, et mesure 12 pouces de long, 5 de large et 4 d'épaisseur. Sur la grande courbure de l'estomac, petite ulcération. La tumeur aurait apparu à l'âge de quatorze ans.

5. *Cas de Schonhorn* (2). — F., quinze ans, nerveuse, anémique. Depuis deux ans, troubles gastriques, vomissements. Tumeur flottante dans la moitié gauche de l'abdomen; sa mobilité était telle qu'en comprimant les fausses côtes la tumeur descendait à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. Diagnostic : tumeur de la rate, rein mobile (Naunyn). Laparotomie démontre tumeur gastrique qui est enlevée. Elle se composait de cheveux courts que la malade avoua avoir avalés il y a quatre ans « dans l'idée de se faire une belle voix » ! Poids : 281 grammes, 13 centimètres de long, 10 de large et 6 d'épaisseur. La coloration de la tumeur est noire, bien que la malade soit blonde : cette coloration est due aux préparations de fer absorbées par la malade pour sa chlorose.

6. *Cas de Berg* (3). — F., vingt-six ans. Gastrotomie pour tumeur pileuse pesant 900 grammes moulée exactement sur l'estomac. Guérison. On avait porté le diagnostic de tumeur de l'épiploon.

7. *Cas de K. Thornton* (4). — F., dix-huit ans. Diagnostic : tumeur de l'estomac. Gastrotomie. Egagropile ayant la forme de l'estomac et pesant 2 livres. Guérison.

(1) Best. *British med. Journ.*, London 1869, I, 630-631.
(2) Schönhorn. *Arch. f. Klin. chir. v. Langenbeck*, bd 29, XXV, p. 609-614.
(3) Berg. *Nord med. Arch.*, 1887, bd XIX.
(4) K. Thornton. *Lancet*, 1886, vol. I, nr 2.

8. *Cas de Schulten* (1). — F., trente ans. Bonne santé habituelle. Depuis un an, fièvre légère avec douleurs gastriques et vomissements. Tumeur gastrique ronde, mobile et dure, diagnostiquée rein mobile. Incision lombaire comme pour une néphrotomie, puis se transforme en incision de l'estomac qui permet d'extraire une tumeur vert-noirâtre, composée de poils de vache. La malade travaillait comme fileuse de poils de vache pour faire des souliers; en humectant ses doigts elle avalait de petits fragments de poils qui à la longue ont formé une tumeur dans son estomac.

9. *Cas de O'Hara* (2). — F., vingt-deux ans. Diagnostic : kyste hydatique de l'épiploon ou rein mobile. Douleurs constantes. Accès de délire au cours d'une grippe pendant laquelle elle mange ses cheveux.

Tumeur du volume d'une noix de coco. Pas de troubles gastriques. Gastrotomie. Tumeur pileuse remplissant presque tout l'estomac et pesant 2 livres anglaises. Guérison parfaite. La pièce a été présentée à la Société anatomique par M. F. Cathelin et déposée au musée Dupuytren sous le numéro 1032 nouveau; nous empruntons cette observation au mémoire de M. Cathelin.

10. *Cas de Swain* (3). — F., vingt ans, amenée à l'hôpital pour une tumeur abdominale qu'elle a ignorée jusqu'à une quinzaine de jours avant son entrée. A partir de quinze ans, vomissements durant vingt-quatre heures. Tumeur solide, mobile latéralement, située en travers de l'abdomen depuis le rebord costal jusque dans le bassin. Le diagnostic hésite entre tumeur du péritoine ou hypertrophie splénique; gastrotomie. Tumeur ferme avec deux prolongements l'un œsophagien, l'autre pylorique, Guérison. La malade avoua avoir à plusieurs reprises avalé ses cheveux.

11. *Cas de Stelzner* (4). — F., dix-huit ans. Le diagnostic de tumeur pileuse fut fait par commémoration du cas de Schönborn. Dès l'âge de onze ans, la malade avait l'habitude, avec ses camarades d'école, de casser ses cheveux en les mordant et de les avaler. La tumeur était mobile dans l'estomac, ce qui facilita le diagnostic. Gastrotomie. Tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie et ayant la forme d'un rein. Il est à remarquer que la tumeur était de couleur noire, alors que les cheveux de la malade étaient blonds; cette modification serait due à la solution de nitrate d'argent que la malade prenait souvent. Guérison.

12. *Cas d'Allen* (5). — F., seize ans. Douleurs après les repas; vomissements fréquents, amaigrissement, alternatives de diarrhée et de constipation. A l'examen, tumeur dans la région épigastrique, de forme ovale et mobile de droite à gauche, dure comme de l'os et indolore sous une pression modérée. On élimine le diagnostic de tumeur maligne à cause de l'âge et on pense à un rein ou une rate mobiles. Laparotomie exploratrice qui conduit à une gastrotomie. Tumeur pileuse remplissant complètement l'estomac; son diamètre était 9 pouces 1/2, sa longueur 17 pouces, sa circonférence au niveau du pylore était de 8 pouces 1/2, à la grande courbure 8 pouces 1/2, au cardia 5 pouces 1/2. Guérison.

13. *Cas de Jacobson* (6). — F., onze ans. Troubles gastriques, vomissements muqueux. En avril 1899, gonflement de l'abdomen et coliques violentes surtout la nuit, localisées à gauche de l'ombilic. A l'examen, tumeur dure, légèrement nodulaire, très mobile et dont le bord inférieur se trouve à une ligne de l'ombilic. L'extrémité supérieure ne pouvait être nettement délimitée. Son diamètre en longueur est de 6 pouces environ. Il existe une zone de résonnance tympanique entre la tumeur et le foie. Laparotomie qui révèle une tumeur intra-stomacale; par suite, gastrotomie qui donne issue à une tumeur de couleur noire et constituée par des cheveux. Guérison.

La malade avoua que depuis quelque temps elle avait contracté l'habitude de mordiller les boucles de ses cheveux et de les avaler pour se procurer, disait-elle, par leur passage dans l'estomac, une sensation de chatouillement très agréable. La tumeur se moulait sur la cavité de l'estomac; le prolongement pylorique rencontre le prolongement cardiaque presque à angle droit et c'est à peine si on peut dire qu'elle décrit une courbe; elle mesurait 13 pouces de long sur 2 pouces 1/2 de large et 2 pouces 1/4 d'épaisseur et son poids était de 500 grammes.

B. Tumeurs gastro-duodénales, duodénales et jéjunales. — 1. *Cas de Baudamant* (1). — Enfant de dix ans qui avait l'habitude de manger des cheveux et tous les poils qu'il rencontrait. Il fut pris de douleurs vives, puis de coliques violentes avec vomissements visqueux et diarrhée glaireuse qui l'affaiblirent et amenèrent sa mort. A l'autopsie, l'estomac est ouvert, il renferme une masse volumineuse moulée sur les deux culs-de sac de l'estomac qu'elle occupait principalement, et un appendice de la même masse se prolongeait jusqu'au pylore, puis dans le duodénum et le jéjunum. Poids : 2 livres, 1 once; à la coupe, au centre, noyau de cerise autour duquel se sont apposées des couches concentriques de cheveux.

2. *Cas de Mermet* [*d'Hauteville* (2)]. — F., dix-sept ans. Pendant trois ans, vomissements alimentaires, fièvre par accès, dysménorrhée. A l'examen, tumeur volumineuse épigastrique, dirigée obliquement dans le sens de l'estomac et se prolongeant sous le petit lobe du foie, dure, indolente et complètement mobile. Mort. A l'autopsie, l'estomac est entièrement rempli par une masse dure et compacte qui va de la partie inférieure de l'œsophage jusque dans le duodénum et la partie supérieure du jéjunum. Cette masse était recouverte d'un enduit gluant et grisâtre et colorée en jaune par la bile dans sa partie inférieure. Elle était constituée par des cheveux très bien feutrés autour d'une pelure de châtaigne comme noyau. La tumeur avait obstrué les voies digestives et amené la mort par inanition.

Cas de Pollock (3). — F., dix-huit ans, de santé délicate, d'apparence maladive. Fonctions irrégulières de l'intestin. Appétit capricieux, fréquentes nausées. Tumeur de la région épigastrique, solide, peu mobile, augmentant tous les jours de volume, indolore à la pression. Les douleurs spontanées

(1) Schulten. *Finska lacaceranscapets Handlingat*, bd XXXVII, p. 477-494.
(2) O'Hara. *Wiener klin. Woch.*, 1895, nr 5.
(3) Swain. *Lancet*, 1895, I, 1581-1582.
(4) Stelzner. *Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 31.
(5) Allen. *Jour. Am. med. assoc.*, Chicago 1896, XXVI, 199-201.
(6) Jacobson. *Medical news*, 1900, rapporté par Talamon in *Médecine mod.*, 13 mars 1901, p. 82, où l'on trouve en outre l'histoire d'une jeune modiste de dix-huit ans qui, dans un mois, avait mangé tout son fichu de laine.

(1) Baudamant. *Ancien Journ. de méd. et de chir.*, 1779, t. III, p. 507, et cité en entier par Cathelin, Soc. anat., 1898.
(2) Mermet (d'Hauteville). *Journal gén. de méd. et de chir.*, Paris 1813 p. 147-153.
(3) Pollock. *Trans. pathol. Soc.*, Londres, 1851-52, III, 327-328, et cité par le professeur Jeannel in Pathologie du duodénum, *Arch. prov. de chir.*, 1901.

s'accroissent, la tumeur augmente de volume et subitement la malade tombe en collapsus et meurt. L'autopsie montre un léger épanchement séro-purulent intra-péritonéal, des adhérences intestinales. En ouvrant l'estomac et l'intestin, on trouve des masses de cheveux et de ficelles, dans l'estomac très dilaté, la masse occupe surtout la grande courbure et se prolonge en s'effilant dans le pylore. Longueur = 6 pouces, largeur = 3 pouces 3/4, épaisseur = 2 pouces 1/2. La seconde tumeur pileuse se moule sur la fin du duodénum et le commencement du jéjunum ; comme la précédente elle est composée de poils et de ficelle. Longueur = 14 pouces, largeur = 2 pouces 1/4, épaisseur = 2 pouces 1/2. C'est depuis l'âge de trois ou quatre ans que la malade avalait des cheveux.

4. *Cas de Godfrey* (1). — F., trente-deux ans. Dès le début de sa troisième grossesse se met à vomir les aliments puis des matières verdâtres ; de violentes douleurs abdominales survinrent et la malade, après avoir accouché à sept mois d'un fœtus presque mort, succomba à une péritonite. La nécropsie fit voir un abdomen rempli de matières fécales une perforation du duodénum, l'adhérence du côlon et du duodénum ; dans l'estomac, on trouve une grosse masse de cheveux, de ficelle, de fil de laine et de coton. Les cheveux étaient de plusieurs couleurs, car elle avalait les siens et ceux de ses enfants. Le poids de la masse était de 5 onces 3/4.

5. *Cas de Bollinger* (2). — F., seize ans. Deux ans avant sa mort « catarrhe gastrique chronique », anorexie, vomissements fréquents, douleurs abdominales ; puis diarrhée continuelle, anasarque et ascite. De l'examen d'une tumeur volumineuse et dure siégeant à l'épigastre, on conclut à une néoplasie maligne. La nécropsie fit constater la présence d'une tumeur égagropile remplissant estomac et duodénum tous deux distendus.

6. *Cas de Schopf* (3). — F., douze ans. Depuis deux ans diarrhée, nausées, vomissements. Diagnostic : tumeur de la rate. On opéra, et on reconnut que la tumeur appartenait à l'estomac. On fit la gastrotomie et on trouva une tumeur reproduisant la forme de l'estomac se prolongeant jusque dans le duodénum. Circonférence maxima 26 centimètres ; poids : 160 grammes. Elle était constituée par des cheveux blonds de 30 centimétres de long, et par d'autres poils plus courts (3 centimètres) forts et noirs. Ces poils provenaient d'un chien avec lequel l'enfant jouait souvent.

7. *Cas de Herbert A. Bruce* [*de Toronto* (4)]. — F., vingt-six ans, portant dans l'hypocondre gauche une tumeur ne donnant lieu à aucum malaise spécial. Elle s'en aperçut deux mois avant la naissance de son dernier enfant. A l'opération, on trouve une tumeur stomacale avec prolongement duodénal. Longueur, 24 pouces ; diamètre, 2 pouces. Pas d'hystérie.

8. *Cas de Siraud* [*de Lyon* (5)]. — F., seize ans, hystérique. « Depuis quinze mois, tumeur abdominale allongée verticalement depuis les fausses côtes jusqu'à la ceinture pelvienne. Dure, lisse, régulière, un peu mobilisée par les mouvements respiratoires, était très mobile dans le sens transversal et fixée imparfaitement par la contraction des muscles des parois abdominales. Mate à la percussion, en son milieu, car sur les bords la sonorité apparaissait. L'indolence était absolue, seules la palpation et la percussion de la tumeur étaient un peu douloureuses et provoquaient des nausées. Malgré quelques vomissements, l'appétit est conservé et l'intestin fonctionne régulièrement. On a porté les diagnostics suivants : fibrome de la paroi abdominale, péritonite tuberculeuse enkystée, splénomégalie, kyste du pancréas. On se rattache à ce dernier diagnostic en raison de la sonorité qui est au-devant de la tumeur.

Laparotomie sus et sous-ombilicale fait voir un estomac abaissé et vertical et, au travers de la paroi antérieure, on sent une tumeur dure qui paraît être derrière l'estomac ; on incise le feuillet antérieur du grand épiploon, l'arrière-cavité est vide, donc pas de kyste pancréatique. En réclinant l'estomac, la tumeur est perçue à travers la paroi postérieure, donc la tumeur est intra-stomacale.

Gastrotomie qui permet d'extraire une masse moulée sur l'estomac et qui se prolonge dans le duodénum. Poids, 765 grammes ; axe vertical, 28 centimètres ; épaisseur, 7 centimètres.

La malade finit par avouer que depuis quatre ans elle avait l'habitude d'avaler des corps étrangers : papier, médailles et cheveux ; atteinte de desquamation pelliculaire du cuir chevelu avec chute des cheveux, elle recueillait ses cheveux qu'elle avalait la nuit pour tromper les longues heures d'insomnie. »

A ces faits nous ajouterons pour être complet la relation de deux pièces provenant du musée pathologique de Montréal et présentées par M. Cathelin (1), qui en avait reçu communication manuscrite. Ces pièces ont une forme sphérique, l'une de la grosseur d'une tête fœtale, l'autre plus petite, constituée par de longs cheveux de femmes. Ces spécimens proviennent d'autopsies et on ne signale pas de symptômes particuliers avant la mort. Une des deux femmes était hystérique.

Nous avons laissé volontairement de côté l'observation de Schreiber (2) et de Harley (3), parce que la tumeur était uniquement constituée par des fibres végétales et que, d'après notre définition, ce ne sont pas de vrais égagropiles. En revanche les cas de Farabeuf et de Cathelin que nous avons omis à dessein sont bien des égagropiles, mais ils ont été trouvés chez des animaux, et notre sujet ne s'attache qu'aux tumeurs observées chez l'homme.

Il est enfin trois observations qui n'ont pu trouver place dans les cadres que nous avons établis, parce que les détails précis sur le siège de la tumeur font défaut, ce sont les cas de Crawford, de Hebershen et de Langdondown.

Cas de Crawford (4). — F., vingt-trois ans. A l'âge de treize ans, s'arrachait les cheveux, les mâchait et les avalait pendant quatre ou cinq mois. Bientôt après, elle commença à souffrir sous les fausses côtes, dans la région de la rate et de l'estomac. On pensa à une tumeur de la rate. Dans un vomissement, elle rejeta une concrétion de la grosseur d'une noix et contenant des cheveux dans son intérieur. Quelques jours après nouveau rejet par vomissement d'une nouvelle concrétion ; deux mois plus tard, elle rendit par l'anus un gros paquet de cheveux et depuis lors la santé se rétablit.

(1) Godfrey, in W. Gull. *Transact. clin. soc.*, Londres, 1871.
(2) Bollinger. *Münch. med. Woch.*, 1891.
(3) Schopf. *Wien. klin. Woch.*, 1899, nº 46.
(4) Herbert A. Bruce (de Toronto). *The Canada Lancet*, nov. 1901.
(5) Siraud. Soc. de chir. de Lyon, juin 1901. Nous remercions vivement M. le professeur agrégé Siraud d'avoir bien voulu nous donner sa communication *in extenso*.

(1) Cathelin. Soc. anat., janvier 1902.
(2) Schreiber. *Mittheilungen aus dem grenzgehiete der Med. und Chir.*, 1896.
(3) Harley. *Trans. path. Soc.*, 1859-60 p. 87, XI.
(4) Crawford. *The Lancet*, 1852, et *Journal de Lucas-Championnière* 1851.

Cas de Hebershen (1), dans lequel une masse de cheveux fut trouvée dans l'estomac reproduisant exactement le moule de l'organe.

Cas de Langdondown (2). — L'enfant est idiot et meurt d'obstruction intestinale causée par une grosse tumeur pileuse dans le jéjunum.

Tels sont les faits dont nous allons nous servir pour essayer de tracer les signes cliniques de cette affection.

II

Etiologie. — A considérer le sexe et l'âge, la femme et la femme jeune l'emporte de beaucoup : il n'existe, en effet, que 4 cas sur les 31 rapportés ici, où le sexe masculin soit signalé, et, dans les 27 cas restants, la femme est atteinte de quinze à quarante-cinq ans (1 seul cas). Presque toujours ce sont des chlorotiques névropathes, des hystériques, des idiots, des aliénés qui se livrent plus ou moins longtemps à cette bizarre manie d'avaler leurs propres cheveux, ceux de leurs enfants ou même des poils d'animaux. Certaines de ces malades sont parfaitement conscientes de leurs actes, y recherchant une sorte de sensation agréable, tout comme d'autres le font en introduisant des corps étrangers dans l'urètre, l'utérus, le rectum. Mais elles se dissimulent pour accomplir l'acte et ne l'avouent qu'une fois que l'opération permet de mettre sous leurs yeux le corps du délit.

III

Anatomie pathologique. — Là où les tumeurs enlevées reproduisent la forme de l'organe qui les contient, elles se moulent sur lui, et présentent par suite toutes les inflexions, les rétrécissements, les saillies du viscère. D'une façon générale, les tumeurs pileuses sont comme « brassées », ce qui rend leur surface régulière ; ce brassage est celui auquel est soumis le bol alimentaire de l'estomac, et il vient s'y ajouter les effets du péristaltisme intestinal.

Nous ne reviendrons pas sur les dimensions et le poids des égagropiles que nous avons cités pour la plupart des cas.

Brune ou noirâtre, telle est la couleur de ces égagropiles ; mais à la coupe, on remarque que c'est uniquement la portion corticale, pour ainsi dire, qui est ainsi colorée ; en allant vers le centre, les stratifications pileuses prennent une teinte plus pâle, légèrement jaunâtre. La couleur peut même quelquefois ne pas être uniforme, comme dans ce cas où la masse de cheveux était constituée par ceux de la mère et de ses deux enfants. La structure de ces masses est un feutrage de poils avec ou sans noyau central. Celui-ci est constitué par un noyau de fruit, une pelure de châtaigne, et la formation de la tumeur rentre ainsi dans le cadre des calculs d'autres organes. A côté de ces égagropiles purs, il en est d'autres qui sont constitués par des cheveux et des fibres végétales (fils, racines, scorsonères, etc.), et peuvent être classées comme tumeurs mixtes (3).

IV

Symptomatologie. — Ces tumeurs égagropiles ne possèdent pas de symptomatologie caractéristique, les troubles provoqués étant ceux des autres corps étrangers de l'estomac et de l'intestin. C'est précisément cette indécision, ce manque de relief dans les symptômes qui a si souvent entaché d'erreur le diagnostic des égagropiles (1). Ajoutons à cela l'état mental de ces malades (névropathes, hystériques, idiots, aliénés) et l'on comprendra combien on est mal renseigné pour décrire les douleurs spontanées ou provoquées, les symptômes fonctionnels.

C'est au bout de plusieurs années après l'ingestion des cheveux ou des poils ou quelques mois après seulement que le malade se plaint de douleurs vagues au niveau de l'épigastre, de vomissements alimentaires se produisant tantôt d'une façon continue, tantôt sous forme subintrante, n'altérant gravement la santé qu'à la longue. Celle-ci peut cependant se rétabiir à la suite d'une médication appropriée, mais les douleurs reparaîtront quelque temps après avec une acuité plus grande alors et obligeront sans tarder à pratiquer la gastrotomie ou même des phénomènes de péritonite venant subitement s'y joindre, emporteront le malade. Ce sera souvent aussi l'obstruction intestinale qui évoluera avec une telle rapidité qu'elle ne donnera pas le temps de faire l'entérotomie salutaire, témoin les cas de Cobbold, Godfrey, Best, Pollock, Mermet, Buckwill. Puisque les signes fonctionnels n'ont rien de pathognomonique, cherchons si les signes physiques nous permettront de tracer un tableau clinique. Dans le creux épigastrique, on trouve une tumeur localisée sous le rebord costal gauche, pouvant dans certains cas descendre jusqu'à l'enceinte pelvienne *très mobile* dans tous les sens, sans provoquer de douleur vive. Cette mobilité est un signe particulier, car elle permet quelquefois à la tumeur de disparaître par la pression sous les fausses côtes et d'y demeurer cachée ; cela n'est possible, bien entendu, que dans le cas de tumeur petite. De plus, la tumeur est uniformément dure et la palpation dès lors peut aisément la délimiter. Il n'est pas rare d'observer alors une tumeur étendue dans le sens transversal quand elle occupe à la fois l'estomac, le duodénum et les premières anses du jéjunum, caractère qu'on ne trouverait pas dans les autres tumeurs de la région.

Enfin, on a insisté sur la présence d'une zone de sonorité entre le foie et la tumeur, mais elle paraît inconstante, car nous ne l'avons vue signalée que deux ou trois fois.

Cette tumeur finit à la longue par déterminer des phénomènes réactionnels du tube digestif : vomissements alimentaires, muqueux, bilieux, des hématémèses, de la diarrhée alternant avec la constipation (Allen, Schreiber) ou de la diarrhée chronique (Allen, May, Bollinger, Schreiber, Mermet). Ces complications affaiblissent singulièrement la malade qui ne tarde pas à succomber.

Après une période d'acuité, parfois les phénomènes réactionnels s'amendent peu à peu et la malade a l'illusion de la guérison ; mais ce n'est qu'une rémission trompeuse et la mort vient déjouer les prévisions. Il existe cependant un cas de guérison spontanée, celui de Crawford, où la malade rendit dans ses vomissements une portion de l'égagropile dont l'autre fut ensuite évacuée par l'anus.

V

Diagnostic. — Avec des signes fonctionnels et physiques aussi peu caractéristiques que ceux tirés de la lecture des

(1) Hebershen. Cité par Gull et relaté dans Raymond : Les égagropiles, *Revue photographique des hôpitaux*, 1871.

(2) Langdondown. *Ibid.*

(3) Ce n'est qu'à la longue que la paroi de l'estomac ou de l'intestin est altérée ; elle s'ulcère et donne lieu à l'irruption des matières dans la grande cavité péritonéale.

(1) C'est là un exemple de cette tolérance extrême de l'estomac à l'égard de tous les corps étrangers et sur laquelle le professeur Le Dentu a récemment appelé l'attention de la Société de chirurgie à propos d'une observation de Kallionzis (d'Athènes). *Soc. de chir.*, 20 nov. 1901.

observations, il est facile de s'expliquer que jamais le diagnostic véritable n'ait été fait. C'est presque toujours à la rate ou au rein mobiles qu'on pense (Allen, Schreiber, Schonhorn, Schulten), souvent aussi au cancer de l'estomac (Best, May, Bollinger), ce qui s'explique dans ce dernier cas par le siège, la dureté de la tumeur et le mauvais état général. D'autres hypothèses ont été émises : Best pensa à une tumeur du côlon ascendant et Siraud tour à tour examina les divers diagnostics de fibrome de la paroi abdominale, de péritonite tuberculeuse enkystée, de spléno-mégalie et de kyste du pancréas. Ce n'est que depuis l'avènement de la laparotomie exploratrice qu'on a pu faire des diagnostics exacts menant à une thérapeutique rationnelle.

En résumé, il sera donc très difficile de faire le diagnostic des égagropiles avant l'opération; il nous semble cependant, d'après ce que nous avons lu, que la mobilité spéciale de la tumeur dans tous les sens, et surtout sa disparition sous les fausses côtes, pourra guider l'esprit vers l'hypothèse d'un corps étranger de l'estomac et que l'on pourra dès lors, en questionnant la malade, lui faire avouer sa bizarre manie et arriver ainsi au diagnostic.

A l'heure actuelle, il existe assez de cas pour qu'un chirurgien pense à l'éventualité d'une semblable tumeur et dirige son examen et son interrogatoire dans cette voie.

Si la tumeur est gastro-intestinale, la mobilité, l'apparente disparition dont nous venons de parler sera bien moins nette et l'on devra recourir à des auxiliaires dans l'établissement du vrai diagnostic.

Jadis, on aurait pu pratiquer la *gastro-diaphanie* (1) qui consistait à placer dans l'estomac une source lumineuse suffisamment intense pour que, dans une pièce obscure, les rayons lumineux perforent les parois et arrivent à l'extérieur.

La *gastroscopie* de Mickulicz (2) aurait également été applicable, car elle a donné des renseignements exacts à son auteur dans un cas de cancer du pylore.

Collin et Trouvé ont même construit des explorateurs qui, maniés avec précaution, ont donné d'utiles renseignements.

Mais la méthode qui nous paraît préférable c'est la *radiographie stomacale*. Elle a déjà fait ses preuves pour les corps étrangers de l'estomac. Deaver (3) a pu, grâce à elle, déterminer la situation intra-stomacale d'une épingle de sûreté avalée par un enfant de quatorze mois. La radiographie stomacale a été plus loin encore en permettant à Roux et Balthazard, à Kuhn d'étudier la forme et les mouvements de l'estomac, à Lindemann de faire la radiographie de tout l'abdomen.

Devant ces merveilleux résultats, il nous semble qu'il ne sera pas téméraire de demander, aux rayons X, la solution du problème diagnostique des égagropiles. Nous connaîtrons d'une façon précise le siège, le nombre, la forme du corps étranger gastrique ou gastro-duodénal, et nous pourrons mieux guider l'interrogatoire de la malade.

VI

Pronostic. — Les égagropiles insoupçonnés ou faussement diagnostiqués, non opérés en tous cas, ont toujours conduit à la mort. Celle-ci survenait soit d'une façon subite à la suite de rupture de l'estomac ou du duodénum suivie de péritonite généralisée, d'occlusion intestinale, soit lentement après des mois et des années de souffrances, de troubles digestifs, d'amaigrissement, d'anasarque. Mais depuis que l'on a pratiqué soit la gastrotomie d'emblée, soit la gastrotomie après laparotomie exploratrice, le pronostic s'est considérablement amélioré, puisque tous les cas opérés ont guéri très rapidement, comme cela se voit dans les cas de corps étrangers du tube digestif ou d'ailleurs.

(1) Einhorn. *Berlin. klin. Woch.*, 1892, p. 1307, et Oppler. *Am. J. of med.*, 1898.
(2) Mickulicz. *Wiener med. Woch.*, 1883.
(3) Deaver. *Annal. of surgery*, 1898, t. I, p. 64.

VII

Traitement. — A l'heure actuelle, c'est à la laparotomie qu'il faut s'adresser pour l'extraction des égagropiles. Nous ne vivons plus au temps où Cloquet parlait de « l'opération redoutable de l'entérostomie », qui ne se pratiquait que « lorsque des accidents avaient apparu ».

On faisait alors de la thérapeutique de symptômes contre les vomissements et la douleur et si l'on percevait à la palpation une tumeur mobile soupçonnée corps étranger, on ordonnait des purgatifs.

Avec la radiographie, nous pouvons arriver à un diagnostic exact et, partant, nous devrons agir comme dans le cas de corps étranger banal. Mais à l'encontre des corps étrangers sans aspérités, nous ne devrons pas compter sur une issue spontanée à travers le tube intestinal. Nous avons vu qu'il n'existe qu'un seul cas où se trouve mentionnée cette terminaison heureuse ; pour tous les autres, la tumeur est restée franchement gastrique ou n'a franchi que le duodénum et quelques circonvolutions jéjunales. Nous devrons donc traiter l'égagropile comme un corps étranger volumineux de l'estomac, c'est-à-dire ne pas temporiser et opérer dès que le diagnostic est établi.

Nous n'insisterons pas sur le point de savoir si la laparotomie doit se faire sur la ligne médiane ou dans le triangle de Labbé; avec Terrier, Hartmann, Jalaguier et Guinard, la majorité des chirurgiens conseille l'incision sur la ligne médiane.

La gastrotomie se fera ici de la même façon que pour les autres corps étrangers, mais quant à la suture l'on se conduira d'une façon différente suivant que la paroi stomacale sera ou non altérée. Tous ces détails sont donnés dans les traités de pathologie, et l'on n'a qu'à s'y conformer.

En résumé, nous dirons d'abord que le nombre des égagropiles est assez important pour que l'hypothèse d'une telle tumeur prenne place à l'avenir dans le diagnostic des tumeurs ou corps étrangers de l'estomac et du duodénum.

D'autre part, l'étiologie nous a montré qu'il s'agissait presque toujours de femmes jeunes, chlorotiques, nerveuses, hystériques même, et qu'il faut voir là, d'après Talamon (1), un cas de « manie obsédante ».

Au point de vue anatomo-pathologique, la tumeur pileuse est souvent un parfait moulage des viscères qui la contiennent et dont elle fait parfois éclater les parois, donnant naissance à des péritonites mortelles.

On se demande alors comment de telles tumeurs n'apportent pendant longtemps que des troubles minimes aux fonctions digestives; et même lorsque leur volume s'accroît, elles ne donnent naissance qu'à des symptômes vagues et sans caractère pathognomonique.

Aussi leur diagnostic par les seuls signes fonctionnels est-

(1) Talamon. *Médecine mod.*, 1901.

il impossible et c'est à l'examen physique, aidé des précieuses ressources de la radiographie, qu'il faut demander la solution du délicat probléme diagnostique. On ne verra plus ainsi les diagnostics les plus variés être émis (tumeur rénale, épiploïque, pancréatique, splénique) et la précision du diagnostic entraînera une thérapeutique qui a toujours sauvé les malades à qui on l'a appliquée.

En terminant, nous exprimons l'espoir que, à l'avenir, ces tumeurs ne seront plus « des curiosités de biopsies » (1), car il nous semble que, malgré ce qu'on en a dit, leur présence peut être décelée, depuis surtout que les rayons X ont fait faire de si grands progrès à la science du diagnostic.

DE LA FRACTURE PARCELLAIRE DE LA GROSSE TUBÉROSITÉ DE L'HUMÉRUS

DANS LES PRÉTENDUES CONTUSIONS DE L'ÉPAULE COMPLIQUÉES DE PÉRIARTHRITE TRAUMATIQUE (2)

Par O. Jacob, médecin-major de l'armée, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Obs. V. — M..., jeune soldat fait, le 6 mars 1899, une chute de cheval sur l'épaule gauche. Le malade ressentit une vive douleur qui dura une dizaine de jours et qu'accompagnait une impotence fonctionnelle absolue. Pas de signes de fractures, pas de luxation. On lui mit le bras en écharpe pendant quelque temps; l'impotence du membre ne disparut pas malgré les massages, et comme les douleurs augmentaient, le malade fut envoyé à l'hôpital de Melun où on le traita par l'hydrothérapie, le massage et la mobilisation forcée. Après soixante-huit jours de ce traitement le malade est évacué sur le Val-de-Grâce, où il entre le 26 mai, dans le service de M. le professeur Nimier.

Etat actuel, 26 mai. On remarque, à l'inspection, que le moignon de l'épaule est légèrement plus haut à gauche qu'à droite. La tête humérale tend à se porter en avant. Les muscles deltoïdes, sus et sous-épineux, sont nettement atrophiés. Les deux omoplates présentent une position identique, le rachis n'est pas incurvé. La palpation montre plus nettement encore que l'inspection combien l'atrophie musculaire est considérable; le deltoïde est mou et très mince. A travers cette lame musculaire on peut sentir tous les détails de l'articulation. La tête humérale, bien en place, n'est pas modifiée et possède sa configuration normale. Les mouvements actifs sont très limités.

Le malade se présente le bras accolé au tronc. L'abduction est très pénible et l'omoplate entre presque immédiatement en jeu, il en est de même dans la projection du bras en avant et en arrière. Le malade ne peut porter la main gauche sur sa tête, ni toucher en arrière sa ceinture. Les mouvements de pronation et de supination sont aussi très difficiles. L'excursion du membre dans les mouvements passifs est très courte. Dans l'abduction on sent très bien la tête humérale buter contre un obstacle; l'omoplate à ce moment est entraînée alors que l'abduction n'a pas encore atteint 45 degrés. Les autres mouvements de pro et de rétropulsion, de pronation et de supination de l'humérus se font dans des limites restreintes et le bras abandonné retombe sans force. Pas de troubles trophiques ni de troubles de la sensibilité au niveau du moignon de l'épaule; seulement une douleur provoquée par l'exagération des mouvements et la pression de l'apophyse coracoïde ou de la gouttière bicipitale. On porte le diagnostic de périarthrite. Le 29 mai, on tente, sans anesthésie, de mobiliser l'épaule malade. Après cette intervention, légère poussée inflammatoire, douleurs vives, température 39°7. Ces phénomènes disparaissent rapidement. Le massage et la mobilisation sont repris, le malade doit faire de la gymnastique du membre malade. Le 30 juin seulement on commence à noter une légère amélioration, dans les mouvements actifs et passifs; mais l'atrophie persiste et l'omoplate suit toujours dans l'abduction de l'humérus. Une seconde intervention est jugée nécessaire, elle est faite le 18 juillet. L'abduction étant poussée jusqu'à langle droit, on sent et on voit se dessiner une bride. Une incision de 7 centimètres dans l'aisselle permet d'arriver sur l'obstacle et on sectionne deux brides fibreuses, épaisses, correspondant probablement au tendon du petit rond. L'opération n'amène aucune réaction. Pendant les semaines qui suivent on impose au malade de longues séances de mobilisation. Le 2 septembre, on constate que les mouvements ont beaucoup gagné en amplitude, l'abduction se fait assez facilement jusqu'à l'horizontale; le deltoïde semble recouvrer sa force. L'amélioration continue, et le 14 septembre le malade peut faire, de la main gauche, le salut militaire. Le traitement se continue avec de bons résultats jusqu'au milieu d'octobre, date à laquelle on peut considérer la guérison comme définitive.

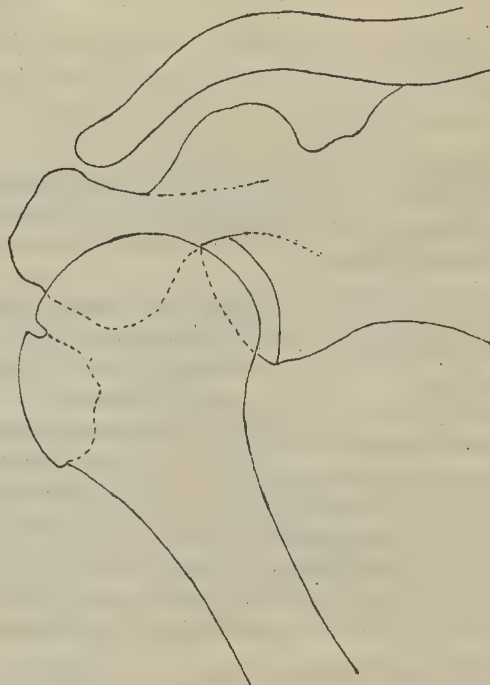


Fig. 5.

La radiographie faite par notre collègue et ami Loison a décelé une lésion de la grosse tubérosité. Le contour de la tête articulaire présente, à sa partie supérieure et externe, au niveau du bord supérieur du col anatomique, une dépression assez profonde, d'où part une fissure qui tend à circonscrire la grosse tubérosité.

Obs. VI. — M. X..., lieutenant de cavalerie, veut, le 3 octobre 1902, arrêter un cheval emballé. Il est violemment projeté à terre. Le malade a senti venir le choc, et a essayé de se retenir, néanmoins l'épaule gauche porta par sa partie externe, et heurta directement le sol. La chute est aussitôt suivie d'une douleur très vive, l'impotence est absolue. Pas de signes de fracture, pas de luxation. En l'absence de ces derniers signes, sans gonflement net, et en présence de la gêne des mouvements, surtout de l'abduction, le diagnostic porté fut : contusion et périarthrite traumatique sans fracture ni luxation. Les jours suivants une faible ecchymose apparut sur la face externe du moignon de l'épaule.

Le 31 octobre, le malade vient demander une consultation et est alors radiographié. A ce moment, on constate une grande gêne des mouvements : l'abduction est impossible

(1) Cathelin. Loc. cit.
(2) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 12, p. 109.

au delà de 45 degrés; l'omoplate suit. La rotation du bras en dehors est gênée. Quelques craquements légers. Tous les autres mouvements sont possibles. Point douloureux limité à la pression de la grosse tubérosité. Rien dans l'aisselle. Atrophie légère du deltoïde. Sensibilité dans le domaine du circonflexe conservée. A l'examen clinique, pas de déformation apparente de l'extrémité supérieure de l'humérus.

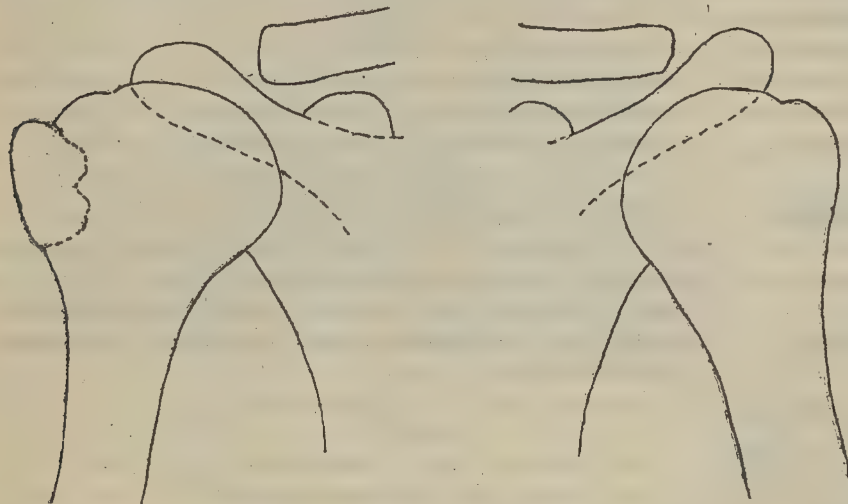


Fig. 6.

La radiographie montre une fracture cunéiforme et un écrasement limité de la grosse tubérosité de l'humérus, avec légère déformation de l'extrémité supérieure de cet os, non perceptible à la palpation.

Obs. VII. — Eug..., vingt-deux ans, soldat d'infanterie coloniale. Rien à noter dans les antécédents. Le 10 septembre 1902, étant à cheval, a été projeté à terre. Le moignon de l'épaule gauche a heurté assez violemment le sol. Le malade put se relever, souffrant beaucoup de l'épaule et présentant une impotence fonctionnelle complète du bras; le membre supérieur est en légère abduction et ne peut être rapproché du thorax. A l'examen pratiqué immédiatement, un médecin n'aurait constaté aucune fracture au niveau de la grosse tubérosité. Point douloureux à la face externe du moignon. Immobilisation dans une écharpe. Le pansement est levé au bout de quelques jours, le massage et l'électrisation sont employés.

Etat actuel, 9 octobre 1902. Le malade entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Mignon, se plaignant de souffrir beaucoup de l'articulation de l'épaule gauche et d'être très gêné dans les mouvements du bras. A l'inspection, on ne constate rien d'anormal; le malade est très musclé. Pas d'attitude vicieuse, pas d'atrophie du deltoïde. A la palpation, tous les rapports sont conservés; pas de déformation osseuse, ni sur la tête humérale, ni sur les surfaces articulaires de l'omoplate. La seule chose que l'on constate est un point douloureux précis, siégeant sur la grosse tubérosité, à un travers de pouce au-dessous de la saillie de l'acromion, sur la partie externe du moignon de l'épaule, le bras pendant le long du corps, pouce en avant. Ce point douloureux n'apparaît qu'à la pression; il n'existe pas spontanément. La palpation de l'aisselle ne révèle rien d'anormal.

Examen fonctionnel : Tous les mouvements passifs et actifs sont limités. L'abduction surtout, dès qu'elle atteint 45 degrés, est extrêmement douloureuse et entraîne l'omoplate. Les mouvements de rotation de l'humérus sont gênés et douloureux. On perçoit, dans tous ces mouvements, des craquements légers.

Radiographie (fig. 7) : on constate un enfoncement limité au niveau de la grosse tubérosité, enfoncement qui se traduit par une dépression « en coup de pouce » de la surface de l'épiphyse. La radiographie montre, à cet endroit, un tassement de la substance osseuse.

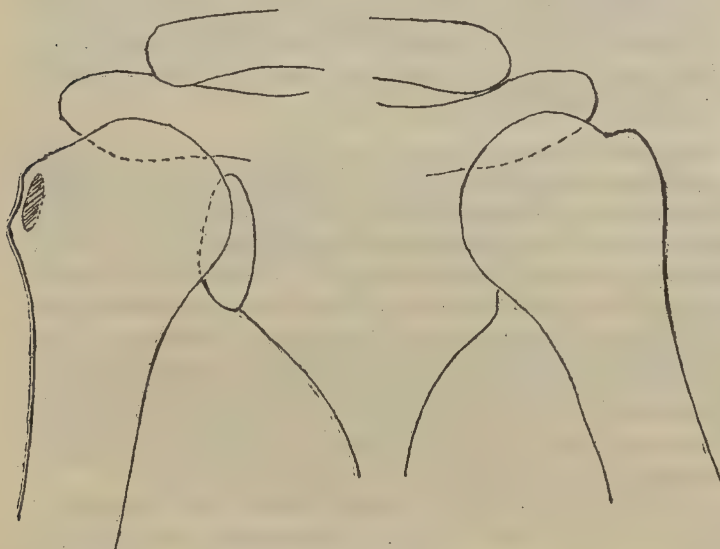


Fig. 7.

Remarques. — Les observations que nous venons de rapporter prêtent à quelques remarques sur l'anatomie pathologique, le mécanisme, la symptomatologie et le diagnostic de la prétendue contusion de l'épaule compliquée de périarthrite traumatique. Nous les exposerons aussi brièvement que possible.

1° Anatomie pathologique. — La fracture parcellaire que l'on observe dans ces prétendues contusions de l'épaule compliquées de périarthrite est consécutive à un traumatisme relativement peu violent. Dans tous nos cas elle a succédé à une chute dans laquelle le moignon de l'épaule lésée a porté directement sur le sol. Les désordres osseux sont tellement légers que, même à l'examen radiographique, ils risquent de passer inaperçus si, comme nous l'avons déjà dit, on n'a pas le soin de radiographier l'épaule saine en même temps et dans la même attitude que l'épaule malade. La lésion est variable : tantôt c'est un enfoncement très léger « en coup de pouce » d'un point limité de la grosse tubérosité, avec tassement du tissu osseux sous-jacent, reconnaissable à la radiographie par une différence de teinte (Obs. VII); tantôt c'est une *parcelle osseuse*, rarement détachée en totalité de l'apophyse (Obs. II) presque toujours adhérente encore à cette dernière (Obs. I, III, IV, V, VI).

2° Mécanisme. — Il semble que la fracture parcellaire se produise à la fois par le mécanisme de l'écrasement et par le mécanisme de l'arrachement. Le tissu spongieux de la grosse tubérosité de l'humérus est, on le sait, peu résistant et l'on conçoit très bien que dans une chute dans laquelle le moignon porte directement sur le sol, il puisse s'écraser : la radiographie de l'observation VII montre d'une façon indiscutable la réalité de cet écrasement qui, à notre avis, joue le rôle prépondérant dans le mécanisme de la fracture. Il n'est cependant pas irrationnel d'admettre que, au moment où le blessé tombe et où l'humérus est plus ou moins « coincé » contre le sol, les muscles de l'épaule se contractent énergiquement dans un mouvement instinctif de défense et que cette action musculaire s'ajoute à l'écrase-

ment pour produire les légers déplacements du fragment que nous montre la radiographie. On pourrait ainsi expliquer, suivant que la contraction de tel ou tel groupe musculaire a prédominé, le déplacement du fragment dans un sens ou dans l'autre; si l'action du sus-épineux l'emporte, le déplacement tendra à se produire de bas en haut (Obs. I et III), si c'est celle du petit rond et du sous-épineux, le fragment se déplace de haut en bas (Obs. IV et V). Mais ce ne sont là que des hypothèses qu'il est impossible de vérifier; nous n'insistons pas davantage.

3° ETUDE CLINIQUE. — Un cavalier est projeté sur le sol par son cheval. Dans la chute, le moignon de l'épaule heurte directement le sol, plus ou moins violemment, et le blessé se relève éprouvant de vives douleurs au niveau de la région lésée et incapable de remuer le bras. Le médecin qui l'examine au moment de l'accident, ou peu après, constate que l'extrémité humérale est en place et qu'elle a conservé sa forme et sa régularité normales. Il élimine, par suite, le diagnostic de luxation et celui de fracture et conclut par exclusion à une contusion de l'épaule, mettant sur le compte de cette dernière les douleurs spontanées et provoquées, ainsi que la gêne fonctionnelle très marquée qu'accuse le blessé.

Le pronostic semble des plus favorables, le médecin le pense et le dit. Cependant, malgré un traitement bien conduit, la guérison espérée et promise ne se produit pas et lorsque quinze jours, un mois ou deux après, le chirurgien revoit son blessé, voici dans quel état il le trouve. Le deltoïde est atrophié ; l'épaule est restée douloureuse à la pression en certains points, en particulier au-dessous du sommet de l'acromion, et elle est également restée raide. Les mouvements, en effet, sont très limités, surtout les mouvements d'abduction et de rotation; dès qu'on cherche à leur donner un peu plus d'étendue, l'omoplate suit les mouvements imprimés au bras et l'on provoque en même temps une douleur telle qu'on est obligé de s'arrêter. L'articulation elle-même, examinée avec soin, est à peu près normale.

Comme on le voit, tous ces signes sont ceux de la périarthrite traumatique primitive, telle que Duplay l'a décrite : pas un ne fait défaut, il n'y en a pas un de plus et le diagnostic paraît indiscutable. Et de fait, c'est bien de la périarthrite traumatique qui existe; mais cette complication n'est pas primitive. Elle ne s'est pas développée, sans qu'on sache pourquoi, sur le malade examiné, alors qu'un autre malade, blessé dans des conditions identiques, en reste exempt. Elle est survenue dans un cas, parce qu'il existait une fracture, elle a fait défaut dans l'autre, parce que la contusion était réellement simple; la radiographie, nous l'avons vu, l'a nettement prouvé. Comme nos observations le montrent, dans tous nos cas de contusion de l'épaule compliquée de périarthrite traumatique, la fracture parcellaire a été méconnue malgré l'examen clinique le plus minutieux, jusqu'au moment où l'examen radiographique a été fait.

Les rayons Röntgen sont-ils donc indispensables pour reconnaître la fracture et ne peut-on, au moment où l'accident se produit et où l'on examine le malade, distinguer les cas où la contusion de l'épaule se compliquera de périarthrite de ceux où elle en restera exempte? Question des plus importantes au point de vue pratique, si l'on songe que l'on est encore bien loin de l'époque où tout praticien pourra avoir à sa disposition une installation radiographique, et que cependant il importe de pouvoir avertir le malade de la gravité relative ou de la bénignité de la lésion, si l'on ne veut pas être accusé par lui d'avoir méconnu ou mal traité son affection. Nous répondrons que la radiographie seule permet d'*affirmer* la fracture, mais que deux signes, tirés de l'examen clinique, peuvent la faire *soupçonner*. Ces deux signes qui, dans les quatre derniers cas que nous ayons eu à examiner, nous ont permis de faire le diagnostic de fracture parcellaire méconnue, sont : 1° la notion d'une chute dans laquelle le moignon de l'épaule a porté directement sur le sol; 2° l'existence d'un point plus particulièrement douloureux sur la grosse tubérosité ou autrement dit, au-dessous du sommet de l'acromion. Ajoutons enfin que lorsqu'en même temps que ces deux signes on constate l'existence d'une ecchymose siégeant sur la face externe du moignon de l'épaule on peut presque affirmer la lésion osseuse.

REVUE DES THÈSES

Le signe d'Argyll-Robertson et la cytologie du liquide céphalo-rachidien, par M. le docteur DÉCHY. (Th. de Paris, 1902.)

L'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques est à l'ordre du jour. Dans sa thèse, M. Déchy, rappelant les observations déjà nombreuses dans lesquelles on a constaté une lymphocytose du liquide rachidien accompagnant le signe d'Argyll-Robertson, montre que le symptôme cytologoque devient de ce fait un nouveau signe objectif important, pathognomonique de la syphilis des centres nerveux, quand il existe avec le signe de Robertson. Le cyto-diagnostic, pratiqué dans ces conditions, a une importance pronostique, en nous désignant les syphilitiques susceptibles de verser dans le tabes et la paralysie générale, et thérapeutique, en amenant le médecin à instituer un traitement rapide et intensif. P. RAVAUT.

Quelques causes peu fréquentes d'intoxication saturnine, par M. le docteur A. VIANAY. (Th. de Paris, 1902.)

A côté des causes professionnelles bien connues du saturnisme existent quelques causes moins fréquentes qui donnent lieu souvent à des difficultés sérieuses de diagnostic.

Ce sont ces intoxications professionnelles ou non qui font l'objet de l'intéressante thèse de M. Vianay. Il relève entre autres le saturnisme chez les tapissiers qui laissent séjourner longtemps dans la bouche des clous revêtus d'un étamage plombifère, fait nouveau à ajouter à la liste déjà longue des causes de l'intoxication par le plomb.

L'intoxication saturnine ne revêt pas toujours le tableau clinique classique, mais parfois se manifeste par des troubles morbides variés qui peuvent faire méconnaître la cause réelle des accidents. La colique de plomb notamment peut être confondue avec toutes les douleurs abdominales. L'absence de notions étiologiques contribue à faire errer le diagnostic.

La connaissance de la cause de l'intoxication a donc une grande portée pratique, car elle peut amener à modifier les procédés industriels et à éviter le retour des accidents. Il en est de même pour les intoxications non professionnelles.

E. RENAUD.

L'oxymel scillitique dans le traitement de la coqueluche, par M. le docteur BOULADE. (Th. de Paris, 1902.)

Sur les conseils de M. Comby, M. Boulade a essayé l'oxymel scillitique dans le traitement de la coqueluche. Donné à la dose d'une cuillerée à café par année d'âge, de cinq à six heures, ce médicament diminue la marche et l'intensité des quintes, et abrège la durée même de la maladie. La médication est facilement acceptée par les petits malades; elle peut être facilement employée en ville. L. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — NOTES OBTENUES. — *Pathologie.* — Séance du 29 janvier 1903 : MM. Lutaud, 12; Broc, 11; Gravelotte, 10; Bour (Denis), 9; Bory, 8; Krantz, 8; Robinovitch, 8; Braun, 7; Prieur, 6.

Marine. — TABLEAU D'AVANCEMENT POUR 1903. — *Armée active.* — Pour le grade de médecin en chef de première classe : M. le médecin en chef de deuxième classe Couteaud.

Pour le grade de médecin en chef de deuxième classe : MM. les médecins principaux Cognes, Mercier et Machenaud.

Pour le grade de médecin principal : MM. les médecins de première classe Mazet, Durand, Barthélemy et Rousseau.

Pour le grade de médecin de première classe : MM. les médecins de deuxième classe Charuel, Merleau-Ponty, Rolland et Cras.

Réserve. — Pour médecin en chef de deuxième classe, M. le médecin principal Jeaugeon.

Pour médecin principal, M. le médecin de première classe Rochard.

TABLEAU DE CONCOURS POUR LA LÉGION D'HONNEUR. — *Armée active.* — Pour le grade d'officier : M. le médecin en chef de première classe Barret.

Pour le grade de chevalier : MM. les médecins de première classe Audiat, Pourtal, Ardebert, Vincent, Lefebvre, Titi, Gombaud, Hervé, Courtier, Sisco, et M. Lucciardi, médecin de deuxième classe.

Réserve. — Pour le grade de chevalier : MM. les médecins de première classe Gros et du Mouza.

Création d'une société médicale française en Tunisie. — Les médecins et pharmaciens français de Tunisie ont compris la nécessité de se grouper en une association amicale et scientifique.

Voici la composition du bureau élu pour 1903 : président, M. le docteur Schoul, médecin de l'hôpital français; vice-présidents, MM. le docteur Lemanski, médecin de l'hôpital français, et Cornet, pharmacien; secrétaire, M. le docteur Brunswic-Le Bihan, chirurgien de l'hôpital Sadiki; trésorier, M. le docteur Plancke; assesseurs, MM. Ducloux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, et Fataccioli, pharmacien.

Souscription pour la conservation du vieil hôpital de Tonnerre. — Le vieil hôpital de Tonnerre, fondé en 1293, classé comme monument historique, est, d'après Viollet le Duc, « un des plus beaux exemples d'architecture civile de la fin du XIII[e] siècle. » Il est immense, il possède une charpente prodigieuse, un gnomon très intéressant, un splendide tombeau de Louvois, par Girardon, et l'incomparable sépulcre de la salle de la Revestière.

Le vieil hôpital, quoique encore très solide, a besoin de réparations coûteuses en raison de l'énorme étendue de sa toiture. Les dépenses indispensables sont estimées à 30 000 francs au moins.

La subvention de l'Etat ne peut et ne doit, en aucun cas, atteindre la totalité de la dépense; cette subvention ne sera fournie que si la moitié des frais est supportée par l'administration de l'hôpital de Tonnerre, propriétaire du vieux bâtiment; malheureusement cette administration, très appauvrie, ne peut, de même que la ville, contribuer efficacement à ces dépenses. Il est indispensable qu'à leur défaut une souscription publique procure la somme nécessaire (15 000 francs), tant pour assurer les réparations que pour garantir à jamais l'édifice contre tous les projets qui pourraient le compromettre.

Tout récemment encore il était question d'y établir un marché couvert qui l'aurait mutilé et aurait entraîné sa destruction à bref délai.

Une décision récente de la Commission des monuments historiques a écarté pour le moment ce grave danger, mais il n'est pas douteux que des projets analogues seraient émis si l'hôpital n'était pas réparé et si on ne lui trouvait pas une attribution définitive.

Le corps médical a de grandes raisons de s'intéresser à cet hôpital si ancien et si curieux avec sa disposition en alcôves dominées par une galerie supérieure, son chauffage par les réchauds, son histoire et ses chefs-d'œuvre de sculpture.

Les médecins, unissant leurs efforts à ceux des Tonnerrois, tiendront à honneur de sauver ce précieux héritage du passé en contribuant à la souscription ouverte en faveur du vieux monument.

La souscription du corps médical est placée sous le patronage de : MM. Albarran, Campenon, professeur Berger, professeur Blanchard, professeur Brissaud, Brunon, professeur Cornil, professeur Debove doyen de la Faculté, professeur Déjerine, professeur Dieulafoy, Hérard, Huchard, professeur Hutinel, L. Labbé, professeur Lannelongue, Marfan, Muselier, Ch. Périer, professeur Pozzi, Prieur, Richardière, A. Robin, Ricard, professeur Tillaux, Variot.

Prière d'adresser les souscriptions à : MM. Chaput, 21, avenue d'Eylau; Michon, 28, rue Barbet-de-Jouy; Potherat, 35, rue Barbet-de-Jouy; Siredey, 80, rue Taitbout.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique chirurgicale, par MM. les docteurs A. RICARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et P. LAUNAY, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° jésus de 900 p., avec 326 fig. dans le texte. — Prix : 18 francs. — Paris, O. Doin.

Chirurgie des ovaires et des trompes, par M. le professeur MONTPROFIT (d'Angers), chirurgien des hôpitaux, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine; préface du professeur Félix TERRIER. Un beau vol. in-8° de 450 p., avec 260 fig. dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Agence centrale de la Presse scientifique internationale.

Précis de bactériologie (2[e] édit.), par M. le docteur J. COURMONT, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 colombier, cart. toile, de 900 p., avec 374 fig. dont 65 en couleurs dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

La tuberculose dans l'armée, par M. le docteur A. KELSCH, ancien médecin-inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° de 108 p., avec tracés et cartes. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : D[r] François LE SOURD.

PARIS — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. -- 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 2 février 1902.

Le 12 décembre de l'année dernière, M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris faisait savoir à MM. les directeurs des hôpitaux que dans chaque service il y aurait un « carnet auxiliaire dont la tenue était obligatoire » et « il appelait leur attention sur le caractère *exclusivement administratif* de ces carnets de rapport ». A première vue, il n'y avait là rien de bien révolutionnaire. Qu'il y ait un cahier de rapport dans chaque service, quoi de plus naturel? N'était-il pas logique que l'Administration fût tenue au courant de ce qui se passait chez elle? Le contraire eût été un tort, et, pour notre part, nous pensions que ce carnet de rapport existait depuis longtemps.

Ce nouveau carnet, pour faciliter la tâche des surveillantes des salles, portait, tout imprimée, une série de questions dont la solution pouvait, en effet, importer à l'Administration.

Qui a fait la visite? A quelle heure a-t-elle commencé, a-t-elle fini? Qui a fait la contre-visite? Combien de temps a-t-elle duré? Y-a-t il eu opération chirurgicale ? Qui l'a pratiquée? Quel est le mouvement des malades entrants et sortants? etc.

Cependant, l'établissement de ce carnet devait soulever une légitime réprobation et voici pourquoi : Dans le bas de la deuxième page, laissée en blanc aux *réflexions personnelles* de la surveillante, sous forme d'annotation discrète, se cachaient timidement, presque honteusement, les quatre lignes suivantes :

« Ce carnet, *tenu sous clef* dans le service, ne doit, en aucun cas, *sous peine de mesure disciplinaire*, être communiqué qu'au directeur de l'établissement ou aux réprésentants dûment qualifiés de M. le directeur de l'Administration. »

En réalité, toute la réforme gisait en ce bas de page. C'était la **délation** organisée dans les services. Ce carnet n'était qu'un **instrument de police**, entre les mains de l'Administration, dirigé contre les médecins traitants et à leur insu.

C'était la désorganisation profonde des services. C'était mettre, au-dessus du médecin-chef, la surveillante de la salle. Au lieu du collaborateur dévoué et soumis que le chef de service doit trouver à ses côtés, pour le plus grand bien des malades, il n'avait désormais qu'un policier chargé de l'espionner sournoisement et qui, par ses nouvelles et indignes fonctions, devenait son contrôleur patenté, son inspecteur occulte.

Représentez-vous les « notes » données au médecin d'hôpital, soucieux de la bonne direction de son service, qui se permettrait de faire remarquer à une surveillante qu'elle passe plus de temps à sa toilette qu'à la tenue de ses salles, qu'elle néglige ses malades, et que son service est mal fait. Vous devinez les réflexions anonymes dont la surveillante gratifierait son chef sur le cahier de rapport soumis au seul directeur!

C'était la répétition de ces fameux rapports de police, établis sans contrôle, étayés de racontars plus ou moins fantaisistes et mensongers, et à l'insu des intéressés qui ne peuvent se défendre des accusations portées contre eux! Cette organisation policière avait quelque chose de répugnant et d'autant plus odieux qu'elle était dirigée contre les chefs de service qui consacrent le meilleur de leur temps aux soins des malades pauvres.

Elle parut même tellement répugnante aux surveillantes chargées de cette basse besogne que, spontanément, la plupart d'entre elles, bravant les foudres administratives, apportèrent au chef de service le fameux cahier qu'elles devaient tenir caché. Aussi, dès la première semaine de janvier, les chirurgiens purent apporter à la tribune de leur société les pages de ce cahier, désormais historique, et protester avec indignation contre l'intromission, dans les hôpitaux, de ces procédés administratifs jusqu'alors inconnus.

Les médecins des hôpitaux protestèrent à leur tour; mais déjà le coup avait fait long feu et l'Administration annulait sa première circulaire par une seconde en date du 23 janvier, circulaire dont le style et les tournures hypocrites relèvent évidemment du même rédacteur qui avait présidé à l'établissement de la première.

Lisez plutôt : « J'ai décidé que ces carnets ne doivent être communiqués qu'à vous, monsieur le directeur, aux inspecteurs, aux contrôleurs de l'Administration, aux membres du Conseil de surveillance et aux chefs de service qui pourront y consigner leurs observations. »

Il eût été plus net et plus franc de dire simplement que ces carnets devraient être *désormais* également communiqués

aux chefs de service sans recommencer la litanie des directeurs, contrôleurs et surveillants déjà énumérés dans la précédente circulaire. Mais le rédacteur honteux n'a même pas eu la crânerie de sa reculade.

Nous espérons que M. le directeur général, nouveau venu dans l'Administration, n'est pas personnellement l instigateur de ces procédés que sa conscience doit répudier; mais il a, évidemment, à ses côtés, dans son personnel supérieur, de mauvais conseillers, aux instincts perfides et bas, jaloux des situations honorables, indépendantes et enviées que se sont créées les chefs de service.

La deuxième circulaire satisfait tout le monde, les chefs de service qui n'ont jamais prétendu échapper à un contrôle ouvert et loyal et le personnel des surveillantes que leur éducation n'avait pas préparées pour ces policières besognes.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

LES ABUS DU LAVAGE DE L'INTESTIN

Par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.

Si l'on a beaucoup abusé du lavage de l'estomac, on abuse tout autant à l'heure actuelle, nous semble-t-il, du lavage de l'intestin. Il nous paraît bon de réagir contre cette tendance qui s'accuse surtout dans le traitement de la colite muco-membraneuse et de la constipation chronique. On ne nous accusera certainement pas de prévention contre un mode de traitement que l'un de nous a contribué à vulgariser depuis dix ans par son enseignement et ses publications.

Le lavage de l'intestin rend les plus grands services dans certaines conditions pathologiques, particulièrement dans le traitement des colites aiguës ou subaiguës avec diarrhée fétide ou phénomènes dysentériques et dans la cure des formes graves et des poussées aiguës de colite muco-membraneuse. Il sert à évacuer le contenu du gros intestin, il diminue l'intensité des putréfactions qui s'y produisent, et, en conséquence, de l'auto-intoxication par résorption des toxines intestinales. Grâce aux substances en solution dans l'eau (bi-borate de soude, nitrate d'argent, ichtyol, etc.), il peut exercer sur la muqueuse du côlon une influence modificatrice très appréciable.

Toutefois, on ne doit employer le lavage du côlon que d'une façon méthodique et sagement mesurée; l'abus qu'on en fait présente de sérieux inconvénients. Cet abus peut résulter de son emploi sans indication vraie, de l'injection de l'eau à pression trop forte et en quantité excessive, et de son usage indéfiniment prolongé. Examinons successivement ces différentes causes d'abus.

Le lavage de l'intestin est employé *sans indication vraie* lorsqu'on s'en sert pour le traitement de la constipation simple, en dehors de phénomènes *suffisants* de colite muco-membraneuse, de fausse diarrhée ou de débâcles diarrhéiques.

Il ne suffit pas de trouver dans les selles quelques faibles quantités de mucosités et de petites pellicules insignifiantes pour conclure à la colite muco-membraneuse et instituer le lavage répété à grande eau. Les malades ont souvent tendance à exagérer la quantité des mucosités contenues dans leurs selles et le médecin fera bien d'en juger par lui-même. Il n'y a guère de constipation chronique sans qu'on rencontre de temps en temps un peu de mucosités dans les matières. Il existe du reste tous les degrés intermédiaires entre cette amorce insignifiante et les cas les plus intenses de colite muco-membraneuse. Or, il nous paraît incontestable que le lavage est un mauvais mode de traitement de la constipation simple qu'il tend à transformer, si on en abuse, en constipation avec spasme intense. On peut dire que la constipation par spasme accentué est la forme de beaucoup la plus rebelle. Il est infiniment préférable de traiter la constipation par les lavements simples, les lavements huileux, les lavements d'huile pure, le massage et l'électrisation.

On abuse du lavage de l'intestin quelle que soit la raison pour laquelle on y a recours lorsqu'on l'exécute avec une pression trop forte et une quantité d'eau trop considérable, particulièrement dans les cas où il y a tendance au spasme du gros intestin. Le liquide avec lequel s'opère le lavage ne doit pas être injecté avec une pression supérieure à 50 ou 60 centimètres au maximum et son volume ne doit pas habituellement dépasser un litre et demi environ. Il doit pénétrer très lentement dans l'intestin.

Chez les personnes qui pratiquaient depuis longtemps le lavage intestinal, avec une pression considérable (1m50 par exemple), nous avons toujours constaté l'existence d'une contraction spasmodique très marquée et généralement douloureuse du côlon. Souvent elles éprouvaient des douleurs excessives pendant et après l'injection du liquide. Il n'est pas très rare, du reste, que les fortes pressions empêchent l'introduction d'une quantité d'eau considérable, tellement le spasme et la douleur deviennent rapidement marqués : les malades se contentent souvent de faire plusieurs injections d'un demi-litre à deux tiers de litre, ce qui nous paraît d'une pratique déplorable.

Le spasme du côlon, provoqué par l'injection de liquide sous une pression trop forte, peut être assez considérable pour produire des phénomènes d'occlusion intestinale, comme l'un de nous a pu le constater nettement dans un cas. Ces accidents qui s'étaient déjà produits une fois chez le même malade, dans les mêmes conditions, disparurent immédiatement dès qu'on suspendit des lavages faits avec une pression d'environ 1m50.

Il nous paraît hors de doute que le côlon tend le plus souvent à se contracter lorsque l'on y introduit du liquide à forte pression, il semble que ce soit pour lui un mode naturel de défense. Lorsqu'il y a tendance au spasme, et cette tendance est habituelle dans les cas de colite muco-membraneuse, cette contraction de défense peut amener une véritable sténose spasmodique qui peut aller jusqu'à suspendre complètement le cours des matières et provoquer des phénomènes de véritable occlusion. Le plus souvent, il ne se produit, il est vrai, que des phénomènes de spasme douloureux. Les conditions sont plus favorables encore à leur apparition, lorsqu'il y a exagération à la fois de la pression et de la quantité de liquide injecté.

Les inconvénients de l'injection d'une quantité exagérée de liquide sans pression excessive sont moins grands, mais cependant non douteux. Il n'est pas rare de voir des malades pratiquer depuis des années des lavages quotidiens avec deux litres d'eau et plus sans obtenir la disparition de la constipation. Ils l'entretiennent sans s'en douter par le moyen même par lequel ils la combattent.

Une jeune fille de vingt-quatre ans vient récemment consulter l'un de nous. Atteinte de colite muco-membraneuse

depuis six ans, elle a fait deux saisons à Plombières, il y a cinq et quatre ans. Là, on lui a conseillé de faire chaque jour deux grands lavages du côlon avec deux litres d'eau chacun, et, depuis quatre ans, elle faisait consciencieusement passer en deux fois 4 litres d'eau dans son intestin. Depuis cette époque elle n'a jamais eu de selle naturelle. Les matières sont en forme de petites scyballes ovillées. Les lavages sont douloureux et suivis de coliques, bien que pratiqués à une pression raisonnable. On constate facilement par la palpation un état spasmodique accentué du côlon sur toute son étendue. Les lavages sont interrompus et on fait prendre un peu de belladone. La malade obtient ainsi, dès les premiers jours, des selles quotidiennes non douloureuses et on peut constater la diminution de la corde colique symptomatique du spasme du gros intestin.

Les grands lavages tels qu'on les pratique à Plombières, en particulier, nous paraissent d'une incontestable utilité lorsque la colite muco-membraneuse se traduit par l'évacuation d'une quantité *considérable* de muco-membranes. Ils semblent exercer sur la muqueuse colique une action modificatrice et servir à guérir l'élément inflammatoire; mais ils ne doivent pas être poursuivis indéfiniment. Ils doivent être restreints et même suspendus dès que la quantité des évacuations muco-membraneuses a sensiblement diminué.

Lorsque ces productions muco-membraneuses ne sont pas trop intenses, elles disparaissent du reste rapidement lorsqu'on fait disparaître la stase des matières dans le côlon. C'est ainsi que chez des malades électrisés par M. Delherm, nous avons vu les productions muco-membraneuses disparaître très rapidement lorsque des évacuations régulières de l'intestin avaient été obtenues. Il en a été de même dans des cas de constipation avec léger degré de colite muco-membraneuse traitée avec succès par des lavements d'huile pure.

Notre expérience nous paraît donc permettre d'affirmer dès maintenant que l'abus du lavage de l'intestin entretient assez souvent la constipation en entretenant le spasme colique et qu'il entretient en même temps la colite muco-membraneuse dont la cause principale est le séjour prolongé des matières fécales dans le côlon. Il semble du reste que l'hypersécrétion muqueuse et l'irritation spasmodique marchent de pair, sous l'influence des mêmes facteurs.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(28 JANVIER 1903)

La discussion sur l'**appendicite** touche à sa fin. A mesure qu'on avance dans cette discussion, on voit augmenter chaque jour le nombre des partisans de l'opération à froid, si bien que, si on voulait compter d'un côté les partisans de l'opération à chaud et, de l'autre, ceux de l'opération à froid, il resterait véritablement bien peu des premiers. C'est encore un partisan de l'opération à froid qui a eu la parole dans cette séance : M. Rochard, avec sa franchise habituelle, a dit bien haut et bien nettement ce que beaucoup pensent tout bas; il a fait bonne justice de certaines formules malheureuses qui ont été lancées un peu trop vite au début de ces discussions et qui ont jeté le plus grand trouble dans l'esprit des praticiens et du public. Comme le fait observer avec juste raison M. Rochard, ces formules, dans leur laconisme, deviennent d'autant plus dangereuses qu'elles émanaient d'une personnalité plus haute, plus respectable et plus autorisée.

En 1902, M. Dieulafoy disait à l'Académie de médecine : « Attendre le refroidissement d'une appendicite, c'est exposer les malades à la mort. » M. Segond a repris cette formule de M. Dieulafoy et l'a répétée, à la Société de chirurgie, en disant qu'il s'y ralliait absolument. Cette formule est d'autant plus grave qu'elle contient implicitement un blâme et un blâme énergique pour ceux qui n'opèrent pas immédiatement tous les cas d'appendicite, et nous savons aujourd'hui qu'ils sont légion. Pour qu'un clinicien de la valeur et de la bonne foi de M. Dieulafoy émette une pareille opinion, il faut qu'il ait ses raisons. Ce sont ces raisons que s'applique à rechercher M. Rochard. Quels sont les cas d'appendicite que voit M. Dieulafoy? Il est bien évident qu'on ne va pas le demander ni le consulter pour une simple colique appendiculaire. On ne le dérange que pour des cas sérieux, graves, foudroyants, dans lesquels la détermination à prendre est très difficile, ou bien dans les cas où l'on craint de commettre une erreur de diagnostic. En présence de ces cas très graves, dont beaucoup se terminent rapidement par la mort, on conçoit que M. Dieulafoy soit arrivé à considérer l'appendicite comme une des maladies les plus traîtresses et les plus dangereuses, et cela n'a certainement pas été sans influence sur ses conclusions trop radicales au point de vue de l'intervention chirurgicale.

La plupart des chirurgiens ne se trouvent pas dans les mêmes conditions, en ce sens qu'ils voient tous les cas d'appendicite, depuis les plus légers jusqu'aux plus graves; bien des appendicites leur arrivent déjà refroidies. De là cette différence, un peu étrange au premier abord, entre l'opinion du professeur Dieulafoy et celle de la plupart des chirurgiens. M. Rochard se hâte d'ajouter qu'il n'y a pas de chirurgiens qui n'opèrent qu'à froid. Tous opèrent, à chaud, certains cas. Par exemple, dit-il, nous aurions tous opéré le cas de M. Segond. Pour les cas très graves, pour les péritonites généralisées, nous sommes tous pour l'intervention. C'est entendu, mais il est toute une catégorie d'appendicites aiguës, qui peuvent, qui doivent refroidir, et qu'il vaut mieux laisser refroidir que d'opérer. Il est bien certain qu'il y a beaucoup d'opérés qui ont succombé et qui ne seraient peut-être pas morts s'ils n'avaient pas été opérés. De tous les chiffres qui ont été donnés, dans cette discussion, il n'en est pas de plus probants, de plus écrasants que ceux de M. Jalaguier. En opérant immédiatement tous les cas, comme le voudraient MM. Dieulafoy et Segond, ne risque-t-on pas de tuer des malades? On risque aussi d'opérer des fièvres typhoïdes. Cette erreur de diagnostic est, en effet, bien plus fréquente qu'on ne pourrait le croire. M. Rochard en cite plusieurs exemples.

Dans certains cas, ceux que M. Ricard a désignés sous le nom de cas moyens, il est parfois bien difficile de porter un pronostic quelconque et, conséquemment, de prendre une décision. C'est dans ces cas que la conduite du chirurgien devient particulièrement difficile et délicate. Dans ces cas, pour peu qu'un signe d'aggravation apparaisse, M. Rochard serait plutôt partisan de l'intervention précoce, à chaud. Mais ce sont là des faits plutôt exceptionnels. Quoi qu'il en soit, le traitement chirurgical de l'appendicite, ainsi que l'a très bien dit M. Delbet, ne saurait se résumer en une formule mathématique comme celle qui a été répétée si souvent, trop souvent.

M. Moty apporte au débat deux nouveaux cas d'appendicite infectieuse aiguë hypertoxique. Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon atteint d'une appendicite datant de vingt-quatre heures, présentant un facies grippé, un état typhoïde, le pouls à 160, la température à 39 degrés. Tout le monde est d'accord pour conseiller une opération urgente; M. Moty pratique cette opération qui est facile. Les symptômes ne s'amendent pas; il apparaît de l'ictère et du délire et le malade meurt sans aucune réaction péritonéale.

Dans le second cas, il s'agissait d'une appendicite datant de trois ans. Il y avait eu déjà deux fortes crises; mais

celle-ci fut plus sévère que les autres. Tous les signes d'une appendicite hypertoxique existaient; malgré l'opération ce malade succomba comme le premier. On trouva, à l'autopsie, de la péricardite infectieuse, il n'y avait aucune réaction péritonéale.

Très intéressante la communication suivante de M. Albarran : il s'agit d'une fillette de dix mois qui portait une petite tumeur dans le côté droit de l'abdomen, tumeur lisse, rénitente, régulière, présentant tous les caractères d'une **tumeur rénale.** M. Albarran se propose de faire une néphrectomie transpéritonéale; il fait la laparotomie et trouve le péritoine postérieur complètement adhérent à la tumeur. Il cherche à faire alors une néphrectomie sous capsulaire, mais il ne trouve aucun pédicule; il tombe sur une masse polykystique énorme, au-dessus de laquelle il trouve le rein contre le foie. Il enlève la tumeur principale qui était composée d'une infinité de kystes gros et petits d'où il sort un liquide jaunâtre. L'examen histologique a montré que cette tumeur polykystique était constituée par du tissu myxomateux.

Les tumeurs périrénales chez l'enfant sont très rares. M. Albarran a pu en relever 64 cas chez l'adulte et 4 seulement chez les enfants au-dessous de six ans. Il se déclare absolument partisan de l'intervention dans ces cas.

Dans l'une des précédentes séances, M. Faure avait présenté une intéressante observation du **cancer de la portion intrathoracique de l'œsophage** opéré par une incision cervicale combinée à une large ouverture postérieure permettant un accès facile dans le médiastin postérieur. M. Demoulin fait, à ce sujet, un rapport important. Voici d'abord, en quelques mots, l'observation : il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, qui était atteint d'un cancer de l'œsophage commençant à 7 centimètres au-dessus de l'orifice de l'œsophage dans l'estomac et remontant jusqu'à 22 centimètres au-dessous de l'arcade dentaire. Il y avait des ganglions cervicaux. M. Faure commença par faire une gastrostomie préalable, puis, un mois environ après, il pratiqua l'opération suivante : il fit d'abord une longue incision cervicale droite de 10 centimètres de longueur, écarta le paquet vasculo-nerveux, détacha l'œsophage et la trachée, isola l'œsophage et décolla ainsi la partie supérieure du néoplasme. Cela fait, M. Faure fit coucher le malade sur le côté gauche et fit une longue incision entre la colonne vertébrale et le bord interne de l'omoplate; il coupa le trapèze, les autres muscles et dénuda les côtes; il réséqua successivement les sixième, cinquième, quatrième, troisième et deuxième côtes; puis il réséqua la première côte sur une étendue de 2 centimètres; il arriva ainsi très aisément sur le médiastin postérieur; la plèvre fut décollée et il se produisit un pneumothorax qui n'eut pas d'inconvénients.

M. Faure arriva ainsi sur l'œsophage et put examiner tout à loisir tout le médiastin postérieur. Ayant ainsi acquis la conviction que l'extirpation totale du néoplasme était possible, il y procéda aussitôt de la façon suivante : dans le premier temps de l'opération, il avait eu soin de placer, par la plaie cervicale, deux fils d'attente sur la partie supérieure de l'œsophage; il les lia et coupa l'œsophage entre ces deux fils. Puis il alla traiter de même la partie inférieure de l'œsophage par la plaie postérieure, et il abandonna cette partie inférieure de l'œsophage bien liée dans le médiastin postérieur. Il fit ensuite la suture de la première côte avec un fil d'argent et draina la plaie médiastine. Le malade mourut. Dans un autre cas analogue, M. Faure pratiqua la même opération et le malade mourut également. Ces deux malades sont morts asphyxiques, cyanosés, dyspnéiques. Ils ont succombé l'un et l'autre, sans hémorragie, sans schock.

Il y a à signaler un fait intéressant, au point de vue technique, c'est la facilité avec laquelle la résection temporaire de la première côte permet de voir et d'opérer dans tout le médiastin postérieur.

Il y a quelques jours, M. André Jousset présentait à la Société médicale des hôpitaux une nouvelle méthode bactérioscopique qu'il désigne sous le nom d'**inoscopie** et qui lui a permis de déceler la présence du bacille de Koch dans 25 pleurésies sur 25 cas. Cette ingénieuse méthode vient d'être appliquée par M. Jousset à la recherche du bacille dans une affection chirurgicale, l'hydrocèle, et ce sont les résultats très curieux de cette recherche que M. Tuffier vient communiquer à la Société de chirurgie. Sur 4 cas d'hydrocèle, 4 résultats positifs au point de vue de la présence du bacille de Koch. L'hydrocèle ne serait donc comme la pleurésie elle-même qu'une affection d'origine tuberculeuse. On ne saurait trop engager M. Jousset à poursuivre ces très intéressantes recherches et c'est pour les lui faciliter que M. Tuffier fait appel à tous ses collègues de la Société de chirurgie.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(30 JANVIER 1903)

La presque totalité de la séance a été consacrée à une discussion très vive à propos de la nouvelle invention de notre mère, l'Administration générale de l'assistance publique. Il s'agit du nouveau procédé d'espionnage dit le **cahier de visite** ou le **cahier de police**, à l'aide duquel on réalise ce progrès curieux de faire surveiller le chef de service, l'interne et les externes par la surveillante! Comme idée ce n'était vraiment pas mal. Grâce à l'énergique attitude de M. Faisans, représentant la Société médicale des hôpitaux au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, l'administration a fait machine en arrière, et a autorisé les médecins à prendre connaissance dudit cahier de police. Le directeur de l'Assistance publique, en dehors de qui la mesure a été prise, en a été, paraît-il, aussi scandalisé que les médecins et leur en a fait exprimer ses regrets. Tout s'arrange donc... à peu près! Nous nous sommes suffisamment expliqués à ce sujet (voir Premier-Paris) pour insister davantage.

A propos du procès-verbal, M. Gaucher revient sur la question de la **phlébite syphilitique** que quelques-uns ont mise en doute. Or, M. Gaucher a observé une phlébite syphilitique des veines superficielles du bras. Il s'agit d'une femme atteinte d'un double chancre syphilitique de l'amygdale qui, très rapidement, présenta des périostoses du front et bientôt de la phlébite des veines du bras. On peut donc affirmer que la syphilis peut à elle seule produire de la phlébite qui a comme caractère particulier d'être indolente.

M. Souques présente un petit malade âgé de six ans, atteint de **paralysie faciale congénitale.** En même temps, il y a absence absolue du pavillon de l'oreille gauche. On peut se demander s'il y a un rapport entre la paralysie faciale et la déformation de l'oreille; or, il est probable que les rapports sont certains, car déjà des malades semblables ont été observés; tel un malade présenté l'an dernier par M. Marfan. Chez le petit malade de M. Souques, on constate une paralysie faciale au côté droit ayant tous les caractères d'une paralysie périphérique. La musculature de l'œil est intacte; il n'existe ni strabisme, ni nystagmus. Ajoutons qu'on constate d'autres malformations : déformations de la voûte cranienne, nanisme dentaire, hernie inguinale double congénitale, troubles intellectuels voisins de l'idiotie...

Nous pouvons rapprocher du malade précédent le cas que rapporte à son tour M. Apert. Il s'agit d'un nouveau-né porteur de **malformations multiples de la tête** : oreille gauche réduite à un petit bourgeon, oreille droite présentant seulement trois plis horizontaux; déformation de la partie inférieure gauche de la face; fontanelle surnuméraire sur la suture pariétale. La mère en était à sa douzième grossesse et avait eu de l'hydramnios. La malformation relève, dans ce cas, de lésions du capuchon céphalique de l'amnios : elle est, à n'en pas doublé, un accident de la vie intra-utérine.

MM. Hallion et Laignel-Lavastine résument leurs **recherches sur l'activité de la circulation capillaire de la peau dans divers cas pathologiques à l'aide d'un procédé nouveau, procédé de la « tache blanche »**.

La durée de la tache blanche obtenue par pression renseigne sur ce point précis : l'activité de la circulation capillaire et par suite la valeur de la pression capillaire dans la région explorée. La pression capillaire est elle-même sous la dépendance de certains facteurs dont les plus directs sont l'état de la pression artérielle générale et l'état de vaso-constriction ou de vaso-dilatation des artérioles locales.

De même que la pression artérielle générale évaluée à l'aide du sphygmomanomètre renseigne indirectement sur les variétés des influences qui agissent sur elle : force du cœur, réplétion du système sanguin, etc.; de même la pression capillaire appréciée à l'aide de la tache blanche traduit et décèle les phénomènes dont elle dépend.

Pour des valeurs sensiblement et équivalentes de la pression artérielle, la durée de la tache blanche reflète les variations vaso-motrices locales. Elle montre que telle rougeur cutanée qu'on attribue couramment à une vaso-paralysie s'associe en réalité à une vaso-constriction des petits vaisseaux. Les auteurs l'ont constaté chez des hémiplégiques. Très simplement l'exploration qu'ils proposent permet de distinguer une angioparésie d'un angiospasme. La durée de la tache est courte dans le premier cas, prolongée dans le deuxième.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 9 AU 14 FÉVRIER 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 9 FÉVRIER, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Walther et Legueu; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Hayem, Gaucher et Bezançon; — M. Mauclair, suppléant.

MARDI 10 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

2e, *Salle Thouret* : MM. Launois, Chassevant et Langlois.

3e (oral, 1re partie), *Salle Pasteur* : MM. Pozzi, Poirier et Demelin; — (oral, 2e partie), *Salle Richet* : MM. Hutinel, Chantemesse et Guiart; — M. Thoinot, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Charité* (1re série) : MM. Joffroy, Achard, Thiroloix; — (2e série) : MM. Raymond, Dupré et Méry; — M. Jeanselme, suppléant.

MERCREDI 11 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Gosset et Cunéo.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Joffroy et Wurtz; — M. Rémy, suppléant.

JEUDI 12 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Hartmann et Auvray.

3e (oral, 1re partie), *Salle Béclard* : MM. de Lapersonne, Bonnaire et Thiery.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Chantemesse, Thoinot; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 13 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie patologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Widal et Legry.

2e, *Salle Richet* : MM. Richet, Rémy et Richaud; — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Gosset; — M. Wurtz, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 14 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann, et Thiery.

2e, *Salle Richet* : MM. Launois, Langlois et Broca (André).

3e (oral, 1re partie), *Salle Pasteur* : MM. Le Dentu, Poirier et Potocki; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Beaujon* : MM. Proust, Achard et Renon; — (ancien régime) : MM. Raymond, Thiroloix et Jeanselme; — M. Mery, suppléant.

3e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Guiart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 29 janvier 1903 : MM. Christesco, 11; Amerulle, 10; Léenhardt, 10; Dreyfus, 9 1/2; Barbier, 9; Chevallier, 9; Germain, 9; Lebret, 9; Ligre, 7; Fay, 5.

Séance du 30 janvier 1903 : MM. Mathieu, 13; Tixier, 12; Delille, 11 1/2; Caldaguès, 11; Demanche, 11; Landowski, 10; Guilly, 7; Hubert, 7; Vincent, 7; Lafarge, 6.

Pathologie. — Séance du 30 janvier 1903 : MM. Flurin, 11; Jules Lemaire, 11; Nicolas, 10; Ledoux, 8; Chalmet, 7; Giraudeau, 7; Moliniard, 7; Savouré, 6.

Séance du 31 janvier 1903 : MM. Dézarnaulds, 11; Gruget, 10; Cailliaie, 9; Ferrand, 9; Picot, 8; Raymond, 8; Mlle Pascal, 6.

Séance du 1er février 1903 : M. Francoz, 13; Mlle Mouroux, 13; M. Ripart, 11.

École de médecine. — *Marseille.* — M. le docteur Henry Reynès, chirurgien des hôpitaux de Marseille, est nommé professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Edmond Perrier, membre de l'Académie des sciences, professeur de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes), est nommé professeur d'anatomie comparée en remplacement de M. Filhol, décédé.

Guerre. — Par décision ministérielle, en date du 29 janvier 1903, MM. Lasserre, Le Roy, Le Bouvier et Thézé ont été nommés médecins aides-majors de première classe stagiaires dans le corps de santé des troupes coloniales.

M. Lasserre est désigné pour Madagascar, MM. Le Roy et Le Bouvier pour la Nouvelle-Calédonie et M. Thézé pour l'Afrique occidentale.

— M. le médecin principal de première classe Delrieu est désigné pour remplir provisoirement les fonctions de directeur du service de santé de l'Indo-Chine.

— M. le médecin principal de première classe Hénaff est nommé chef du service médical de la Cochinchine.

— Par arrêté ministériel en date du 26 janvier 1903, ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire : MM. Bourragué, Koun et Mouzels. Ces officiers du corps de santé ont été désignés pour servir en Indo-Chine.

— M. le médecin aide-major de première classe auxiliaire Deschamps de Bois-Hébert est nommé médecin aide-major de première classe et maintenu au 8e d'infanterie coloniale, à Toulon.

Marine. — Sont autorisés à prendre part aux concours qui s'ouvriront à Brest, le 28 janvier courant, pour l'emploi de professeur dans les écoles de médecine navale :

1° Pour la chaire de physiologie, hygiène et médecine légale à l'école de Bordeaux : MM. les médecins de première classe Lasselves et Béguin.

2° Pour la chaire de séméiologie médicale à l'école de Toulon : MM. les médecins de première classe Guitton, Gombaud, Palasne de Champeaux et Autric.

— Par décret, en date du 22 janvier 1903, M. Dantec, médecin principal de la marine, en retraite, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Rochefort.

— M. le médecin de première classe Souls, du port de Toulon, a été désigné, en qualité de médecin de division, pour faire partie de l'état-major du commandant de la division navale de l'Océan Indien.

La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle le mercredi 4 février, à quatre heures très précises.

Ordre du jour : Discours de M. G. Bouilly, président; — Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1902, par M. Bazy, secrétaire annuel; — Éloge de M. Nicaise, par M. Paul Segond, secrétaire général; — Proclamation des prix décernés par la Société.

La lutte contre l'alcoolisme. — On nous communique l'affiche suivante :

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — *L'alcoolisme. Ses dangers.* — (Extrait du procès-verbal de la séance du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, du 18 décembre 1902.) — M. le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine ; M. le docteur Faisans, médecin à l'Hôtel-Dieu, rapporteurs. — L'alcoolisme est l'empoisonnement chronique qui résulte de l'usage habituel de l'alcool, alors même que celui-ci ne produirait pas l'ivresse.

C'est une erreur de dire que l'alcool est nécessaire aux ouvriers qui se livrent à des travaux fatigants, qu'il donne du cœur à l'ouvrage ou qu'il répare les forces; l'excitation artificielle qu'il procure fait bien vite place à la dépression nerveuse et à la faiblesse; en réalité l'alcool n'est utile à personne, il est nuisible pour tout le monde.

L'habitude de boire des eaux-de-vie conduit rapidement à l'alcoolisme, mais les boissons dites hygiéniques contiennent aussi de l'alcool; il n'y a qu'une différence de doses : l'homme qui boit chaque jour une quantité immodérée de vin, de cidre ou de bière, devient aussi sûrement alcoolique que celui qui boit de l'eau-de-vie.

Les boissons dites apéritives (absinthe, vermouth, amers), les liqueurs aromatiques (vulnéraire, eau-de-mélisse ou de menthe, etc.) sont les plus pernicieuses parce qu'elles contiennent, outre l'alcool, des essences qui sont, elles aussi, des poisons violents.

L'habitude de boire entraîne la désaffection de la famille, l'oubli de tous les devoirs sociaux, le dégoût du travail, la misère, le vol et le crime. Elle mène, pour le moins, à l'hôpital; car l'alcoolisme engendre les maladies les plus variées et les plus meurtrières; la paralysie, la folie, les affections de l'estomac et du foie, l'hydropisie ; il est une des causes les plus fréquentes de la tuberculose. — Enfin, il complique et aggrave toutes les maladies aiguës : une fièvre typhoïde une pneumonie, un érysipèle, qui seraient bénins chez un homme sobre, tuent rapidement le buveur alcoolique.

Les fautes d'hygiène des parents retombent sur leurs enfants; s'ils dépassent les premiers mois, ils sont menacés d'idiotie ou d'épilepsie, ou bien encore, ils sont emportés, un peu plus tard, par la méningite tuberculeuse ou par la phtisie.

Pour la santé de l'individu, pour l'existence de la famille, pour l'avenir du pays, l'alcoolisme est un des plus terribles fléaux.

N. B. — L'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria, Service des imprimés, escalier A, rez-de-chaussée, tient à la disposition des directeurs de chantiers, magasins et ateliers, des exemplaires de l'affiche *L'alcoolisme, ses dangers*, qu'ils voudraient faire placer dans leurs établissements. Les demandes peuvent également être faites par lettre adressée au directeur de l'Assistance publique.

Pour les sourds-muets. — Le docteur Paul Viollet vient de déposer à la Chambre et au Sénat une pétition destinée à appeler l'attention du Parlement, sur la situation que ferait aux sourds-muets une application irréfléchie de la loi sur les associations.

Cette pétition n'est signée que par des médecins dont plusieurs ont une compétence particulière.

Elle n'a d'autre but que de garantir les sourds-muets des bouleversements que pourrait apporter à leur instruction et à leur assistance la suppression d'écoles dont l'enseignement est, de l'avis même des inspecteurs et directeurs du ministère de l'Intérieur, au moins égale à celle que donnent les institutions nationales et qui ne pourraient être remplacées du jour au lendemain.

Les établissements de sourds-muets visés sont ceux dirigés par les frères de Saint-Gabriel et les frères du Sacré-Cœur du Puy.

Parmi les signataires nous relevons les noms de MM. les docteurs Ladreit de la Charrière, médecin honoraire de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris; Henri Châtellier, Georges Didsbury, Fournié, Luc, Vaillard, Paul Viollet, médecins spécialistes des maladies de l'oreille; Netter, médecin de l'hôpital Trousseau ; d'Ayreux, Ancelet, Deléage, Paul Darbois, Guillier, Landel, Peisson, Clément Petit, Paul Petit, Quidet, Paul Roger, Robin-Massé, de Sèze, Aupois, Roudeau ; M. O. Claveau, inspecteur général honoraire des établissements de bienfaisance au ministère de l'Intérieur; les docteurs Bécart, F. Potier, L. Beaumé, E. de Massary, etc.

Conférences de médecine légale psychiatrique. — *Faculté de médecine.* — M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, chargé du cours de médecine légale psychiatrique, commencera la deuxième série de ses conférences le samedi 7 février 1903, à une heure et demie, et les continuera les mercredis et les samedis à la même heure, 3, quai de l'Horloge. (La conférence du mercredi sera consacrée à des exercices pratiques de diagnostic.)

Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur quatrième examen de doctorat.

Après trois mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

Conférence publique d'internat. — MM. Bailleul, Capette, Desmarest, Halbron, Lacasse, Rose, Touchard et Vitry, internes des hôpitaux, commenceront une conférence publique d'internat, à l'hôpital de la Pitié, le samedi 7 février, à deux heures, et la continueront les samedis suivants à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bichon (de Gauriac) et de M. Ollier, interne des hôpitaux de Paris.

Hygiène et traitement de l'herpétisme. Herpétisme des organes génito-urinaires, par le docteur E. Braye. 1 vol. in-18, 124 p. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Nº 15 — JEUDI 5 FÉVRIER 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 5 FÉVRIER 1903. — Nº 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

(*Hospice de la Salpêtrière*)

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE DU TYPE WERDNIG-HOFFMANN

Par M. le professeur F. RAYMOND (1).

Messieurs,

Je vous disais, à la fin de ma précédente leçon, que nous connaissons actuellement une forme d'atrophie musculaire progressive, qui, nosographiquement parlant, comble en quelque sorte le fossé que l'on avait prétendu creuser entre les deux grandes variétés d'amyotrophies progressives dont nous nous sommes occupés jusqu'ici, à savoir :

L'*atrophie musculaire progressive myélopathique*, connue encore sous le nom d'atrophie musculaire progressive du *type Aran-Duchenne*; maladie individuelle et maladie de l'âge adulte, à marche relativement rapide, débutant d'ordinaire par les petits muscles de la main, quelquefois par les muscles de l'épaule; je me suis suffisamment appesanti sur ses autres caractères cliniques, pour n'avoir point à y revenir.

La *myopathie atrophique progressive*, maladie essentiellement familiale, qui comporte des modalités assez nombreuses, qui débute presque toujours dans l'enfance, rarement passé l'adolescence, qui évolue d'habitude avec une extrême lenteur et qui, eu égard à l'expression clinique, contraste, sous bien des rapports, avec l'atrophie musculaire myélopathique.

Eh bien, dans la forme d'atrophie musculaire progressive, dont il me reste à vous entretenir, vous allez voir les traits, considérés pendant quelque temps comme appartenant en propre à l'une ou à l'autre de ces deux variétés ou espèces d'atrophie musculaire progressive, s'associer les uns aux autres; vous vous trouverez donc en présence d'une variété d'atrophie musculaire, qui, tout en étant indiscutablement myélopathique, c'est du moins ce qu'attestent les examens nécropsiques qu'on a eu l'occasion de pratiquer jusqu'à ce jour, emprunte à la myopathie atrophique progressive familiale un certain nombre de ses traits cliniques; vous allez vous en rendre compte dans un instant. Il s'agit donc bien d'une forme mixte, intermédiaire entre les deux variétés d'atrophie musculaire progressive, dont nous nous sommes occupés jusqu'ici, jouant par rapport à elles le rôle de lien de transition.

Son histoire remonte à dix ans tout juste. Elle s'ouvre avec un mémoire de G. Werdnig (1), paru en 1890. Dans ce mémoire, Werdnig publiait les observations de deux malades affectés d'une atrophie musculaire progressive familiale; en plusieurs termes, tous les deux appartenaient à des familles dont d'autres membres étaient ou avaient été atteints de cette même dystrophie musculaire progressive. Voici, d'ailleurs, comment Werdnig caractérisait cette maladie familiale.

Chez les deux malades, elle avait débuté dix mois après la naissance, sous la forme d'une faiblesse des membres inférieurs, sans autres manifestations pathologiques concomitantes.

Chez tous les deux, cette faiblesse avait été suivie, à bref délai, d'une parésie et d'une atrophie des muscles des cuisses, du bassin et du dos.

Chez tous les deux, la marche de la maladie avait été progressive, parfaitement symétrique et relativement rapide. De son point de départ, l'atrophie s'était propagée à la fois en remontant et en descendant :

En remontant, pour envahir les membres supérieurs, l'apparition du tremblement coïncidant, aux mains, avec l'apparition de l'atrophie musculaire;

En redescendant, pour envahir les jambes et les pieds.

Elle attaquait les muscles en masse, et non pas individuellement, comme dans l'atrophie musculaire progressive vulgaire.

Parallèlement à l'atrophie musculaire était apparue une prolifération du tissu adipeux sous-cutané, d'abord à la face dorsale des deux pieds, plus tard aux membres inférieurs,

(1) Cette leçon figurera dans le tome VI de la *Clinique des maladies du système nerveux*, actuellement sous presse.

(1) G. WERDNIG. Zwei frühinfantile hereditære Fælle von progressiver Muskelatrophie, *Arch. für Psych. und Nervenkr.*, 1890, t. XXII fasc. II, p. 437.

mais sans entraîner nulle part une augmentation de volume des muscles.

Dans les deux cas, il y a eu abolition des réflexes patellaires.

Dans les deux cas, on a constaté l'absence complète de troubles de la sensibilité, de troubles des fonctions vésico-rectales.

Enfin, chez l'un des malades, un certain nombre de manifestations : tremblements fibrillaires, signes de la R. D., phénomènes bulbaires, parlaient dans le sens d'une origine myélopathique des accidents. L'autre malade est mort à l'âge de trois ans; l'examen histologique de sa moelle a révélé l'existence d'une dégénération des cornes antérieures de la moelle sur presque toute la hauteur de celle-ci. Nul doute, a conclu Werdnig, que le même processus ne fût en cause chez le premier malade qui vivait encore à l'époque de la publication du mémoire auquel j'emprunte ces renseignements.

Au sujet du malade en question, Werdnig a insisté sur ce que sa dystrophie musculaire a passé par deux phases distinctes, au cours desquelles on avait été amené à porter deux diagnostics différents.

Pendant près de deux années, les manifestations que je vous ai mentionnées tout à l'heure, comme parlant en faveur de l'origine myélopathique des accidents, ont fait défaut. Dans ces conditions, et en tenant compte du caractère infantile et familial de cette dystrophie musculaire progressive, de son lieu de départ, on était forcément porté à y voir l'expression d'une myopathie primitive et à la rattacher au *type Leyden-Mœbius*, en raison du mode de début et de propagation de l'atrophie musculaire.

Au cours de la seconde phase, terminale, d'autres manifestations, en nombre considérable, sont survenues qui, je vous l'ai dit et je vous le répète, étaient, dans leur ensemble, de nature à faire classer le cas dans le groupe des atrophies musculaires progressives myélopathiques. La rapidité relativement grande de l'évolution ne pouvait que confirmer cette manière de voir.

Non point que Werdnig entendît rattacher purement et simplement les cas de ses deux malades à l'atrophie musculaire progressive myélopathique, telle que je vous l'ai fait connaître dans nos premières entrevues de ce semestre, à l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne, qui débute tantôt par les petits muscles des mains, exceptionnellement par les muscles de la région scapulo-humérale. Le caractère infantile et familial de l'affection, le début de l'atrophie par les muscles de la cuisse et du bassin, la tendance à frapper les muscles d'une même région en masse et non individuellement étaient, à ses yeux, des raisons suffisantes pour repousser ce rattachement. A l'idée de Werdnig, on avait affaire, dans les deux cas en question, « à une atrophie musculaire de la première enfance, à une atrophie musculaire familiale qui, eu égard à sa distribution originelle et à son extension progressive, ne répondait qu'aux particularités observées jusqu'ici dans les dystrophies, mais qui, dans sa rapide évolution ultérieure, s'agrémentait des signes les plus nets d'une affection neurotique, et qui devait être indubitablement rapportée à une dégénération primitive de la voie motrice intra-spinale. »

A l'époque où Werdnig formulait cette conclusion, l'idée de faire cadrer le tableau clinique d'une dystrophie musculaire (traduisez : myopathie primitive) avec l'existence d'une lésion spinale avait quelque chose de forcé, Werdnig ne s'est pas fait faute de le reconnaître. Cependant, on connaissait déjà un certain nombre d'observations qui démontraient, d'une façon irrécusable, qu'une myélopathie peut évoluer sous les traits d'une dystrophie musculaire progressive. Deux, entre autres, publiées par Heubner (1) et Preisz (2), se prêtaient tout particulièrement bien à un parallèle avec les faits publiés par Werdnig.

Elles concernaient, toutes les deux, des enfants qui ont été prise d'une faiblesse des membres inférieurs dix mois après la naissance. Chez le sujet de l'observation de Heubner, l'atrophie s'était ensuite emparée du quadriceps fémoral et du psoas iliaque, des deux côtés; en même temps, le pannicule adipeux sous-cutané s'était mis à proliférer. Les mains et les doigts avaient été envahis par du tremblement, puis par l'atrophie musculaire et la parésie motrice. A l'exploration des muscles atrophiés, on avait constaté les signes de la réaction de dégénérescence partielle. Les réflexes patellaires étaient abolis et la sensibilité absolument normale. Le malade avait été emporté par une pneumonie, à l'âge de trois ans.

L'examen de la moelle avait abouti aux constatations suivantes : des lacunes se voyaient à la place des cellules ganlionnaires des cornes antérieures, sur presque toute la hauteur du névraxe ; les faisceaux pyramidaux étaient dégénérés dans le renflement lombaire et dans le renflement cervical. Moins accusée, dans cette dernière région, la dégénération s'étendait à une zone périphérique marginale.

Messieurs, la grande concordance de cette observation avec celles qui ont servi de thème au mémoire de Werdnig a dû vous frapper déjà. Elle se retrouve, en majeure partie, quand on met en parallèle avec les observations de Werdnig celle de Preisz; seulement, chez le sujet de cette dernière, l'atrophie et la parésie se sont montrées aux mains avant d'envahir le quadriceps fémoral et le psoas iliaque.

Je reviens aux observations de Werdnig. Leur originalité réside dans la coexistence, chez le même malade, de traits cliniques considérés, jusqu'alors, comme appartenant en propre aux myopathies progressives primitives, et d'une myélopathie comparable à celle qui est en cause dans l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. La démonstration paraissait donc être faite, de ce que — contrairement à une croyance qu'on avait pour ainsi dire érigée à l'état de dogme — une atrophie musculaire progressive myélopathique peut revêtir le caractère familial et, partant, héréditaire. Déjà, d'ailleurs, Hammond (3), Moritz Meyer (4), Seeligmüller (5) avaient observé des cas de paralysie spinale infantile chez des enfants de la même famille, et vous n'ignorez pas que cette maladie a pour substratum des altérations dégénératives des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle. Elle a donc

(1) Heubner. Ein paradoxer Fall von infantiler progressiver Muskelatrophie, *Beitr. zur path. Anat. und klin. Med.*, Leipzig 1883.

(2) Preisz. Histologische Untersuchung eines Falles von Pseudohypertrophie der Muskeln, *Arch. f. Psych. und Nervenk.*, t. XX, p. 417.

(3) Hammond. *Traité des maladies du système nerveux*, trad. française, Paris, 1879, p. 506.

(4) Mor. Meyer. *Die Elektricitaet in ihrer Anwendung, etc.*, 1868, p. 209,

(5) Seeligmuller. Ueber Lähmungen im Kindesalter, *Jahresb. für Kinderheilk. Neue Folge*, 1878, t. XIII, p. 226.

le même siège d'anatomie que l'atrophie musculaire progressive myélopathique. Seulement, le processus en cause évolue suivant le mode aigu dans un cas, suivant le mode chronique dans l'autre.

Un second mémoire de Werdnig, paru en 1894 (1), nous apporta une relation détaillée de l'autopsie du second malade dont il a été question ci-dessus, et qui fut emporté à l'âge de six ans, par une pneumonie chronique. Les résultats de l'examen des centres nerveux, des nerfs et des muscles de ce second malade concordent, dans l'ensemble et dans les détails, avec ceux qui avaient été constatés chez le premier. Voici, du reste, en quels termes Werdnig précisait les traits cliniques et les particularités anatomo-pathologiques qui caractérisent la dystrophie musculaire familiale réalisée par ces deux malades :

« Dans des familles indemnes de toute tare neuropathique, deux ou trois enfants, jusque-là bien portants, tombent malades vers l'âge de dix mois, sans fièvre, sans convulsions, sans autres signes d'une infection, donc d'une façon mal dessinée, insidieuse ; ils ne peuvent plus se servir de leurs jambes, et leur tronc perd l'aptitude à se maintenir fixe. En même temps se manifeste une tendance à la lipomatose. Les enfants frappés de la sorte n'apprennent jamais à marcher et ne peuvent se tenir debout qu'autant qu'on les soutient. On constate une atrophie et une parésie des muscles du dos, de la ceinture pelvienne, en particulier des muscles fessiers; elle intéresse d'une façon prépondérante le quadriceps fémoral. Dans sa marche chronique et progressive, la maladie se propage d'une façon symétrique et centrifuge aux muscles de la ceinture thoracique, aux muscles périscapulaires, aux muscles de la nuque et du cou, puis aux autres muscles de la cuisse, aux muscles du bras, puis encore aux muscles des jambes et des avant-bras, en dernier lieu aux muscles des mains et des pieds. Il s'agit d'une atrophie musculaire en masse. Nulle part, on ne constate d'hypertrophie ou de pseudo-hypertrophie. Il peut survenir des manifestations bulbaires, des tremblements fibrillaires, des contractures secondaires. Toujours la paralysie est flasque, accompagnée des signes de la R. D; on constate l'abolition complète des réflexes tendineux, en partie aussi des réflexes cutanés. L'attitude assise est difficile, voire impossible; la colonne vertébrale est déviée en lordose. Les douleurs font défaut; nulle part on ne développe de douleur à la pression; il n'existe pas de troubles de la sensibilité objective. Les sphincters fonctionnent normalement. Le développement intellectuel est bon. Les muscles subissent une fonte extrême; il n'en est pas de même du tissu adipeux sous-cutané. Les muscles respirateurs sont intéressés. La marche de la maladie est rapide; le dénouement fatal survient au plus tard après une durée de maladie de quelques années. »

Pour ce qui est des altérations des muscles, des nerfs et des centres nerveux, constatées à l'autopsie de ces deux malades, voici le résumé textuel qu'en a donné Werdnig :

« Sur toute l'étendue de la moelle, les grosses cellules ganglionnaires des cornes antérieures avaient subi une raréfaction considérable, avec intégrité de la substance blanche. Les racines antérieures étaient le siège d'une dégénération très avancée; elle l'était moins, dans les nerfs mixtes. Les muscles étaient le siège d'une atrophie simple et d'une dégénération homogène, avec prolifération modérée des noyaux. Hyperplasie très intense du tissu conjonctif et lipomatose. Légère hyperthrophie des fibres musculaires. »

Laissez-moi vous signaler, incidemment, que, dans l'un des cas autopsiés par Werdnig, la substance blanche des cordons antéro-latéraux participait légèrement aux altérations; toutefois l'auteur n'a attaché aucune importance à cette participation.

Quatre observations publiées, dans l'intervalle, par le professeur J. Hoffmann [de Heidelberg (1)], offrent la plus grande ressemblance avec celles de Werdnig, dont je viens de vous entretenir. Elles concernaient des malades appartenant à deux familles distinctes, dont d'autres membres avaient été ou étaient encore atteints de la même affection. Celle-ci revêtait donc bien le caractère familial. Au demeurant, voici la description qu'en a donnée Hoffmann :

« Dans deux familles, indemnes de toute tare neuropathique et n'ayant entre elles aucun lien de parenté, 6 enfants sur 15 que comptait l'une, 2 enfants sur 6 dont se composait l'autre, ont été, sans cause directe connue et sans que l'on pût incriminer des grossesses ou des accouchements anormaux, atteints d'une maladie qui s'est traduite par les manifestations suivantes :

Au moment de leur naissance, les enfants étaient bien portants et ne portaient nulle trace d'une malformation ou d'une affection quelconque. Pendant les premiers mois de leur existence, ils exécutaient, avec leurs quatre membres, des mouvements de frétillement normaux, pareils à ceux qu'on observait chez leurs frères et sœurs, épargnés par la maladie en question. Dans la suite, leur intelligence se développait normalement; mais dès la première année qui suivait la naissance, le plus souvent dans la seconde moitié, apparaissait, en l'espace de quelques semaines ou mois, parfois d'une façon subaiguë, presque toujours d'une façon progressive, insidieuse et chronique, sans manifestations fébriles concomitantes, sans convulsions ni vomissements, etc., une diminution de la force, de la promptitude, de l'étendue des mouvements exécutés par la jambe et, simultanément, ou peu de temps après (?), une faiblesse analogue des muscles du dos. Quand les enfants étaient déjà en état de se sentir debout ou de se redresser, ils n'avaient bientôt plus la force nécessaire pour cela et ils perdaient ces aptitudes; les mouvements de gigotement de leurs membres inférieurs devenaient plus faibles et finalement impossibles. Les enfants en question ne parvenaient plus à se retourner dans leur lit; quand on les mettait debout, ils tombaient sous l'influence de la moindre cause déterminante, et même sans cause aucune, quand ils perdaient l'équilibre. Selon toutes les apparences, cette situation se maintenait pendant quelque temps, pendant des mois ou des années, dans l'une des deux familles plus longtemps que dans l'autre, et pendant des espaces de temps variables, chez les différents malades de la même famille. Puis, des manifestations paralytiques apparaissaient dans les segments homologues des membres supérieurs, au cou et à la nuque. Puis, les malades perdaient tout pouvoir sur

(1) Werdnig. Die frühinfantile progressive spinale Amyotrophie, *Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, 1894, t. XXVI, fasc. III, p. 706.

(1) J. Hoffmann. Ueber chronische Muskelatrophie im Kindesalter auf familiarer Basis, *Deuts. Zeits. fur Nervenheilk.*, 1893, t. III, fasc. VI, p. 427.

les mouvements de leur tête qu'ils ne parvenaient plus à soulever de la couche sous-jacente ; tout au plus pouvaient-ils encore, avec peine, lui imprimer des mouvements de rotation et la maintenir droite. L'élévation des membres supérieurs devenait pénible, voire insuffisante au point que les malades avaient de la peine à porter leur main à la bouche ; parfois ils n'y réussissaient qu'en soutenant le membre en mouvement, à l'aide de son homologue. Les muscles des avants-bras et des mains participaient également à la parésie : celle-ci affectait déjà à un degré plus intense les jambes, à l'époque où la faiblesse motrice envahissait les muscles des épaules. A cette parésie s'associait, autant qu'on en pouvait juger dès le début (ou seulement plus tard ?), une atrophie musculaire dégénérative très étendue, masquée par une très forte adiposité du tissu cellulaire sous-cutané. Elle atteignait peu à peu un degré très intense, mais elle n'apparaissait dans tout son développement que plus tard, lorsque l'obésité entrait en voie de rétrocession, ou seulement au moment de l'autopsie. En ajoutant que ces diverses manifestations étaient à la fois symétriques et progressives, que dans tout le cours de la maladie il n'est point survenu de symptômes cérébraux ou bulbaires, que quelques malades ont eu des douleurs et que celles-ci ont fait complètement défaut chez d'autres, qu'enfin les sphincters sont restés intacts jusqu'à la fin de la vie, que la mort survient régulièrement à une période peu avancée de l'enfance, à en juger par les observations connues entre la première et la quatrième année qui suit la naissance, et qu'elle est amenée par des complications pulmonaires, la symptomatologie de la maladie se trouvera fixée dans ses traits principaux.

Il y a lieu toutefois de ne point passer sous silence quelques traits qui ne figurent pas dans cette description résumée.

Ainsi chez les 4 malades dont les observations figurent dans le mémoire d'Hoffmann, on a constaté les signes de la R. D. partielle ou totale.

Les tremblements fibrillaires ont fait défaut chez tous les quatre.

On en peut dire autant des troubles de la sensibilité objective.

L'abolition des réflexes suivait de près l'apparition de la paralysie qui a toujours été flasque.

Les nerfs périphériques n'ont été trouvés ni épaissis, ni douloureux à la pression.

Dans le domaine des nerfs craniens, les manifestations pathologiques se sont réduites à la parésie de la partie spinale du nerf accessoire.

Aucun des 4 malades d'Hoffmann n'a présenté d'hypertrophie vraie, de pseudo-hypertrophie ou de lipomatose des muscles ; aucun n'a présenté de déviation primitive de la colonne vertébrale, aucun d'eux n'avait la glande thyroïde hypertrophiée, le volume de cet organe était plutôt au-dessous de la normale.

L'un des malades a été emporté, à l'âge de cinq ans, par des complications broncho-pulmonaires. L'examen de son système nerveux a fait constater les altérations suivantes :

« Une atrophie ou une disparition de la plupart des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, sur toute la hauteur de la moelle, depuis sa portion sacrale jusqu'au bulbe ; elle atteignait sa plus grande intensité dans les renflements, principalement dans le renflement lombaire. Il s'y associait des altérations des cordons antéro-latéraux : elles n'étaient pas nettement circonscrites aux faisceaux pyramidaux croisés et directs ; elles étaient plutôt diffuses et d'importance secondaire. Partout, d'ailleurs, elles réalisaient une disposition absolument symétrique. Elles ne remontaient pas au delà de la limite commune de la moelle et du bulbe. Les autres parties de la moelle étaient intactes, ainsi que les racines postérieures.

Une atrophie des racines antérieures de la moelle et une dégénération des racines nerveuses dans les troncs nerveux périphériques, moteurs et mixtes ; elle allait en diminuant d'intensité, du centre vers la périphérie.

Une atrophie simple des fibres contractiles, dans les muscles affectés. »

Vous voyez que l'analogie entre les faits publiés par Werdnig et ceux publiés par Hoffmann se laisse poursuivre jusque dans les moindres détails, tant sur le terrain de l'anatomie pathologique que sur celui de la clinique. Tout au plus relève-t-on quelques différences d'ordre secondaire :

Ainsi, quelques-uns des malades de Hoffmann se sont plaints de douleurs ; celles-ci ont fait défaut chez les malades de Werdnig. Inversement, on a constaté, chez ceux-ci, des tremblements fibrillaires, des mouvements choréiformes, des manifestations bulbaires, qui manquaient chez les malades de Hoffmann.

Cela ne prouve absolument rien contre l'identification des processus morbides incriminables dans ces deux catégories de cas. En tout état de cause, les uns et les autres démontrent qu'une atrophie musculaire progressive peut débuter dans la première enfance, revêtir le caractère familial, réaliser le même mode de début que dans une des modalités les mieux connues de la myopathie progressive protopathique, et dépendre néanmoins d'une myélopathie analogue, sinon identique, à celle qui est en jeu dans l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. Au demeurant, la question reste pendante, qui est de savoir si le même processus spinal intervient dans ces deux formes d'atrophie musculaire progressive myélopathique.

Il est à remarquer que, dans les deux affections, des altérations de la substance blanche des cordons antéro-latéraux s'associent à la dégénération des cellules ganglionnaires des cornes antérieures. Il est à remarquer que dans les deux, ces altérations de la substance blanche sont diffuses, dépouillées de tout caractère systématique. Il est à remarquer que dans les deux, elles restent latentes, c'est-à-dire ne donnent lieu à aucune espèce de manifestation clinique.

A cet égard, elles sont à rapprocher des cas de sclérose latérale amyotrophique, réunis au nombre de 11, par Kahler (1), dans une publication qui remonte déjà une quinzaine d'années. Ces 11 cas se distinguaient par l'absence de phénomènes spasmodiques, par l'absence des manifestations qu'à tort ou à raison, on a mises sur le compte de la dégénération des faisceaux pyramidaux. Au point de vue anatomo-pathologique, ils offraient cette particularité : les altérations de la substance blanche (faisceaux pyramidaux) étaient peu accusées comparativement à celles qui intéressaient les colonnes antérieures de la moelle.

---

(1) Kahler. *Ueber die progressiven spinalem Amyotrophien*, Pragues 1884.

Avec juste raison, Werdnig a relevé l'analogie qui existe entre cette *forme fruste* de sclérose latérale amyotrophique et la forme familiale infantile d'atrophie musculaire progressive myélopathique, que j'ai eue en vue dans cette leçon. Seulement, les différences ne manquent pas.

En première ligne, nous avons le mode d'évolution de l'atrophie musculaire qui, dans les cas de sclérose latérale amyotrophique, débute presque toujours par les membres supérieurs et en tout cas toujours par les extrémités des membres.

D'autre part, si les phénomènes spasmodiques peuvent manquer et en particulier l'exagération des réflexes tendineux, l'abolition de ces réflexes est un phénomène étranger à la symptomatologie de la sclérose latérale amyotrophique. Elle a été constatée chez tous les malades de Werdnig et de Hoffmann, dont je vous ai entretenus au cours de cette leçon.

Enfin, dans les cas de sclérose latérale amyotrophique, la survenance des manifestations bulbaires est à peu près constante et relativement précoce; souvent, elle ouvre la marche. Rien de pareil n'a été observé dans la forme d'atrophie musculaire progressive, visée par les travaux de Werdnig et d'Hoffmann.

Il est une autre myélopathie qui, anatomiquement parlant, se résume dans une dégénération chronique des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle; elle est connue sous le nom de *poliomyélite antérieure de l'adulte*. Cliniquement elle se caractérise par une paralysie flasque, rapidement suivie de l'atrophie des muscles paralysés, qui attaque en masse les muscles d'un ou de plusieurs membres, mais en respectant quelques-uns d'entre eux. Tantôt, elle parvient à son apogée au bout d'un temps variable et elle se maintient ensuite *in situ*. D'autres fois, elle suit une marche progressivement envahissante. Elle s'accompagne de tremblements fibrillaires, des signes de la réaction de dégénérescence, de l'abolition des réflexes tendineux. Elle ne touche ni à la sensibilité, ni aux fonctions vésico-rectales. Assez souvent, la terminaison fatale est amenée par des complications bulbaires.

Elle offre donc des points de ressemblance bien manifestes avec la forme d'atrophie musculaire progressive, visée par les travaux de Werdnig et Hoffmann. Mais elle en diffère par des traits non moins accusés. Aussi bien, c'est une maladie de l'adulte et ce n'est pas une maladie familiale. Elle se traduit par une paralysie motrice qui précède l'atrophie des muscles paralysés. Amyotrophie et paralysie suivent une marche bien différente et beaucoup moins régulière que dans la maladie de Werdnig-Hoffmann.

Reste toujours la question de nosographie, déjà soulevée dans une précédente leçon, qui est de savoir si l'atrophie musculaire progressive myélopathique, la poliomyélite antérieure chronique de l'adulte et la sclérose latérale amyotrophique sont séparées par des lignes de démarcation aussi nettes que semblent le faire admettre les classifications schématiques de nos traités de pathologie? Je me propose d'examiner cette question à fond, dans un avenir plus ou moins prochain, lorsque l'occasion se présentera de faire, pour la sclérose latérale amyotrophique, ce que je viens de faire pour les atrophies musculaires progressives, de vous montrer cette affection sous ses aspects cliniques variés, en utilisant les incomparables ressources cliniques de nos salles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(4 FÉVRIER 1903)

L'Académie est tout entière, en ce moment, à l'alcoolisme. Signalons tout d'abord l'énergique protestation de M. Laborde contre la communication retentissante de M. Duclaux, protestation que nous avions prévue et annoncée : « Au moment, dit M. Laborde, où de toutes parts s'élève des voix les plus autorisées ce cri d'alarme : le pays se meurt sous la double étreinte de la tuberculose et de l'alcoolisme; au moment où les pouvoirs publics pénétrés, enfin, de leurs devoirs et de leurs responsabilités, se décident à prendre et à édicter des mesures de salut public, à ce moment un homme de haute notoriété scientifique, placé à la tête de l'établissement modèle de préservation et d'assistance sanitaires, de l'Institut Pasteur, un savant français, M. le professeur Duclaux, n'a pas hésité à jeter, de sa plume puissante, mais d'un cœur léger, une note bruyamment discordante dans ce concert unanime.

Le plus grand savant et le plus grand expérimentateur du monde, fût-il un Pasteur, ne peut faire que l'empoisonnement public par l'alcool, que l'alcoolisme n'existe pas.

M. Duclaux a beau essayer de dégager la question alcoolisme, ou du poison public, de la question alimentaire ou de l'alcool aliment prétendu, il ne réussira pas à se dégager lui-même et à dégager sa responsabilité des étreintes importunes, intéressées et compromettantes, de ceux dont il est devenu fatalement et dont il restera le prisonnier et le soutien, grâce à la prime d'encouragement qu'il offre lui-même à l'entraînement passionnel des victimes du poison... »

Attendons la réponse de M. Duclaux... s'il répond.

La discussion est ouverte sur les conclusions du rapport de M. Laborde : M. Hanriot craint que la réglementation demandée par M. Laborde pour certaines essences ne soit illusoire, par ce fait seul qu'elle ne porterait que sur l'essence elle-même et non sur l'alcool auquel elle est mélangée et qui peut être plus coupable qu'elle.

M. Hanriot est, comme M. Laborde, partisan de la proscription absolue de l'essence d'absinthe, mais il se montrerait moins sévère pour les essences de noyau et d'amande amère.

Le principal intérêt, dit-il, serait de réglementer d'abord l'alcool et d'exiger sa pureté, car il est le substratum nécessaire de toutes les boissons alcooliques, et les essences qu'on y mêle viennent seulement y ajouter leur toxicité.

La toxicité des alcools supérieurs doit les faire rejeter absolument; l'alcool méthylique ne pouvant être dans une liqueur qu'à titre d'impureté ou de falsification, il y a lieu de rejeter les liqueurs qui en contiennent.

Pour les essences, il y a lieu de discuter leur toxicité spéciale.

Les essences d'amandes amères n'ont qu'une toxicité modérée; il vaut donc mieux ne pas les proscrire, de peur que cette mesure ne force à augmenter la consommation d'autres essences plus toxiques.

M. Hanriot propose d'interdire la fabrication et la vente de toute liqueur contenant de l'essence d'absinthe ou de l'acide cyanhydrique dans la proportion de plus d'un décigramme par litre.

M. Daremberg (de Cannes) trouve les mesures proposées trop dures et, partant, inapplicables. Après s'être apitoyé

sur le sort des consommateurs en général, et sur celui de la malheureuse concierge qui, dans les moments de forte émotion, se verrait privée de son réconfortant verre de vulnéraire, il propose, comme le moyen le plus sûr, le retour pur et simple aux dispositions de la loi Rousselle édictant de lourdes surtaxes sur les diverses boissons à essences.

M. Bouchardat déclare qu'il n'existe aucune différence sensible, appréciable, entre les essences de badiane et d'anis et que, conséquemment, il n'y a pas lieu de séparer ces deux produits et de placer l'un dans la première catégorie et l'autre dans la seconde, étant donné l'identité presque absolue qui existe entre ces deux essences.

Très suggestive la statistique apportée par M. Raymond, qui a fait relever le nombre des malades entrés dans son service de la Salpêtrière du 1er janvier 1902 au 1er janvier 1903 : 2.000 malades se sont présentés à la consultation; sur ce nombre 119 hommes ont été hospitalisés; les deux tiers de ces hommes, c'est-à-dire 66 p. 100, étaient alcooliques ; 40 p. 100 présentaient un alcoolisme modéré, ces derniers étaient des buveurs de vin. Les maladies nerveuses sont bien plus souvent la conséquence de l'abus de l'absinthe ou des apéritifs que de l'abus du vin. M. Raymond a fait cette remarque que l'alcoolisme favorisait singulièrement l'éclosion des troubles du tabes syphilitique. L'épilepsie n'est bien souvent aussi que la conséquence de l'alcoolisme. Il rapporte les deux observations suivantes : une jeune fille de vingt-trois ans devient enceinte, elle prend de l'absinthe dans l'espoir de se faire avorter; sous l'influence de ce poison joint aux grandes préoccupations morales, elle est prise d'attaques épileptiformes. Son amant reconnaît l'enfant et épouse la mère. Celle-ci devient plus calme, ne boit plus d'absinthe et les crises épileptiformes cessent. Son amant la quitte, elle a de nouveau des chagrins, elle reprend de l'absinthe et elle rentre dans le service de M. Raymond où elle a maintenant seize crises épileptiques par jour.

Une femme ne buvant que de l'eau devient dyspeptique ; elle se traite par l'eau de mélisse elle est atteinte de polynévrite sensitivo-motrice. M. Raymond pourrait multiplier ces exemples.

M. Laborde résume la discussion en faisant remarquer que les orateurs se sont peut-être un peu mépris sur leur rôle en entrant comme ils l'ont fait dans le détail des choses. « L'Académie, dit-il, n'a qu'à émettre un avis motivé, scientifiquement établi ; quant aux mesures de prohibition et de réglementation, elles regardent les pouvoirs publics. »

La discussion sera continuée dans une prochaine séance.

M. Moissan fait une communication sur la composition des **eaux de Luchon**. On a dit qu'elles contenaient de l'argon, de l'azote, quelques gaz carbonés, mais aucune trace d'hydrogène sulfuré ; à sa sortie elle ne renferme que du monosulfure de sodium.

Les eaux de humage ne contiennent que des traces d'hydrogène sulfuré ; par contre elles contiennent du soufre en vapeur, qui se dépose et se condense sur les objets. C'est donc le soufre lui-même qui agit sur les voies respiratoires. On ne retrouve pas ce soufre dans les eaux elles-mêmes ; il paraît donc s'y trouver à un état tout particulier.

M. Berthelot fait observer que le soufre à la température ordinaire n'émet pas de vapeur ; à 50 degrés sa vapeur a une tension sensible. Si l'eau est à une température supérieure elle contient de la vapeur de soufre et se condense sous forme de soufre en nature.

Les gens qui soufrent les vignes savent très bien que les vignobles dégagent une odeur de soufre seulement dans les cas où le soleil élève d'une façon considérable la température.

M. Gautier ajoute qu'il suffit de traiter certaines roches anciennes par de l'eau à une haute température pour obtenir des eaux sulfureuses ; ces eaux ne renferment pas d'acide sulfhydrique ni de sulfhydrates.

M. le docteur André Jousset communique à l'Académie sa nouvelle méthode de recherche directe du bacille tuberculeux, l'**inoscopie**. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, nos 5 et 14.)

M. G.-H. Lemoine, professeur au Val-de-Grâce, communique le résultat de ses recherches sur les **causes du développement de la tuberculose pulmonaire dans l'armée.**

De l'observation de plus de 3000 hommes traités par lui dans les hôpitaux militaires de Lyon et de Paris depuis quinze ans, il résulte que le plus grand nombre des soldats qui deviennent tuberculeux au régiment sont des hommes qui ont été contagionnés dans la vie civile et principalement dans leur famille.

En effet sur ces 3193 hommes, 785 avaient vécu avec leurs parents atteints de tuberculose pulmonaire ou avaient présenté une manifestation personnelle suspecte du côté de la poitrine.

Or sur ces 785 hommes, 536 devinrent tuberculeux au régiment soit 68 p. 100, tandis que le chiffre des hommes devenus tuberculeux au régiment sans avoir eu d'antécédent familiaux n'est que 31 p. 100.

Cette étude fait donc voir qu'en somme le développement si considérable de la tuberculose dans l'armée n'est malheureusement que l'expression de l'intensité d'un développement parallèle dans la population civile et que, suivant l'expression du médecin-inspecteur Colin, « on entre tuberculeux dans l'armée au moins aussi souvent qu'on l'y devient. »

Cette connaissance d'une des causes les plus importantes du développement de la tuberculose pulmonaire dans le milieu militaire comporte encore une conclusion pratique : à savoir que dans les visites passées soit au conseil de revision, soit à la visite d'incorporation, les médecins devront tenir un très grand compte des antécédents héréditaires des hommes soumis à leur examen.

M. Doyen fait une communication sur la **sérothérapie antistaphylococcique.**

L'Académie a élu M. Hamy membre associé libre par 77 suffrages sur 84 votants, contre 3 donnés à M. Capitan, 2 à M. Voisin et 2 bulletins blancs.

MÉDECINE PRATIQUE

L'hypochlorite de chaux dans les brûlures.

M. Tichy (1) recommande l'emploi d'une solution de chlorure de calcium surtout dans les brûlures du deuxième et du troisième degré. D'abord, on applique des compresses imbibées d'huile; puis au bout de vingt-quatre heures on ouvre les phlyctènes en s'entourant des précautions asep-

(1) *Revue des nouveaux remèdes*, 1903, no 2.

tiques ordinaires. On recouvre alors les blessures de compresses imbibées de la solution suivante :

Hypochlorite de chaux........	2gr 4 à 5 grammes
Eau distillée................	900 —

Filtrez et ajoutez :

Alcool camphré..............	5 —

Aussitôt que la sécrétion de la blessure cesse, des croûtelles se forment sur la peau. Dès que la peau est séchée sous ces croûtelles on peut cesser le pansement humide et recouvrir alors d'une couche de lanoline. L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies épidémiques. — *Étiologie et pathogénie des maladies infectieuses* [t. II, 1er fascicule] (1), par le docteur A. Kelsch.

Ce volume est la continuation de l'ouvrage remarquable que l'auteur avait commencé à faire paraître il y a quelques années. Les nouvelles pages, soumises à la publicité, traitent uniquement des fièvres éruptives. Des considérations générales, sur tout le groupe de cette catégorie d'infections, montrent pour une vue d'ensemble tout le plan et déjà bien des idées émises dans ce livre. L'origine, le développement, la distribution géographique de ces fièvres y sont traitées, l'analogie clinique entre toutes y est envisagée. Enfin, les modes de contagion, les périodes où les unes et les autres sont contagieuses, font apercevoir déjà les discussions nombreuses auxquelles les savants ont été mêlés, ces dernières années encore, pour tenter d'assigner des limites précises à ces différentes propositions, tous combattant dans un même but : la prophylaxie.

Après quoi, rougeole, scarlatine, variole, varicelle y sont traitées séparément avec tous les développements que l'étiologie, l'épidémiologie de ces infections comportent. Leur prophylaxie y est scrupuleusement étudiée et édictée. Enfin, l'ensemble de l'ouvrage constitue une suite, un enchaînement naturels d'idées et de conceptions, se déduisant logiquement des unes et des autres, et basées sur des faits dont la discussion et l'appréciation attirent la lecture et l'intérêt qui s'attache à cet ordre de questions. La microbiologie donne lieu aussi à des développements importants; en fait, il faut l'avouer, rien n'est encore fait pour l'établissement de la spécificité microbienne de telle ou telle de ces fièvres éruptives.

« Mais si la bactériologie a été impuissante à surprendre les moteurs pathogènes des fièvres éruptives, elle nous a montré du moins que ces agents insaisissables sont capables d'ouvrir largement les portes de l'organisme aux microbes banaux, phlogogènes ou hyogènes, qui paraissent être seuls actionnés dans les phlegmasies nombreuses et variées, que s'associent d'ordinaire ces maladies. Elle nous a appris ainsi que toute fièvre éruptive était presque toujours le produit d'une double infection : une primitive, spécifique, et une secondaire, banale, déterminée par les agents microbiens vulgaires... Elle a jeté une vive lumière sur leur physiologie pathologique. »

A tous égards, ce nouvel ouvrage de M. Kelsch demande à être lu par tous : praticiens, hygiénistes, bactériologistes et tous ceux qui s'intéressent à la science pure trouveront en lui le résultat d'un travail immense, où abondent documents et conceptions originales. CH. D.

(1) In-8o de 300 p., avec tracés dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Guide de thérapeutique obstétricale (1), par le docteur Paul Puech, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, lauréat de l'Académie de médecine, avec une préface du professeur Grynfeltt.

Parmi les nombreux ouvrages dont s'enrichit chaque jour la littérature médicale, il convient de citer tout particulièrement ceux qui s'adressent aux praticiens et qui sont par conséquent d'une utilité de tous les jours.

C'est à ce titre que nous signalons aujourd'hui le très intéressant *Guide de thérap utique obstétricale* publié par notre collaborateur et ami M. Puech.

La clarté de son esprit, sa longue pratique des accouchements le désignaient tout particulièrement pour mener à bien ce guide.

Nous pourrions être taxés de partialité en disant de ce volume tout le bien que nous en pensons aussi nous laissons la parole à M. Grynfelt qui s'exprime ainsi dans la préface :

« C'est à l'instar d'un dictionnaire, les matières rangées par ordre alphabétique pour faciliter la recherche des renseignements désirés, qu'est composé ce livre, sans aucune prétention, sous une forme des plus modestestes. En phrases courtes, concises, mais toujours claires et d'une précision irréprochable, ils donnent les meilleurs conseils en matière de thérapeutique obstétricale.

Avec intention, et pour ne pas encombrer inutilement son livre de descriptions qui se trouvent dans tous les *Traités d'accouchements*, M. Puech ne donne la technique d'aucune opération. Il étudie surtout avec un soin tout particulier les indications diverses qui peuvent se présenter en pratique journalière, et se contente ensuite de signaler les moyens propres à les remplir, en les hiérarchisant suivant leur importance. Il n'a jamair perdu de vue qu'en obstétrique comme en médecine et en chirurgie, la thérar eutique est la science des indications, suivant l'expression éminemment juste de Barthez.

Les divers cas qui peuvent s'offrir au clinicien sont examinés un à un, classés avec méthode et mis en évidence avec une clarté, une précision capables de contenter les plus difficiles.

C'est ainsi, par exemple, que lorsqu'il s'agit de l'avortement, sont successivement passés en revue, avec mention très précise de la conduite à tenir dans ces diverses cicontstances, les cas où l'avortement peut être évité, — où il est inévitable tout en évoluant normalement, où il y a complication d'hémorragie, de septicémie, — où l'avortement étant incomplet, il y a rétention totale ou partielle du délivre, avec ou sans complication d'accidents hémorragiques ou septicémiques.

Pour les hémorragies des trois derniers mois de la grossesse et de l'accouchement, la spécialisation des différents cas qui peuvent se présenter est tout aussi nette, tout aussi méthodique. Et de même pour tous les autres points à discuter et à résoudre en matière de thérapeutique obstétricale. »

On le voit par ce court exposé, le livre de M. Puech est bien réellement pratique. Il sera donc lu avec intérêt et fruit par tous les médecins, praticiens et à plus forte raison par les étudiants. Car mieux qu'un ouvrage didactique il leur expliquera clairement quelques-unes de ces grosses questions d'obstétrique qui rebutent si souvent les débutants.

A ce double titre, M. Puech a donc fait une œuvre utile dont il convient de le remercier. F. L.

(1) In-16, cart. Prix : 3 fr. 50. — Montpellier, Coulet et fils; Paris, Masson et Cie.

Glossaire médical (1), par MM. Landouzy et Jayle.

Il n'est pas de praticien, pas d'étudiant, qui, en lisant les comptes rendus des sociétés savantes, en parcourant un ouvrage récent, n'ait été arrêté par un terme nouveau, ou n'ait été intrigué par une discussion au sujet d'une opération dont il ignorait même le nom. Jusqu'ici, en effet, à part quelques dictionnaires trop volumineux et trop anciens, ou quelques manuels récents mais forcément incomplets, il n'existait aucun ouvrage absolument recommandable à ce point de vue.

Cette lacune vient d'être comblée par le professeur Landouzy et notre excellent collègue et ami Jayle dont on ne compte plus les heureuses initiatives.

Le *Glossaire médical* qu'ils viennent de publier contient 9500 mots, noms ou expressions, 426 gravures. C'est dire qu'il représente une somme de travail véritablement colossale.

« Ce livre, disent les auteurs dans la préface, n'est pas un dictionnaire, c'est un recueil donnant, avec leur nomenclature, la définition et la description de *tous* les termes usités en médccine, mais simplement un glossaire.

Ce glossaire indique :

1° Les *expressions médicales* courantes ayant trait à l'anatomie, à la physiologie, à la médecine, à la chirurgie, à la chimie appliquée, à la matière médicale, etc. ;

2° Les *mots nouveaux* dont l'éclosion indispensable devait suivre l'avénement de l'asepsie, de l'antisepsie, de la bactériologie, de la sérothérapie, de l'opothérapie, etc. ;

3° Les *noms d'hommes* que l'usage applique aux maladies, aux méthodes thérapeutiques, aux procédés opératoires, aux techniques de clinique ou de laboratoire, aux instruments et aux appareils usités en médecine clinique ou en médecine expérimentale. »

Ainsi compris le *Glossaire médical* est le véritable vademecum de tous ceux qui travaillent. Le succès qu'il a obtenu depuis son apparition est la meilleure preuve que MM. Landouzy et Jayle ont fait là une œuvre utile.

F. L.

Bégaiement et autres maladies fonctionnelles de la parole (2), par le docteur Chervin, directeur de l'Institut des bègues de Paris, ouvrage récompensé par l'Académie des sciences et l'Académie de médecine.

M. le docteur Chervin vient de publier la troisième édition de son traité du bégaiement et des maladies fonctionnelles de la parole. Rien n'est plus vague, pour un grand nombre de personnes, que ce mot de bégaiement sous lequel on confond depuis les premières paroles du bébé jusqu'à la gênante infirmité, protéiforme et fugace, que nous voyons frapper les enfants et les adultes.

Dans les deux premières parties, M. Chervin s'est appliqué à rendre aussi claire que possible l'étude des troubles de la parole. Il est le premier qui nous ait donné les signes pathognomoniques de cette entité morbide spéciale qu'est le bégaiement vrai, véritable stigmate de dégénérescence; ils sont au nombre de quatre : 1° le bégaiement proprement dit débute dans l'enfance de trois à six ans ; 2° il est intermittent; 3° il disparaît complètement dans le chant; 4° il est accompagné de troubles respiratoires. Ce sont là, on le voit, des signes précis et faciles à constater.

La thérapeutique est non moins simple et rationnelle. Elle consiste dans une éducation spéciale des organes phonéto-articulateurs et aussi dans le rétablissement de l'harmonie indispensable entre le cerveau, organe de la pensée, et les organes vocaux.

La troisième partie est relative à la blésité et a ses variétés : zézaiement, sesseyement, jotacisme, clichement, etc. Ce sont des défauts de prononciation très fréquents, surtout dans le sexe féminin, et qui donnent à ceux qui en sont atteints un air de niaiserie tout à fait fâcheux. Il est donc important d'indiquer de quelle manière il faut les faire disparaître. Il parle également du grasseyement, de la voix eunukoïde et du nasillement.

Dans la quatrième et dernière partie, M. Chervin traite des fissures palatines au point de vue orthophonique.

Enfin, il a placé aux annexes quelques travaux connexes : Démosthène était-il bègue? — Faut-il couper le frein de la langue? — Extraits de 43 rapports officiels sur la méthode Chervin.

L'expérience acquise par plus d'un demi-siècle de pratique de la méthode Chervin donne une valeur particulière à ce volume, qui sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'intéressent à la question.

L. G.

Les odeurs du corps humain (1), par M. Henri Noel.

L'opuscule de M. Noël contient des observations physiologiques intéressantes et même des propos galants. « Bien vous en prend d'être roi, écrivait à Henri IV la belle Mme de Verneuil, sans cela on ne pourrait vous souffrir, car vous puez comme une charogne. » Il contient aussi des détails curieux sur le rôle que jouent en amour les odeurs naturelles. Mieux que toute autre qualité physique, ces odeurs facilitent et déterminent les conjonctions amoureuses. L'histoire nous apprend qu'Agnès Sorel, Diane de Poitiers, Mme de Maintenon exhalaient un suave parfum de violettes, et l'on sait que Céline Montaland ne fut tant aimée que « parce qu'elle était dangereusement parfumée » (Galopin). Les rousses répandent souvent une odeur pénible : « La puanteur vient surtout aux rousseaux travelez » (Ambroise Paré). Elles n'en possèdent pas moins, dans bien des cas, une influence qui « peut s'exercer même à distance et à l'insu de celui qui en est l'objet ». Chez d'autres encore, les aisselles « répandent une odeur prononcée d'épaule de mouton en rut » (Galopin), les prostituées sentent le rance.

Nombre de grands hommes répandaient autour d'eux des parfums subtils. Alexandre sentait la violette, Malherbe, Cujas et Haller, le musc. Moins favorisé, Louis XIV était atteint « de cette puante infirmité qu'on nomme *bromidrosis pedum* ». Mieux vaut dégager l'odeur qu'exhalent les ecclésiastiques, « et, en général, tous ceux qui font profession de continence, » s'il est vrai, comme l'affirme Fredault, qu'il n'y a rien de plus excitant que l'*odeur spermatique* de l'homme chaste.

L. B.

Annuaire de médecine pratique [Jahrbuch der practischen Medicin (2)], par le docteur J. Schwalbe.

Le volume de l'année 1902 qui vient de paraître est un intéressant recueil analytique et critique des principaux travaux parus pendant l'année 1901 dans la presse médicale de tous pays.

Il est publié sous la direction de l'auteur par un groupe de spécialistes chargés chacun du chapitre qui les concerne, ce qui est une garantie de compétence et d'exactitude et explique que ce recueil puisse envisager l'ensemble des nouveautés parues dans le domaine de la pratique médicale y compris la pharmacologie, l'orthopédie, la gynécologie, l'oculistique, l'otologie, la pédiatrie, etc., etc.

Une table alphabétique très complète des matières et des

(1) In-8° carré, xvi-663 p., 426 grav. et 5 cartes. Prix : broch., 16 francs; cart., 18 francs. — Paris, C. Naud.

(2) In-8° de 550 p., broché. Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

(1) Nîmes, imprimerie « La Laborieuse ».

(2) In-8 de 570 p. Prix : 12 fr. 90. — Stuttgart, F. Enke.

noms d'auteur facilite la recherche des articles analysés; des indications exactes de bibliographie permettent de se reporter facilement aux articles originaux. C'est en somme un recueil bibliographique digne d'être rapproché de nos meilleures revues similaires françaises : la revue de Courtois-Suffit et surtout l'ancienne revue d'Hayem, qui, malheureusement, ne paraît plus depuis quelques années.

P. V.

QUESTION D'INTERNAT

Myocardites aiguës, signes, diagnostic et traitement.

Définition. Division. — La M. aiguë est l'inflammation aiguë du myocarde. Elle comprend deux variétés : *M. aiguë simple*, *M. aiguë suppurée*.

Myocardites aiguës suppurées. — Elles surviennent dans les pyohémies et les septicémies (infections puerpérale et purulente, érysipèle). Leur symptomatologie est très obscure, leur pronostic presque toujours fatal.

Myocardites aiguës non suppurées. — SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE. — C'est celle du *cœur faible* des fièvres.

Début presque toujours insidieux; quelquefois, caractérisé par des phénomènes d'excitation cardiaque (palpitations, augmentation de la force des pulsations). A la période d'*état*, tous les symptômes traduisent l'affaiblissement de la tonicité cardio-vasculaire.

S. physiques. — *Inspection, palpation, percussion* : α. *dilatation du cœur* (augmentation de la matité cardiaque et abaissement de la pointe); β. *affaiblissement du choc de la pointe* qui finit par être remplacé par une ondulation précordiale vague. A l'*auscultation* : α. *affaiblissement des bruits* : le premier s'affaiblit et peut même disparaître, d'abord à la base, puis à la pointe, puis le deuxième s'assourdit et, exceptionnellement, disparaît; β. *tachycardie*, oscillant entre 110 et 130, souvent terminale, accompagnée d'*arythmie*, d'intermittences vraies ou fausses. Tachycardie et arythmie peuvent présenter toutes les variétés : *embryocardie* (tachycardie, égalisation en durée de deux silences, assourdissement du deuxième bruit); *rythme couplé*, etc.; γ. *souffles* doux, mobiles, systoliques, apexiens, liés à une insuffisance mitrale fonctionnelle, ou à une endocardite concomitante, ou encore cardio-pulmonaires; δ. *bruit de galop diastolique*, lié à la dilatation ventriculaire (Potain).

Le *pouls* est inégal, irrégulier, rapide; il existe une *hypotension artérielle* constante, souvent très marquée.

S. fonctionnels. — α. Quelquefois *douleurs* (Peter, Romberg); β. *palpitations*; γ. crises de *collapsus cardiaque* (début brusque, cyanose et refroidissement des extrémités, pâleur, altération de la voix, immobilité; terminaison souvent mortelle); δ. *syncopes* subites, spontanées, parfois fatales.

S. généraux. — α. Ceux de la maladie causale; β. signes liés à l'asthénie cardio-vasculaire (congestions passives, œdèmes, etc.).

ÉVOLUTION. TERMINAISONS. — Évolution rapide. Guérison possible. Plus souvent, peut-être, mort par : α. collapsus cardiaque; β. syncope (*mort subite*). Passage possible à l'état chronique.

FORMES CLINIQUES. — M. TYPHIQUE (Hayem). [*Forme cardiaque de la fièvre typhoïde* (Bernheim).] — Au premier septénaire, peu de modifications cardiaques; au second, apparaît le souffle; au troisième, affaiblissement du premier bruit, remplacement du choc de la pointe par une ondulation précordiale, disparition du souffle. La terminaison peut être favorable : d'autres fois, mort par collapsus. La mort subite, fréquente chez les adultes (Dieulafoy, Laveran), a été notée une fois chez l'enfant (Moussous); — M. DIPHTÉRIQUE : survient surtout pendant la convalescence; aboutit à la mort (asystolie aiguë ou syncope); — M. RHUMATISMALE : dilatation très accusée du cœur, douleur, syncopes [v. th. Janot (1)]; — M. SCARLATINEUSE : apparaît vers la fin de la première semaine; coïncidence avec l'endo et la péricardite; — M. VARIOLIQUE : surtout signes de dilatation : mort subite exceptionnelle.

PRONOSTIC : toujours grave. On a considéré comme ayant une signification particulièrement sévère : α. la disparition du premier bruit (Picot); β. la disparition du deuxième bruit (Bucquoy); γ. le rythme fœtal (Huchard); δ. les intermittences du pouls, ε. la tachycardie persistante (Liebermeister); ζ. le ralentissement brusque du pouls. Tous ces signes sont de fâcheux augure, mais aucun ne peut permettre de pronostiquer à coup sûr l'issue fatale. En réalité, le pronostic est lié au degré de l'asthénie cardio-vasculaire (valeur pronostique de l'hypotension artérielle), à l'état du foie et des reins, à l'âge du sujet, à l'intensité de l'affection causale.

DIAGNOSTIC. — α. Dans l'*endocardite aiguë*, les bruits sont assourdis, mais non disparus; peu de troubles fonctionnels du cœur; la dilatation cardiaque n'y est pas extrêmement accusée; β. dans la *péricardite aiguë*, les signes fonctionnels (douleurs) sont très accusés; les signes physiques sont différents. Dans la *myocardite typhique*, deux erreurs possibles : *perforation intestinale* (mais là, facies abdominal); *collapsus par balnéation froide* (v. Barié, *Traité des maladies du cœur*, p. 656).

La *myocardite diphtérique* se distingue de la névrite du pneumogastrique (Guilat, Rabot et Philippe) par l'absence de troubles abdominaux (coliques, vomissements, etc.).

TRAITEMENT. — Ranimer l'énergie du myocarde par la caféine ou la strychnine, relever la tension artérielle (injections de sérum, ergotine, etc.); immobilité absolue dans le décubitus dorsal, pour éviter les syncopes. Dans la myocardite typhique, interrompre la balnéation froide.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de La Roche-sur-Yon l'intéressante lettre suivante :

« Monsieur le rédacteur en chef,

Voulez-vous me permettre de vous faire part d'une réflexion faite en lisant le rapport de M. Josias sur la déclaration des maladies infectieuses? Je ne vous ennuierai pas longtemps.

Si nous, médecins de province, ville ou campagne, nous ne faisons pas de déclaration, nous *pouvons* être poursuivis. Nous sommes à la merci d'une haine, d'une vengeance d'un bureaucrate quelconque.

Si nous faisons une déclaration, nous pouvons souvent mécontenter nos clients, et, de plus, l'administration ne bougera certainement pas, elle ne désinfectera pas, car il n'y a rien pour le faire.

Alors... pourquoi, pendant qu'on y est, ne pas déclarer qu'après toutes les maladies on devra désinfecter? Il est bien inutile de dresser une liste même aussi complète que celle de M. Josias : de gêné, il n'y aura jamais que le médecin; l'administration ne le sera guère.

Agréez, etc...

Dr P. MAIGRE. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Avis à MM. les élèves internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices.* — Par un arrêté en date du 27 décembre 1902, pris après avis du Conseil de surveillance et approuvé par M. le préfet de la Seine, les modifications

(1) Analysée in *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 142, p. 1397.

ci-après ont été introduites dans le règlement général sur le service de santé des hôpitaux, en ce qui touche la composition des jurys des divers concours auxquels prennent part les élèves des hôpitaux [externat, internat et prix de l'internat (chirurgie)], savoir :

« Art. 244. — Le jury du concours pour les places d'élèves externes en médecine se compose de huit membres, savoir :

1° Quatre membres tirés au sort parmi les médecins des hôpitaux nommés dans l'année, les deux médecins-adjoints du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, les ophtalmologistes et les oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux. En aucun cas, le jury ne comprendra plus d'un spécialiste (aliéniste, ophtalmologiste, oto-rhino-laryngologiste). Si le nombre des médecins des hôpitaux nommés dans l'année était inférieur à six, on complèterait ce nombre, d'abord par les médecins des hôpitaux les moins anciens qui n'auraient pas encore fait partie du jury de l'externat; ensuite, et s'il y a lieu, par les médecins des hôpitaux ayant été déjà juges de l'externat, en commençant par les moins anciens et dans l'ordre suivant : d'abord ceux qui auront été une fois juges, puis ceux qui l'auront été deux fois, et ainsi de suite, à l'exception, toutefois, de ceux qui auraient fait partie du jury de l'externat de l'année précédente.

2° Quatre membres, trois chirurgiens et un accoucheur, désignés d'office. Seront tout d'abord désignés les chirurgiens et l'accoucheur des hôpitaux nommés dans l'année, en commençant par les moins anciens; puis, à défaut d'un nombre suffisant de ces membres, les chirurgiens et l'accoucheur les moins anciens qui n'auraient pas encore fait partie du jury de l'externat et enfin les chirurgiens et l'accoucheur des hôpitaux ayant été déjà juges de l'externat en commençant par les moins anciens et dans l'ordre ci-après : d'abord ceux qui auront été une fois juges, puis ceux qui l'auront été deux fois, et ainsi de suite, à l'exception, toutefois, de ceux qui auraient fait partie du jury de l'externat de l'année précédente.

Art. 245. — Les épreuves du concours pour les places d'élèves externes sont réglées comme il suit :

1° Une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question après cinq minutes de réflexion;

2° Une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie; chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces deux épreuves est fixé à 20.

Pour le jugement des deux épreuves, le jury se dédouble en deux sections qui sont chargées de juger : l'une, l'épreuve d'anatomie; l'autre, l'épreuve de pathologie. Ces deux sections sont déterminées par un tirage au sort effectué à l'ouverture de la première séance du concours. La section d'anatomie se compose de deux médecins et de deux chirurgiens, la section de pathologie de deux médecins, d'un chirurgien et d'un accoucheur. Dans le cas où le jury comprendrait, ainsi qu'il est dit à l'article 244, un ophtalmologiste ou un oto-rhino-laryngologiste, ce membre ferait de droit partie de la section de pathologie aux lieu et place de l'un des deux médecins.

. . . .

Art. 248. — Le jury du concours de l'internat en médecine se compose de dix membres, dont quatre médecins, quatre chirurgiens et deux accoucheurs, tirés au sort parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, et parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

On mettra dans l'urne, en même temps que les noms des médecins chefs de service et des médecins des hôpitaux, les noms des médecins chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en exercice ou honoraires, et ceux des médecins-adjoints de ces quartiers, et, en même temps que les noms des chirurgiens chefs de service et des chirurgiens des hôpitaux, les noms des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; mais, en aucun cas, le jury ne comprendra plus d'un spécialiste (aliéniste, ophtalmologiste, oto-rhino-laryngologiste).

Art. 249. — Les épreuves du concours de l'internat en médecine sont réglées comme il suit :

1° Une épreuve d'admissibilité, consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures;

2° Une épreuve orale sur les mêmes sujets. Il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui sera échue. A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements.

Le jury se dédouble, pour entendre la lecture des copies déposées par les candidats, en deux sections, composées chacune de cinq membres, deux médecins, deux chirurgiens et un accoucheur, et chargées de juger : l'une, la question d'anatomie, l'autre, la question de pathologie.

Dans le cas où le jury comprendrait, ainsi qu'il est dit à l'article 248, un ophtalmologiste ou un oto-rhino-laryngologiste, ce membre ferait de droit partie de la section de pathologie aux lieu et place de l'un des deux chirurgiens.

. . . .

Art. 257. — Le jury de chacun des deux concours ouverts annuellement pour les prix à décerner aux internes en médecine comprend cinq membres, savoir :

Le jury du concours de médecine, quatre médecins et un chirurgien;

Le jury du concours de chirurgie et d'accouchement, trois chirurgiens, un médecin et un accoucheur.

Ces membres sont pris parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, ainsi que parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Pour la constitution du jury du concours de médecine, on mettra dans l'urne, en même temps que les noms des médecins chefs de service et des médecins des hôpitaux, les noms des médecins chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en exercice ou honoraires, et ceux des médecins adjoints de ces quartiers; mais, en aucun cas le jury ne comprendra plus d'un médecin aliéniste.

Pour la constitution du jury du concours de chirurgie et d'accouchements, on mettra dans l'urne, en même temps que les noms des chirurgiens chefs de service et des chirurgiens des hôpitaux, les noms des ophtalmologistes et des oto-rhino laryngologistes chefs de service, en exercice ou honoraires, et ceux des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, mais en aucun cas le jury ne comprendra plus d'un spécialiste (ophtalmologiste ou oto-rhino-laryngologiste). »

— *Concours de l'internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 2 février 1903 : MM. Malloizel, 13; Deshayes, 12; Chirié, 11; Giroux, 11; Mlle Maugeret, 11; MM. Morel, 11; Gourmand, 10 1/2; Chazarain, 10; Troller, 8; Moyrand, 6.

Pathologie. — Séance du 3 février 1903 : MM. Sénéchal, 12; Renaud, 11; Rabourdin, 9; Carlotti, 8; Labonnette, 8; Marsan, 7; Collin, 6; Privat, 5.

Académie des sciences. — M. Léon Labbé, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, a été élu membre de l'Académie des sciences.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 16 — SAMEDI 7 FÉVRIER 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 7 FÉVRIER 1903. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

AVIS

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

REVUE GÉNÉRALE

Paralysies saturnines.

Par Maurice VILLARET, interne des hôpitaux.

La paralysie, du moins dans sa forme commune, est l'accident le plus fréquent de l'intoxication saturnine, après la colique de plomb et l'arthralgie. Elle est due à l'action du poison sur le système nerveux, et en particulier sur les nerfs. Stintzing [d'Iéna] (1), dans sa classification des névrites, la range dans une case bien déterminée : c'est une « téléneurose systématique motrice », ce qui la différencie de la paralysie hystérique des saturnins ou paralysie hystéro-saturnine, celle-ci étant beaucoup moins délimitée et n'offrant pas la systématisation de la première.

Nous étudierons tout d'abord et surtout la paralysie saturnine proprement dite, et nous consacrerons quelques lignes à la fin de cet article à la paralysie saturnine d'origine hystérique.

1° PARALYSIE SATURNINE PROPREMENT DITE OU ORGANIQUE

I

Historique. — 1° Soupçonnée par Boehrave, puis par Stockhusen, Van Swieten et Hoœn (1771), la paralysie saturnine n'est véritablement bien étudiée pour la première fois que dans la thèse de Tanquerel des Planches (1834) qui encore maintenant fait autorité en la matière.

De 1834 à 1875 l'étude de ces paralysies ne fait que des progrès minimes, et seul, dans cette longue période, nous devons mentionner Duchenne [de Boulogne] (1872) qui, dans son traité de l'électrisation localisée, signale un signe considéré pendant longtemps comme absolument pathognomonique, l'intégrité du long supinateur; il décrit en même temps les formes généralisées complètement étudiées plus tard par Vulpian, Heugas (1), Le Meignen (2), Samsoen (3). Entre temps Eulenburg et Erb signalent les troubles électriques et la réaction de dégénérescence. Remak (4) enfin décrit les différentes formes localisées, notamment les types brachial supérieur et péronier.

Pendant que les cliniciens classaient les différentes formes de paralysie saturnine, Vulpian (5), M. Gombault (6), M. Grasset (7), Fitz (8) étudiaient les atrophies musculaires.

Nous arrivons ainsi au travail très important et très remarquable de Mme Dejerine-Klumpke (1889) qui passe en revue les différentes localisations de la paralysie saturnine et donne des renseignements sur les signes de cette affection.

Citons plus récemment les cliniques de M. Raymond (9), et de M. Brissaud, l'excellente revue de M. G. Lyon (10) qui nous servira dans cet article, les travaux de Remak (11), de Pitres et Vaillard (12), pour la symptomatologie générale, de Potain, Seifert, Sorgo, Mannaberg, Köster, Maurice Perrin (13), etc., pour les formes localisées, de Ganyaire et Anker, pour la paralysie saturnine dite héréditaire, de Brown, Putnam (1890), Sinclair et Newmark, Raymond, Variot, Dufour-Labastide pour la forme de l'enfance.

2° L'anatomie pathologique et la pathogénie ont donné lieu à de nombreuses controverses; nous verrons plus loin quelles sont les théories et quels sont leurs auteurs; qu'il nous suffise de citer ici les travaux anatomo-pathologiques de MM. Lancereaux (14), Gombault (15), Joffroy, Westphal (16), Mayor (17) et de Mme Dejerine-Klumpke, les recherches sur les lésions centrales de Friedlander, Œller, Vulpian, Zunker et Oppenheim.

(1) STINTZING. *Münch. med. Woch.*, 1901, p. 1830.

(1) HEUGAS. Th. de Paris, 1877.
(2) LE MEIGNEN. Th. de Paris, 1878.
(3) SAMSOEN. Th. de Paris, 1878.
(4) REMAK. *Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, 1876, p. 1, et 1877, p. 603 et 622, t. IV.
(5) VULPIAN. *Cliniques médicales de la Charité*, 1878, p. 727.
(6) GOMBAULT. *Arch. de physiol.*, 1873, p. 593.
(7) APOLLINARO et GRASSET. *Montpellier méd.*, 1877, p. 239 et 329.
(8) FITZ. Th. de Wurtzbourg, 1882.
(9) RAYMOND. *Cliniques*, 1889, 1897, 1900.
(10) LYON. *Gaz. des hôpit.*, 18 oct. 1890.
(11) E. REMAK. *Neuritis und polyneuritis*, vol. II, p. 651 (*Specielle Pathologie und Therapie*, Vienne 1900).
(12) PITRES et VAILLARD. In Brouardel et Gilbert, t. X, 1902.
(13) M. PERRIN. Th. de Nancy, 1901.
(14) LANCEREAUX. *Gaz. méd. de Paris*, 1862.
(15) GOMBAULT. *Arch. de phys.*, 1873, p. 593; — *Arch. de neurol.*, t. I, 1880.
(16) WESTPHAL. *Arch. f. Psych. und Nervenk.*, 1874.
(17) MAYOR. *Gaz. méd. de Paris*, 1877.

II

Étiologie. — 1° La paralysie saturnine est un accident relativement tardif survenant à la suite d'une intoxication lente et multiple par le plomb et ses dérivés. C'est exceptionnellement seulement qu'on l'a constaté dans une intoxication aiguë. Le plus souvent la paralysie a été précédée d'autres signes de saturnisme tels que les coliques, l'anémie spéciale, le liséré gingival et plus rarement l'albuminurie. Dans la statistique de Tanquerel des Planches, on trouve comme fréquence relative :

1217 cas de coliques de plomb;
715 cas d'arthralgie;
107 cas de paralysie;
72 cas seulement d'encéphalopathie.

Nous voyons donc que la paralysie vient en troisième ligne dans l'échelle des signes principaux.

Elle ne survient pas en général tout de suite après les accidents précédemment cités. Tanquerel des Planches cite, à titre de rareté, 14 cas sur 200 où la paralysie n'aurait pas été précédée de coliques, et un cas où elle aurait été le premier symptôme; il nous faut rapprocher de celui-ci, ceux de Haen et Andral. Remak (1) fait remarquer qu'un malade, ayant eu déjà des paralysies, peut, après de nouvelles crises de colique, ne plus en présenter.

La date d'apparition de la paralysie saturnine est variable. La statistique de Tanquerel des Planches nous montre :

9 cas dans le premier mois de l'intoxication;
14 cas dans les deux premiers mois;
24 cas au bout de la première année;
36 cas dans les deux premières années;
32 cas après dix ans;
13 cas après vingt ans;
1 cas après cinquante-deux ans.

D'après certains auteurs, les paralysies par l'emploi des fards surviendraient plus rapidement que les paralysies professionnelles.

2° Parmi les *causes efficientes* de la paralysie saturnine les plus importantes et les plus fréquentes de beaucoup sont les *intoxications professionnelles*, bien que les progrès de l'hygiène les fassent peu à peu diminuer. Celles-ci peuvent être ramenées à trois chefs principaux :

1° Le travail dans les mines de plomb : extraction et préparation du massicot, de la litharge, du carbonate de plomb;

2° La fabrication de certaines préparations de plomb;

3° Les travaux professionnels dans lesquels le plomb est employé pur ou sous forme de préparations diverses.

Le dénombrement de tous les métiers exposant à l'intoxication saturnine a été fait à diverses reprises : nous n'avons pas l'intention de les énumérer tous. En effet, J. Renaut, dans sa thèse d'agrégation (2), en compte 48; Napias, dans son traité d'hygiène industrielle, 88; M. le professeur Proust dans son traité d'hygiène, 56; M. Manouvriez, plus de 100; les ouvriers en céruse seraient les plus exposés. Nous nous contenterons ici de mentionner les causes semblant donner plus spécialement naissance à la paralysie saturnine, ou celles qui ont été citées récemment et présentent l'intérêt d'être rares ou peu connues.

Remak (3) compte dans sa statistique de paralysies saturnines : 60 peintres en bâtiment ou laqueurs, 11 ouvriers en lettres d'imprimerie, 9 poseurs de tuyaux, 4 lamineurs, 2 fondeurs en plomb, 2 potiers, 2 femmes s'étant maquillées à la céruse, 1 malade ayant nettoyé des bouteilles avec de la grenaille de plomb, 1 zingueur, 1 homme se servant de poids en plomb, 1 employé à la fabrication des cartes, dans laquelle on se sert de petits morceaux de plomb. Citons aussi les tisserands à la main qui manient des poids de plomb attachés à leur métier, les typographes, les vernisseurs de brique, etc.

(1) Remak. Loc. cit.
(2) J. Renaut. Th. d'ag., 1875.
(3) Remak. Loc. cit.

M. Raymond (1) a indiqué des intoxications professionnelles plus bizarres encore; il cite dans ses cliniques les cas observés par Napias (2) à la suite du poudrage dans les ateliers de chromo-lithographie céramique : Mazin a étudié récemment des cas semblables (3). Ferrucio Cicardi (4) signale deux cas de paralysie saturnine chez des ouvriers carrossiers qui grattaient de vieilles planches peintes. Pichardie (5) montre chez les ouvrières en fleurs artificielles la paralysie saturnine due au diamantage des fleurs avec des poussières plombifères, et à l'usage de papiers teintés avec des couleurs à base de plomb; on trouverait surtout dans ces cas de la paralysie de l'éminence thénar causée par la fatigue professionnelle de ses muscles. MM. Louis Rénon et Géraudel (6) ont cité comme cause de paralysie le grattage des moules à glace artificielle; celle-ci peut survenir aussi dans la fabrication et le polissage des fausses perles à la meule d'acier, comme l'ont montré MM. Gaucher et Bernard (7), enfin on peut la rencontrer chez les lapidaires en pierres fines du Jura [Fiessinger (8), Proust] et chez les ouvriers travaillant à la fabrication des accumulateurs électriques, qui dans certains cas ont présenté des accidents paralytiques diffus avec atrophie musculaire grave [Marcel Labbé et Ferrand (9), Rendu (10), Mlle M. Humbert (11)].

Mais à côté de cette longue liste d'accidents professionnels, on trouve des cas de paralysie saturnine survenant à la suite d'*un empoisonnement* criminel et surtout *accidentel* : ils sont plus rares car il s'agit alors d'une intoxication aiguë. C'est l'*appareil digestif* qu'il faut ici surtout incriminer. Citons les causes d'intoxication qui, par leur rareté, leur nouveauté ou leur influence spéciale sur l'apparition de la paralysie, peuvent retenir notre attention : ce sont les réservoirs en cuivre étamé des fourneaux de cuisine ou les tuyaux de canalisation dans lesquels se forment peu à peu des concrétions calcaires contenant du plomb [Raymond (12)], les robinets à clef destinés à soutirer les liquides des tonneaux, et dont la chambre d'étain est composée d'une certaine quantité de plomb [Vidal (13)], les gobelets et les vaisselles d'étain plombifère, surtout lorsqu'ils sont en contact avec des boissons acidulées : c'est par ce mécanisme qu'il faut expliquer les paralysies survenant chez des individus ayant bu l'eau de réservoirs en plomb, et les soit-disant épidémies citées par certains auteurs particulièrement à bord des navires, le titrage de l'eau même à 10 p. 100 pouvant en effet ne pas être inoffensif [Gautier, Variot (14), Rendu]. Signalons de même les boissons adoucies par la litharge, les aliments contenus dans des vases soudés plombifères ou des poteries émaillées au plomb, le pain contenant du plomb provenant de l'anneau de la meule [Weber (15)] ou fabriqué avec de l'eau plombifère, ou bien encore cuit avec du bois peint à la céruse, le sucre fabriqué par le procédé de

(1) Raymond. *Cliniques*, 1900, t. IV, p. 335.
(2) Napias. *Manuel d'hygiène professionnelle.*
(3) Mazin. Th. de Paris, 1900-1901.
(4) F. Cicardi. *Gaz. med. di Torino*, 13 sept. 1900, n° 37, p. 723.
(5) Pichardie. Th. de Paris, 1901.
(6) L. Rénon et Géraudel. Soc. méd. des hôpit., 11 juillet 1902.
(7) Gaucher et Bernard. *Presse méd.*, 1902.
(8) Fiessinger (d'Oyonnax). Acad. de méd., 30 oct. 1900.
(9) M. Labbé et Ferrand. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, janv. 1902, n° 38, p. 1367-1374.
(10) Rendu. *Idem.*
(11) M. Humbert (Mlle). Th. de Paris, 1902.
(12) Raymond. Loc. cit.
(13) Vidal. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, oct. 1901.
(14) Variot. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1211.
(15) Weber. *Münch. med. Woch.*, 29 avril 1902.

Scoffern, le beurre, les bonbons, les gâteaux, etc., colorés au chromate ou au carbonate de plomb.

Citons chez l'enfant les bouts de biberons en caoutchouc vulcanisé plombifère, et surtout le lait des nourrices intoxiquées par les fards, les cosmétiques ou les teintures [Romme (1)]; M. Balland, en effet, en intoxiquant sa chienne le jour de sa mise à bas, a montré que ses petits nourris par elle restaient chétifs et que quelques-uns présentaient même de la paraplégie; il a d'ailleurs retrouvé le plomb dans leurs muscles et dans leurs viscères.

Il faut incriminer en deuxième lieu, et à côté des causes d'origine alimentaire, *les surfaces, les tissus et les topiques plombifères* : dans cette catégorie sont compris les appartements fraîchement peints à la céruse, les chaussures à cuir intérieur blanchi au plomb (Gautier), la garniture intérieure vernie de certains chapeaux dits de haute forme, certains tissus pour robes de femmes, certaines teintures pour colorer les cheveux en noir [Raymond (2)], le séjour prolongé sur une terrasse de plomb exposée aux rayons solaires [Gastou (3), Variot], les capotes de voiture d'osier pour enfant en toile blanchie vernie plombifère, les toiles cirées blanches de table, les jouets colorés au plomb et les soldats de plomb portés à la bouche par les enfants, les trompettes à embouchure en plomb [Variot (4)], les boîtes de couleurs d'enfant, les cartes de visite glacées à la céruse et les pains à cacheter peints au plomb et mâchés par les enfants. L'usage du diachilon comme abortif chez les femmes peut lui-même, comme l'a montré Wrangham (5) donner, au milieu du cortège de l'intoxication saturnine aiguë, des paralysies oculaires avec névrite optique, aboutissant même quelquefois à la mort par polynévrite aiguë généralisée. Mabit a cité des cas où des doses massives de plomb, des balles, par exemple, introduites dans l'organisme pouvaient donner lieu à une intoxication (6).

Citons enfin en troisième lieu les *substances thérapeutiques* telles que l'eau de Goulard appliquée sur les excoriations du sein, etc.

3° Nous voyons donc que le plomb est absorbé le plus souvent par l'appareil digestif, soit sous forme d'albuminate, soit quelquefois en tant que chlorure faible soluble. Fréquemment aussi le métal, malgré le rôle de défense de l'épithélium respiratoire, s'introduit par les voies aériennes sous forme de poussières. Il semble même pouvoir pénétrer par la peau comme l'a montré Engel (7) : expérimentalement en effet on peut intoxiquer les animaux en les immergeant dans des liquides à base de plomb (Canuet). Dans le même ordre d'idées, Drouet aurait pu déterminer à volonté chez le lapin des paralysies de tel ou tel membre par des frictions avec une pommade à l'acétate de plomb. Cliniquement les liquides acides de la sueur favorisent l'absorption lente du plomb. Ceci expliquerait la localisation spéciale de la paralysie chez certains ouvriers tels que les tailleurs de limes ou les peintres, dont les doigts serrant le pinceau sont les premiers pris, chez les acteurs, à la suite de l'application des fards, et enfin consécutivement aux frictions par des onguents thérapeutiques. Fremont (8) cite à l'appui le cas de cet homme gardant pendant quelques heures de la céruse sur son bras gauche et présentant à ce niveau le lendemain de la paralysie sans aucun signe d'intoxication générale. Dans les observations citées par Verrier (1) la peau et l'appareil respiratoire sont les deux principales portes d'entrée. De même le plomb peut être absorbé par les muqueuses oculaires, vaginales, urétrales et même rectales sous la forme de produits thérapeutiques (collyre à l'acétate de plomb par exemple).

Le plomb ainsi introduit dans l'organisme pourra s'y accumuler, ce qui explique les récidives, même lorsque l'individu est depuis longtemps à l'abri de toute intoxication à l'occasion du surmenage ou de l'alcoolisme.

4° Ceci nous amène à dire un mot des *causes prédisposantes*. Il y a en effet une prédisposition variable suivant les individus, puisque certains ouvriers ne prenant pas de précautions n'ont jamais de paralysies, et que d'autres au contraire en présentent au bout de peu de temps : Tanquerel des Planches en cite même trois cas au bout de huit jours.

La mauvaise aération et la forte chaleur des ateliers, l'habitation en commun, la saleté, la mauvaise alimentation exercent ici comme ailleurs leur influence sur l'apparition des accidents. La paralysie saturnine est beaucoup plus fréquente et beaucoup plus précoce chez les alcooliques [Allen Starr (2)]; les intoxications combinées ont en effet une action plus forte que les intoxications isolées. Signalons aussi l'influence de l'hérédité : Verrier (3) trouve chez la plupart de ses paralytiques des signes de dégénérescence nerveuse.

Chez la femme la fréquence moindre de la paralysie tient au moins grand nombre d'occasions d'intoxications.

Chez l'*enfant* la paralysie peut survenir à la suite de saturnisme chronique acquis; mais l'enfant est moins susceptible que l'adulte à cette intoxication; M. le professeur Gautier a montré qu'il pouvait supporter 14 à 20 milligrammes de plomb par jour, 8 à 10 milligrammes suffisant pour intoxiquer l'adulte. Cette immunité relative tient probablement à ce que le plomb est éliminé d'une façon plus active et ne s'accumule pas dans la substance nerveuse comme chez l'adulte.

Il faudrait même dans certains cas incriminer l'influence des antécédents et Anker en 1894 a signalé un cas de paralysie héréditaire chez une fille de huit ans dont le père était typographe et avait eu des coliques de plomb répétées, mais pour Remak, il s'agirait simplement d'une intoxication acquise (4). On pourrait expliquer ce cas par le terrain névropathique héréditaire de l'enfant. Oppenheim (5) insiste en effet sur la fréquence des tares nerveuses dans la descendance des intoxiqués (plomb, alcool) : à côté de l'hérédité névropathique, il admet l'existence d'une hérédité « toxicopathique ».

Mentionnons enfin le *travail musculaire* comme cause prédisposante agissant sur la localisation spéciale de la paralysie. Mme Baraks Doïledisky (6) a montré que certains muscles sont pris suivant les métiers, et qu'il y a là une prédisposition due peut-être à l'accumulation de produits de désassimulation dans les muscles surmenés, ou encore aux chocs répétés sur ces muscles dans certaines professions. C'est ainsi que chez les cigariers, les cordonniers, les tambours et surtout les tailleurs de limes [Bernhardt (7)], la paralysie débute par les petits muscles de la main et non les extenseurs. De même, le membre supérieur droit est pris de préférence chez les droitiers, le membre supérieur gauche chez les gauchers.

---

(1) Romme. *Presse méd.*, 13 août 1902.
(2) Raymond. *Cliniques*, 1900, loc. cit.
(3) Gastou. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*
(4) Variot. Soc. méd. des hôpit., 25 avril 1902.
(5) Wrangham. *Brit. med. Journ.*, 13 juillet 1902.
(6) Mabit. Th. de Paris, 1902.
(7) Engel. Th. de Toulouse, 1901.
(8) Fremont. *Presse méd.*, 1882, p. 892.

(1) Verrier. *France méd.*, 7 fév. 1896.
(2) A. Starr. *Med. News*, 25 janv. 1902.
(3) Verrier. Loc. cit.
(4) Remak. Loc. cit.
(5) Oppenheim. Allgemeines und spezielles über die toxischen Erkrankungen des Nervensystems, *Berl. klin. Woch.*, 30 nov. 1891.
(6) B. Doïlidsky. *Névrites professionnelles*, Th. de Paris, 1901.
(7) Bernhardt. *Berlin. klin. Woch.*, 8 janv. 1900.

III

Anatomie pathologique. — M. Lyon, dans son article déjà cité, a décrit très en détail l'anatomie pathologique de la paralysie saturnine : nous lui emprunterons en grande partie les éléments de ce chapitre. Le plomb n'agit pas indistinctement sur la totalité des éléments anatomiques, mais d'une façon élective, et d'après un ordre de sensibilité donné qui pour Engel (1) est le suivant : globule rouge, fibre lisse, tissu conjonctif, fibre sensitive, fibre motrice, fibre striée, fibre cardiaque, cellule nerveuse, leucocyte. Pour MM. Launois et Meillère (2), qui, à l'aide d'un courant électrolytique de faible intensité passant à travers les cendres des viscères, ont recherché récemment le plomb dans les organes des saturnins, c'est surtout dans le cerveau qu'il se localiserait de préférence. Quoi qu'il en soit, ces recherches nous montrent que nous trouverons des lésions, dans ce cas particulier, au niveau de la fibre nerveuse, de la fibre striée, des vaisseaux et de la cellule nerveuse médullaire.

1° Lésions des nerfs. — Lancereaux [1862] (3) avait déjà décrit une dégénérescence granulo-graisseuse des nerfs, et Westphal une atrophie des tubes nerveux. Mais, c'est M. Gombault (4) le premier qui établit les véritables caractères de la névrite saturnine.

A. Les nerfs sont atteints surtout de *névrite parenchymateuse*. Celle-ci, à l'inverse de la névrite interstitielle, ne se caractérise pas par des modifications extérieures : les nerfs conservent leur coloration normale, restent brillants, ne sont ni ramollis, ni indurés, ni rouges, ni œdémateux : parfois peut-être apparaissent-ils plus grêles et moins nacrés que d'ordinaire. Le microscope seul peut déceler l'étendue et la nature des lésions. Dans la plus grande partie des cas, les altérations ressemblent tellement aux modifications décrites par Ranvier dans le bout périphérique d'un nerf sectionné qu'on a pu identifier la névrite parenchymateuse avec la dégénérescence wallerienne, et que l'usage a prévalu de l'appeler névrite dégénérative; en effet, dans les deux cas, on trouve la végétation du protoplasma, la prolifération des noyaux, la segmentation grossière de la myéline, la section du cylindre-axe, l'émiettement de la myéline en fines gouttelettes, enfin l'atrophie des tubes nerveux, lésions qui peuvent se produire sur une grande longueur des fibres. Mais, tandis que dans la dégénérescence wallerienne toutes ces fibres sont également atteintes, on trouve ici des lésions irrégulières : toutes ces phases de l'altération peuvent exister sur le même nerf, démontrant ainsi que l'âge de la lésion n'est pas le même pour ces divers tubes nerveux. D'autre part, on conçoit mal qu'une fibre en rélation continue avec son centre puisse ainsi dégénérer sans l'intervention d'une lésion préalable ayant intéressé le neurone en un point supérieur de son trajet. C'est ce qui a poussé M. Gombault et Mme Dejerine Klumpke à admettre qu'en présence de tout processus de névrite on doit distinguer deux éléments : d'abord une lésion initiale plus ou moins marquée du cylindre-axe, ensuite un phénomène secondaire et banal, la dégénération dont nous venons de parler. La lésion primitive consiste, dans la paralysie saturnine, en *altérations segmentaires*, portant sur un ou plusieurs segments interannulaires, à l'exclusion de ceux qui sont au-dessus ou au-dessous, et atteignant, primitivement du moins, la myéline et le noyau de la cellule de Vignal, sans que le cylindre-axe présente de solutions de continuité. C'est ce que M. Gombault a nommé la *névrite segmentaire periaxile* qui fait défaut dans la névrite alcoolique et qui caractérise la *phase prewallérienne de la névrite*.

On peut distinguer dans la névrite segmentaire periaxile deux cas, suivant que le segment interannulaire est pris en entier ou en partie.

1. *Lésions segmentaires totales*. — La fibre dégénérée présente les caractères suivants : elle est élargie et sa gaine de myéline, au lieu de se segmenter en blocs volumineux comme dans la dégénération wallérienne, s'émulsionne en fines granulations parmi lesquelles se reconnaissent au picrocarmin des masses protoplasmatiques jaunes contenant une grande quantité de noyaux roses. Le plus souvent cette lésion, comprise entre deux segments normaux, présente tous les degrés de la névrite segmentaire d'une extrémité à l'autre du segment interannulaire altéré : tout d'abord la gaine de myéline granuleuse s'interrompt, et des points d'interruption se détache un tractus à striation longitudinale. Puis la gaine de myéline tend de plus en plus à disparaître, la fibre devient moniliforme, présentant des tractus rosés qui relient des blocs protoplasmatiques chargés de granulations noirâtres par l'acide osmique; le tractus se perd dans les portions renflées. Plus loin les amas de myéline ont disparu : il en reste seulement autour de quelques noyaux et la fibre n'est entourée que par une mince couche de protoplasma chargée de nombreux noyaux.

Enfin les noyaux et les amas de myéline peuvent disparaître ne laissant que le tractus et la gaine de Schwann : ce tractus n'est autre que le cylindre-axe plus ou moins modifié, mais *ininterrompu dans sa continuité*.

Puis plus ou moins vite se fait la restauration du nerf lésé; on voit alors une fibre très fine entourée d'une gaine de myéline très nettement délimitée, moniliforme, présentant des dépressions alternant irrégulièrement et correspondant aux noyaux. Plus tard se forment progressivement les retrécissements annulaires, chaque segment ainsi délimité étant pourvu d'un ou plusieurs noyaux et correspondant à une nouvelle cellule de Vignal. De sorte que, lorsque la régénération est complète, le segment interannulaire détruit est remplacé par plusieurs segments de nouvelle formation plus minces et plus courts.

2. *Lésions segmentaires circonscrites*. — Mais les mêmes altérations peuvent se limiter à une partie seulement du segment interannulaire; le processus débute par une de ses extrémités, puis s'il se généralise, envahit l'autre extrémité en laissant la partie moyenne saine plus ou moins longtemps.

En somme nous voyons ici principalement une différence notable avec la dégénération wallérienne, différence caractérisée par la localisation segmentaire du processus et surtout la conservation du cylindre-axe (Gombault). Mais celui-ci peut disparaître à son tour; M. Gombault a montré que, dans ce cas, il se renfle de distance en distance, puis présente une première solution de continuité au delà de laquelle on ne le trouve plus que fragmenté en petits tronçons entourés de blocs de myéline, nous avons vu plus haut qu'il se fait alors, au-dessous de la section, une véritable dégénérescence wallérienne secondaire, lésion d'apparence uniforme jusqu'à la terminaison de la fibre et dominant dans les ramifications terminales; au-dessus la fibre sera normale ou atteinte de névrite periaxile frappant le tube irrégulièrement en laissant les parties malades des segments sains ou régénérés.

M. Dejerine (1) quelques années plus tard donne des

(1) Engel. *Contribution à l'étude expérimentale et pathologique de l'intoxication saturnine*, Th. de Toulouse, 1901.

(2) Launois et Meillère. Soc. méd. des hôpit., 7 fév. 1902.

(3) Lancereaux. *Gaz. méd. de Paris*, 1862,

(4) Gombault. Contribution à l'histoire anatomique des atrophies musculaires saturnines, *Arch de physiol.*, 1873, p. 592.

(1) Dejerine. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1879, p. 11, et *Exposé de titres*, 1894, p. 58.

résultats comparables à ceux trouvés par M. Gombault. « L'examen des nerfs musculaires, dit-il, a montré tous les degrés de la névrite parenchymateuse, depuis la fragmentation simple de la myéline, jusqu'à l'atrophie complète des tubes réduits à une simple gaine de Schwaun. »

MM. Duplaix et Lejars (1) ont de même confirmé ces recherches : ils ont trouvé que la localisation de la lésion se faisait le plus souvent à plusieurs segments interannulaires et rarement à un seul. Eichorst semble aussi trouver les mêmes altérations tout en admettant celles du cylindre-axe (2).

B. En dehors de cette lésion parenchymateuse de beaucoup la plus importante, on peut trouver une altération du tissu conjonctif; mais minime le plus souvent : les fibres conjonctives sont plus grosses, les cellules gonflées peuvent contenir plusieurs noyaux, les capillaires interfasciculaires présentent des parois enflammées. La gaine lamelleuse est au contraire généralement épargnée.

C. Il faut ajouter que les fibres d'un même faisceau ne sont pas toutes ateintes : les fibres sensitives en effet sont peu prises, et il est rare de voir des lésions des fibres vasomotrices.

2° Lésions des muscles. — Les muscles sont plus ou moins décolorés, suivant le degré de leur atrophie, depuis la teinte pâle, chair de saumon, jusqu'à la coloration jaunâtre. M. Gombault (3) et M. Renaut (4) décrivent un troisième degré caractérisé par l'aspect de viande fumée et l'hypertrophie ligneuse et rigide. Mme Dejerine-Klumpke n'a jamais retrouvé ces dernières altérations.

Au microscope on constate tous les degrés de l'atrophie simple, depuis la diminution de volume de quelques fibres, jusqu'à la destruction complète d'autres fibres ne présentant plus qu'une gaine de sarcolemme vide. Entre ces deux lésions se rencontrent tous les intermédiaires. Quelques faisceaux primitifs peuvent avoir un aspect moniliforme dû soit à des amas de noyaux distendant une gaine de sarcolemme vide, soit à la section de la substance musculaire par ces noyaux augmentés de volume et de nombre. D'autre part on peut voir, dans des gaines de sarcolemme presque vides, des fibres musculaires en voie de régénération, éléments fusiformes vaguement striés et munis de nombreux noyaux. Renaut décrit la dégénérescence graisseuse et la diminution considérable de la substance contractile donnant naissance à des vacuoles qui se remplissent de graisse; en réalité ces granulations pigmentaires, albumineuses ou graisseuses des fibres sont exceptionnelles. — L'élément caractéristique est la multiplication considérable des noyaux du sarcolemme qui étouffent la substance contractile.

Toutes ces lésions sont diffuses et peuvent montrer des faisceaux normaux à côté des faisceaux malades. Quant au tissu conjonctif il peut être légèrement atteint : il y a en effet un peu de myosite interstitielle sans véritable sclérose. Les vaisseaux musculaires présentent un certain degré d'endo et de périartérite.

3° Lésion des vaisseaux. — M. Lapinsky (5) décrit au cours de la névrite périphérique des troubles trophiques des vaisseaux dans le domaine des nerfs affectés : les manifestations cliniques de ces troubles sont l'hyperthermie locale, les changements de coloration, la tumeur du poignet. Au début les vaisseaux sont gorgés de sang, puis il y a un épaississement et une induration des parois vasculaires amenant le rétrécissement ou l'oblitération. Les causes de ces lésions sont les modifications de la nutrition et la diminution de la tonicité et de l'élasticité de la paroi vasculaire sous l'influence de l'état paralytique.

(1) Duplaix et Lejars. *Arch. gén. de méd.*, 1883.
(2) Eichorst. Ueber Bleilähmung, *Virchow's Arch.*, t. CXX, 1890, p. 217.
(3) Gombault. Loc. cit.
(4) Renaut. Th. d'agr., 1875.
(5) Lapinsky. *Zeits. f. klin. Med.*, 1899, vol. XXXVIII, p. 223.

4° Lésions centrales, médullaires. — On a signalé au cours de la paralysie saturnine des altérations des cellules des cornes antérieures et des racines antérieures. « Niées par beaucoup d'auteurs, elles n'ont pas été trouvées toujours parce qu'elles étaient parfois très légères. La conception du neurone moteur semble indiquer que nerf et cellule ne peuvent être séparés, et tout en admettant qu'il y a névrite toxique des parties périphériques, il faut aussi dire que la partie centrale n'est pas épargnée » [Debove (1)]. En effet il existe des autopsies où les lésions des cornes antérieures étaient indiscutables. M. Déjerine (2) (1879), le premier, cite deux cas où les racines antérieures de la région cervicale étaient altérées, mais à un moindre degré que les nerfs musculaires. Velpeau (3) la même année, puis von Monakow (4), Œller (5), Zunker (6) et Quensel, Goldflam publient des observations de lésions des cellules des cornes antérieures. Tous ces cas sont d'ailleurs combattus par Mme Dejerine-Klumpke : le seul cas pour elle qui semble à l'abri de toute contestation est celui d'Oppenheim (7). De même MM. Lancereaux, Raymond, Fischer et Scheffer ont trouvé la désintégration granuleuse et l'homogénisation de la substance chromophile des cellules des cornes antérieures. Wallace Beatly (8) plus récemment a constaté dans un cas de paralysie saturnine au niveau des groupes antérieur et interne des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, des lésions consistant en la diminution de nombre et de volume, la mauvaise coloration et la disparition des prolongements : les groupes cellulaires latéraux, par contre, ne présentaient aucune altération, non plus que les racines antérieures; autour du canal central cet auteur a trouvé, d'autre part, une myélite péri-épendymaire. Plus récemment encore Carl Ceni (9) a décrit dans des cas semblables deux processus indépendants :

1° Un processus central consistant en une dégénération granulo-graisseuse et diffuse des éléments ganglionnaires, avec encéphalo-myélite chronique disséminée par petits foyers;

2° Un processus périphérique : c'est la névrite disséminée périaxile de Gimbault.

Au contraire de ces auteurs, Eichorst (10), Jolly (11), entre autres anatomo-pathologistes, n'ont jamais trouvé dans leurs autopsies de lésions spinales importantes.

IV

Pathogénie. — Nous voyons déjà par cet exposé anatomo-pathologique que la paralysie saturnine a été et reste encore le sujet de nombreuses discussions.

Nous passerons vite sur les vieilles théories telles que la théorie musculaire.

Dans la *théorie musculaire* certains auteurs tels que Gusserow, Friedländer (12) et Katz pensent que la paralysie réside

(1) Debove. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 8, 26 janv. 1902, p. 85.
(2) Dejerine. Loc. cit.
(3) Vulpian. *Maladies du système nerveux*, 1879, p. 158 et 389.
(4) Von Monakow. *Arch. f. Psych.*, X, p. 495.
(5) Œller. *Inaug. Dissert.*, Munschen 1883, et *Deuts. med. Woch.*, 1883, n° 6.
(6) Zunker. *Zeits. f. klin. Med.*, 1880, p. 496.
(7) Oppenheim. *Arch. f. Psych.*, XVI, p. 476.
(8) W. Beatly. *The Dublin Journ. of med. Sc.*, 1886, I.
(9) C. Ceni. *Arch. f. Psych.*, 1897.
(10) H. Eichorst. Loc. cit.
(11) Jolly. Ueber Blei und Arseniklähmung, *Deuts. med. Woch.*, 2 fév. 1893.
(12) Friedlænder. Anatomische Untersuchungen eines falles von Bleilähmung, *Virchow's Arch.*, t. LXXV, 1879, p. 24.

primitivement dans le muscle et secondairement seulement dans les nerfs : cette opinion est basée sur cette notion que les muscles perdent rapidement la contractilité galvanique, tandis que celle-ci ne disparaît que lentement lorsqu'il y a destruction des nerfs et intégrité des muscles. Vierordt (1) est revenu dernièrement sur cette théorie ; la localisation aux extenseurs n'étant pas si absolue qu'on le croit, il se demande si la paralysie saturnine n'est pas une affection musculaire primitive consistant en une lésion soit de la fibre contractile, soit de la plaque motrice, soit des terminaisons nerveuses : ce serait pour lui une myonévrite, à limites précises systématiques. Dans cet ordre d'idées, Gusserow avait fait une série d'expériences qui semblaient prouver que le plomb s'accumulait principalement dans les muscles : les recherches de Heubel ont montré que c'est le contraire qui est vrai. De plus, cette théorie de la myopathie n'explique pas la bilatéralité et la localisation élective du processus : enfin dans les myopathies, au contraire de la paralysie saturnine, ce ne sont pas les muscles à fonctions prépondérantes qui sont pris de préférence. En réalité les altérations musculaires semblent être des troubles consécutifs à la lésion nerveuse [Debove (2)].

De même nous n'insisterons pas sur la *théorie vasculaire* de Hitzig et Baërwinkel. Pour Hitzig le groupe des extenseurs est plus fréquemment atteint que celui des fléchisseurs, auquel physiologiquement appartient le long supinateur, parce que ces muscles se contractant plus souvent sont plus vascularisés et moins en contact avec les particules plombiques. Quant à Baërwinkel il fait intervenir une ischémie artérielle des extenseurs en rapport avec l'imprégnation de ces muscles par une plus grande quantité de plomb. Eichorst (3) a repris plus tard cette question : il se demande, en présence de l'épaississement considérable des artères des nerfs, si les altérations névritiques ne seraient pas secondaires à celles des vaisseaux, et non primitives.

Quoi qu'il en soit, nous arrivons aux deux théories qui partagent aujourd'hui les neuropathologistes : la théorie centrale et la théorie de la névrite périphérique, admise actuellement par la plupart des auteurs français.

1° Théorie centrale. — Pendant longtemps on avait supposé que le plomb agissait sur les éléments nerveux, sans préciser davantage : le nombre anormal de constatations où les tubes nerveux étaient pris, par rapport à la petite quantité de lésions myélopathiques constatées, justifiait l'hypothèse de la névrite primitive, s'étendant ensuite d'une façon centripète, mais s'éteignant le plus souvent avant d'atteindre les centres. Westphal concluait à une affection primitive du tronc nerveux, Heubel à l'action du plomb sur les rameaux intra-musculaires des nerfs. Mais la plupart des auteurs pensaient que la lésion spinale devait exister. Comment expliquer, en effet, l'intégrité du long supinateur si le poison se localise sur les fibres terminales ou le tronc du nerf radial ? On ne peut guère admettre que les rameaux ressentent moins les uns que les autres les effets du poison. Comment expliquer d'autre part le caractère presque exclusivement moteur de la paralysie, le plomb ne pouvant guere avoir de préférence pour telle ou telle sorte de nerf ? L'origine spinale de la paralysie saturnine admise déjà par Andral, Abercrombie, Tanquerel des Planches, sembla donc prendre ultérieurement une confirmation suffisante dans ses ressemblances avec les myélopathies antérieures. Puis survinrent les recherches anatomiques successives sur les altérations centrales, que nous avons signalées plus haut.

(1) Vierordt. Zur Frage wom Wesen der Bleilähmung, *Arch. f. Psych.*, XVIII, Hft 1.

(2) Debove. Loc. cit.

(3) Eichorst. Beiträge zur Pathologie der Nerven und Muskeln. Ueber Bleilähmung, *Virchow's Arch.*, 1890, LXX.

Aussi, Erb, en 1883, pouvait-il dire que les lésions fonctionnelles se portaient d'abord au niveau des centres trophiques des cellules des cornes antérieures, pour modifier ultérieurement les faisceaux nerveux périphériques, ce qui expliquait la coexistence des deux sortes de lésions.

D'après la théorie centrale, par conséquent, les conducteurs nerveux sont pathologiquement sous la dépendance de leurs centres trophiques ganglionnaires ou médullaires qui sont atteints en premier lieu. En effet, l'expérience de Waller montre, qu'après une section nerveuse, le segment périphérique séparé des centres dégénère dans toute son étendue, tandis que le tronçon supérieur reste intact. — Cela ne veut pas dire que l'on doive identifier, au point de vue anatomique et clinique, la paralysie saturnine à la polomyélite antérieure chronique, quoique en somme celle-ci puisse relever d'intoxications et se présenter sous un aspect presque semblable (Oppenheim).

En faveur de cette théorie, il y a les autopsies, rares il est vrai, mais incontestables, citées plus haut. Oppenheim explique l'absence de lésions centrales dans beaucoup de cas par la théorie de l'altération fonctionnelle primitive des cellules des cornes antérieures ; lorsqu'un agent délétère exerce son action sur les centres nerveux, ses premiers effets sont des altérations dynamiques des centres échappant à nos moyens d'investigation et pouvant cependant entraîner des lésions des nerfs périphériques ; à la longue, des lésions matérielles leur font suite et donnent lieu à une myélite vulgaire visible.

MM. Marie et Babinski, au congrès des neurologistes de 1894, appuient la théorie centrale sur la symétrie à peu près constante des troubles moteurs, la bilatéralité normale, le manque de parallélisme entre la localisation des troubles et le trajet des troncs nerveux, l'absence de caractères différentiels nets entre l'atrophie de la polynévrite et celle de la poliomyélite, enfin l'insignifiance fréquente des lésions des nerfs par rapport au tableau clinique.

Non seulement des constatations anatomiques et cliniques, mais encore des recherches expérimentales plaident en faveur de cette théorie. Déjà Vulpian (1879), sur des chiens intoxiqués par le plomb, avait trouvé des lésions des cellules multipolaires ganglionnaires. De même Popof, en intoxiquant d'une façon aiguë des cobayes, avait obtenu la tuméfaction trouble et la vacuolisation de ces mêmes cellules, mais il n'avait pu obtenir de paralysies. Stieglitz (1) (1892) le premier est arrivé à en produire dans quatre cas : il plaça 13 cobayes et 10 lapins pendant six à quinze jours dans une atmosphère saturée de vapeurs d'acétate neutre de plomb, à l'aide d'un vaporisateur. Il sacrifia les 4 animaux paralysés et, après l'examen de plus de 20 000 coupes, il constata une vacuolisation régulière des cellules des cornes antérieures, ainsi que des lésions fréquentes des racines antérieures et postérieures, ces dernières altérations provenant peut-être des lésions concomitantes des ganglions spinaux ; il vit même, dans un cas, des lésions inflammatoires de myélite du côté de la substance grise de la corne antérieure au niveau du renflement lombaire. Ces altérations s'accompagnaient d'une dégénération parenchymateuse des racines et des nerfs périphériques, mais il ne semblait y avoir aucun parallélisme d'intensité entre les lésions des nerfs et celles des cornes antérieures (p. 61 et 62). Stieglitz ajoute que les paralysies expérimentales ainsi obtenues ne rappelaient pas le type des paralysies saturnines ordinaires ; mais on peut objecter à cela que l'enfant non plus ne présente pas le type normal de l'adulte. Stieglitz montre de plus que, lorsque pendant l'expérience on fatigue

(1) L. Stieglitz. Eine Eyperimentelle untersuchung. ueber Bleivergeftung mit besonderer Berniksichtigung der Veränderungen, *Arch. f. Psych.*, 1892, XXIV, p. 1.

un groupe musculaire, c'est sur ce groupe surmené que se fait la localisation : ces faits ont été confirmés par Scheffer.

Récemment Ribakoff (1) a repris ces expériences : il injecte du plomb à des animaux pendant une durée variant de cinq à soixante jours. Quelque temps après, se produit une paralysie des membres postérieurs puis antérieurs. Il sacrifie l'animal, et à l'examen bactériologique il trouve des lésions des cellules des cornes antérieures : ce sont des modifications très marquées du protoplasma cellulaire ; à la coloration par le bleu de méthylène, le corps est tantôt homogène, tantôt grenu, par suite de la dissolution ou de la désintégration des éléments chromatophiles qui peuvent diparaître complètement ou ne persister qu'à la périphérie. Si l intoxication est plus profonde, on trouve des vacuoles très variables à la périphérie de la cellule, correspondant à la disparition des substances chromatiques et achromatiques. Du côté du système vasculaire de la substance grise, Ribakoff trouva de l'élargissement des vaisseaux, de l'hypérémie, de le prolifération des noyaux de la membrane intime. Dans la majeure partie des expériences, l'auteur n'a pas trouvé des lésions nerveuses périphériques : dans le reste des cas il y avait de la névrite segmentaire périaxile. D'après ces reherches les cellules de la substance grise de la moelle sont donc les plus susceptibles à l'intoxication saturnine, et dans la plupart des cas, c'est là qu'il faut chercher la cause primitive de la paralysie ; quant aux nerfs périphériques leurs lésions ne seraient pas en rapport avec celles de la substance grise, et seraient indépendantes des altérations cellulaires.

Récemment Köster (2) s'est rallié à cette théorie : mais il ajoute que divers facteurs étiologiques doivent intervenir pour déterminer un début tantôt spinal, tantôt périphérique.

Telle est la théorie de l'origine spinale qui compte parmi ses adhérents Erb, Remak, Bernhardt, Eisenlohr, Vulpian, Adamkiewicz, Monakow, de Watteville, Oller, Oppenheim, Babinski, Marie, Stieglitz, Ribakoff, Köster. M. Brissaud (3) dans ses cliniques résume la question en ces termes : « Les cas négatifs ne valent jamais les cas positifs, et si, comme l'enseignait depuis longtemps déjà M. Charcot, la paralysie saturnine ne résulte pas du processus de myélite antérieure subaiguë auquel on l'avait primitivement attribué, il n'est pas impossible que la moelle joue un très grand rôle dans la pathogénie des névrites en question, quoique non assimilable à celui qu'elle joue dans ces téphronévrites proprement dites. Ceci explique les cas limités à un seul rameau nerveux ou à un seul muscle. »

A la séance de la Société de neurologie du 15 janvier 1903, MM. Philippe et Jothard ont trouvé dans un cas type de paralysie saturnine à forme polynévritique des lésions de poliomyélite antérieure subaiguë sans altérations notables des nerfs périphériques.

2° Théorie de la névrite primitive. — Remak en 1875 affirmait déjà cette névrite périphérique primitive ; il appuyait cette opinion sur le groupement fonctionnel des muscles atteints. De même pour Charcot, la paralysie saturnine, dépendant d'une lésion périphérique des nerfs, devait être rapprochée de la paralysie faciale *a frigore*.

Nous avons vu que cette théorie était la plus admise aujourd'hui [Lancereaux, Westphal, Weber, Charcot, Leyden, Tiburtius, Zunker, Moritz, Duplaix et Lejars, Schultze (4), Vierodt, Mœbius, Mme Dejerine-Klumpke, Eichorst, Goldflam, Jolly, Bury, Condoléon, Jeoffroy et Achard, Ballet, Ceni, Raymond, Pitres et Vaillard (1)].

Ces auteurs donnent comme principal argument que les lésions de poliomyélite ont été souvent cherchées en vain, et que, lorsqu'on en a trouvé, ce n'étaient pas toujours des altérations des cornes antérieures. Watteville (1880) et Erb n'ont jamais retrouvé les lésions spinales signalées plus haut ; de même Jolly (2), nous l'avons déjà dit, n'a constaté dans la moelle que des altérations tout à fait insignifiantes et conclut pour la névrite périphérique. En somme la lésion spinale serait une exception (Heuschen). « En dehors de Remak et de Erb qui ont supposé par induction une origine spinale, il n'y a qu'Œller, von Monakow et Oppenheim qui l'affirment catégoriquement... » Telles sont les paroles de M. le professeur Raymond (3), qui conteste d'autre part le cas de von Monakow, chez lequel il y avait en plus de la paralysie générale des aliénés, et celui de Œller ; dans ce dernier cas il s'agissait, il est vrai, d'un sujet présentant des foyers hémorragiques et de ramollissement de la moelle, mais le rein était atteint de lésions inflammatoires qui entraînent souvent à leur suite des complications hémorragiques dans les autres organes (4).

A l'égard des résultats expérimentaux exposés plus haut, les partisans de la théorie périphérique restent aussi sceptiques. « Dans l'expérience de Vulpian, disent-ils, l'absorption était rapide et brusque, et non lente et progressive. De même dans les recherches de Stieglitz les lésions ne cadrent pas avec la paralysie du lapin, et il y a d'autre part des altérations légères des racines antérieures et postérieures sans modifications du côté des nerfs périphériques : l'expérience de Waller sur laquelle se base la théorie précédente peut donc être fausse. D'ailleurs Stieglitz, à la suite de ses expériences, se déclarait éclectique devant des résultats ambigus. »

Schultze remarque de plus que des substances produisant des symptômes bien différents chez l'homme, telles que le plomb, l'arsenic, le phosphore et l'atropine, ces deux dernières n'amenant jamais de paralysie atrophique, produisent cependant les mêmes altérations expérimentales des cellules nerveuses : les lésions centrales ne correspondent donc pas aux symptômes.

Au contraire en faveur de la névrite primitive les auteurs allèguent l'analogie avec les autres formes de névrite toxique, la réaction électrique qui est celle des autres névrites, et surtout les recherches anatomiques et expérimentales de M. Gombault qui, après avoir soumis des cobayes à des ingestions répétées de céruse, constata sur les nerfs périphériques de la névrite segmentaire périaxile. De plus les névrites expérimentales sont faciles à provoquer par injection hypodermique du poison, amenant les signes de la paralysie périphérique sans que pour cela les centres soient lésés : on peut supposer que le poison absorbé circulant dans le sang arrive au contact des tubes nerveux et produit des lésions locales en s'introduisant par l'étranglement annulaire, brèche ouverte à l'extérieur. Renaut (5) revendique en effet pour les nerfs la possibilité d'avoir, en dehors des lésions dégénératives, des altérations propres et indépendantes. Enfin la méthode de Nissl, en nous éclairant sur la structure du neurone, aurait, suivant M. Marinesco, jeté un nouveau jour sur la question. Pour cet auteur les lésions de la cellule centrale varieraient suivant qu'elles sont primitives ou secondaires. La section d'un nerf moteur amènerait une dégénération secondaire des cellules médullaires consistant en une dissolution des

(1) Th. Ribakoff. *Arch. russes de path., de méd. clin. et de bact.*, vol. VIII, fasc. v, p. 152. 1900.

(2) G. Koster. Policlinique de l'Université de Leipsig, *Munch. med. Woch.*, 15 avril 1902.

(3) Brissaud. Clinique in *Arch. de neurol.*, 1891, p. 175, XXI, n° 12.

(4) Schultze. Ueber Bleilähmung, *Arch. f. Psych.*, XVI.

(1) Pitres et Vaillard. Loc. cit.

(2) Jolly. Loc. cit.

(3) Raymond. *Cliniques*, 1897.

(4) Raymond. *Cliniques*, 1889.

(5) Renaut. Cong. de Clermont-Ferrand, 1894.

éléments chromatophiles et dans le refoulement du noyau à la périphérie. Dans les cas de dégénération primitive du corps cellulaire, au contraire, celui-ci se dédoublerait en une zone périphérique à granulations plus ou moins incolores et une zone centrale chromatophile contenant le noyau : cette modification s'accompagnerait d'un état lacunaire précoce du trophoplasma, indiquant que la réparation sera plus difficile. Si cette théorie est vraie, la polynévrite ne présenterait pas les mêmes lésions centrales que la poliomyélite : elle s'accompagnerait des altérations secondaires dues à la répercussion sur le corps du neurone de la souffrance du cylindre-axe, tandis que le processus poliomyélitique, affection primitive de la cellule nerveuse, serait caractérisé par la désintégration lacunaire de la substance trophique : cette dernière altération ne surviendrait dans la polynévrite que dans le cas d'une poliomyélite surajoutée [Raymond (1)].

Au contraire de l'opinion suivant laquelle la lésion périphérique est secondaire à la lésion centrale, les altérations spinales ne seraient donc que secondaires et résulteraient de la propagation de l'intoxication à forme grave. Nissl (1891) a montré en effet que la section du prolongement axial du neurone périphérique provoque à distance dans le corps cellulaire des altérations progressives qui peuvent aboutir à son atrophie : on sait de plus que, suivant la loi de Waller, la section nerveuse peut amener une altération rétrograde du bout central pouvant progresser jusqu'au centre.

Remak (2) résume bien cette théorie dans sa définition de la paralysie saturnine : « C'est, dit-il, une lésion toxique de la portion périphérique du neurone moteur. On ne peut pas l'attribuer à une lésion myopathique ni à une lésion spinale, car celles-ci ne sont pas encore assez constantes ni assez démontrées. »

Quant à la nature de cette névrite, elle devrait entrer pour M. Gombault dans la catégorie des œdèmes inflammatoires, le processus débutant au niveau des étranglements annulaires, portes d'entrée des liquides nutritifs (Ranvier).

3° Théorie mixte. — Cependant la théorie précédente n'expliquant pas les troubles de la sensibilité et l'extension sur des territoires nerveux divers, certains auteurs tels que Vierordt (3), Raymond, Perrin (4), Mme Teitelbaum Mognilevska (5), etc., sont partisans d'une théorie mixte, conciliant les opinions précédentes, d'après laquelle le poison porterait simultanément son action sur tous les éléments du neurone moteur, corne antérieure, nerf, et plaque terminale, en donnant lieu à une « myonévrite moturo-trophique » (Vierordt), une « neuronite motrice inférieure » (Teitelbaum). Pendant un certain temps on ne constaterait que les altérations des nerfs périphériques parce que ce sont les plus faciles à constater, mais en réalité le poison retentirait sur le neurone tout entier, que ce soit la partie périphérique ou la partie centrale primitivement lésée : le plus souvent cependant, suivant M. Perrin, il y aurait névrite avant d'y avoir cellulo-névrite. M. Raymond, dans ses cliniques, est partisan de cette théorie. Pour lui s'il y a intoxication aiguë, elle amène une désintégration de tout le neurone moteur : on porte alors le diagnostic de poliomyélite antérieure aiguë. Si l'intoxication est moins violente, trois cas peuvent se présenter :

1° Ou bien le cylindre-axe plus fragile seul est touché : il y a névrite périphérique pouvant retentir plus tard sur le centre ;

(1) Raymond. *Cliniques*, 1897.
(2) Remak. Loc. cit.
(3) Vierordt. Loc. cit. et anal. *Neurol. Centralbl.*, 1887, p. 553.
(4) M. Perrin. Loc. cit.
(5) T. Mognilevska (Mme). Th. de Montpellier, 11 juin 1901.

2° Ou bien le neurone est pris d'emblée en entier, mais les altérations cellulaires sont transitoires : seules les lésions périphériques persistent plus longtemps ;

3° Ou bien il y a coexistence des modifications cellulaires et cylindraxiles ; c'est qu'il y a une prédisposition spéciale de la moelle : ainsi, dans les cas de Kronthal et de Goldflam, il y avait une malformation spéciale de la substance grise considérée comme une expression particulière de la fragilité des centres nerveux.

Telles sont les différentes opinions sur la pathogénie de la paralysie saturnine. Il nous reste à savoir pourquoi celle-ci prédomine sur les extenseurs dans le type antibrachial, que nous verrons plus loin. Pour Manouvrier, cette localisation tiendrait au contact de la peau de l'avant-bras avec les poussières plombiques. Hitzig en effet pense que le plomb passe à travers la peau dans les vaisseaux sous-cutanés, puis dans les muscles. Renaut, nous l'avons vu, l'attribue à l'accumulat de plomb dans les extenseurs due à leur irrigation spéciale. Pour Potain (1) enfin, la paralysie se porte tout d'abord sur les muscles extenseurs qui sont plus faibles que les fléchisseurs et prédomine ensuite à leur niveau ; de plus les extenseurs ne recevant du sang que par l'artère interosseuse qui est petite, sont moins bien irrigués, et par conséquent en état de moindre résistance, que les fléchisseurs et le long supinateur dont les artères viennent directement de la radiale ; ces faits sont exagérés dans le saturnisme où les parois des capillaires sont altérées et leur lumière oblitérée plus ou moins ; ceci expliquerait aussi l'intégrité du long supinateur. Pour les partisans de la théorie centrale au contraire, l'intégrité de ce muscle serait due à ce que ses nerfs appartiennent dans la moelle à la même colonne que les fléchisseurs. En réalité il faut attribuer une grande importance à la fatigue plus grande de certains groupes musculaires, à l'absorption cutanée et à l'action directe du plomb [Engel (2)]. De même Köster (3) attribue la localisation spéciale dans certains cas aux intérosseux du pied, à une manière spéciale de marcher mettant particulièrement ces muscles en jeu.

V

Symptômes. — Les paralysies saturnines organiques présentent, quelles que soient leurs formes, un ensemble de signes communs qu'on retrouvera toujours ou presque toujours. Nous étudierons d'abord ces signes avant de passer en revue les différentes variétés.

Signes communs. — Disons tout d'abord que *la paralysie est en général bilatérale et symétrique* : c'est un signe important pour le diagnostic :

A. *Début.* — Le plus souvent la paralysie saturnine est précédée de prodromes légers et de courte durée : ce sont des fourmillements et des engourdissements dans le territoire qui doit être atteint. Beaucoup plus rarement ce sont des élancements fulgurants des nerfs, de la douleur à la pression qui ouvrent le tableau. Nous voyons donc dès à présent, comme l'a montré Mme Dejerine-Klumpke, une différence très grande entre cette paralysie et les paralysies alcooliques ou infectieuses dans lesquelles les douleurs lancinantes et à la pression des muscles sont des signes pathognomoniques et pour ainsi dire constants.

Le début est rarement brusque à la suite d'une ou plus souvent de plusieurs attaques de coliques ; quelquefois même il peut se produire à l'occasion d'une crise épileptiforme. Habituellement il est lent, graduel, insidieux, la

(1) Potain. *Bull. méd.*, 1887.
(2) Engel. *Contribution à l'étude expérimentale et la pathogénie de l'intoxication saturnine*, Th. de Toulouse, 1901.
(3) Köster. Loc. cit.

paralysie mettant plusieurs semaines à s'installer. Dans les formes localisées, l'apyrexie est la règle.

Une fois établie, la paralysie restera localisée le plus souvent à un groupe musculaire : plus rarement elle se généralisera, soit d'emblée, soit peu à peu.

Mais quels que soient son mode de début, sa localisation et son intensité, elle présentera à la période d'état un ensemble de signes constants sur lesquels il nous faut insister : ce sont les troubles de la contractilité électrique, l'atrophie musculaire, les troubles de la sensibilité, l'abolition des réflexes, les modifications trophiques et vaso-motrices.

B. *Troubles de la contractilité électrique.* — Ces troubles, bien décrits par Erb, Eulenbourg et surtout Duchenne (de Boulogne), offrent un grand intérêt au point de vue du diagnostic et du pronostic. Ils constituent ce que l'on a appelé la *réaction de dégénérescence*, rappelons successivement que celle-ci se compose de plusieurs éléments :

1° L'inexcitabilité faradique des nerfs et des muscles;

2° La perte de l'excitabilité galvanique des nerfs coïncidant avec la conservation et parfois même l'exagération de la contractilité galvanique des muscles;

3° L'inversion de la formule des réactions musculaires (PF = ou > NF);

4° L'effacement des points moteurs;

5° La réaction à distance ou réaction longitudinale de Doumer-Ghilarduci;

6° Les modifications des caractères de la secousse musculaire qui devient lente et vermiculaire.

Certains de ces signes peuvent manquer, il peut y avoir des anomalies, mais en général, telles sont les modifications électriques qu'on retrouve dans la névrite saturnine confirmée. Tous les muscles paralysés ne présentent pas la même réaction électrique; la zone des altérations électriques peut être en effet plus limitée que celle de l'impotence fonctionnelle; on peut constater plus rarement l'anomalie inverse (Remak, Mme Dejerine-Klumpke). Les troubles électriques se produisent dans le même ordre que l'apparition de la paralysie : Duchenne a bien montré que les muscles paralysés les premiers étaient aussi les plus touchés par les altérations électriques. La contractilité volontaire réapparaît toujours avant la contractilité électrique (Duchenne, Vulpian, Raymond), et ce sont les muscles les moins touchés électriquement qui recupèrent les premiers leur activité. Signalons enfin un fait particulier aux formes graves : dans celles-ci, Vulpian a montré que les muscles paralysés servaient de masse conductrice au courant électrique qui, ne s'y perdant pas, fait contracter les muscles voisins ou antagonistes.

Cette réaction de dégénérescence a une très grande importance au point de vue du diagnostic; elle indique nettement une altération notable de la fibre nerveuse et des muscles. On ne l'a jamais rencontrée en effet dans une myopathie primitive pure ou dans une paralysie d'origine cérébrale sans lésion nerveuse périphérique concomitante; on différenciera donc facilement ainsi la paralysie saturnine.

Elle offre aussi un grand intérêt pronostique : si la contractilité électrique existe encore, la guérison surviendra rapidement : si au contraire elle est complètement abolie, la paralysie durera au moins plusieurs mois.

C. *Atrophie musculaire.* — A côté de cette réaction de dégénérescence existe un signe pour ainsi dire constant lorsque la paralysie dure plus d'une semaine : c'est l'atrophie musculaire. Quoique plus fréquente et plus rapide encore dans les récidives, on doit la considérer comme un signe à peu près absolu dans la forme normale. Elle siège exclusivement sur les muscles paralysés : cependant signalons des cas d'atrophie des éminences thenar et hypothenar ainsi que des muscles adducteurs sans que ceux-ci paraissent atteints. Elle est plus fréquente au membre supérieur qu'au membre inférieur où Remak ne l'a constaté qu'une fois sur 6. Dans les cas étendus, elle provoque des déformations considérables : main en poing dans la paralysie des extenseurs, pouce de singe dans l'atrophie de l'éminence thenar, main en griffe dans l'atrophie des intérosseux, varus équin lorsque les peroniers sont touchés; mais la contracture des muscles antagonistes qui provoque ces positions vicieuses n'est pas difficile à vaincre, il n'y a pas de rétraction aponévrotique comme dans la paralysie arsenicale.

Quelquefois l'atrophie musculaire évolue sans parasie, simulant l'atrophie musculaire progressive [Vulpian, Fitz (1), Sorgo (2)]. Rarement elle s'accompagne de secousses fibrillaires; on les rencontre surtout dans les cas généralisés (Remak, Adamkiewicz, Mme Dejerine-Klumpke), elles sont en tous cas moins accentuées que dans les atrophies myélopathiques proprement dites. La contracture fait toujours défaut et l'excitabilité des muscles à la percussion est conservée tant qu'il reste de la fibre musculaire intacte. Il est plus fréquent de rencontrer un tremblement existant à l'état de repos, exagéré par les mouvements volontaires et la fatigue, se produisant surtout au début et à la fin de l'affection. Enfin dans certains cas Buber aurait constaté des « mouvements spontanés ».

D. *Troubles de la sensibilité* — Les troubles de la sensibilité sont en général très rares, variables et peu accusés lorsqu'ils existent. Cette absence relative de symptômes sensitifs est un signe négatif très caractéristique. En dehors de l'anesthésie hystérique, que nous reverrons plus loin, il est rare de constater de l'anesthésie, dans la forme classique du moins; elle siège alors à la partie externe de la main et à la face postérieure du pouce et de l'index. Jamais on n'en a remarqué dans le type brachial supérieur. On se demande comment une même cause agissant sur un nerf mixte respecte ses filets sensitifs alors qu'elle atteint ses filets moteurs. Plusieurs théories sont invoquées pour expliquer ce fait. Arloing et Tripier, Wermitchel, Richet pensent qu'il s'agit de sensibilité récurrente, c'est-à-dire qu'il se fait une suppléance par les filets voisins anastomosés avec le nerf atteint. Onimus, Vulpian et d'autres auteurs invoquent la plus grande résistance des filets sensitifs : Vulpian en effet a montré qu'une compression de la moelle produit en général une paraplegie avec conservation de la sensibilité, ce qui prouve qu'il suffit d'un petit nombre de conducteurs de la sensibilité pour que celle-ci persiste.

Au contraire les troubles de la sensibilité sont presque constants dans le type inférieur; il y a des fourmillements, des crampes au niveau des mollets, des douleurs à la malaxation des muscles comme dans la paralysie alcoolique; Mme Dejerine-Klumpke et M. Bury ont remarqué qu'il y avait de l'anesthésie en bande de la face externe de la jambe. Ces cas de paralysies à forme sensitive, étudiés dernièrement par Mlle Varvara Tschitschkina (3) et M. Perrin (4) sont au tabes ce que les névrites motrices sont aux poliomyélites antérieures. Aussi le diagnostic avec la période préataxique du tabes en sera quelquefois difficile.

Signalons enfin la diminution de la sensibilité électrique, le segment de membre paralysé supportant facilement les plus forts courants.

E. *Troubles des réflexes.* — *Les réflexes tendineux et cutanés sont presque toujours abolis* dans la paralysie saturnine; cependant Probraskenski (5) a cité deux cas où il y avait exagération des réflexes tendineux.

(1) Fitz. Th. de Wurtzbourg, 1882.

(2) Sorgo. Soc. de méd. interne de Vienne, 1902.

(3) V. Tchitschkina (Mlle). Th. de Paris, juillet 1901, n° 622.

(4) M. Perrin. Th. de Nancy, 1901.

(5) Probraskenski. Soc. des neuropath, et alién. de Moscou, 12 avril 1891. Anal. in *Neurol. Centralbl.*, 1891, p. 74.

A. *Troubles vaso-moteurs et trophiques.* — Du côté de la peau ces troubles sont très rares, tout au plus peut-on constater de la cyanose et du refroidissement local. Jamais on n'a remarqué d'œdème (Remak). Il faut comprendre dans ce groupe deux signes de second ordre : la tumeur dorsale du poignet et le gonflement de la tête des métacarpiens.

1. *La tumeur dorsale du poignet de Gubler* (1) [Nicaise, Erb., Haen] est une tuméfaction indolente, rarement accompagnée de rougeur, de volume variable, siégeant sur le dos du poignet, entre les tendons des extenseurs (Renaud), disparaissant quand la paralysie est guérie et pouvant s'accompagner de ténosite crépitante au niveau de l'avant-bras. Elle est assez fréquente et apparaît ordinairement deux à trois mois après le début. Gübler l'attribuait à la traction des extenseurs par leurs antagonistes provoquant une irritation de la synoviale. M. Brissaud en fait une ténosite hypertrophiante. Mme Dejerine-Klumpke lui donne comme cause un phénomène vaso-moteur, une infiltration œdémateuse des parois des gaines tendineuses. Cette tumeur n'est d'ailleurs pas pathognomonique; on la retrouve dans d'autres paralysies, alcoolique (Œttinger), *a frigore*, spinale ou cérébrale.

2. *Le gonflement de la tête des métacarpiens*, décrit par Herringham, Remak et Rosenthal, peut de même se rencontrer dans l'atrophie musculaire progressive et la syringomyélie (Schulze). (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(5 février 1903)

La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle mercredi. M. Bouilly, qui devait la présider, s'est excusé, retenu qu'il est loin de Paris par une douloureuse maladie. Il a chargé son successeur, M. Kirmisson, de faire agréer à ses collègues, avec ses excuses, l'expression de sa reconnaissance pour la parfaite bonne grâce avec laquelle ils lui ont facilité sa tâche de directeur de leurs travaux pendant l'année qui vient de s'écouler.

M. Kirmisson, en de fort bons termes, a rappelé la bienveillante fermeté avec laquelle M. Bouilly a dirigé les discussions de la Société et il s'est fait l'interprète de tous ses collègues en lui envoyant la sincère assurance de leur estime et de leur sympathie.

La parole a été donnée ensuite à M. Bazy, secrétaire annuel, pour le résumé des travaux de la Société; puis M. Segond, avec son talent habituel, a prononcé l'éloge de Nicaise. Pour tous ceux qui ont connu cet homme de bien, il a retracé, avec une très heureuse expression, cette vie toute d'honneur, de travail et d'énergie, si souvent en lutte contre les terribles atteintes de la maladie qui a fini par l'emporter. C'est un bel exemple de courage et d'honorabilité professionnels.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le président de la République dans les hôpitaux. — M. Loubet, accompagné de MM. Fallières, président du Sénat, de Selves, préfet de la Seine, et Mesureur, directeur de l'Assistance publique, a visité jeudi matin l'hôpital Broca.

Distinctions honorifiques. — A l'occasion du cinquantenaire de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris, ont été nommés.

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Gourichon.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Lange, Chastenet, Chaumont, Mallet et Rollin.

M. le ministre de la Marine a accordé un témoignage officiel de satisfaction à M. Lartigue, étudiant en médecine, pour acte de dévouement.

Guerre. — M. le médecin principal Czernicki, directeur du service de santé du 16e corps d'armée, est nommé medecin-inspecteur et appelé à la direction du service de santé du 18e corps d'armée.

— Par décret en date du 29 janvier 1903, les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe pour prendre rang du 1er février 1903 et ont été, par décision ministérielle du même jour, maintenus à leurs postes actuels :

MM. Cornet, hôpital militaire du Val-de-Grâce à Paris; Dreyfus, au 13e d'artillerie; de Gaulejac, au 5e cuirassiers: Boiget, au 22e d'artillerie; Notin, au 5e hussards; Vennat, au 10e hussards; Bailliart, au 76e d'infanterie; Prat, au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Ferron, au 15e dragons; Casaux, au 21e d'artillerie; Guilhaumon, au 27e d'infanterie; Borie, au 19e dragons; Guérin, au 13e d'infanterie; Cariés, au 1er étranger; Techoueyres, au 132e d'infanterie; Michel, au 12e bataillon de chasseurs à pieds; Talabère, au 11e d'infanterie; Massol, au 113e d'infanterie; Clément, au 11e dragons; Chapellier, au 4e hussards; Dusserre, au 23e d'infanterie; Evrard, au 155e d'infanterie; Battez, au 19e chasseurs à cheval; Pichon, au 27e bataillon de chasseurs à pied; Périé, au 36e d'infanterie; Bargy, au 21e chasseurs à cheval; Marland, au 6e dragons; Garnier, au 11e chasseurs à cheval; Armeilla, au 2e du génie; Lantieri, au 159e d'infanterie; Caujole, au 118e d'infanterie; Lajoux, au 16e chasseurs à cheval: Pons, au 17e dragons; Champeaux, au 1er dragons; Joly, au 9e cuirassiers; Nicolle, au 64e d'infanterie; Escher, au 6e cuirassiers; Mayrac, au 6e d'infanterie; Brionval, au 4e chasseurs à cheval; Miécamp, au 3e bataillon de chasseurs à pieds; Cahuzac, au 6e hussards; Roudie, au 91e d'infanterie; Fontagne, au 130e d'infanterie; Maître, au 21e d'infanterie; Borderies, au 17e d'infanterie; Bertrand, au 2e zouaves; Pasteur, au 149e d'infanterie; Taillefer, au 148e d'infanterie; Manaud, au 23e bataillon de chasseurs à pied; Carret, au 73e d'infanterie; Feldmuller, au 150e d'infanterie; Bertrand, au 4e spahis; Métoz, au 44e d'infanterie; Demanneville, au 162e d'infanterie; M. Piétrement, au 31e dragons; Gailhard, au 13e bataillon de chasseurs à pied.

— Par arrêté ministériel en date du 2 février 1903, M. Mercier a été nommé médecin aide-major de 1re classe stagiaire dans le corps de santé des troupes coloniales et désigné pour servir en Indo-Chine.

— M. le médecin aide-major de 1re classe Prouvost, du 4e d'infanterie coloniale, actuellement en congé à Toulouse, a été placé hors cadres et mis à la disposition du ministre des colonies, pour servir à la mission du chemin de fer du Dahomey.

Consultation clinique de Paris. — Un cours gratuit d'urologie pratique commencera à la Consultation clinique de Paris, 26, rue Denfert-Rochereau, le mercredi 4 mars, à une heure, et sera continué tous les mercredis et samedis à la même heure.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire du 15 février au 1er mars.

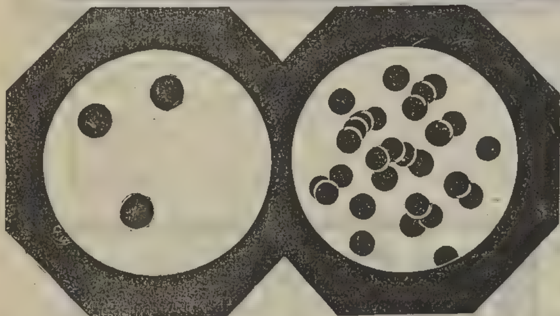
L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, étude pratique basée sur 1000 cas personnels, par MM. les docteurs Malherbe et Laval. In-18 avec 13 fig. explicatives. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

(1) Gubler. Soc. méd. des hôpit., 1868.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Adjon ét. BLANCHET, not., 11, r. Beaujolais, le 18 fév., 2 h., PROPRIÉTÉ DE MARQUES *déposées pr l'expl. de* PROD. PHARMACEUTIQUES. — 1° **Lécithine Lemaitre** (*Phosphore physiol. assimilé*); 2° Lécithine Lemaitre pure, sous forme de dragées ou de granules; 3° *Lécithine* Lemaitre gaïacolée; 4° *Gaïacithine Lemaitre*; 5° Arsiquinine Lemaitre, avec tous droits. M. à p. 5000f. March. en sus (liq. Soc. R. Lemaitre et Ce). S'ad. M. LEVIEUX, liq., 267, r. St-Honoré, et au not.



N° 17. — MARDI 10 FÉVRIER 1903. 76e ANNÉE. MARDI 10 FÉVRIER 1903. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

LA PHASE ACTUELLE DE LA QUESTION DE L'ALCOOLISME

Par le docteur E. Contet.

M. Laborde a déposé la semaine dernière sur le bureau de l'Académie de médecine le rapport qu'il a fait au nom de la commission de l'alcoolisme; les conclusions en sont connues des lecteurs de ce journal, nous n'avons donc pas à les reproduire.

Mais, pendant que les uns attaquent les boissons alcooliques, d'autres s'acharnent à les défendre et le *Syndicat central des négociants en liqueurs et spiritueux de France et des colonies* vient de faire publier de son côté par une commission technique spécialement nommée à cet effet, un rapport destiné à combattre les arguments et les conclusions du précédent. Les ayant eus tous deux entre les mains, il nous a paru intéressant — surtout à titre documentaire — de les analyser et d'en extraire les principaux passages pour les mettre sous les yeux de ceux qu'intéresse cette question, de façon à la leur faire voir sous tous ses aspects, ce qui est le seul moyen d'arriver à une conviction motivée, sérieuse et dénuée de toute partialité.

Dans son rapport, M. Laborde expose d'abord son programme, il procède ensuite à une *Enquête raisonnée sur la composition des boissons spiritueuses, liqueurs à essences, apéritifs, et sur leur action physiologique et toxique.* Dans cette étude, il s'attache tout d'abord à classer les *liqueurs constitutives* des boissons et il les répartit dans deux grandes catégories :

1. Liqueurs naturelles;
2. Liqueurs artificielles.

Les premières comprenant les eaux-de-vie, c'est-à-dire le produit de la distillation de jus sucrés et fermentés et de leurs déchets ou sous-produits; et les deuxièmes, les liqueurs fabriquées par distillation de plantes ou au moyen des essences, « celle-ci n'étant, à proprement parler, dit-il, qu'une simplification de la méthode par distillation, parce qu'elle est la plus économique et qui a remplacé, dans l'industrie moderne, les méthodes par infusion et par macération. » (Nous verrons ce qu'il faut penser, d'après les distillateurs, de cette affirmation.)

Passant ensuite en revue les dangers provenant de ces causes, il parle, sans s'y arrêter, de substances diverses qui, sous le nom générique de *bouquet*, figurent dans les liqueurs de la première catégorie, substances qui sont d'ailleurs dangereuses, et il réserve toute son attention pour celles qui sont renfermées dans les liqueurs de la deuxième catégorie : la macération, l'épuisement continu, empruntent aux végétaux des éléments volatils et, en outre, des éléments alcaloïdiques; enfin les essences artificielles sont trop souvent (selon lui) substituées aux essences naturelles. Comme conclusion de ce chapitre, il déclare guerre à mort à toutes les essences, et cette guerre, il la poursuit dans les chapitres suivants, où il envisage successivement les diverses liqueurs.

A tout seigneur, tout honneur! C'est donc l'*absinthe* qui est étudiée en premier et fort longuement! « Elle se prépare, dit-il, d'après Girard, par la distillation de grande et de petite absinthe, d'anis vert et de fenouil; on colore ensuite le distillatum ainsi obtenu, qui ne renferme que les essences de ces plantes, au moyen d'une teinture composée de grande absinthe, hysope et mélisse citronée, qui introduit dans le liquide une nouvelle quantité d'essences et les principes fixes de ces plantes. » Cette liqueur peut donc nuire par son alcool (et son haut goût permettrait d'employer des alcools dits supérieurs, c'est-à-dire de poids atomique élevé), elle peut nuire aussi par ses principes fixes, ses alcaloïdes en particulier, mais c'est de ses essences, de celle d'absinthe surtout, que relèverait la plus large part dans sa nocivité.

Il passe ensuite en revue le *bitter*, le *vermouth* qui, tous deux, contiendraient de l'essence d'absinthe et en outre, pour le dernier, de l'aldéhyde salicylique et de l'acide cyanhydrique. Plus bas enfin dans l'échelle de nocivité viendraient les *amers*.

Après les apéritifs, le rapporteur s'attaque aux *liqueurs*, il étudie d'abord la *liqueur de noyau*, dans laquelle il trouve de l'aldéhyde benzoïque et surtout de l'acide cyanhydrique, vient ensuite le tour de la chartreuse, du vulnéraire, etc.

Les conclusions qu'il tire de cette étude sont connues déjà, je le répète; elles pourraient d'ailleurs se résumer à la prohibition de l'emploi des essences aromatiques : ce serait la mort d'une de nos plus puissantes industries nationales, on s'explique donc l'émoi soulevé de ce côté, de là l'étude contradictoire que je vais résumer maintenant à son tour.

Le rapporteur, M. Pillet, commence d'abord par critiquer la classification de M. Laborde; pour lui, il faut distinguer trois grands groupes :

Liqueurs proprement dites, contenant du sucre;

Spiritueux, contenant peu ou pas de sucre;

Vins aromatisés (vermouth...), que M. Laborde faisait rentrer dans la classe des apéritifs.

Peu importe d'ailleurs; car on discutera toujours et partout sur les classifications.

Arrivant ensuite au corps du rapport, M. Pillet déclare tout d'abord que les alcools employés sont toujours des alcools excellents, c'est-à-dire de l'alcool éthylique pur, fabriqué à l'aide des appareils les plus perfectionnés; d'ailleurs, ajoute-t-il, il serait impossible d'obtenir des produits jouissant des propriétés gustatives requises si on employait des alcools dits supérieurs et enfin on ne trouverait à cela aucun avantage, car le prix de revient est à peine de quelques francs moins élevé pour ces derniers; qu'est-ce donc que cela en comparaison des droits énormes qui frappent indifféremment l'un et l'autre produit!

La question du sucre ne l'arrête pas et il se hâte d'arriver à celle des aromes, sur laquelle il s'étend longuement, entrant d'ailleurs à maintes reprises en discussion avec le rapport de M. Laborde, dont il critique parfois fortement la base même.

On peut aromatiser, dit-il en substance, l'alcool de trois façons : par distillation sur des plantes, par macération avec elles, et enfin par le mélange d'huiles essentielles ou d'extraits; de tous ces procédés le premier est d'ailleurs, de beaucoup, le plus employé.

Or, par la distillation, il passe seulement l'alcoolat « c'est-à-dire de l'alcool parfumé par des principes aromatiques, huile essentielle ou essence, contenue dans les plantes », il ne contient donc ni alcaloïdes, ni glucosides, ni principes fixes. Quant aux produits de macération, ils ne servent guère qu'à donner aux spiritueux la coloration qui les caractérise au point de vue commercial : d'ailleurs s'ils contiennent des alcaloïdes, des glucosides, des principes fixes, c'est à des doses infimes (comme le démontrent des analyses annexées au rapport). Voilà pour les deux premiers procédés, reste le troisième; il est fort peu employé par les bonnes maisons et, pour ce qui est de leur valeur nocive, nous verrons plus loin la réponse aux conclusions du docteur Laborde. Toutefois, pour ce qui est des essences artificielles, c'est-à-dire de celles qui sont obtenues par synthèse, Pillet convient qu'il faudrait absolument en interdire l'usage (si tant est, semble-t-il dire, que des maisons, même de troisième ordre, les aient jamais employées); elles ne devraient donc servir qu'en parfumerie.

Poursuivant la critique serrée du rapport du docteur Laborde, le représentant du syndicat de la distillation accentue de plus en plus les divergences de vues entre lui et son adversaire; deux points surtout le blessent : ce sont d'abord les formules de fabrication données par l'éminent académicien, formules qui, dit-il, sont inexécutables ou, tout au moins, incapables de permettre l'élaboration de produits ayant la moindre ressemblance avec ceux du commerce; mais le plus grand reproche qu'il lui adresse, c'est de négliger de donner les *doses* des substances nocives contenues dans les liqueurs, ce qui serait pourtant d'une utilité indiscutable pour baser une argumentation. Au contraire, de son côté, il donne des chiffres nombreux empruntés aux travaux de chimistes éminents dont il cite les noms.

A propos de l'absinthe, M. Pillet reproche au docteur Laborde de laisser « croire que ce produit se vend à 85 degrés, or, il y a une absinthe bien connue qui titre 72 degrés, et, en dehors d'elle, le titre est de 50 degrés en moyenne ». De même, au point de vue aromatique, « les chiffres cités par Laborde indiqueraient une teneur moyenne en essences de 5 grammes par litre pour les formules par distillation et essences combinées et de 20 grammes par litre pour les formules par essences seules; or, la moyenne des absinthes commerciales ne dépasse pas 2 à 3 grammes d'essences par litre. » Or, cette question ne présente pas seulement de l'intérêt au point de vue de la polémique, elle a aussi de l'importance au point de vue des conclusions physiologiques à en tirer, car dans les expériences — faites par M. Laborde le premier, puis revues, contrôlées et quelque peu modifiées dans leurs résultats au laboratoire de M. Dastre à la Sorbonne — les « doses administrées correspondaient à l'absorption par un homme adulte de 25 litres d'absinthe d'un seul coup; ces doses étaient proportionnellement de 7 grammes d'essence d'absinthe, or, 1 litre d'absinthe ne contient que 0g30 centigrammes de cette essence ». Passant enfin à la question des alcaloïdes (qui, d'ailleurs, avait paru relativement moins importante à M. Laborde), Pillet déclare que les quantités de plantes sur lesquelles on opère par macération n'en donnent que des quantités si infimes qu'il est impossible d'en retrouver des traces à l'analyse.

Voilà pour l'absinthe! A propos du bitter, le rapporteur fait remarquer que, contrairement à l'opinion de M. Laborde, il ne contient pas d'absinthe, et, en outre, que la quantité totale d'essences contenue par litre est à peine de 1 gramme; à propos du vermouth, il déclare que, dans les analyses faites au laboratoire municipal, on n'a pas trouvé d'aldéhyde salicylique, ni d'acide cyanhydrique; des divergences analogues se retrouvent enfin à propos des amers (1).

A propos des liqueurs, le désaccord n'est pas moins grand; l'acide cyanhydrique ne serait pas dosable dans le noyau, et, pour ce qui est des impressions pénibles ressenties par Laborde à la simple inhalation et attribuées par lui à cet acide, elles relèveraient soit d'un produit exceptionnellement mauvais, soit d'une idiosyncrasie particulière (2). Avec l'anisette, les deux rapporteurs sont plus loin que jamais de s'entendre : M. Laborde donne une liste de 10 substances entrant dans sa fabrication, Pillet n'en trouve que 3 (anis, fenouil, coriandre) qui rentrent dans les formules qu'il cite; et, pour ce qui est de la puissance nocive, il déclare que « c'est l'anis qui domine dans la proportion de 80 p. 100 et que, dans le produit fabriqué, la teneur totale en essences n'atteint pas 1 gramme par litre. Or, les expériences récentes faites à la Sorbonne ont prouvé que

(1) Sur 7 produits qui, selon Laborde, entraient dans leur composition, un seul en ferait réellement partie : le quinquina ; avec lui figurent l'alcoolat d'oranges douces et la teinture de gentiane que Laborde omet.

Or, l'alcoolat d'oranges douces y entre à des doses telles qu'il n'y a pas dans l'amer 1 gramme d'essence par litre; et, pour ce qui est de l'alcool, des glucosides, des principes amers de la gentiane et du quinquina, il y en aurait moins que dans les vins pharmaceutiques.

(2) L'odeur de noyau, dit encore Pillet, si elle avait les terribles propriétés que lui attribue Laborde, aurait depuis fort longtemps décimé les ouvriers des usines de Grasse où on fabrique des millions de kilos de cette essence et dont l'atmosphère est très chargée de ses vapeurs.

l'essence d'anis était inoffensive, même à des doses énormes (200 grammes) ».

En résumé, ce rapport, fort serré dans son argumentation et fort modéré dans sa forme, conteste la valeur des documents qui ont servi de base aux travaux du docteur Laborde et demande en conséquence aux membres de l'Académie de ne pas accepter ses conclusions sans une contre-expertise préalable.

Quant à l'esprit des travaux de M. Laborde dans la commission, les distillateurs syndiqués, par l'organe de leur rapporteur, le discutent fortement : en effet, la motion du docteur Vaillant au Parlement réclamait seulement « l'indication des liqueurs, apéritifs et boissons, contenant les essences *les plus dangereuses* pour la santé publique, afin d'interdire la fabrication, la circulation, la publication et la vente de ces liqueurs, apéritifs et boissons »; or, le docteur Laborde conclut à une proscription générale, aucun produit ne trouvant grâce devant lui ! Une telle mesure correspondant à une véritable suppression d'une grande industrie nationale, il y a donc lieu de ne pas voter à la légère de telles conclusions.

Voilà donc où en est, à cette heure, la question de l'alcoolisme ! Elle s'est, par conséquent, bien modifiée depuis l'époque où on attribuait les méfaits de cette intoxication à la présence d'alcools à poids atomiques et à points d'ébullition élevés (alcools supérieurs des chimistes), dont l'usage était facilité par l'emploi de substances aromatiques qui masquaient leur mauvais goût : avec cette conception de la question, on opposait au mal le monopole de la fabrication de l'alcool par l'État. Avec les travaux de M. Laborde, d'une part, au point de vue physiologique, de M. Lancereaux, d'autre part, au point de vue clinique, c'était le rôle éminemment nocif des essences aromatiques qui prenait la première place : le rapport actuel en est la consécration.

Mais il ne faut pas oublier que d'autres auteurs pensent que « ce qui donne aux boissons alcooliques la plus grande partie ou, pour mieux dire, la *presque totalité de leur toxicité*, c'est l'alcool éthylique, car s'il est le moins toxique des composants, il les dépasse tellement en quantité qu'il joue le rôle prépondérant dans l'intoxication alcoolique » (Joffroy). Ceci amène donc à l'interdiction de l'usage de toutes les boissons qui contiennent de l'alcool, ou, tout au moins, à une farouche réduction de la consommation personnelle. Le problème semble donc nettement posé : ni essences, ni alcools, il est cependant bien loin d'être résolu ! Devons-nous, en effet, comme le dit textuellement Duclaux (*Annales de l'Institut Pasteur*, novembre 1802) *faire nos excuses à l'alcool pour la façon dont nous l'avons traité jusqu'ici*. Nous ne le croyons pas et d'ailleurs les conclusions citées par Duclaux ne motivent guère un tel revirement : « On a pu, disent-elles, sans inconvénient, remplacer du beurre, des légumes ou d'autres aliments analogues par de l'alcool sous forme de vin ou d'eau-de-vie. » Y a-t-il donc là de quoi motiver des articles comme ceux dont la grande presse a retenti, articles chantant les louanges de l'alcool ? Y a-t-il, d'autre part, des raisons économiques suffisantes qui plaident un faveur du remplacement des matières amylacées, le sucre en puissance, ou du sucre en nature, par de l'alcool, ce sucre et cet amidon d'hier ! Nous n'insisterons d'ailleurs pas sur cette question qui a été discutée ici même (n° du 15 janvier 1903) par M. Triboulet dont la compétence particulière dans ces sortes de questions est bien connue.

Après les discussions d'ordre chimique et physiologique, il reste enfin à discuter les faits cliniques : les distillateurs prétendent qu'il faut, sans doute, dans leur genèse, incriminer, bien plus que l'alcool, les tares héréditaires, le surmenage physique, la mauvaise alimentation, l'absence d'hygiène et de propreté, etc. En particulier, selon eux, le grand facteur des accidents attribués à l'usage de l'alcool, serait la misère, ou au moins la gêne relative, à laquelle réduit la dépense excessive qui en résulte. Sur cette question, je laisse la parole aux cliniciens, bien convaincu que leur science avisée saura relever le gant et que leur loyauté ne les abandonnera à aucun moment dans la recherche de la vérité !

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(6 FÉVRIER 1903)

M. Claude résume un travail consacré aux **nævi artériels dans les maladies du foie.**

« Chez les malades atteints d'affections hépatiques, et particulièrement de cirrhose atrophique, on peut observer de petits angiomes de la peau et des muqueuses qui ont été décrits par M. Bouchard et qu'il est inutile de connaître, car ils donnent naissance à des hémorragies parfois très importantes. Ces angiomes sont de deux sortes; les uns sont analogues aux nævi congénitaux et aux angiomes séniles. Ce sont de petites taches rouge rubis, planes ou légèrement saillantes, non pulsatiles, sans auréoles capillaires; ce sont les plus connus; leurs relations avec les maladies du foie sont d'ailleurs moins établies que pour ceux de la deuxième variété, dont nous rapportons quatre observations. Ce sont de petites tumeurs nettement saillantes, du volume d'un grain de chènevis, pulsatiles, entourées d'une auréole de capillaires ectasiés, qui siègent sur les joues, le nez, les oreilles, les doigts, ou dans le pharynx, l'œsophage, la bouche. Ils peuvent devenir, à la moindre érosion, la source d'hémorragies artérielles parfois très difficiles à arrêter.

Ces tumeurs érectiles sont formées de capillaires, constituant des sinus ou un tissu caverneux arrivant au contact de l'épiderme, de veinules et d'artérioles dilatées et à parois épaissies, communiquant largement par l'intermédiaire des capillaires néoformés.

La pathogénie de ces angiomes est mal connue, ils se développent d'autant plus rapidement que la maladie hépatique progresse plus vite, ils peuvent retrouver et perdre leur caractère pulsatile quand l'affection s'améliore. L'expression de nævi artériels, impropre au sens histologique du mot, n'a pour objet que d'exprimer que la circulation à l'intérieur de ces tumeurs est rapide et comparable à la circulation artérielle. »

MM. Marcel Labbé et Armand Delille rapportent l'observation **d'un nourrisson syphilitique héréditaire d'un mois,** chez lequel se développèrent simultanément des éruptions syphilitiques, du coryza, de la fièvre, une hypertrophie considérable de la rate et du foie, et une anémie très intense.

Le nombre de globules rouges tomba à 1984000, ils étaient très irréguliers et très mal colorés, et il y avait des hématies nucléées assez nombreuses (300 par millimètre cube).

En même temps il se fit une hyperleucocytose intense, avec formule leucocytaire très particulière (polynucléaires, 8 ; lymphocytes, 32 ; mononucléaires à granulations neutrophiles 3). Le traitement spécifique par les frictions mercu-

rielles, amena la guérison des accidents syphilitiques, puis la disparition de la splénomégalie et le retour de la formule leucocytaire à l'état normal.

L'association des symptômes observés chez ce petit malade, anémie intense, réaction myéloïde du sang (passage de myélocytes et d'hématies nucléées de la circulation), splénomégalie et hématomégalie, permettent de faire rentrer ce cas dans le groupe des anémies pseudoleucémiques infantiles.

Le développement de l'affection chez un hérédo-syphilitique en même temps que les symptômes de syphilis, la guérison par le traitement mercuriel, montrent que la syphilis doit être considérée comme une des causes capables de faire produire le syndrome de l'anémie pseudo-leucémique infantile.

Cette notion ne présente pas seulement un intérêt théorique, mais pratique, puisque la guérison pourra, dans ces cas, être obtenue par le traitement spécifique.

M. Chauffard propose à la Société de voter un ordre du jour félicitant MM. de Selves et Mesureur de la courageuse initiative qu'ils ont prise en faisant apposer sur les murs de Paris une affiche disant les dangers de l'alcoolisme. Il ne faut pas oublier, en effet, que la Société médicale des hôpitaux a été pour beaucoup dans l'effort fait contre l'alcoolisme, effort qui va, peut-être, être entravé par la malheureuse déclaration récente de M. Duclaux.

MÉDECINE PRATIQUE

Emploi du sulfate de soude pour stériliser l'eau dans les épidémies de fièvre typhoïde.

J. Rideal (1) a expérimenté l'action bactéricide de l'acide sulfurique et des sulfates. On sait depuis longtemps que des quantités relativement petites d'acide sulfurique suffisent à empêcher le développement du bacille typhique dans l'eau. L'auteur recommande, avec Parkes, d'employer le sulfate acide de soude pour la stérilisation de l'eau potable. Le sulfate neutre est préférable parce qu'on peut le porter aisément sur soi. Une série d'expériences portant sur le sulfate de soude, l'acide tartrique, l'acide citrique, l'azotate de potasse et l'acide sulfurique, a démontré que les acides organiques sont moins efficaces que les acides minéraux et que l'azotate de potasse, d'une acidité égale, toutes proportions gardées, à l'acide sulfurique, était supérieur à ce dernier.

Le soufre dans le traitement de la dysenterie.

D'après les expériences de Richmond (2), dans plusieurs cas de dysenterie, on s'est fort bien trouvé de l'emploi combiné de l'ipéca et de l'opium. Quelquefois cependant, ces deux médicaments ont été complètement inactifs, tandis que le soufre agissait dans tous les cas : effet rapide, amendement des symptômes, pas de rechutes ni de tendance à la chronicité par les alternatives de diarrhée et de constipation, tels sont les avantages que l'on a retirés de ce traitement. De plus ce médicament, n'occasionnant pas de vomissements comme l'ipéca, était mieux supporté par les malades. Le malade est mis à la diète et celle-ci est continuée huit jours après la dernière selle diarrhéique. On administre 0gr30 de soufre sublimé et 0gr30 de poudre de Dower. Dans les cas de dysenterie chronique on abandonne le traitement à l'ipéca et à l'opium.

L. B.

(1) *Pharm. Rundsch.*, 190?, p. 47, et *Revue des Nouveaux remèdes*, 1903, n° 2.

(2) *The Lancet*, nov. 1901, et *Revue des Nouveaux remèdes*, 1903, n° 2.

CORRESPONDANCE

Chevaliers du zinc.

Mon cher directeur,

Deux « faits nouveaux » viennent de troubler la tranquillité habituelle de notre administration hospitalière : le carnet secret (oh! combien!) des surveillantes et l'affichage des commandements antialcooliques.

Pour le carnet secret n'en parlons plus, comme vous le dites dans le dernier numéro de la *Gazette des hôpitaux*; il a vécu en tant que rapport d'espion et fait double emploi avec le carnet de rapport journalier. Mais puisque tout le monde peut actuellement le consulter, il serait intéressant pour quelques chefs de service de le feuilleter et d'être édifiés sur les notes que la bienveillance de leur surveillante leur a octroyées du 1er au 23 janvier, période secrète : à moins cependant que ces feuillets ne soient absents.

Mais avez-vous fait une remarque? C'est que le chef de service qui donne des notes annuelles sur les internes, les externes, etc., n'est jamais appelé à en donner sur les surveillantes, sous-surveillantes, suppléantes, etc., tant et si bien qu'il semblerait que les qualités hospitalières, de propreté, soins aux malades, etc., ne dussent pas figurer au dossier. Seules les qualités administratives sont portées en compte, dûment paraphées par M. le directeur qui bien souvent n'a jamais vu la surveillante... qu'au rapport! Eh bien! à notre tour. — Je demande des notes semestrielles données par le chef de service sur le personnel médical subalterne : ce ne serait pas déjà si sot et si inutile.

Mais si l'Administration s'est tellement disqualifiée en adoptant lesdits carnets d'espionnage que M. le directeur général, fort bien intentionné à notre égard, les *désavoue in petto*, elle s'est par contre grandement honorée en faisant afficher un avis où l'alcoolisme et ses dangers sont traités de la belle façon : et c'est signé de Selves, Debove, Faisans, Mesureur, Thilloy, etc... Peste! Voilà des noms qui nous consoleront de n'y voir pas figurer celui de M. Duclaux, je pense.

Et non seulement on affiche, mais on distribue avenue Victoria le pamphlet contre Bacchus, ses pompes (!) et ses œuvres. Il n'est pas jusqu'à la couleur blanche de l'affiche qui, en lui donnant un caractère officiel, n'ajoute au libelle la saveur qu'elle refuse à l'alcool. C'est très très bien. On ne nous y avait pas habitués.

Mais vous entendez cette rumeur qu'apporte le vent empuanté de furfurol et d'aldéhydes variés? Et sus à l'affiche voilà les syndicats d'empoisonneurs publics qui se ruent. Pour du toupet...

Enfin on va bien voir : l'Assistance publique sur les bancs de la correctionnelle, l'Académie de médecine (pourquoi pas?) au tribunal pour diffamation et crime de lèse-majesté contre l'absinthe et le reste : ce n'est vraiment pas banal et ce serait à crever de rire, si nous ne devions pleurer que ce soit possible : et je gage que l'avocat qui prendra en main la cause du vignoble et des bouilleurs de cru sera une des gloires du barreau.

N'importe : Assistance publique, ton geste est beau. Pasteur lui-même l'approuverait et au lieu de conspuer Debove j'invite les étudiants à venir manifester sous les fenêtres de l'Assistance et au Conseil de surveillance : je suis bien sûr que MM. les rapporteurs ne s'en formaliseraient pas; ce serait généreux d'étouffer des rancunes d'examen sous l'approbation d'un acte courageux. Et si l'on traîne les signataires dans les *in pace* des caves de champagne ou de chambertin, manifestez encore et faites-leur cortège. De notre temps il y eut eu un beau charivari devant le Palais le jour où se plaiderait un pareil procès.

Quant à nous, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, nous

devons nous rendre solidaires d'une si belle mesure prise par l'Administration : les noms de Debove et de Faisans, si respectés soient-ils, ne suffisent pas et les signataires de l'affiche ne refuseraient pas l'appui du corps médical des hôpitaux tout entier, car le public auquel ils s'adressent, prise plus la quantité que la qualité.

Et puisque cela presse, avant même que la Société médicale et la Société des chirurgiens des hôpitaux puissent en parler, chaque chef de service devrait avoir à cœur de réclamer cet affichage *larga manu* dans son service et d'apposer sur chaque affiche sa signature : et si le syndicat *alcoolicole* se fâche, c'est en monome comme aux jeunes années, que nous irons en correctionnelle. Moi j'affiche demain dans mon hôpital et je signe et si le mastroquet d'en face se fâche je lui dirai : « De quoi? »... avec l'assent! T. P.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 16 AU 21 FÉVRIER 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 16 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Legueu et Cunéo.

2e (2e partie, ancien régime), *Salle Richet* : MM. Richet, Rémy et Broca (André); — (nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Gautier, Retterer et Gley; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Walther; — (1re série, nouveau régime) : MM. Hayem, Gaucher et Bezançon; — (2e série) : MM. Brissaud, Dejerine et Legry; — M. Mauclaire, suppléant.

MARDI 17 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Berger et Thiéry.

2e, *Salle Richet* : MM. Launois, Chassevant et Langlois.

3e (oral, nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Pozzi, Poirier et Demelin; — (2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Hutinel, Achard et Guiart; — M. Vaquez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Marion et Hartmann; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Faure et Auvray; — M. Méry, suppléant.

MERCREDI 18 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Walther et Cunéo.

2e, *Salle Thouret* : MM. Richet, Rémy et Broca (André); — M. Richaud, suppléant.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Blanchard, Gaucher et Widal.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Terrier, Legueu et Gosset; — M. Legry, suppléant.

JEUDI 19 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Pozzi et Thiéry.

2e, *Salle Richet* : MM. Launois, Langlois et Richaud.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Le Dentu, Marion et Potocki.

4e, *Salle Pasteur* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — M. Rémy, suppléant.

VENDREDI 20 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Widal et Bezançon.

2e, *Salle Richet* : MM. Richet, Retterer et Desgrez; — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Walther et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Legueu; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Wurtz, suppléant.

SAMEDI 21 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Poirier et Hartmann.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Le Dentu, Thiéry et Potocki; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie, ancien régime), *Beaujon* : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget ; — M. Achard, suppléant.

3e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 4 février 1903 : MM. Deglos, 12; Barthélemy, 11; Bing, 10 1/2; Walter, 10; Belgodère, 9; Leroux, 9; Lonhin, 7; Augé, 6; David 6; Guérin, 6.

Séance du 5 février 1903 : MM. Dupouy, 13; Chastagnol, 12; Desmoulins, 11 1/2; Israël de Jong, 11; Pathault, 10; de Fourmestreaux, 9; Pappa, 9; Binet, 8; Fernet, 5.

Pathologie. — Séance du 6 février 1903 : MM. Rivet, 11; Rouhier, 11; Vandrot, 11; Brissy, 10; Berthoux, 9; Huchet, 8; Bernheim, 2.

Séance du 7 février 1903 : MM. Cornelius, 11; Poupardin, 11; Siegel, 11; Simon, 10; Favreul, 9; Ferté, 9; Labadie-Lagrave, 9; Busquet, 5.

Séance du 8 février 1903 : MM. Baldenweck, 12; Bardon, 10; Magitot, 10; Philibert, 10; Camus, 9; Cléret, 9; Chochon-Latouche, 9.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, en date du 6 février 1903, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Ameline (de Saint-James), Antelmy (de Carcès) Baratier (de Jeugny), Barbillion (de Paris), Battle (de Perpignan), Baudrimont (de Bordeaux), Benoist (de Vannes), Benoit (de Paris), Bertrand (de Roanne), Besson (de Saint-Jeoire-en-Faucigny), Besson (de Madagascar), Bonnet et Boutin (de Paris), Broquet (de Gonesse), Brossard et Canuet (de Paris), Cazaux (d'Oloron), Chatenet (de Paris), Combalat (de Marseille), Coulon, Culan et Delaunay (de Paris), Delepouve (d'Heuchin), Depierris (de Paris), Dubrac (de Magnac-Laval), Dufestel (de Paris), Dutilleul (de Lille), Fuzet du Pouget (de Casteljau), Gaillard (de Torcy), Gélis (de Cahors), Gerson (de Paris), Gomot (de Guéret), Gouraud (de Paris), Grenet (de Tiercé), Gromolard (du Vésinet), Guillaume (de Guillestre), Henryet de Launey (de Paris), Jacquelin (de Nully), Labatut (de Dax), Lafay (de Paris), Leclerc (de Soubise), Lefèvre (de Paris), Looten (de Lille), Maclaud (de Paris), Malteste (de Ruffec), Martin (de Paris), Mathieu (de Saint-Rémy-en-Bouzemont), Mengeaud (de Nice), Michaux, Montoya, Pallier, Péchin, Pêtre, Potin et Renault (de Paris), Santelli (de l'Ile-Rousse, Corse), Sottas (de Paris), Soulayrac (de Narbonne), Valette (de Cahors), Ward et Willemin (de Paris).

Guerre. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 3 février 1903, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

RÉSERVE. — *Au grade de médecin principal de première classe.* — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Tachard, Guillemin, Boppe et Jeanmaire.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Sendral, Regnault, Damas, Hussenstein, Jourdin et Regad.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Schmid, Waitz, Labroy, Beninson, Gol, Roger, Leroy, Simart, Bellan, Niel, Lafont, Mouneyrat, Ménard, Lecomte Nique, Hémery, Lansac, Gérard, Manès, Laboulais, Gassiau, Guigues, Guisez, Leven, Lenglet, Queyron, Monsseaux, Feurtet, Pellagot, Ravaut, Caudegabe, Menvielle, Flouret, Abramoff, Jeandelize, Dupin de Lafforcade, Bazerolle, Carageorgiadès, Dugué, Dehay, Martial. Cistrier, Lefizellier, Leclercq, Garès, Barbarin, Kahn, Labey, Prallet, Mortier, Laurent, Gires, Chapon, Bisch, Esménard, Piollet, Mirande, Herscher, Nattan, Vallin, Fer-

ras, Menachem, Legros, Delage, Rémon, Goussieu, Guiard, Gillet, Sabroux, Bouchard, Chômet, Guéguen, Duflos, Sainton, Pamard, Sempé, Villaret, Sévin, Reynaud, Carlet, Dentillac, Étienne, Saison, Thomin, Gilbert, Gaillard, Bocquillon, Colle, Pinatelle, Bouchet, Mathieu, Cucherousset, Muratet, Crassous, Jaubert, Raisonnier, Van-Vyve, Decq, Noirclaude, Compin, Ferreux, de Fornel, Dennecé, Jouffreau, Chesnais, Drizard, Coustan, Fabre, Recouly, Bossuat, Cornil, Plister, Pozerski, Colombani, Gauthier, Deygas, Reure, Petit, Kresser, Millot, Rouane, Viel, Poisson, Roger, Malsang, Castagnol, Gaillard, Audan, Carron, Colombet, de Campredon, Brunswig, Lavie, Jamet, Lemaître, Rouet, Pignod, Renoult, Ravary, Gallavardin, Perpère, Roques, Savatier, Vilmain, Maillon, Leynia de Lajarrige, Fradier, Bénech, Traversier, Bergouignan, Maussire, Brun, Alquier, Durand, Chiron du Brossary, de Fromont de Bouaille, Hazard, Camuzet, Lévy, Delobel, Lemercier, Monflier, Rallier du Baty, Charlier de Chily, Durieux, Pommeret, Langlais, Gisselbrecht, Schmitt, Veyrune, Dumont, Deleuil, Cattier, Jacquier, Gilles, Millant, Cayret, Dupuy, Miquel, Bachmann, Deroy, Coutard, Coignerai, Mourgues, Laborie, Lagardère, Lévy, Graillot, Le Houx, Pissot, Dumollard, Cardot, Lenormand, Janvier, Wormser, Chaudron, Bleuzé, Beauchet, Besnier, Moreau, Grange, Perrin, Goyard, Chevalier, Rosenthal, Jullien, Viannay, Damiens, Fouchard, Picard, Gaussin, Baros, Lardier, Tessier, Bredier, Faidherbe, Turcan, Dasse, Vignon, Andéol, Gontier, Veillon, Humbert, Tauzia, Briens, Debusschères, Boulade, Stérin, Knoll, Esparbes, Monribot, Rousseau, Barotte, Grosjean, Audebert-Lasrochas, Portemer, Beck, Griewank, Bridoux, Lagache, Bailly-Salin et Lorcin.

TERRITORIALE. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Alleau.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Fournier, Mestrude, Cicile, Héral, Lambert, Ferrié, Gauchy, Jagot-Lacoussière, Laydeker, Ribes, Manfredi, Augé, Bourdeloy, Gœbel, Lazare, Belhomme, Maupetit, Faure-Lacaussade, de Balthazard de Gachéo et Legagneur.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active retraités Tixier et Perret.

M. l'ex-médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale réintégré Pousson.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. l'ex-médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale réintégré Gaultier de Beauvallon.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Query, Tanquerel des Planches, Saltas, Sarazin, Michel, Zysmann, Clésinger, Vève, Duperrier, Boyer, de Keating Hart Walter, Ghika et Pauly.

La médecine militaire au Sénat. — M. Treille et plusieurs de ses collègues ont déposé au Sénat une proposition de loi tendant à augmenter le nombre des médecins militaires. Les auteurs de la proposition considèrent que l'accession aux grades supérieurs est très difficile et que cette situation ne peut que porter atteinte à la qualité du recrutement des élèves de l'école de Lyon. Pour cette raison, ils demandent que le nombre des médecins militaires soit fixé comme suit : médecins-inspecteurs généraux 2; médecins-inspecteurs 15; médecins principaux de première classe 40 ; médecins principaux de deuxième classe 60; médecins-majors de première classe 340; médecins-majors de deuxième classe 510; médecins aides-majors de première classe 406; médecins aides-majors de deuxième classe 100, dont 50 à l'École d'application du service de santé militaire.

Cette organisation n'entraînerait qu'une dépense supplémentaire d'une vingtaine de mille francs.

Mortalité des enfants d'un à quatorze ans en France. — D'un très intéressant rapport à la Commission de la dépopulation, M. Variot conclut que, si l'on veut diminuer la mortalité infantile, il faut réformer profondément l'organisation actuelle des crèches, des dispensaires, des hôpitaux et des écoles, enseigner aux directeurs d'écoles l'hygiène infantile, encourager les cantines et colonies scolaires, isoler systématiquement les contagieux dans les hôpitaux d'enfants et désinfecter de la façon la plus complète tout ce qui a pu contaminer un enfant atteint d'une affection contagieuse. Lorsque les desiderata formulés par l'auteur auront été mis à exécution, on n'aura plus à déplorer les ravages qu'exerce en France, à la faveur de l'indifférence et de l'ignorance générales, la mortalité infantile.

Hygiène scolaire. — Il vient d'être créé à New-York un « corps médical d'inspection des écoles » devant qui défilent tous les matins les élèves avant d'entrer en classe. Sur 2 565 garçons et 1670 filles présentées le premier jour aux médecins inspecteurs 140 éliminations ont été faites pour rougeole, scarlatine, oreillons, sans compter les teigneux et un certain nombre atteint d'affections oculaires ou cutanées.

Hôpital Saint-Joseph. — Un concours pour plusieurs places d'internes en médecine et chirurgie et une place dans la spécialité oreilles, nez, larynx, s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph dans les premiers jours de juillet prochain.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans : ils reçoivent annuellement un traitement de 600 francs et une indemnité de logement de 500 francs; l'hôpital leur fournit le premier déjeuner du matin et le repas de midi.

Pour les inscriptions et tous renseignements, écrire à M. l'administrateur délégué, à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris 14e.

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — *Cours pratique sur l'examen du sang et des sérosités pathologiques.* — M. Marcel Labbé commencera le jeudi 12 février à deux heures, au laboratoire de la Clinique médicale de Laënnec, un cours pratique sur l'examen du sang et des sérosités pathologiques.

Ce cours sera continué les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure, et sera terminé en dix leçons.

Programme du cours. — 1° Les éléments du sang normal et leurs fonctions;

2° Numération des globules du sang;

3° Préparation du sang sec; fixation; coloration;

4° L'hémoglobine à l'état normal et pathologique. Dosage. Activité de réduction;

5° Les globules rouges. Hyperglobulies; hypoglobulies; anémies;

6° Les globules blancs. Valeur diagnostique et pronostique des leucocytoses. Leucémies;

7° Coagulation du sang. Réseau fibrineux. Densité du sang. Alcalinité du sang. Résistance globulaire;

8° Le sérum. Sérums bilieux, laqué, lactescent. Sérums précipitant, hémolysant, agglutinant;

9° Cytodiagnostic des sérosités pathologiques;

10° Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien.

Les droits à verser sont de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

URGENT. — On dem. jeune docteur disposant d'un caution' de 30 000f. Appoints fixes, 15 000f. S'adr à M. Cordier, 220, Bd Voltaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 18 — JEUDI 12 FÉVRIER 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 12 FÉVRIER 1903. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

KYSTE HÉMATIQUE DES DEUX OVAIRES

Par MM. les docteurs BAUBY, agrégé, et CASTAN (de Toulouse).

I

Bien que les hémorragies ovariennes soient connues de longue date, les traités classiques les passent encore presque entièrement sous silence. Cependant leur fréquence est beaucoup plus grande qu'on ne le supposerait à priori. Comme d'autre part les circonstances qui accompagnent leur développement et leur évolution ne laissent pas que de présenter parfois une sérieuse gravité, nous croyons utile de rapporter un cas récent de kyste hématique des deux ovaires qu'il nous a été donné d'observer et d'opérer avec succès. Nous ferons suivre notre observation de l'étude des hémorragies de l'ovaire, pour mettre, autant que possible, la question au point de précision qu'elle a atteint *à l'heure actuelle*.

OBSERVATION. — Elodie R..., trente ans, domestique, entre le 6 mai 1902 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et n'a jamais eu antérieurement de maladie. Réglée à seize ans, bien jusqu'à dix-sept ans, elle eut alors une métrorragie abondante durant quinze jours, avec de nombreux caillots noirâtres; le traitement consista en simples médications internes et la malade resta très affaiblie.

De dix-sept à vingt ans, les règles reviennent tous les quinze jours; chaque mois est occupé par une période menstruelle de quinze jours, suivie d'une égale période de repos.

A partir de vingt ans, la durée des règles n'est plus que de huit jours et leur régularité parfaite. Elles ne s'accompagnent ni de douleurs ni de caillots.

A vingt-quatre ans (août 96), accouchement à terme, à la Clinique d'accouchement, d'un enfant qui est mort en nourrice au bout d'un mois; l'accouchement avait duré cinq heures; la présentation était normale; il n'y eut pas de suites de couches fâcheuses et les règles revinrent un mois après durant sept ou huit jours; leur régularité n'a plus été troublée et la malade n'a jamais fait de fausse couche. Dans les premiers mois de 1898, apparition de pertes blanches surtout avant les règles, quelquefois après; ces pertes peu abondantes durèrent un an environ. Au cours de l'été 1898, la malade commença à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, augmentées par la fatigue et le mouvement, améliorées au moment des périodes menstruelles. Ces douleurs étaient sourdes et ne se propageaient pas dans les reins. Cet état fut supporté jusqu'en mai 1902, époque à laquelle la malade entra à l'Hôtel Dieu dans le service de M. Baylac; le traitement : repos au lit, injections très chaudes et bains de siège, améliora rapidement son état.

Entre temps, depuis le mois de mars 1902, l'hémorragie était devenue continue, abondante seulement pendant sept à huit jours au moment des règles, puis constituée seulement par un léger suintement sanguin qui n'obligeait pas la malade à se garnir. Vers la même époque elle aurait senti à la palpation une tumeur dure dans la fosse iliaque gauche.

Les règles reviennent le 18 juin et durent encore huit jours, mais depuis leur début le ventre est devenu extrêmement douloureux et tendu avec fièvre. Dans ces conditions la malade est évacuée dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Jeannel, le 25 juin 1902.

A son entrée, les douleurs irradient dans les lombes et tout l'abdomen, dont la sensibilité est exquise; il y a des vomissements verdâtres répétés, une violente diarrhée se répétant sept à huit fois par jour et par nuit et s'accompagnant d'une violente cuisson à l'anus; facies péritonéal, température oscillant entre 38 le matin et 39,5 le soir. Mictions très fréquentes, impérieuses et brûlantes.

Applications chaudes sur l'abdomen, injections à 50 degrés, lavements très chauds deux fois par jour.

Les règles prennent fin le 26 juin en même temps que la diarrhée et les vomissements. Une constipation opiniâtre s'établit; les mictions deviennent normales, les urines sont claires.

Examen. — L'examen général ne révèle rien de particulier. Au toucher le col de l'utérus est dur et volumineux. Le corps semble augmenté de volume, enclavé dans le petit bassin; dans les culs-de-sac on sent une masse globuleuse et dure; le fond de l'utérus semble atteindre l'ombilic. Néanmoins le ventre étant encore très douloureux et tendu, cet examen reste fort incomplet. L'exploration de la cavité utérine à l'hystéromètre est impraticable, l'instrument ne pénètre pas.

M. Jeannel, étudiant l'histoire de la malade, porte le diagnostic d'annexite bilatérale. Le traitement par les injections et les lavements chauds et le repos au lit est continué pour

laisser aux lésions le temps de se localiser et de se refroidir. Au bout d'un mois de traitement, l'état local s'étant atténué et la fièvre ayant disparu, l'opération est décidée. Elle est pratiquée le 7 août par M. le professeur agrégé Bauby, remplaçant M. le professeur Jeannel en vacances.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale atteignant l'ombilic. Le péritoine pariétal est légèrement adhérent à la face antérieure de la tumeur médiane; il est décollé avec les doigts. On se trouve alors en présence d'une tumeur ovoïde tendue, remontant à 4 centimètres environ au-dessous de l'ombilic et ressemblant à un kyste de l'ovaire : ce kyste est adhérent aux anses intestinales voisines; quelques adhérences molles sont aisément décollées avec les doigts, quelques autres très serrées au niveau du colon pelvien nécessitent l'emploi du thermo-cautère et la ligature de quelques vaisseaux. L'utérus est en avant, appliqué contre la symphyse, d'aspect et de volume normaux.

Au cours des manœuvres d'énucléation de la tumeur ovarienne, celle-ci se rompt sur des compresses, laissant échapper une bouillie noirâtre avec un peu de sang fluide et quelques caillots très durs et aplatis semblables à des galets. La poche kystique est saisie par des pinces de Museux qui obturent l'orifice de rupture; le pédicule est lié et sectionné au thermo-cautère. Le kyste, situé en arrière de la trompe, relié à elle par quelques courtes brides plutôt que par un pédicule, est manifestement constitué par l'ovaire en totalité; la trompe et le court pédicule ovarique ne présentent pas la moindre trace de torsion. La trompe correspondante obstruée et adhérente est secondairement enlevée en totalité.

Du côté droit on trouve un ovaire kystique du volume d'un œuf de dinde, avec de nombreuses adhérences intestinales; il se rompt également au cours des manœuvres d'énucléation et laisse échapper un contenu semblable au précédent. Il est enlevé avec la trompe correspondante.

On aperçoit alors une anse grêle fortement adhérente au fond de l'utérus; elle est décollée au thermo entre deux ligatures. L'utérus lui-même est fortement adhérent au rectum, mollement à la vessie; toutes les adhérences sont détruites.

Toilette soignée du petit bassin; péritonisation des surfaces cruentées. Suture du péritoine et du plan musculo-aponévrotique au catgut, de la peau aux agrafes de Michel; pas de drainage.

Pas d'élévation de température le soir ni les jours suivants; pouls bon et régulier. Suites opératoires normales; les agrafes sont enlevées le 16 août. Après une rétention stercocale pendant quatre jours à la suite de l'opération, il y a eu une débâcle fécale et depuis lors les selles ont été régulières. La malade quitte l'hôpital le 6 septembre.

Revue le 15 octobre, elle présente des signes très nets d'insuffisance ovarienne, grande faiblesse dans les membres inférieurs, vertiges, bouffées de chaleur avec sueurs profuses, etc... Deux cachets d'ovarine de 0g20 chacun par jour.

Examen des pièces. — A gauche, vaste poche kystique uniloculaire d'une capacité de 1 litre 1/2, d'une blancheur nacrée à sa face interne; la paroi est fibreuse, dure et épaisse, sans kystes transparents dans son épaisseur; à sa face interne sont appliquées des concrétions sanguines et quatre petits caillots durs en galet de la dimension d'une pièce de 50 centimes. La trompe correspondante est oblitérée par places; elle ne présente dans son épaisseur ni hydrosalpinx, ni hématome; pas de torsion.

Le kyste de l'ovaire droit, du volume d'un œuf de dinde, présente une paroi de texture analogue à la précédente, fibroïde, avec également des concrétions sanguines et quelques caillots en galet. Dans l'épaisseur de la paroi on ouvre quelques petits kystes folliculaires de la grosseur d'une pièce de 50 centimes, contenant les uns du sang fluide, les autres un liquide aqueux. La trompe correspondante, perméable, ne paraît modifiée en aucun point.

L'examen histo-bactériologique n'a pu être pratiqué, mais il reste acquis par l'étude macroscopique des pièces, qu'il s'agit bien de productions véritablement kystiques à parois propres et englobant dans leur développement la totalité de l'ovaire qui fut enlevé en même temps que les kystes eux-mêmes, ainsi que l'ont prouvé les phénomènes d'insuffisance ovarienne qui ont suivi l'opération.

En résumé, il s'agit d'une femme qui a présenté dès la puberté des troubles menstruels ne pouvant être rapportés qu'à une cause ovarienne, et chez laquelle plus tard nous voyons se développer, avec une allure clinique plus grave, des kystes sanguins que par conséquent nous sommes amenés à rattacher au même processus. Ce sont des cas très rares, d'étiologie encore obscure et discutable, donc d'autant plus intéressants, c'est ce qui nous a conduits à faire à ce sujet quelques recherches sur les kystes sanguins et les hémorragies de l'ovaire en général.

L'histoire des hémorragies de l'ovaire n'est pas de date récente, puisqu'il nous a été possible d'en relever un cas dans les bulletins de la Société anatomique de 1827 et dans le journal de Hufeland de 1819. C'est surtout dans les bulletins de la Société anatomique que, jusqu'à la période antiseptique, ces faits ont été publiés, puisqu'ils ne pouvaient être constatés qu'à l'autopsie. Tels sont les cas rapportés par G. de Mussy-Depaul (1847), Richard (1848), Simon (1859), Paquet (1864), Léger (1876).

En 1888 P. Petit (1) publie, dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, un mémoire sur l' « Ovarite et les kystes de l'ovaire », dans lequel il consacre un chapitre à l'étude des kystes sanguins et en rapporte quatre observations avec opération et examen anatomique; l'année suivante F. Rollin (2) consacre sa thèse aux hémorragies de l'ovaire; l'étude très consciencieuse faite par cet auteur est à l'heure actuelle le travail le plus complet sur la question.

Cette thèse, à laquelle nous ferons de larges emprunts, s'appuie sur 52 observations dont 2 inédites dues à M. le professeur Terrier et à M. Baudouin. Il nous suffira donc pour compléter la très consciencieuse bibliographie qu'elle présente de rappeler les quelques cas publiés depuis 1889 jusqu'à l'heure actuelle. Ce sont, sauf omission, ceux de Doléris et Petit, de Miller, de Rohé, de Mikhelson, de Malherbe, Johnson, Baker, Shoop, Kraner, Keiffer, etc. (3). Loin d'avoir fait alors une énumération complète, même en tenant compte des oublis, nous pouvons considérer que le nombre des ovaires hématiques enlevés par les chirurgiens est très considérable, seulement l'immense majorité de cas n'a pas été publiée. M. le professeur Jeannel nous disait en avoir une vingtaine à son actif et il est probable qu'en faisant une enquête sérieuse on arriverait à un total énorme. Seulement ce serait là un travail de statistique bien inutile, puisque la plupart de ces cas ne constituent que des trouvailles opéra-

(1) P. Petit. *Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol.*, p. 307.

(2) F. Rollin. *Des hémorragies de l'ovaire*, Th. de Paris, 1888.

(3) Malherbe. Soc. anat., avril 1893. — Miller. *West med. Rev.*, Lincoln, Neb. 1891, p. 546. — C. Rohé. *Amer. Journ. of obst.*, juin 1894. S. Mikhelson. Soc. d'obst. et de gynéc. de Saint-Pétersbourg, 14 mars 1896. — A. B. Johnson. Sy of alum. of Bellevue hospital, in *New-York med. Journ.*, 1896. — Baker. *Boston med. f. S. Journ.*, 1898, p. 546. — Shoop. *Brooklyn med. Journ.*, 1898, XIV, p. 731-732. — Kramer. *Cincinn. Lancet clinic.*, 1902, n. s., XLVIII, p. 166, 170. — Potier. Soc anat., oct. 1992.

toires et que, d'autre part, il s'agit alors de simples hémorragies de volume très restreint et sans grand intérêt clinique, le plus souvent développées aux dépens des corps jaunes.

Au surplus, l'étude de notre cas devrait nous limiter à celle des kystes sanguins volumineux, mais comme il est impossible de comprendre la genèse de ces derniers sans avoir une notion complète des hémorragies ovariennes en général, nous les passerons donc rapidement en revue. Il est d'ailleurs bien difficile de dire où finit l'hématome pour commencer le kyste, de même d'ailleurs que, suivant les expressions de Peyrot (*Dict. encyclop.*), « il est difficile de tracer les limites dans lesquelles doivent se maintenir ces perturbations, pour que la congestion physiologique devienne morbide et pour que cette congestion morbide atteigne à l'inflammation. »

II

Anatomie pathologique. — Paul Petit distingue :

1° Des kystes intra-folliculaires;

2° Des kystes résultant d'apoplexies du stroma ou de fausses membranes de périovarite ;

3° Des épanchements sanguins dans l'intérieur de cysto-épithéliomes.

Nous pouvons en éliminer d'emblée les kystes résultant de fausses membranes de périovarite, qui peuvent être parfois une complication des kystes sanguins ayant évolué vers la rupture, et les épanchements sanguins dans l'intérieur de cysto-épithéliomes, qui sont de simples épiphénomènes, au cours du développement de ces tumeurs.

Restent donc deux grandes classes : les hémorragies folliculaires, les hémorragies interstitielles ou du stroma.

Les hémorragies vésiculaires ont été subdivisées par Paul Petit et par Rollin en plusieurs sous-classes, justifiées par la constitution anatomique de l'ovaire ou par l'évolution de la lésion. Voici les diverses sous-classes établies par ces deux auteurs et qu'il faut conserver parce qu'elles reposent sur des notions anatomiques exactes.

Hémorragies vésiculaires :

1° Hémorragies vésiculaires multiples.
2° — extra-vésiculaires (rupture du follicule).
3° — intra-vésiculaires (kystes sanguins).
4° — dans des follicules hydropiques.
5° — dans les corps jaunes.

Les *hémorragies vésiculaires multiples* de petit volume, décrites par Ch. Robin à la Société de biologie en 1856, atteignent, comme leur nom l'indique, plusieurs vésicules ; jamais, d'après Robin, elles ne sont suivies de la formation de corps jaunes ; ce fait s'explique aisément puisqu'il n'y a pas rupture ; la paroi de l'hématome répond donc à celle de l'ovisac et non du corps jaune, on a pu dans certains cas retrouver entre le caillot et la membrane de l'ovisac des cellules épithéliales, restes de la membrane granuleuse du follicule.

Rollin se demande si quelquefois ces hémorragies vésiculaires, qui restent le plus souvent latentes, ne constitueraient pas la lésion principale de l'ovarite des maladies infectieuses ; le fait en lui-même est admissible, mais pas nécessaire, puisque l'hydropisie folliculaire, pour la constitution de laquelle l'infection semble indispensable, est une lésion fréquente et suffisante de l'ovarite.

A côté de l'hémarrogie vésiculaire, nous pouvons placer l'*hémorragie dans des follicules hydropiques*, qui n'en différerait que par un contenu constitué par un liquide sanguinolent au lieu de sang pur. Mais la coloration et la consistance plus ou moins considérable du contenu ne dépendent que de l'abondance de l'hémorragie et peut-être de l'absorption par la membrane d'enveloppe de l'hématome d'une quantité plus ou moins considérable de la partie fluide ; peut-être les petits kystes dont le contenu est du sang épais n'étaient-ils primitivement qu'une vésicule hydropique dans laquelle, par exemple, la persistance des cellules épithéliales d'enveloppe a pu produire l'absorption du liquide. Bien qu'il ne s'agisse là que de suppositions, le fait que tous les intermédiaires de coloration et de consistance existent souvent sur le même ovaire entre plusieurs vésicules kystiques, et qu'à côté de sang presque pur, on trouve un follicule à contenu rosé et un autre simplement hydropique, comme c'était le cas dans l'ovaire droit de notre observation, nous font considérer cètte subdivision comme superflue même au point de vue histologique.

L'*hémorragie extra-vésiculaire* qui forme une des subdivisions de Petit et de Rollin n'est autre chose que l'hématocèle d'origine ovarienne. Elle ne correspond pas à un type histologique spécial, mais à la rupture de vésicules hémorragiques dans la cavité péritonéale avec les accidents qu'elle comporte suivant la septicité du contenu et l'abondance de l'hémorragie consécutive. C'est donc un accident dans l'évolution des kystes hématiques et à aucun titre une classe anatomique spéciale.

Les *kystes hématiques développés dans les corps jaunes* sont considérés par les auteurs comme peu importants au point de vue chirurgical. Ils n'atteignent jamais, en effet, un gros volume, à peine, dans certains cas, celui d'une noix : ce sont ceux qui constituent la majeure partie des trouvailles opératoires de nos jours et des trouvailles d'autopsie d'autrefois. Leur paroi est, dans les cas ordinaires, reconnaissable aux éléments caractéristiques du corps jaune, papilles portant des cellules épithélioïdes ; il faut savoir pourtant que, lorsque l'épanchement sanguin atteint une certaine proportion, cette disposition propre au corps jaune peut être notablement modifiée et que, les papilles aplaties, les cellules épithélioïdes subissent elles-mêmes les effets de la compression pour prendre un type endothélial.

Eug. Frænkel (1), étudiant les kystes du corps jaune, a montré que la paroi interne est toujours plus ou moins nettement plissée et se détache assez facilement du tissu sous-jacent, auquel elle est adhérente par place ; histologiquement la membrane interne est formée d'un réseau capillaire à ramifications nombreuses, denses, formant des anses arrivant à la surface libre, dans les mailles de ce réseau sont des cellules rondes volumineuses renfermant souvent du pigment et des amas de leucocytes. D'autre part, S. Mikhelson a trouvé un cas de kyste du corps jaune dont la paroi était formée de faisceaux connectifs anciens. Il est probable que les divers états histologiques constatés répondent à des âges différents du kyste. Quoi qu'il en soit, la texture anatomique du corps jaune et sa transformation fibro-conjonctive sont les obstacles principaux au développement de la collection sanguine.

Restent les *hémorragies intra-vésiculaires*, le vrai *kyste sanguin*, celui qui intéresse plus particulièrement le chirurgien. Leur volume est en général assez considérable, un œuf, une orange, une tête d'enfant (observation personnelle), une tête d'adulte.

(1) Eug. Frænkel. *Arch. f. gynæk.*, XLVIII, 1.

Dans presque toutes les observations on relève autour du kyste la présence de néo-membranes et d'adhérences avec le plancher pelvien, l'épiploon, l'intestin. Sur 11 cas d'ovariotomie rapportés par Rollin, le kyste fut rompu 4 fois; il en fut de même dans notre cas. Pourtant on s'accorde à reconnaître que la paroi est résistante, fibreuse ou même fasciculée, mais elle présente des points faibles; dans l'épaisseur de la paroi on a décelé, à l'examen histologique, des ovisacs et des corps jaunes. Ce fait explique l'absence fréquente de phénomènes d'insuffisance ovarienne, même lorsque les deux ovaires sont atteints. Le contenu est du sang noirâtre en caillots qui, d'après Terrier, pourrait reprendre une couleur rutilante au contact de l'air.

Rollin insiste sur ce fait que le kyste présente souvent des poches accessoires, des diverticules. Il semble, dit-il, qu'on ait sous les yeux de petites cavités ouvertes successivement dans la cavité principale, ce qui leur a valu d'Eugène Bœckel le nom de kystes ménorragiques. Ainsi s'explique la persistance en certains points de la cavité du revêtement épithélial stratifié du follicule.

Le kyste a une tendance à s'accroître indéfiniment, cette augmentation se produit aux époques de ponte, c'est-à-dire au moment des règles; elle a pour résultat d'amener quelquefois la rupture du kyste, soit en pleine cavité péritonéale, avec tous les accidents qui en sont la conséquence, soit, rarement, dans l'épaisseur du ligament large. D'autres fois, les dépôts successifs de fibrine amènent l'épaississement de la paroi, qui s'oppose à la rupture des kystes secondaires dans la poche principale; de ce fait, celle-ci n'augmente plus de volume; mais il peut se former à côté d'elle de nouvelles cavités kystiques.

Les *hémorragies du stroma* ont pour résultat la destruction totale du tissu de charpente, de l'ovaire, tandis que ce tissu, plus ou moins bouleversé, persiste toujours dans les hémorragies vésiculaires. Le résultat final, lorsqu'il n'y a pas hématocèle, est la production de vastes poches analogues à celle de gauche chez notre malade. Il ne subsiste alors qu'une enveloppe fibreuse contenant des caillots mélangés à du sang noir et rattachée au ligament large par un pédicule court.

Pour en finir avec les lésions ovariennes, disons que les deux ovaires sont souvent, toujours d'après Baker, atteints de la même lésion (notre cas confirme la règle). Le volume varie d'une noix à une tête de fœtus ou même d'adulte.

Nous verrons ultérieurement ce qu'il faut penser du rôle du varicocèle pelvien. Les hémorragies par rupture intra-ovarique de varices sont admises par Rollin, bien qu'il les reconnaisse fort rares. Nous verrons que le rôle du varicocèle pelvien en général doit être, d'après Petit, considéré comme nul.

Les lésions qui accompagnent l'hémorragie sont d'abord l'hyperplasie fibreuse des autres parties de l'ovaire. On s'est demandé si c'était là un fait primitif ou consécutif. En effet, le kyste sanguin peut, par irritation de voisinage, provoquer une sclérose de l'organe et, d'autre part, une sclérose primitive mettant obstacle à la ponte doit forcément amener la production d'hémorragies intra-vésiculaires. Il est possible que les deux hypothèses soient vérifiées, mais la filiation des phénomènes pathologiques est difficile à préciser.

Un mot, en terminant cette étude anatomique, des lésions de voisinage.

Les adhérences péritonéales consécutives à la périovarite et à la pelvi-péritonite sont signalées dans le plus grand nombre des observations, d'autant plus fréquentes, plus nombreuses, plus solides, que les tumeurs sont plus volumineuses. Il est en effet légitime d'admettre que le processus inflammatoire primitif, qui a favorisé la production de l'hémorragie, s'est complété et augmenté secondairement par le développement progressif du kyste sanguin.

Les trompes sont généralement saines et perméables; cependant elles pourraient présenter toute la série des lésions inflammatoires, depuis la simple salpingite catarrhale jusqu'au pyosalpinx, en passant par l'hémato-salpinx. Dans certains cas, la lésion englobe en même temps le pavillon et l'ovaire, constituant une poche sanguine commune, mais ce ne sont point là des cas types; ils semblent relever plutôt d'hématosalpinx ou d'abcès de l'ovaire dans lesquels se sont secondairement produites des hémorragies par thromboses vasculaires.

L'utérus est, dans les cas de gros kystes, généralement en antéflexion ou plutôt refoulé en masse contre le pubis, la tumeur occupant les culs-de-sac postérieurs ou latéraux. C'est cette propulsion en masse qui, dans notre cas, a mis obstacle au cathéterisme; cette difficulté a été souvent relevée. Dans d'autres cas l'utérus a présenté d'autres types de déviation. La plus fréquente est la rétroversion, surtout si elle a eu le temps de s'établir alors que la tumeur était de tout petit volume. Enfin nous nous sommes déjà expliqués sur les adhérences diverses et multiples qu'il peut présenter, en particulier en arrière avec le rectum (cas de Malherbe), en haut avec les anses grêles, dans notre cas avec le rectum et la vessie.

Pour résumer cette étude anatomique, il reste à reprendre les divers termes de l'analyse et les synthétiser. Les types histologiques précédemment établis ne répondent pas chacun à un tableau clinique. Ce que l'on trouve le plus souvent lorsque le kyste a atteint un certain volume, le seul cas intéressant en clinique, c'est la réunion de tous ou de plusieurs des types anatomiques; on rencontre d'abord une cavité kystique à sang noir avec caillots, avec quelquefois des diverticules, puis une partie d'ovaire sain ou entremêlé de quelques vésicules hydropiques, hémato-hydropiques, hémorragiques par places. En coupant cet ovaire on peut apercevoir un corps jaune, très net même à l'examen macroscopique, et rempli par un petit caillot comme une tête d'épingle ou un pois; quand il y a eu hématocèle, les cavités sont vides, alors l'épanchement s'est fait dans le voisinage où on le retrouve, enfin au cas où le kyste a pris de grandes dimensions sans se rompre, on rencontre la grande poche kystique de notre observation à paroi fibreuse sans vésicules apparentes, ni stroma, rattachée au ligament large par un court pédicule; l'ensemble de la masse affecte alors une forme sphérique. Il est impossible de schématiser davantage. Deux grandes divisions subsistent seules, englobant tous les cas, les petits kystes vésiculaires et les grands kystes sanguins.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(10 FÉVRIER 1903)

L'ordre du jour appelle la discussion des conclusions du rapport de M. Kelsch sur un projet d'organisation d'institut vaccinal. Ce rapport ayant été lu en comité secret, on se demande pourquoi la discussion qu'il suscite a lieu en séance publique.

Grâce à l'intervention très énergique de MM. Landouzy et Pinard, il est une de ces conclusions qui, après avoir été votée, a été de nouveau mise aux voix et rejetée. C'est sinon la conclusion tout entière au moins cette phrase d'une conclusion : « A défaut de vaccin animal, les vaccinations seront pratiquées avec le vaccin humain. » Au premier abord cela n'a l'air de rien, mais MM. Landouzy et Pinard nous ont démontré que c'était engager l'Académie dans une voie des plus dangereuses et risquer non seulement sa responsabilité morale mais même sa responsabilité civile; du moment que la vaccination devient légalement obligatoire, vous n'avez pas le droit de recourir à un mode de vaccination qui peut être dangereux. Tel est l'argument de MM. Pinard et Landouzy et il faut bien reconnaître qu'il est topique, étant admis qu'avec le vaccin humain vous pouvez inoculer la syphilis et bien d'autres choses encore. Aussi l'Académie s'est-elle ressaisie et a-t-elle voté à l'unanimité la suppression de cette conclusion que dix minutes auparavant elle avait admise avec la même unanimité.

Au début de la séance a eu lieu une petite discussion sur la cocaïne. M. Reclus, dont on connaît l'affection particulière pour ce mode d'anesthésie, prétend que la cocaïnisation n'a pas en France le succès qu'elle devrait avoir. Cela tient, dit-il, à deux causes principales : la première est l'usage intempestif qu'en font les dentistes qui emploient des doses trop fortes et opèrent les malades assis, ce qui les expose aux syncopes; la seconde tient à la difficulté de la technique qui varie suivant l'opération. Par exemple, M. Reclus décrit la technique à suivre pour l'incision du panaris : la plupart du temps on pratique une réfrigération douloureuse et incomplète; l'incision, étant douloureuse, demeure insuffisante; les tissus profonds viennent s'étrangler dans les lèvres de la plaie et l'obstruer.

Au lieu de cela, voici comment procède M. Reclus : il introduit une seringue de Pravaz, chargée avec une solution de 1,2 p. 100, à la base du doigt, et il insensibilise ainsi une face du doigt; les trois autres faces sont ensuite anesthésiées par le même moyen.

Une bague anesthésique étant ainsi obtenue, il incise largement, très largement; puis, avec des pinces de Kocher, les deux lèvres sont écartées, et il n'est pas rare de trouver deux ou trois foyers purulents. Il faut les cureter. Après cela bain de quinze minutes dans eau oxygénée chaude. Puis pansement. Enfin il ne laisse lever le malade qu'après qu'il a pris un peu d'alcool ou de café.

M. Galippe ne partage pas l'optimisme de M. Reclus sur l'innocuité de la cocaïne. Du reste, depuis longtemps il ne se sert plus de cet anesthésique, et la plupart des dentistes de Paris font de même en raison des accidents qui se sont produits. Un autre motif, c'est que les dentistes sont obligés d'opérer les malades assis.

M. Laborde fait observer que le danger des injections de cocaïne à la face est très réel; il en est de même pour la rachicocaïnisation.

M. Lucas-Championnière est également très incrédule à l'égard de l'innocuité de la cocaïne. Mais il partage l'opinion de M. Reclus, sur la nécessité de l'incision large, très large, dans le panaris. Aussi il la pratique sous chloroformisation.

M. Duplay regarde l'emploi de la cocaïne comme très dangereux, non pas entre les mains habiles de M. Reclus, mais entre celles d'un chirurgien quelconque.

M. Berger dit qu'il ne faut pas exagérer les dangers de la cocaïne. Il l'emploie, volontiers, en suivant les principes posés par M. Reclus, et n'a jamais eu d'accidents. En son absence, il y a eu un cas de mort entre les mains d'un interne; mais il y avait eu erreur de dose.

Cependant, pour le panaris, il préfère la chloroformisation, car, théoriquement, il craint l'action de ces injections locales sur la marche de l'affection.

M. Reclus regarde la cocaïnisation comme moins dangereuse que tous les autres modes d'anesthésie. Il en a fait plus de 7000 pour de grosses opérations sans un seul accident, sans un trouble physiologique. La cocaïnisation est donc d'une bénignité infinie.

Il répond à M. Berger qu'il fait, dans le panaris, les injections dans le tissu sain, pour éviter les accidents d'infection.

Il y a eu deux communications dont nous n'avons pas entendu un seul mot, l'une de M. Bureau relative à la discussion sur les **essences**, l'autre de M. Lobit (de Biarritz) sur **un traitement abortif de l'érysipèle.**

Quand l'Académie se décidera-t-elle à nous mettre à même d'entendre ses orateurs?

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

DU 5 FÉVRIER 1903

MM. Pierre Marie et Vaschide apportent les premiers résultats de leurs **recherches expérimentales sur la vie mentale des aphasiques**. Comme technique, ils ont utilisé le chronomètre d'Arsonval. Les recherches portèrent sur quatre sujets et il résulte de leurs recherches que, chez les aphasiques, le temps de réaction auditive simple et de choix est beaucoup plus lent, en dehors de tout trouble auditif, que chez les sujets normaux. Il y aurait par conséquent un retard dans la transmission et l'élaboration dans la perception consciente. Les temps de choix sont extrêmement longs : les sujets ne paraissent pas pouvoir toujours faire une distinction entre deux excitations sensorielles différentes. Les impressions ne se fixent pas suffisamment pour faciliter la comparaison nécessaire; l'attention est instable et l'automatisme joue un rôle plus grand qu'à l'état normal.

Une paraplégie spasmodique, avec trépidation spinale et troubles de la sensibilité, **indique-t-elle forcément une sclérose de la voie pyramidale?** Quelques faits ont été rapportés par MM. Philippe et Cestan, Babinski, Schultze, montrant qu'une irritation de la voie motrice dans son trajet cérébral ou médullaire peut déterminer une paraplégie spasmodique sans sclérose de la voie pyramidale et le malade présenté par MM. Raymond et Sicard doit en être un nouvel exemple clinique. Cet homme a, en effet, à la suite d'une fracture de la onzième vertèbre dorsale, présenté six mois durant une paraplégie spasmodique avec ébauche du syndrome de Brown-Séquard; or, une intervention chirurgicale (laminectomie) a rapidement fait disparaître les troubles moteurs et sensitifs qui étaient sous la dépendance, non d'une altération, mais plutôt d'une irritation médullaire.

La **systématisation des faisceaux descendant de la calotte** est encore très obscure; M. Cestan apporte les coupes

d'un cas de ramollissement du pédoncule cérébral qui lui ont permis d'étudier les dégénérations descendantes; il insiste surtout sur l'existence d'un faisceau reliant la calotte pédonculaire aux cordons antérieurs de la moelle, faisceau situé d'abord dans la calotte de la protubérance, venant ensuite se placer en arrière et en dehors de l'olive bulbaire pour descendre enfin directement dans le cordon antérieur de la moelle.

MM. O. Crouzon et C. M. Campbell présentent les résultats d'un examen de la **marche de flanc** (Flankengang) chez des hémiplégiques dans le service de M. P. Marie, à laquelle M. Schüller (de Vienne) a consacré récemment un travail.

Ils n'ont jamais trouvé que la marche de flanc faisait ressortir une hémiplégie que la marche en avant n'avait également décelée : mais d'accord avec M. Schüller ils pensent que la « marche de flanc » peut aider à établir le diagnostic différiel de l'hémiplégie hystérique et l'hémiplégie organique.

MM. P. Armand-Dellille et Jean Camus ont eu l'occasion de faire l'autopsie d'une malade du service de M. le professeur Déjerine, trois semaines après une atteinte de zona, portant sur les territoires des deuxième et troisième racines cervicales gauches. Par la méthode de Marchi, ils ont constaté des fibres dégénérées des racines postérieures correspondantes. Les lésions étaient extrêmement nettes à l'entrée de ces racines dans la moelle et il existait également des lésions des cellules ganglionnaires. Ce cas apporté est donc une nouvelle confirmation à l'**origine ganglionnaire du zona**.

M. Crouzon a observé un cas de **fracture spontanée au cours de la myopathie**, accident dont il n'a pas trouvé d'autre exemple dans la littérature médicale.

M. Egger apporte les tracés respiratoires d'une malade du service du professeur Déjerine. C'est un cas de tabes classique ayant débuté par des crises gastriques et vomissements, et par la suite ont apparu des crises laryngées avec suffocation et de la tachycardie à 140.

Depuis quatre ans la malade présente le phénomène de la respiration rare, seulement 4 à 5 respirations par minute. Les tracés montrent une inspiration très prolongée comme le chien à double vagotomie. La grande analogie qui existe entre la symptomatologie expérimentale du chien vagotomisé et celle de notre malade plaide hautement pour une double **paralysie des filets pulmonaires des pneumogastriques due au tabes.**

Deux longues discussions ont occupé la séance. La première a eu lieu à l'occasion d'un malade présenté par M. Ballet et a porté sur la **valeur de la trépidation spinale.** Le malade de M. Ballet est un neurasthénique ayant présenté pendant quelques jours une trépidation spinale gauche avec, il est vrai, un réflexe cutané plantaire en flexion, or très rapidement cette trépidation a disparu. La trépidation spinale a-t-elle donc une valeur pour le diagnostic d'une affection organique, d'autant plus, qu'à la dernière séance, M. Babinski a signalé la possibilité de la faire apparaître chez un certain nombre d'individus normaux? M. Babinski a rappelé qu'on sait depuis longtemps que la trépidation spinale peut être rencontrée non seulement dans les affections médullaires mais aussi dans les adénites; dans le cas d'hémiplégie ou de paraplégie, elle ne peut être déterminée uniquement par l'hystérie et M. Babinski attend toujours qu'on lui montre une malade chez lequel l'on puisse faire apparaître ou disparaître par suggestion une trépidation spinale franche et indiscutable. Cependant MM. Raymond et Déjerine ont observé, dans leur service, des trépidations spinales chez des sujets uniquement hystériques. Mais M. Brissaud fait remarquer qu'avant tout qu'il serait d'abord nécessaire de s'entendre sur la valeur des termes « maladie organique ». Il a paru résulter de la discussion que la trépidation spinale est un signe non de certitude mais de grande probabilité, qu'elle peut être causée par des lésions à sièges divers, voire même articulaires, mais qu'en pratique, en présence d'une hémiplégie ou d'une paraplégie sensitivo-motrice présentant une trépidation spinale légitime, il fallait toujours craindre une affection organique du système nerveux.

La deuxième discussion porte à nouveau sur la **pathogénie du tabes et la valeur du traitement iodo-mercuriel** dans cette affection. MM. Brissaud, Déjerine et Raymond élèvent quelques objections sur la théorie récente formulée par MM. Marie et Guillain, nous y reviendrons plus tard. Aujourd'hui nous voulons retenir seulement une communication de MM. Armand-Delille et Camus sur la **lymphocytose dans le tabes**, car elle va manifestement à l'encontre de ce que nous ont appris les recherches de MM. Widal, Sicard, Babinski et Nageotte. En effet, MM. Delille et Camus ont examiné 13 cas de tabes du service du professeur Déjerine et ont constaté l'absence de lymphocytose dans les deux tiers des cas. L'âge du tabes dans ces cas n'a pas semblé en rapport ni avec la présence ni avec l'absence de la lymphocytose. La lymphocytose n'est pas non plus en relation avec l'existence ou non d'ataxie ou de douleurs fulgurantes; elle ne pouvait donc être chez ces malades un élément de diagnostic ou de pronostic.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Sur la diazoréaction d'Erlich, par M. le docteur E. Zunz de Bruxelles. (*Procès-verbaux de l'Acad. royale de Belgique*, 27 décembre 1901.) — L'auteur se sert, au lieu de la préparation d'Ehrlich, du paramido-acétophénol, d'après la formule de Friedenwald. Un long tableau indique les résultats qu'il a obtenus en cherchant la diazoréaction dans diverses maladies. L'ensemble de cette étude lui paraît confirmer une conclusion qu'il a déjà émise précédemment : l'importance de la réaction d'Ehrlich serait surtout limitée au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde et au pronostic de la tuberculose, lequel s'en trouve assombri.

M. Zunz s'occupe, dans un dernier chapitre, de la diazoréaction jaune alcaline; elle se caractérise par la coloration jaune soufre que prend parfois l'écume de l'urine traitée par le réactif de Friedenwald, quand on y ajoute de l'ammoniaque. Sa signification clinique n'est pas encore déterminée.

Le travail de M. Zunz contient un grand nombre de faits recueillis avec soin et interprétés prudemment; il sera très utilement consulté quand on pourra fixer d'une manière plus précise le rang qui revient à la diazoréaction dans les investigations cliniques. L. G.

Cause d'erreur dans le diagnostic du bacille tuberculeux recherché dans les caillots par l'examen microscopique, par MM. F. Besançon, V. Griffon et Philibert. (*Bull. de la Soc. de biol.*, séance du 7 févr. 1903.) — Dans une première communication (1), ces auteurs ont avancé qu'en appliquant

(1) Soc. de biol., 10 janv. 1903 (v. *Gaz. des hôpit.*, nº 6, p. 52).

à l'homogénisation des caillots fibrineux le procédé proposé antérieurement par Biedert pour la recherche du bacille tuberculeux par homogénisation des crachats, on peut déceler le bacille de Koch par l'examen microscopique du dépôt obtenu par centrifugation. Par cette méthode, en effet, ils ont rencontré le bacille quatre fois dans le caillot sanguin et une fois dans le caillot pleurétique. Il s'agissait, chaque fois, de bacilles grêles, uniformément colorés ou granuleux, disposés parallèlement ou en V ou en petits amas, au nombre de trois à quatre au maximum par champ microscopique. La préparation était traitée par la méthode de Ehrlich-Ziehl (coloration à chaud, décoloration par l'acide nitrique au tiers).

Depuis, ils ont constaté des bacilles dans quatre nouveaux cas, une fois dans le sang recueilli par *ventouses scarifiées*, trois fois dans des épanchements pleuraux de nature tuberculeuse (cytodiagnostic : lymphocytes, pas de placards endothéliaux). Mais les caractères présentés par un certain nombre de ces bacilles les ont mis en éveil sur l'existence possible de causes d'erreur.

Dans les préparations du caillot sanguin homogénisé, à côtés de bacilles grêles et isolés, ils ont vu d'autres bacilles, plus gros, se disposant parfois en amas rappelant les amas classiques du bacille tuberculeux *dans les cultures*. Ce premier fait (apparence de bacilles *en colonies* dans le sang) devait déjà nous suggérer une certaine réserve sur la légitimité d'une telle constatation.

Les résultats obtenus dans des nouveaux cas de pleurésie devaient bientôt leur montrer le bien fondé de leurs hésitations. Si, dans un des cas de pleurésie, MM. Bezancon, Griffon et Philibert n'ont observé sur leurs préparations que des bacilles rares, grêles, qu'on peut à juste titre considérer comme des bacilles de Koch, par contre, dans les deux autres, à côté de bacilles grêles et courts, ils ont trouvé en très grand nombre des bacilles ayant plus de 10 μ de long, parfois épais, souvent onduleux, pouvant prendre l'aspect de filaments ; ces bacilles étaient les uns isolés, les autres intriqués en amas. Le nombre de ces bacilles apparaissait beaucoup plus considérable sur les préparations décolorées légèrement par la méthode de Gabbet (acide sulfurique au quart), que sur celles qui étaient décolorées par l'acide nitrique au tiers.

Dans l'hypothèse que l'on pouvait se trouver en présence d'une bactérie de l'air qui aurait contaminé les liquides au cours des manipulations, ces auteurs ont abandonné à la température des salles du laboratoire un bocal contenant un de ces épanchements pleuraux ; et ils n'ont pas tardé à voir se développer à la surface du liquide un voile formé de bactéries diverses, et, en particulier, de bacilles filamenteux conservant la coloration de Ziehl après action de l'acide sulfurique au quart. Il ne peut s'agir, en l'espèce, de bacilles tuberculeux.

Pour ce qui est donc de l'*étude du sang et des sérosités*, et en dehors des cas où les humeurs auront été prélevées avec la plus rigoureuse asepsie, on n'est pas autorisé à considérer comme bacille de Koch tout bâtonnet gardant la coloration après action de la solution de Ziehl et décoloration par l'acide sulfurique au quart.

Ces faits n'infirment en rien les premiers résultats que MM. Bezançon, Griffon et Philibert ont publiés, puisqu'ils se sont trouvés en présence de microbes ayant l'aspect caractéristique du bacille tuberculeux, résistant à la décoloration par l'acide nitrique au tiers, et que surtout, dans trois cas, il s'agissait de tuberculose expérimentale (animaux inoculés avec des cultures pures ; sang prélevé aseptiquement, pendant la vie).

Les auteurs nous montrent les difficultés et les causes d'erreur avec lesquelles il va falloir compter si, du terrain des recherches scientifiques et de l'expérimentation, on veut faire passer la méthode dans le domaine pratique.

L. G.

MÉDECINE LÉGALE

Les accidents du travail, d'après M. G. Brouardel. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv. 1903.) — L'article 1 de la loi du 9 avril 1898 débute ainsi : *Les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail aux ouvriers et employés...*

Or, si les deux termes *par le fait du travail* et *à l'occasion du travail* ne prêtent à aucune discussion, le mot *accident* a besoin d'être défini. Pour M. Marestaing, l'accident est une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure. Cette définition, qui est acceptée par M. Sachet, permet d'éluder un certain nombre d'états qui sont des conséquences du travail de l'ouvrier, mais ne sauraient constituer l'accident : de ce nombre sont certains empoisonnements provoqués par la profession même de la victime.

Considérant que les ouvriers victimes de ces intoxications sont aussi intéressants que ceux qui sont victimes d'accidents, MM. Fabre et Goujon avaient proposé au Parlement de rendre les patrons responsables des intoxications professionnelles. Le ministre du commerce refusa de considérer ces intoxications comme un accident de travail, réservant ce nom aux circonstances grâce auxquelles, « dans une usine où l'on emploie des matières toxiques, un ouvrier se trouve avoir absorbé accidentellement une substance toxique ou avoir été atteint par une éclaboussure d'acide ou de toute autre substance qui ait déterminé la mort ou une incapacité de travail. »

Ainsi, sauf ce cas tout particulier, les intoxications professionnelles ne constituent pas des accidents du travail. Cette conception, qui est celle de la loi française, n'a pas été adoptée à l'étranger, et certaines lois suisses accordent des indemnités aux victimes, non seulement d'accidents, mais encore d'intoxications.

C'est que toute lésion corporelle, toute atteinte au corps humain, suivant l'expression de M. Marestaing, constitue un accident de travail. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait à proprement parler une blessure ; parfois, en effet, la victime de l'accident n'éprouve des troubles que quelques jours après : si les troubles observés ainsi à une époque tardive sont nettement imputables à l'accident lui-même, la victime aura droit au bénéfice de la loi. A côté de ces cas, se placent ceux où le blessé présentait un état antérieur particulier, capable d'augmenter les troubles dus à l'accident lui-même ; tels sont par exemple les faits de lésions tuberculeuses rendues apparentes sous l'influence d'un traumatisme ; tels sont encore les faits de lésions graves développées par un accident peu considérable chez des diabétiques, des albuminuriques, des alcooliques chroniques : tels enfin les faits d'hystérie traumatique. Dans tous ces cas, il y a eu accident du travail ; c'est l'évaluation du dommage qui peut être diversement interprétée.

La question de savoir si l'accident s'est produit au lieu du travail est parfois extrêmement difficile à résoudre. Notons seulement que les accidents intentionnellement provoqués par la victime, comme ceux qui résultent d'un grave oubli ou d'une faute lourde de sa part, sont exclus du bénéfice de la loi.

Pour ce qui concerne la victime, on doit dire que, si l'article premier de la loi est un peu restrictif, on tend aujourd'hui à généraliser le plus possible l'application de la loi à tous les travailleurs. Une seule exception est faite pour les ouvriers qui, travaillant seuls d'ordinaire, embauchent accidentellement, pour certains travaux, un ou plusieurs camarades. Tous les ouvriers occupés dans une des industries visées par l'article 1er peuvent réclamer le bénéfice de la loi ; lorsque l'apprenti travaille à titre gratuit, il peut réclamer

une indemnité basée sur le salaire minimum d'un ouvrier exerçant la même profession.

Les ouvriers étrangers sont soumis à une réglementation spéciale qui a été très critiquée; peut-être à tort, si l'on accepte les conclusions récentes de M. Sachet.

Enfin, les patrons ou chefs d'entreprise sont tenus de payer les indemnités aux victimes d'accidents : ce sont les responsables; « ils profitent des bénéfices, supportent les pertes et sont responsables. Cette responsabilité implique deux droits : 1° la direction et la surveillance; 2° l'indépendance. » Mais, la plupart des patrons étant aujourd'hui assurés contre les accidents du travail par des compagnies ou des syndicats, c'est, le plus souvent, à ceux-ci qu'aura affaire le médecin. L. B.

THÉRAPEUTIQUE

Valeur comparée du bleu de méthylène et de la quinine dans le traitement du paludisme. (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, 20 déc. 1902.) — MM. Moore et Allison (de Galveston) ont traité dix sujets par chacune de ces deux méthodes et publient le résultat des vingt observations. La guérison par le bleu de méthylène a été obtenue dans la proportion de 60 p. 100. Dans ces cas de guérison le traitement a duré en moyenne six jours et demi. Les malades traités par la quinine ont guéri en l'espace de cinq à dix jours et dans la proportion de 100 p. 100. Ce même traitement a bien agi dans les cas ayant résisté au bleu de méthylène.

Les inconvénients suivants sont mis, par les auteurs de ce travail, sur le compte du bleu de méthylène : cuisson plus ou moins marquée et même douleur véritable au moment de la miction; dans quelques cas, sensations nauséeuses et vomissements; d'autres fois, on a noté des maux de tête qui semblaient cesser dès qu'on suspendait l'emploi du médicament. Toutefois, l'emploi de ce produit n'est pas à dédaigner. Les conclusions de Moore et Allison, à ce sujet, ne diffèrent pas sensiblement de celles de Thayer ou des autres auteurs qui ont étudié la question. Elles peuvent se résumer de la façon suivante :

Le bleu de méthylène détruit les parasites du paludisme dans un grand nombre de cas, mais son action est moins certaine que celle de la quinine; il paraît agir plus efficacement dans les cas chroniques; son emploi est généralement moins bien supporté que celui de la quinine. Il est utile dans les cas où, en vertu d'une idiosyncrasie, la quinine est mal tolérée; son usage dans les cas de grossesse n'a pas été étudié. Peut-être trouve-t-il une indication dans le traitement des fièvres hématurique et hémoglobinurique à cause de son action diurétique. En fin de compte, Moore et Allison estiment que la quinine a une action plus rapide et plus sûre que le bleu de méthylène. A. H.

QUESTION D'INTERNAT

Anurie.

Définition. — L'anurie est la suppression de la *sécrétion* urinaire : elle s'oppose à la rétention d'urine, qui est la suppression de l'*excrétion* urinaire. Cliniquement, on dit qu'il y a anurie toutes les fois que la sonde, introduite dans la vessie d'un malade qui n'a pas uriné depuis quelques heures, n'amène pas d'urine (Merklen).

Étiologie. Pathogénie. — L'A. relève de deux causes principales : *arrêt de sécrétion rénale, arrêt de l'excrétion uretérale.*

I. L'*arrêt de la sécrétion rénale* peut être dû : *a.* à une obstruction des tubes urinifères; *b.* à des troubles circulatoires; *c.* à une action nerveuse.

a. L'A. peut s'observer dans certaines *néphrites aiguës* (scarlatineuse, cantharidienne, diphtérique), lorsque les lésions sont assez diffuses pour intéresser l'ensemble de l'appareil sécréteur de l'urine, et dans les *néphrites chroniques*, surtout à la phase terminale. Cette variété d'anurie est due soit à la glomérulo-néphrite (Klebs), soit à l'engouement des tubuli par les déchets épithéliaux (Cornil et Brault) : elle relève donc de l'*obstruction des tubes urinifères.* De même l'A. qui survient parfois au cours de la *néphrite goutteuse* paraît due à une obstruction de ces tubes par des concrétions uriques.

b. Les *troubles de la circulation rénale* peuvent également aboutir à l'anurie, qu'il y ait hypotension artérielle avec stase veineuse (asystolie, choléra), arrêt de la circulation artérielle (infarctus du rein), ou arrêt de la circulation veineuse (thromboses veineuses rénales des athrepsiques [Parrot et Hutinel]).

c. Les *A. d'origine nerveuse* peuvent être d'origine réflexe (péritonites par perforation, traumatismes [Verneuil et Nepveu], brûlures étendues [Dupuytren], coliques néphrétiques, ou hystériques), elles surviennent fréquemment alors chez des femmes atteintes de lésions de l'appareil utéro-ovarien.

II. L'*arrêt de l'excrétion uretérale* peut être dû à des causes multiples, dont les plus fréquentes sont les calculs de l'uretère et le cancer de ce conduit par propagation d'un cancer de l'utérus.

La *lithiase uretérale* aboutit à l'anurie par un mécanisme complexe. L'*occlusion brusque de l'uretère par un calcul détermine la suppression rapide de la sécrétion urinaire du rein correspondant*, suppression qu'explique l'élévation rapide de la pression dans l'uretère et l'impossibilité où se trouve ce conduit de se laisser distendre brusquement (expériences d'Hermann). L'*occlusion brusque ne donne donc pas lieu à l'hydronéphrose.*

Pourquoi l'oblitération d'un seul uretère donne-t-elle lieu à de l'anurie? Trois hypothèses : *a.* le rein du côté opposé est absent; *b.* il est profondément lésé et ne fonctionne plus depuis longtemps déjà; *c.* il est brusquement arrêté dans sa sécrétion par un réflexe inhibitoire parti du rein malade.

Dans le *cancer de l'utérus*, l'épithélioma se propage lentement de l'utérus à la partie vésicale de l'uretère : l'*occlusion est lente et aboutit à l'hydronéphrose* (v. Merklen, Th. de Paris, 1881).

Symptomatologie. — I. A. PAR OCCLUSION DES URETÈRES. — Obstructive suppression (Roberts); anurie par défaut d'excrétion (Lecorché).

A. A. CALCULEUSE. — Elle s'observe dans la colique néphrétique et surtout dans l'obstruction calculeuse des uretères. Complication fréquente de la lithiase rénale, elle reconnaît les mêmes causes occasionnelles que cette affection (voyages en voiture ou en chemin de fer, marche, fatigues, etc.).

Son *début* se caractérise : *a.* par des douleurs occupant la région lombaire et irradiant sur l'uretère; *b.* par des troubles de l'urination : oligurie ou anurie, polyurie passagère.

Une fois installée, elle passe par deux phases. *Phase de tolérance.* « L'intégrité de toutes les grandes fonctions de l'économie est la règle pendant les premiers jours de l'anurie calculeuse. La longue durée de cette période est une des particularités les plus singulières, les plus caractéristiques de l'anurie » (Merklen). Pendant toute cette période qui dure de sept à huit jours, on n'observe que quelques troubles digestifs, un peu de lassitude générale et d'insomnie; l'A. est rarement absolue, mais interrompue par des émissions peu abondantes d'urine, ou même par des crises de polyurie, marquant de véritables rémissions.

A la PÉRIODE URÉMIQUE apparaissent des troubles graves : *circulatoires*, pouls plein et lent, épistaxis, dyspnée avec barre épigastrique; *digestifs*, langue sèche et noire, vomissements précoces et constants, hoquet, constipation et météorisme; *nerveux*, affaiblissement de l'intelligence, tressaillements musculaires et myosis (signes pathognomoniques

pour Roberts); *cutanés*, sueurs abondantes, prurit; *généraux*, anéantissement, hypothermie. Le malade meurt en pleine connaissance, *sans convulsions*, *sans coma*, deux à trois jours après l'apparition des phénomènes urémiques. La survie peut être beaucoup plus longue, lorsque l'A. est interrompue par des crises de polyurie. La guérison peut s'observer : elle est annoncée par l'émission d'urines abondantes et souvent albumineuses.

B. A. DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS. — Très fréquente, cette forme d'A. est ordinairement tardive et brusque. Au cours d'un cancer utérin apparaissent soudain des vomissements répétés, des nausées, du hoquet; les malades tombent dans une sorte d'apathie singulière, l'hypothermie s'accentue. Enfin la respiration s'embarrasse, devient lente et suspirieuse, le pouls devient irrégulier, la somnolence aboutit au coma (Merklen). Les accidents sont souvent presque latents; ils s'accompagnent de signes d'hydronéphrose. Exceptionnellement, l'A. peut être le premier symptôme apparent d'un cancer utérin.

II. **A. DANS LES NÉPHRITES.** — A. Dans les NÉPHRITES AIGUES, l'A. peut apparaître comme premier symptôme, surtout chez l'enfant (Rilliet et Barthez, Bartels) : elle dure alors deux à trois jours et coïncide avec des phénomènes généraux graves; souvent elle disparaît pour faire place à une oligurie modérée; parfois aussi, elle aboutit à la mort au milieu des phénomènes comateux ou convulsifs de l'urémie.

L'A. peut encore survenir à la période terminale de la néphrite; elle s'accompagne des signes habituels de l'urémie (dyspnée, bruit de galop).

B. Dans les NÉPHRITES CHRONIQUES, l'A. est souvent le résultat d'une complication : elle se rapproche, dans ses symptômes et son évolution, de l'A. calculeuse.

III. **A. HYSTÉRIQUE.** — Se caractérise par deux faits principaux : absence de lésions appréciables comme cause de la suppression d'urine, tolérance d'accidents urémiques (v. Merklen).

Début souvent brusque; à la période d'état, vomissements, alimentaires ou bilieux, renfermant de l'urée et présentant un balancement constant avec la quantité d'urine émise. L'A. n'est jamais absolue; l'état général est remarquablement conservé. Au bout de dix à douze jours, débâcle urinaire.

IV. **AUTRES FORMES.** — Dire un mot de l'A. dans le choléra, dans les diarrhées prolongées, la dysenterie grave; de l'A. traumatique, de l'A. consécutive aux brûlures étendues, etc. (voir Merklen).

PRONOSTIC. — Bénin dans l'A. hystérique, grave dans l'A. calculeuse, fatal dans l'A. cancéreuse, variable dans les néphrites.

DIAGNOSTIC. — 1° Y A-T-IL ANURIE? (cathétérisme); 2° QUELLE EN EST LA CAUSE? Penser surtout à l'hystérie, aux calculs, au cancer utérin et aux néphrites (v. classiques).

TRAITEMENT. — 1° MÉDICAL dans la plupart des formes (bains chauds, diurétiques, révulsifs cutanés); 2° résolument CHIRURGICAL dans les A. par calcul urétéral.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Communication officielle.

Le Congrès aura lieu à la date fixée, c'est-à-dire du 23 au 30 avril 1903.

Le programme définitif des travaux est en voie de préparation, et le Comité invite tous les confrères qui désirent contribuer au succès scientifique du Congrès, à vouloir bien remettre au Secrétariat général, à Madrid, le plus tôt possible, les titres de leurs communications, accompagnés d'un extrait (ou résumé, en forme de conclusions si possible) de préférence en français.

Tous les extraits qui parviendront au Secrétariat général en temps utile seront imprimés et remis, avant l'ouverture du Congrès, aux membres des sections respectives, afin de leur faciliter la discussion dans les séances.

VOYAGES. — Les Compagnies suivantes ont accordé des réductions en faveur de MM. les membres du Congrès :

Espagne : Chemins de fer espagnols, 50 p. 100; — Compagnie de navigation « la Trasatlantica », 33 p. 100.

France : Chemins de fer français (les 7 grandes compagnies), 50 p. 100; Compagnies de navigation « la Transatlantique », « Compagnie Mixte », et « Transports maritimes », 30 p. 100.

Pour le parcours en France et en Espagne, le congressiste pourra suivre des itinéraires distincts, pour l'aller et le retour, sans perdre le droit à la réduction de 50 p. 100; il pourra se rendre à Madrid par la frontière d'Irun, et quitter l'Espagne par la ligne de Barcelone-Port-Bou, ou vice-versâ, avec arrêts facultatifs en route.

A Madrid seront délivrés pendant l'époque de validité des billets réduits (du 3 avril au 24 mai 1903) des billets spéciaux pour visiter les différentes villes du Sud de l'Espagne (Séville, Grenade, etc.), avec la même réduction de 50 p. 100. Il est probable que les congressistes qui prendront ces billets ne seront pas obligés à retourner à Madrid, mais pourront quitter l'Espagne par la ligne de Valence-Barcelone-Port-Bou; une des grandes Compagnies intéressées y a déjà donné son consentement.

Les billets pour les parcours espagnols ne pourront être pris qu'aux guichets au moment d'entreprendre le voyage, et on les obtiendra contre présentation d'une carte d'identité spéciale, composée de plusieurs coupons; cette carte sera remise ultérieurement à tout membre inscrit.

Les « Voyages pratiques » sont chargés officiellement de tout ce qui a trait au voyage de MM. les membres du Congrès, et remettront à tout intéressé qui le demandera leur programme de voyages circulaires et d'excursions. Des trains spéciaux seront organisés depuis Irun et Port-Bou pour Madrid, et nous croyons utile d'y appeler l'attention de tous ceux qui tiennent à effectuer la traversée de l'Espagne dans de bonnes conditions. — Toute demande concernant le voyage doit être adressée aux « Voyages pratiques », 9, rue de Rome, Paris.

LOGEMENT A MADRID. — Le « service des logements », installé dans les bureaux du Congrès, se fait un plaisir et un devoir de démentir catégoriquement les bruits courus de la difficulté ou même impossibilité de se loger convenablement pendant le Congrès. Il est vrai que les deux ou trois hôtels plus connus à l'étranger ont été assiégés littéralement de demandes; mais il y a à Madrid un grand nombre d'autres hôtels qui, s'ils n'ont pas l'importance des hôtels de la Paix, Rome, Paris, etc., ne le cèdent pour cela en rien à ceux-ci en ce qui concerne le confort et la cuisine. La plupart de ces hôtels ne pourront faire un contrat pour un nombre déterminé de logements, mais ils se sont engagés à mettre à la disposition du « Service des logements » toutes les habitations dont ils pourront disposer pour l'époque du Congrès. D'autre part, le « Service des logements », afin de se garantir complètement contre l'éventualité de l'insuffisance de ces habitations, s'est assuré des milliers de logements dans des maisons particulières de premier ordre; beaucoup de familles françaises, allemandes, etc., se sont offertes spontanément à recevoir une ou plusieurs personnes. Le « Service des logements » pourra donc toujours procurer une pension complète à partir de 13 pesetas par jour jusqu'à 50 pesetas, suivant le goût et les aspirations de chacun. — La distribution définitive des logements retenus n'aura lieu que dans le mois d'avril, mais pour être sûr d'être bien logé, il est indispensable de faire parvenir la demande, dès maintenant, à

M. Ulrich Frei, chargé du Service des logements du XIVe Congrès international de médecine, à Madrid.

Fêtes. — De grandes fêtes seront organisées à Madrid en l'honneur de MM. les membres du Congrès. Leurs Majestés donneront un garden-party et une réception générale au Palais; la municipalité organise aussi une fête générale, et probablement une représentation extraordinaire au Théâtre-Royal; une corrida de toros ne manquera pas pour ceux qui auront le désir de connaître cette fête espagnole. En outre différentes sections organisent des fêtes spéciales et des excursions réservées aux membres de ces sections. — Le programme définitif de toutes ces fêtes sera arrêté ultérieurement, et communiqué opportunément à tous les intéressés.

Service postal. — MM. les membres du Congrès pourront se faire adresser leur correspondance aux bureaux du Congrès, l'adresse devra être rédigée de la façon suivante :

Monsieur le docteur...
Membre du XIVe Congrès international de médecine,
Section de...
(Indiquer le pays de résidence du destinataire.)
Madrid

Les adhésions et cotisations (25 francs en chèque sur Paris) peuvent être adressées directement au Secrétariat général à Madrid, ou, jusqu'au 20 mars 1903, aux comités nationaux des différents pays.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 9 février 1903 : MM. Pater, 12 1/2; Fayolle, 11; Cottard, 10; Denicker, 10; Kauffmann, 10; Picquet, 10; Esbach, 9; Durey, 6; Pierart, 5; Rendu, 2.

Pathologie. — Séance du 10 février 1903 : MM. David (Louis), 11; Sourdille, 10; Tassin, 10; Herbinet, 9; Patry (André), 9; Daversin, 8; Lagleize, 5.

Écoles de médecine. — *Nantes.* — Deux concours s'ouvriront le 4 novembre 1903 : 1° pour l'emploi de chef des travaux de chimie; 2° pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, en date du 6 février 1903, sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Allard (de Paris), Alombert (de Montsauche), André (du Mont-Dore), Arago (de Paris), Aubin (de Cuers), Azoulay (d'Alger), Baldet (de Paris), Barau (de Saint-Leu-Taverny), Barillet (de Reims), Baudoin (de Corlay), Bayeux (de Paris), Beauvois (de Neuilly-sur-Seine), Bernard (de Juvisy), Blache (de Privas), Blitz (de Marseille), Bloch et Bocquet (de Paris), Bonnet (de Belmont), Boob (de Léognan), Borne (de Paris), Bossan (de Beaucaire), Boutry (de Lille), Bouvard (du Gua), Bouvret (de Frasne-le-Château), Callegari (de la Haye-du-Puits), Callen (de Sore), Campagne (de l'Isle-sur-Sorgues), Camdart (de Paris), Campinchi (de Calcateggio, Corse), Camus des Lilas), Canac (de Cassagnes-Begonhès), Cassidanius (de Paris), de Caze (de Plélom), Albert Charpentier et Alfred-Auguste Charpentier (de Paris), Charry (de Toulouse), Chauveau (de Coulanges-l'Autize), Chauveau et Cleisz (de Paris), Cloez (du Cateau), Colas-Pelletier (d'Épinay), Comar (de Paris), Combes (de Jemmapes, Constantine), Compagnon (de Salins), Compans (de Podensac), Contrastin et Costilhes (de Paris), Darquier (de Cahors), Dartigues (de Paris), Dauriac (de Saint-Gilles-sur-Vie), David (de Thourotte), Degoul (de Vic-sur-Cère), Delaunay (de Montbazon), Paul Delbet (de Paris), Delfau (de Vincennes), Desmaroux (de Vichy), Devaux (de Paris), Dubar (d'Armentières), Dubourdieu (de Pau), Ducher (de Thoissey), Dulau (de Capbreton), Dutar et Dutard (de Paris), Fabre (d'Aïn-Bœdelès, Oran), Fanier (de Paris), Favre (de Villerversure), Féréol-Prédal (de Paris), Ferricelli (de Bastia), Fichon (de Paris), Fouassier (de Chalais), François (de Saint-Jean-d'Angély), Frèche (de Bordeaux), Gaillardie (de Toulouse), Gaillardon (d'Aubeterre), Gardin (d'Avesnelle), Garnier (de Dunières), Geoffroy-Saint-Hilaire et Giacometti (de Paris), Giraud (de Rognac), Gobillot (de La Trimouille), Gonzalve-Menusier et Gornard (de Paris), Grand (de Montréjeau), Granel (de Saint-Mandé), Gravière (de Marseille), Grilhault des Fontaines (de Bois-Colombes), Grilhault (d'Autun), Guérin (de Bastia), Guggemos (de Brie-Comte-Robert), Guichon (des Bouchoux), Guillon (d'Egleny), Hallade (de la Garenne-Colombes), Hamaide (de Paris), Hamel (de Carentan), Henseval (de Béthune), Hernette (de Puteaux(, Héron de Villefosse (de Paris), Hézard (de Maizière), Hillairaud (de La Rochelle), Hornez (de Crespin), Housquains et Hulot (de Paris), Humbert (de Taninges), Husson (de Paris), Jaoul (de Sucy-en-Brie), Jaugey (de Dieppe), Laborde (de Montbron), Lalanne (du Bouscat), Lambert (de Paris), Larnaudie (de Saint-Pierre-Toirac), Lefebvre (de Doullens), Lefèvre (de Paris), Le Gac (de Plouaret), Legendre (de Pontvallain), Lejeune (de Moulins), Le Maguet (de Nogent-sur-Marne), Léonardon-Lapervenche (de Ribérac), Letourneur, Limperopoulo et Lobligeois (de Paris), Louët (de Tarascon), Louradour (d'Eygurande), Luling (de Ville-en-Tardenois), Madeuf (du Mont-Dore), Malifaire (de Paris), Manière (d'Estrée-Saint-Denis), Margnat (de Caudey), Marraud (de Noailles), Martin (de Moulins-Engilbert), Martin (de Sassenage), Mary (de Paris), Massier (de Nice), Massoni (de Calvi), Merlier (de Carvin), Millet-Lacombe (de Saint-Pardoux-la Rivière), Moinson (de Paris), Morel (de Campagne-lès-Hesdin), Morin (de Lyon), Naudin (de Lorris), Naudin (de Saint-Cloud, Oran), Netter (de Paris), Parisot (de Nonnexy), Penel (de Prayssac), Perrin (de Saint-Claude), Petrucci (de Saint-Gemme-sur-Loire), Peyrega (d'Espareich), Peyrot (de Neuilly-sur-Seine), Picot (de Bordeaux), Pinard (d'Angoulême), Piot (de Sainte-Barbe-du-Trélat), Platon (de Marseille), Potel (de Paris), Poussardin (de Blamont), Proust (de Paris), Puig-Amettler (de Perpignan), Puistienne (de Chennebrun), Quéré (de Guerlesquin), Rancurrel (de Villemonble), Rayrolles (de Pierrefort), Reboul (de Nîmes), Rellay (de Versailles), Réveil (de Rilleux), Robert (de Guiscard), de Rocca Serra (de Sartène), Ruelle (de Paris), Ruffie (de Gemenas), Salvan (de Mirebeau), Saunier (de Xertigny), Servel (de Lorient), Sirot (de Flavigny-sur-Ozerain), Spindler (de Paris), Steeg (de Dieppe), Stora, Tavera et Tesseire (de Paris), Teyssandier (de Lugon), Thiaudière (de Lussac-lès-Châteaux), Thirault, Tollemer et Tournier (de Paris), Valmyre (d'Yères), Valois (de Fécamp), Vanderquand (de Saintes), Vaslet de Fontaubert (de Paris), de Vezeaux de Lavergne (de Confolens), Vieillard (de Ribemont), Villaret, Weil et Zimmern (de Paris).

MM. les docteurs Altemaire, Berthier, Donnadieu, Ferrier et Goulon, médecins militaires.

M. Delherm, interne des hôpitaux de Paris.

Le règlement sanitaire au Conseil municipal. — Le Conseil municipal aura à discuter prochainement le règlement sanitaire élaboré par sa sixième sous-commission pour compléter la loi de 1902. La discussion sera très vive car les nouvelles charges qui vont incomber aux propriétaires d'immeubles seront très sévères et très lourdes.

Dans la partie concernant l'hygiène et les maladies épidémiques nous relevons la création d'un nouveau comité « Comité permanent de défense contre les épidémies ». Espérons que ce ne sera pas une complication administrative de plus.

Le règlement prévoit ensuite tant de détails au sujet de la prophylaxie des épidémies, qu'il nous paraît inapplicable et sera certainement inappliqué comme tant d'autres.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Paralysies saturnines (1).

Par Maurice VILLARET, interne des hôpitaux.

VI

Formes. — Chaque fois que, chez un individu soumis à une intoxication saturnine, un muscle est obligé de fournir un travail excessif, il perd sa contractilité et sa réaction électrique ; on peut citer comme exemple le cas de cet ancien peintre saturnin qui se fit maçon, et dont le deltoïde gauche fut paralysé à la suite de son surmenage par le mouvement incessant consistant à élever l'auge sur la tête [Potain (2);] ceci nous explique pourquoi, suivant les individus, on trouve une grande variété de formes, le type antibrachial restant cependant toujours de beaucoup le plus fréquent, et les localisations exceptionnelles ne se produisant le plus souvent que lorsque la paralysie se généralise.

On pourrait avec M. Perrin (3) classer ces formes de paralysie saturnine suivant le début, l'évolution, la terminaison, la gravité, la localisation, l'âge etc. ; il est préférable de les envisager simplement suivant le siège et suivant l'âge. Dans la première classe nous décrirons tout d'abord les paralysies typiques qui peuvent être localisées ou généralisées, puis les paralysies atypiques. Dans une deuxième classe, nous dirons quelques mots sur la paralysie saturnine de l'enfant.

A. *Forme suivant la localisation.* — Elles sont typiques ou atypiques.

I. *Paralysies typiques.* — Les paralysies typiques, les formes communes de beaucoup les plus importantes et les mieux connues, sont le plus souvent localisées et siègent dans la plupart des cas au membre supérieur droit, dont les muscles sont les plus fatigués : elles peuvent se généraliser en offrant alors un pronostic plus sévère.

a. *Formes localisées.* — Mme Déjérine-Klumpke a décrit quatre types bien distincts de ces paralysies localisées : le type antibrachial, le plus fréquent, le type brachial supérieur, le type Aran-Duchenne, ainsi nommé en raison de sa grande analogie avec le type de l'atrophie musculaire progressive, enfin le type inférieur ou péronier, beaucoup plus rares ; nous les étudierons successivement.

1. *Type antibrachial* (*Remak*). — Bien décrit par Claude Bernard, c'est la forme classique de la paralysie saturnine siégeant sur les extenseurs de la main et des doigts, affectant par conséquent le territoire du nerf radial dont le plomb constitue après le traumatisme la principale cause de névrite.

La paralysie peut être unilatérale et surtout droite, restant localisée à un seul côté dans les cas légers, mais le plus souvent elle devient bientôt *bilatérale* (51 cas sur 97 dans la statistique de Tanquerel des Planches). Cependant elle est rarement symétrique, car le côté pris en premier est toujours plus endommagé que le côté opposé.

Le début se fait en général par les muscles longs (4 exceptions sur 98 cas suivant Remak) et, en général, c'est l'extenseur commun des doigts qui est atteint le premier ; tout d'abord seuls les tendons du médius et de l'annulaire sont paralysés, l'auriculaire et l'index restant en extension à cause de l'intégrité des extenseurs propres ; le malade *fait les cornes* et la paralysie peut en rester là pendant des années. Plus rarement au contraire le début se fait par l'index et l'auriculaire, plus rarement encore par l'éminence thenar; enfin Verrier (1) cite un cas où le petit doigt fut le premier pris.

Bientôt les autres extenseurs sont atteints à leur tour ; puis les radiaux et le cubital postérieur peuvent successivement être paralysés, ce qui rend la flexion beaucoup plus complète. Plus rarement enfin, lorsque la paralysie saute de la sphère du nerf radial à celle du nerf médian ou du cubital, on rencontre des amyotrophies et de l'impotence des muscles de l'éminence thenar, des interosseux et surtout du premier interosseux. Ducher cite 6 cas de ce genre. Remak, sur 98 cas, a observé 20 fois la participation plus ou moins marquée des muscles de la main et des lombricaux. Dans certains cas on aurait même constaté la paralysie du triceps ou du deltoïde (Duchenne).

A ce moment tout est pris dans le territoire du nerf radial, *sauf* quelquefois le long abducteur de pouce, qui n'est atteint que dans les formes graves, presque toujours l'anconé, le court supinateur et enfin le long supinateur ; cette *intégrité du long supinateur, ou signe de Duchenne*, se décèle en opérant une traction sur l'avant-bras fléchi volontairement, et en constatant ainsi la corde du muscle indemne. Ce signe est précieux pour le diagnostic avec la paralysie traumatique, dans laquelle il n'existe pas. Cependant il n'est pas pathognomonique ; dans certains cas [Duchenne, Remak, Gaucher (2)]

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 16, p. 149.
(2) POTAIN. Loc. cit.
(3) M. PERRIN. Loc. cit.

(1) VERRIER. Loc. cit.
(2) GAUCHER. *Bull. de la Soc. clin. de Paris*, 1882.

la paralysie peut être totale et simuler absolument la paralysie par compression.

Lorsque le processus névritique est bien installé, l'attitude du malade est caractéristique et se déduit de l'innervation du radial. L'avant-bras est quelquefois fléchi sur le bras, la main tombe à angle droit sur l'avant-bras en pronation, les doigts sont en flexion dans la paume de la main, le malade ne peut redresser ni les doigts ni la main. — Examinons ces déformations en détail. Si on regarde les *doigts*, on voit que les premières phalanges sont fléchies sur le métacarpe sans que le sujet puisse les étendre, par suite de la paralysie de l'extenseur commun, du long et du court extenseur du pouce, de l'extenseur propre de l'index et du cinquième. Les doigts maintenus dans l'extension sont rapprochés et écartés avec facilité : ce mouvement ne peut se faire dans la flexion; ce fait démontre l'intégrité des muscles interosseux. L'extension des deux dernières phalanges est seule possible, à condition qu'on supplée l'action de l'extenseur commun paralysé en maintenant les phalanges métacarpiennes redressées. Le pouce fléchi et en adduction ne peut être porté ni dans l'abduction par suite de la paralysie du long abducteur, ni dans l'extension en raison de l'impotence du court extenseur. Au niveau de la *main* le symptôme principal est l'impossibilité de relever le poignet : la main, flasque, ne peut être étendue sur l'avant-bras; elle pend à angle droit sur celui-ci, la face dorsale en avant en pronation. La main et l'avant-bras étant placés sur un plan horizontal, les mouvements de latéralité du poignet sont impossibles (Duchenne) par suite de la paralysie du premier radial, muscle abducteur, et du cubital postérieur, muscle adducteur. La face dorsale de la main est légèrement bombée et sa face palmaire excavée à cause de la prédominance d'action des éminences thenar et hypothenar non contrebalancée par celle des extenseurs paralysés. La flexion elle-même s'opère difficilement; malgré tous ses efforts le sujet ne peut amener les doigts au contact des éminences thenar et hypothenar : de même au dynamomètre la pression est moins forte que normalement. Cette faiblesse relative des fléchisseurs s'explique en premier lieu par l'atrophie de ces muscles consécutive à leur inaction et leur raccourcissement, ensuite et surtout par le rapprochement de leurs points d'insertion; normalement en effet la pression de la main est moins forte en flexion qu'en extension. Cette faiblesse n'est donc qu'apparente, et les mouvements de flexion recouvrent leur énergie si l'on a soin de maintenir le poignet du malade relevé. Plus tard cependant l'inaction et la faiblesse des fléchisseurs et des interosseux finissent par amener leur paralysie : on remédie en général à cet accident en facilitant l'exercice de ces muscles par l'électricité, et en maintenant le poignet en extension dans un appareil spécial. A l'*avant-bras* on constate le plus souvent, nous l'avons vu, la corde du long supinateur, et de plus une déformation spéciale provoquée par l'atrophie des muscles paralysés : le radius et le cubitus faisant saillie, la peau semble collée au ligament interosseux, d'autant plus que le long supinateur garde ses dimensions normales.

Cette variété antibrachiale, qui présente tous les degrés, depuis la simple parésie jusqu'à l'impotence fonctionnelle, rétrograde le plus souvent par le traitement approprié.

2. *Type supérieur ou brachial* (Remak, Adamkiewicz Gaucher, Mme Dejerine-Klumpke). — La paralysie du type supérieur ou brachial est localisée au groupe Erb-Duchenne, c'est-à-dire au deltoïde, au brachial antérieur, au long supinateur et au grand pectoral, à l'exception de son faisceau claviculaire. Elle peut être primitive et isolée, et commencer par le deltoïde ou le long supinateur, mais on n'a pas d'observations probantes de ce mode de début; le plus souvent elle succède au type précédent et n'est que le prélude d'une paralysie généralisée lente. MM. Gaucher (1) et Piedra (2) ont montré que le long supinateur se prend le dernier et se guérit le premier. Quelquefois le sus et le sous-épineux peuvent être atteints. Quand le tableau est complet, le malade présente une attitude spéciale; le bras tombe inerte appliqué en rotation interne contre le tronc par suite de l'intégrité du sous-scapulaire; son élévation est impossible; de même sa rotation en dehors à cause de la paralysie des muscles sus et sous-épineux; enfin l'adduction du bras ne peut plus se produire quand le grand pectoral est pris. La traction sur l'avant-bras fléchi n'amène pas la corde du long supinateur. L'avant-bras est en demi-pronation; la supination est impossible par suite de la paralysie du court supinateur; de même la flexion et l'adduction de l'avant-bras n'existent plus.

Les troubles électriques et l'atrophie sont moins marqués que dans le type précédent et souvent incomplets.

Tanquerel des Planches a décrit une paralysie où les deux deltoïdes étaient pris : elle semble dans ces cas épargner le faisceau claviculaire. — Signalons que, dans deux cas de paralysie du deltoïde d'un côté, Erb a trouvé la réaction de dégénérescence du deltoïde opposé sans paralysie. En règle générale les deltoïdes sont pris avant les muscles supérieurs du bras et ceux de l'épaule, mais il est exceptionnel que cette paralysie, en général consécutive au type précédent, soit la première localisation du processus; Remak, cependant, a constaté chez un peintre une paralysie double des deltoïdes, avec réaction de dégénérescence isolée — et qu'il faut rapprocher du cas de Tanquerel des Planches. Oppenheim, d'autre part, a cité une observation dans laquelle étaient pris en même temps le deltoïde, les éminences thénar et hypothénar, les extenseurs du membre inférieur et le long supinateur.

Répétons qu'on a pu voir la réaction de dégénérescence dans ces muscles sans qu'il y ait paralysie (Kahler et Pick-Bernhardt).

3. *Type Aran-Duchenne.* — Lorsque la paralysie saute de la sphère du nerf radial à celle du médian ou du cubital, comme nous l'avons vu plus haut, on rencontre des amyotrophies des muscles des éminences thénar et hypothénar, et des interosseux, surtout du premier interosseux; c'est le *type Aran-Duchenne* qui peut être primitif ou secondaire au type classique. Il ressemble à l'atrophie musculaire progressive, dont il ne se distingue que par l'existence de troubles électriques, et la coexistence de l'atrophie et de la paralysie. Il est peu fréquent : Ducher a trouvé 6 cas où l'éminence thénar était prise. Remak sur 98 cas a trouvé 20 fois la participation plus ou moins nette des muscles de la main. L'aspect de la main est celui de l'atrophie musculaire progressive : il y a une concavité plus ou moins marquée de la paume, le premier métacarpien est porté en arrière. La main est en griffe par suite de l'extension des premières phalanges et de la flexion des deux dernières, le pouce est en abduction, demi-flexion et opposition, les doigts sont écartés par le jeu des extenseurs.

Ce type succède ordinairement à la paralysie des extenseurs; cependant Remak, en 1879, et Mœbins, en 1886, ont trouvé, le premier dans un cas, le deuxième dans trois cas, une amyotrophie limitée exclusivement aux muscles du pouce, opposant, court fléchisseur, adducteur, premier interosseux; ces anomalies siégeaient à gauche et s'étaient produites chez des ciseleurs qui, dans leur travail, ont l'habitude de tenir leur instrument entre le pouce et l'index de la main gauche. Mme Déjerine-Klumpke (1889) cite des cas semblables. De même Gowers, 1892, a décrit la paralysie des petits muscles de la main, connexe le plus souvent à la

(1) Gaucher. *France méd.*, 1882, p. 244-245.
(2) Piedra. Th. de Paris, 1875, p. 36.

paralysie des extenseurs, mais pouvant évoluer pour son propre compte. Bernhardt, en 1900, a publié deux observations où, sans paralysie des extenseurs, l'éminence thénar une fois, les interosseux une autre fois, ont été pris. Remak (1) cite trois cas semblables; dans les deux derniers cependant la paralysie typique des extenseurs s'est déclarée secondairement. Cette localisation primitive du processus aux muscles de la main semble donc due à des attitudes professionnelles; Duchenne l'attribuait à l'usage du pinceau, mais peut-être l'absorption directe de la pean aurait-elle dans ces cas un rôle plus important.

Disons enfin que le court abducteur du pouce et le premier interosseux dorsal sont les muscles les plus atteints et qu'ils peuvent être seuls paralysés.

En somme, le type Aran Duchenne primitif est exceptionnel et ne se rencontre qu'à la suite de certains métiers.

4. *Type inférieur ou péronier.* — 1° Les paralysies saturnines du membre inférieur sont relativement rares. Tanquerel des Planches donne comme proportion 15 cas sur 97. Primitives, ou secondaires le plus souvent aux formes précédentes, elles siègent en général d'abord sur les péroniers puis sur l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre du gros orteil [Tanquerel des Planches, Meyer, Zunker, Remak (1880)]. *Le jambier antérieur est indemne*, mais comme le long supinateur avec lequel il a une grande analogie (Erb) il peut être pris, ainsi que le biceps sural. La démarche du malade est caractéristique : il marche sur le bord externe du pied, en fauchant, il steppe en montant et en descendant les escaliers, pour éviter que la pointe du pied traîne sur le sol. De plus, dans ce type, contrairement aux formes précédentes, les réflexes peuvent être exagérés, les troubles de la sensibilité sont très marqués et s'accompagnent souvent d'arthralgie du cou de pied et du poignet; l'atrophie est par contre minime : elle n'existe qu'une fois sur 6 suivant Romberg et produit alors du pied bot varus équin.

Celte paralysie est souvent passagère, à la suite de coliques, mais lorsqu'elle s'installe, elle peut persister pendant des mois, ne cédant qu'à de longues séances d'électrisation.

La forme primitive est très rare chez l'adulte : on ne cite qu'un cas de Quensel où le membre supérieur était exempt, et encore sans réaction électrique constatée. Elle est au contraire pour ainsi dire *classique chez l'enfant*, que la paralysie soit acquise (Sinkler et Newmarck) ou héréditaire : dans le cas de Anker où il s'agissait d'une paralysie héréditaire, les membres inférieurs furent pris en premier lieu. On peut attribuer cette anomalie à ce fait que l'enfant, ne travaillant pas, se sert plus de ses jambes que de ses bras.

2° A côté de ce type péronier classique, il faut citer des cas plus exceptionnels. Duchenne fils, en 1864, cite chez un enfant de trois ans, saturnin, une hémiplégie gauche associée à une forte paralysie du membre inférieur gauche; outre le tibial antérieur, il trouve l'extenseur commun des doigts et le quadriceps crural inexcitables à l'électricité. Remak (2) en 1882, puis Oppenheim décrivent, chez un homme de trente-trois ans, une paralysie saturnine très nette atteignant le tibial antérieur et les jumeaux des deux côtés, tandis que les péroniers latéraux et l'extenseur commun des orteils étaient indemnes; il y avait là une association (jambier antérieur et muscles du mollet) analogue à celle que l'on constate dans certaines affections spinales. Il faut en rapprocher les deux cas du même auteur [Remak (1875)] chez des femmes intoxiquées par le maquillage. Dahm (1895) a montré chez un saturnin la réaction de dégénérescence complète dans le pédieux et l'extenseur propre du gros orteil, partielle dans l'extenseur commun, tandis que le jambier antérieur était sain. Enfin Köster (1) dernièrement a décrit un nouveau type clinique dont nous devons dire quelques mots : ce sont deux cas de paralysie saturnine des interosseux et lombricaux des pieds s'étant produits en même temps qu'un type antibrachial bilatéral : l'affection est caractérisée par des douleurs à la face plantaire des articulations métatarsophalangiennes, gênant et pouvant même empêcher la station debout et la marche, par une déformation en varus équin et par un aspect spécial du pied : lorsqu'on regarde la plante, on voit que les espaces interosseux sont très accusés, les bords du pied sont aplatis, le fléchisseur commun et le fléchisseur propre des orteils font saillie, les premières phalanges sont en hyperextension, les têtes des métatarsiens subluxées forment un angle avec les deux premières phalanges, qui ne peuvent s'étendre par suite de la paralysie de l'abducteur du gros orteil, le pied est en griffe; sur le dos du pied, l'extenseur des orteils, contracturé, saillant, empêche en partie la flexion des doigts. La réaction de dégénérescence était assez nette dans les cas cités par Köster.

b. *Formes généralisées.* — Les formes généralisées, beaucoup plus rares, mais plus graves que les précédentes, leur succèdent en général. Le plus souvent, elles sont précédées d'une période prodromique pendant laquelle le malade a des fourmillements, des douleurs dans les membres; la pression des troncs nerveux est douloureuse, la contractitité électrique diminue rapidement, et les réflexes sont abolis comme dans les types précédents. Les sphincters ne sont pas touchés. Constituée, cette paralysie généralisée peut affecter une allure lente, aiguë ou fébrile.

1. *Forme à marche lente.* — La forme à marche lente est toujours secondaire; dans le cours d'une vieille paralysie saturnine, les muscles de la main, du bras et de la face antéro-externe de la jambe se prennent par étapes successives; quelquefois les muscles de la cuisse et du mollet participent à ce processus. Les muscles du tronc ne sont jamais pris.

2. *Forme à marche rapide.* — Celle-ci est le plus souvent secondaire à un type localisé, mais elle est quelquefois primitive (Heugas); elle survient dans ce cas à la suite d'une encéphalopathie ou dans une crise de colique saturnine. Le début se fait par des douleurs déchirantes des extrémités : les mouvements passifs eux-mêmes ne peuvent être supportés, la pression des nerfs et des muscles est douloureuse. Tout d'abord, les membres inférieurs sont atteints d'un affaiblissement rapide qui devient bientôt une paralysie complète. Après un temps plus ou moins long, les membres supérieurs se prennent à leur tour, de la périphérie vers la racine; puis, dans une nouvelle étape, le thorax, l'abdomen, le diaphragme et quelquefois le domaine des nerfs bulbaires sont atteints. C'est surtout à l'occasion de cette généralisation qu'on rencontre les cas atypiques décrits plus loin.

La paralysie, ainsi généralisée, peut affecter différents types; soit la forme hémiplégique (Vulpian et Raymond), soit la forme paraplégique, soit la paralysie des quatre membres, des muscles du tronc, du larynx et du diaphragme (Grancher). Pendant des mois et des années le malade reste dans l'immobilité complète, dans l'impossibilité absolue de manger, de s'asseoir sur son séant, exposé à tous les dangers auxquels peut donner lieu cette inactivité prolongée; l'aphonie est complète, la dyspnée intense par paralysie du diaphragme, des intercostaux et des muscles laryngés. Cependant la guérison est fréquente et le pronostic rela-

(1) Remak. Loc. cit.

(2) Remak. Zur localisation saturniner Lähmungen der Unterextremitäten, *Neurol. Centralbl.*, 1882, p. 149.

(1) G. Köster. Policlinique de l'Université de Leipzig, *Munsch. med. Woch.*, 15 avril 1902.

tivement bénin : progressivement et lentement la régénération se fait. La mort est exceptionnelle par asphyxie consécutive à la paralysie des muscles respiratoires (quelques cas de Strauss et Heugas, Duchenne, Magnen, Bury). Quelquefois les muscles restent longtemps atrophiés et peuvent même être irrémédiablement perdus.

L'absence de paralysies vésicale et intestinale, de décubitus acutus, même dans les cas les plus graves, montre qu'il ne peut s'agir que d'une polynévrite aiguë avec amyotrophie. On comprend pourtant qu'Adamkiewicz et Heugas aient pu rapprocher ces cas de la paralysie spinale atrophique de Duchenne; Duchenne, lui-même, dans un cas de Heugas, avait porté ce diagnostic.

3. *Forme fébrile.* — Cette forme a été décrite par Renaut [de Lyon] (1878) et par Le Meignen (1878). Mme Déjerine-Klumpke en cite trois cas. MM. Brocq et Troisier en ont rapporté deux observations. L'évolution est celle d'une maladie infectieuse brusque, rapide et fébrile. Le début se fait par une période prodromique de plusieurs jours, pendant laquelle, à la suite d'un grand frisson, on observe une hyperthermie très rapide et très intense qui peut atteindre 40 degrés (Renaut), et un état typhoïde assez marqué. Le malade éprouve des maux de tête très violents, des courbatures, des nausées. Le tableau peut simuler absolument une poliomyélite antérieure aiguë [Le Meignen (1)]. Puis la paralysie s'installe peu à peu, accompagnée de troubles de la sensibilité plus ou moins marqués et d'une chute de la température : après avoir envahi les membres progressivement, avec une intensité décroissante de l'extrémité vers la racine, et par étapes successives auxquelles correspondent des recrudescences fébriles, elle gagne le dos, le thorax, l'abdomen et se généralise en quelques jours. Les réflexes sont abolis, les sphincters épargnés; les extrémités cyanosées sont le siège de sueurs locales; la réaction de dégénérescence ne tarde pas à apparaître.

Cependant, malgré cette allure grave, le pronostic est loin d'être fatal; en effet tous les muscles ne sont pas atteints au même degré, beaucoup ne sont que parésiés et reprennent rapidement leurs fonctions. Rarement, lorsque le diaphragme et les nerfs bulbaires sont pris, la mort survient soit par asphyxie, soit par arrêt du cœur, huit à quinze jours après le début, le tableau clinique simulant la maladie de Landry. Habituellement, surtout lorsque le nerf phrénique et les nerfs bulbaires sont épargnés, la paralysie se limite de plus en plus, la fièvre tombe, la survie est de règle, mais on voit se dérouler la phase amyotrophique de l'affection : l'atrophie est rapide, les perversions de la sensibilité persistent, les troubles trophiques cutanés sont quelquefois très marqués. Ces troubles se prolongent pendant des semaines et des mois après le retour de la motilité volontaire, et parfois même certains muscles demeurent irrémédiablement perdus; c'est dans ces faits qu'il faut ranger l'observation publiée par von Sarbo (2) à propos d'une atrophie musculaire datant de vingt ans localisée à tous les muscles sauf le visage et le membre inférieur gauche.

A côté de ces formes généralisées motrices, on n'a pas remarqué *de névrotabes saturnin périphérique* contrairement à ce qui a été décrit dans l'intoxication alcoolique (Remak). Cependant, récemment, Sergio Pansini (3) a cité deux observations de tabes par saturnisme chronique, « le plomb agissant ici comme la toxine syphilitique. » Ce cas demande confirmation.

II. *Paralysies atypiques.* — Les paralysies atypiques sont très bien étudiées dans l'ouvrage de Remak, auquel nous emprunterons les principaux éléments de ce chapitre.

(1) Le Meignen. Th. de Paris, 1888.
(2) Von Sarbo. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, Bd. 19.
(3) S. Pansini. *Riv. crit. di clin. med.*, 4 et 11 janv. 1902; — *Riforma med.*, 25 janv. 1902, p. 222.

a. *Paralysies des nerfs craniens.* — C'est seulement lorsque les signes cérébraux manquent qu'on peut attribuer les paralysies saturnines des nerfs craniens à la névrite. Lorsqu'elles sont associées à une encéphalopathie saturnine par exemple, il est presque évident qu'elles sont d'origine cérébrale et on peut se demander, malgré leur caractère périphérique, si on ne doit pas les attribuer à une compression des nerfs par œdème cérébral (Chvostek). Ces paralysies peuvent affecter les territoires du récurrent, de l'hypoglosse, du facial, du nerf optique, des nerfs moteurs de l'œil, le plus souvent d'une façon isolée, mais quelquefois en commun.

α. *Territoire du nerf récurrent. Paralysies laryngées.* — Suivant Remak, on a signalé 12 cas de paralysies des cordes vocales constatées au laryngoscope [Mackenzie, Sajous, Schech, Seifert (1), Krause (2), Remak (3), Westphal, Heymann, Flatow (4)], ne présentant de signes concomitants, que dans les cas de Seifert, Remak et Westphall. Mais Tanquerel des Planches avait déjà, avant le laryngoscope, décrit l'aphonie (16 cas sur 1217) et Duchenne avait également remarqué la fréquence des paralysies laryngées chez les chevaux ayant travaillé dans des fabriques de blanc de céruse et de minium. Les cas de Sajous et Schech sont très douteux; il en est de même de celui de Remak qui s'accompagnait d'hémiatrophie de la langue et de paralysie de la pupille : cet auteur a d'ailleurs reconnu depuis qu'il s'agissait d'une paralysie inférieure secondairement généralisée. Dans ses études sur les scléroses combinées, Eulenbourg (5) a cité une observation qui pourrait avoir quelques rapports avec celle de Remak; il s'agit d'un homme travaillant dans le plomb, ayant déjà eu des signes de tabes, et présentant en même temps de l'atrophie musculaire très marquée de la main, du groupe Duchenne-Erb, des muscles de l'œil et du larynx. L'observation de Flatow semble plus typique : c'est un malade saturnin qui entra d'urgence à l'hôpital pour une dyspnée subite, de la raucité de la voix, de la toux sèche, du stertor et de la cyanose de la face : on dut faire la trachéotomie; plus tard on constata l'existence d'une paralysie ancienne d'une année au niveau de la corde vocale gauche, et [une parésie récente des muscles crico-aryténoïdien..., postérieur et adducteur de la corde vocale droite... ; l'intervention de cette nouvelle paralysie greffée sur des signes légers de névropathie laryngée avait provoqué cette dyspnée aiguë. Dans les 12 cas cités plus haut il y avait probablement paralysie du nerf récurrent. Mackensie, Krause et Westphall, seuls, décrivent la paralysie uni ou bilatérale des adducteurs et de la corde vocale : dans toutes les autres observations il s'agit d'une paralysie uni ou bilatérale des abducteurs, et des aryténoïdiens, ou bien de la position cadavérique de la corde vocale. A cette liste il faut ajouter les trois nouvelles observations de Paul Heymann (6) où le crico-aryténoïdien postérieur dans un cas, les aryaryténoïdiens dans un autre, furent pris.

Les paralysies laryngées pures sont donc très rares. Elles ont une évolution très lente, peuvent, dans certains cas, nécessiter la trachéotomie et s'accompagnent quelquefois de la paralysie des lèvres et de la langue : Neisser cite un cas où, avec la raucité de la voix, coexistaient de la dysphagie et de la paralysie unilatérale du vago spinal.

β. *Territoire du grand hypoglosse.* — Il existe sur ce sujet une seule observation, de Remak, dans laquelle il y avait hémiatrophie droite de la langue avec paralysie symétrique

(1) O. Seifert. *Berlin. klin. Woch.*, 1884, n° 35.
(2) H. Krause. Deux cas. *Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, 1886, s. 288.
(3) Remak. *Berlin. klin. Woch.*, 1886, n° 25, et 1892, n° 44.
(4) R. Flatow. *Deuts. med. Woch.*, 14 janv. 1902.
(5) Eulenbourg. *Deuts. med. Woch.*, 1887,
(6) Heymann. *Arch. f. Laryngol.*, 1902, Bd. V.

des membres supérieurs, légère parésie du voile du palais du côté gauche, léger ptosis et nystagmus du même côté, et troubles des réflexes oculaires. « On a été très sceptique, dit Remak, sur la nature saturnine de cette paralysie, et moi-même je partage ce scepticisme. » De plus il ne s'agissait pas d'une paralysie uniquement localisée au domaine de l'hypoglosse.

γ. *Territoire du facial.* — Les paralysies saturnines du nerf facial intéressent surtout ses branches buccales. Bury en 1893 a signalé une paralysie faciale double s'accompagnant de paralysie des membres supérieurs et inférieurs : cette observation ne donne d'ailleurs aucun renseignement sur les réactions électriques, la nature et la marche de l'affection. M. le professeur Debove (1) dans une de ses cliniques a montré de même un saturnin présentant, d'une part de la paralysie du membre supérieur et du nystagmus, d'autre part une atrophie légère de la partie inférieure de la face avec parésie du muscle orbiculaire des lèvres, signes s'accompagnant de la réaction de dégénérescence. Il faut rapprocher de ces cas celui de Janowski dans lequel il y avait en plus rétrécissement de la pupille droite et diminution du réflexe à la lumière pour le même œil.

δ. *Territoire du nerf optique.* — Hirchberg, Schrœder, Wadsworth, Elschnig et d'autres auteurs ont signalé des cas de névrite optique au cours de la paralysie saturnine, mais s'accompagnant le plus souvent d'encéphalopathie saturnine et coïncidant fréquemment avec de l'albuminurie. Dans une autopsie on a trouvé de la décoloration du nerf (Pal).

ε. *Territoire des nerfs moteurs de l'œil.* — Elschnig a décrit 76 cas de paralysies des nerfs moteurs de l'œil, aussi souvent unilatérales que bilatérales, mais ces cas ne sont pas démonstratifs (Remak); dans un cas de Buzzaco, par exemple, on peut se demander s'il ne s'agissait pas de syphilis. Déjà notées par Renaut (1875), Galezowski (1877), Mme Déjerine-Klumpke, Mannaberg, Libenfeld, Lagrange (2), qui donne une observation décisive de paralysie double des droits externes, ces paralysies ont été bien étudiées dernièrement par MM. Aurand et G. Burnat (3).

Elles débutent, soit avec l'allure d'une névrite périphérique localisée sur l'œil chez des individus paralysés des membres, soit en dehors de toute autre manifestation paralytique, soit encore à l'occasion d'une lésion centrale dans un cortège de phénomènes graves en rapport avec l'étendue de cette lésion. Il y a donc deux classes de ces paralysies.

1° Les paralysies d'origine centrale, associées à des vertiges, de la céphalalgie, des vomissements, et aboutissant à une mort rapide.

2° Les paralysies d'origine périphérique, plus fréquentes, moins rapides et moins fatales, pouvant guérir par un traitement approprié; elles s'accompagnent de ptosis, de strabisme, de diplopie. Tous les muscles peuvent être atteints indifféremment. Si l'oculo-moteur commun est pris il le sera dans sa totalité, dans sa musculature interne et externe, ou bien dans l'une de ses branches seulement. Nous avons déjà vu que M. Debove signalait le nystagmus comme un accident possible du saturnisme.

θ. Enfin, sous le titre de polynévrite cérébrale saturnine, Pal, Mannaberg (4) et Chvosteck ont cité quelques cas de paralysie multiple localisée aux différents nerfs craniens : optique, oculo-moteur commun, oculo-moteur externe, trijumeau et facial. Mais ces cas sont discutables parce qu'ils s'accompagnent de céphalalgie, de courbature, de vertiges, de raideur de nuque et de troubles sensoriels; de plus, à l'autopsie Chvosteck a constaté de la sclérose cérébrale accompagnant la dégénération des nerfs et d'une partie la moelle dorsale.

(1) Debove. *Clinique de l'hôpital Beaujon*, janv. 1902.

(2) Lagrange. Paralysie saturnine des droits externes, Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux, 18 oct. 1901.

(3) Aurand et G. Burnat. Paralysies oculaires d'origine toxique, *Écho méd. de Lyon*, 15 juin 1902.

(4) Mannaberg. Soc. império-royale des méd. de Vienne, 1897.

b. Parmi les formes atypiques citons, à côté des névrites toxiques des nerfs craniens, les paralysies saturnines localisées dans les muscles d'un côté du corps (*paralysies hémiplégiques*), dont nous avons déjà parlé, dues probablement à la prédominance d'action de ces muscles (Manouvrier (1), Remak (2), Möbius (3), Moritz Meyer (4), Bernhardt (5), Renaut, Lereboullet (6). Citons aussi un cas, publié par Blumenau (7), de sclérose combinée d'origine nettement plombique, dans laquelle il y eut ataxie des membres inférieurs avec diminution oscillante de la sensiblité, abolition des réflexes cutanés, exagération des réflexes patellaires, atrophie du nerf optique, puis atrophie du membre supérieur avec ataxie.

B. Formes suivant l'âge. Paralysie saturnine de l'enfant. — Il est logique de penser que la paralysie saturnine puisse exister à la naissance puisque, dans certains cas d'hérédité, le saturnisme existe à ce moment. Successivement Constantin Paul (1861), Arlidge (1865), Legrand et Winter, Porak (1894), Daniel Balland (1896) ont montré cliniquement et anatomiquement le saturnisme héréditaire chez le fœtus et le nouveau-né dû, suivant Ganyaire (8), à la filtration du plomb au niveau d'un placenta très vascularisé et présentant des lésions saturnines (Charrin et Duclert, 1894); la mort survient rapidement en général, et l'enfant présente souvent des convulsions. Mais jusqu'ici on n'a constaté qu'un cas de paralysie saturnine héréditaire, c'est celui d'Anker, qui est d'ailleurs très discuté.

Chez l'enfant, comme d'ailleurs chez les animaux (Stieglitz), la paralysie saturnine présente ce caractère particulier de siéger le plus souvent au membre inférieur; le *type péronier* est ici le plus fréquent; il est généralement secondaire à une paralysie moins accentuée et moins durable des membres supérieurs, à type antibrachial [Keating, Sinclair, White, Putnam, Variot (9), Dufour-Labastide (10)]. Un autre signe chez l'enfant est la *rareté de l'atrophie* et de la réaction de dégénérescence. Le pronostic est bénin, la marche semblable à celle de l'adulte.

VII

Evolution. — 1° Nous avons vu que la marche est habituellement subaiguë : la paralysie guérit en général en quelques semaines sans atrophie et reste limitée au type antibrachial, lorsque les malades cessent leur métier. La curabilité est encore plus grande dans le type inférieur.

2° Lorsque l'atrophie des muscles de la main a fait son apparition, elle ne guérit pas complètement, mais il se fait peu à peu une amélioration plus ou moins grande; ce sont les cas où la marche prend un caractère *chronique* et s'accompagne d'atrophie musculaire; alors apparaissent les troubles sensitifs, la tumeur dorsale du poignet et les troubles trophiques signalés plus haut. Cette atrophie peut même donner lieu à des déformations vicieuses, dues à des rétractions aponévrotiques et non à une contracture des muscles antagonistes; la guérison complète devient difficile, mais la paralysie est cependant rarement définitive. Cet état

(1) Manouvrier. Th. de Paris, 1874.

(2) É. Remak. *Arch. f. Psych.*, VI, p. 1, et IX, p. 510.

(3) Möbius. *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1886, p. 6.

(4) M. Meyer. *Arch. f. Psych.*, V, p. 298.

(5) Bernhardt. *Neurol. Centralbl.*, 1887, p. 21.

(6) Lereboullet. *Revue neurol.*, 1899.

(7) L. Blumenau. *Moniteur* (russe) *neurol.*, 1900, t. VIII, fasc. IV, p. 52-63.

(8) Ganyaire. Th. de Paris, 1900.

(9) Variot. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1211.

(10) Dufour-Labastide. Th. de Paris, 1902.

chronique est dû, soit à la persistance de l'intoxication causale, soit à l'action simultanée du poison sur le nerf et le corps de la cellule, soit au passage à la phase poliomyélitique (Perrin (1) : la cellule est alors altérée dans son trophoplasma, il n'y a plus de régénération possible ni pour la portion centrale du neurone, ni par suite pour ses prolongements.

3° Parfois il s'agit de formes généralisées d'emblée. Le pronostic en est rarement grave; lorsqu'elles ne donnent pas d'accidents mortels, exceptionnels d'ailleurs, dus à l'atteinte du pneumogastrique, à une affection intercurrente, ou à la cause même de la polynévrite, elles guérissent très vite.

4° Souvent enfin le malade recommence son métier avant la guérison complète, la paralysie récidive et s'aggrave (Tanquerel des Planches). Mais ces *récidives* peuvent se montrer chez des sujets ayant absolument abandonné le plomb. Tanquerel des Planches cite ainsi une récidive après neuf ans chez un peintre en bâtiment. De même Bernhardt (2) rapporte deux observations très nettes de peintres qui, ayant travaillé en dehors de toute nouvelle intoxication, mais avec les mêmes muscles lésés auparavant, représentèrent plus tard des coliques et de la paralysie. Cet auteur admet qu'il se fait dans ces cas une sorte d'emmagasinement du plomb dans l'organisme. Leichenstritt cite de même une récidive vingt ans après, chez un ancien saturnin et admet la même théorie de l'emmagasinement, avec décharges successives, le plomb devenant brusquement virulent et passant de nouveau dans la circulation pour des raisons encore inconnues; on retrouve d'ailleurs des faits analogues dans les paralysies syphilitiques et tuberculeuses. Vissering, Westphal, Goldflam, Th. Oliver (3) sont de la même opinion que Bernhardt. Mary Sherwood (4) a remarqué que, dans les récidives ce sont les muscles primitive-atteints qui sont repris.

VIII

Diagnostic. — 1° Le diagnostic de la paralysie saturnine est facile lorsqu'on se trouve devant un type antibrachial bilatéral, dont les signes sont presque pathognomoniques, surtout lorsqu'ils sont appuyés sur la constatation de tares saturnines. Il sera plus difficile s'il s'agit d'une paralysie survenant à l'occasion d'une intoxication extraprofessionnelle, surtout lorsqu'elle est précoce, précède la cachexie saturnine et présente des localisations anormales. Il sera encore plus délicat dans les cas d'intoxication combinée, et si, sur une paralysie atypique, viennent se greffer des signes d'alcoolisme chronique; c'est alors qu'il faut rechercher avec soin les signes principaux de l'empoisonnement par le plomb, entre autres les coliques, l'encéphalopathie, la goutte saturnine, l'asthme, l'épilepsie, la néphrite, le liséré gingival qui est inconstant et n'est pas caractéristique, et surtout l'anémie. On pourra même, dans les cas douteux, faire l'examen du sang : Behrend et Grawitz, Hamel (5), Sabrazès, Bourret et Léger (6) ont montré que, dans le saturnisme chronique, les globules rouges présentent, sans altération figurée du sang concomitante, du moins au début, des granulations basophiles, dues à l'action élective du plomb sur le plasma globulaire; plus tard les hématies anucléées disparaissent, et l'on trouve des formes jeunes et des éléments polychromatophiles, l'organisme ne pouvant plus élaborer des éléments adultes.

2° Le diagnostic différentiel variera suivant les formes.

a. Devant un *type antibrachical* on se demandera tout d'abord s'il s'agit bien d'une paralysie radiale; on ne la confondra pas avec une *contracture hystérique des fléchisseurs* dans laquelle les mouvements passifs sont impossibles, et qui s'accompagne d'une anesthésie typique; on reconnaîtra de même facilement une *rétraction cicatricielle* ou une sclérodermie; l'atrophie précédant la paralysie et le début par l'éminence thénar feront éliminer l'*atrophie musculaire progressive* qui ne présente d'ailleurs qu'exceptionnellement la localisation aux extenseurs (Mme Déjerine-Klumpke). La paralysie radiale étant reconnue, on s'assurera qu'elle est bien périphérique. La *paralysie des extenseurs d'origine cérébrale* (M. Raynaud) se reconnaît à ce fait que la paralysie dépasse toujours la sphère des extenseurs, qu'il y a conservation ou exagération des réflexes, qu'il y a absence de troubles trophiques, que les réactions électriques sont normales, que l'épilepsie partielle et les contractures sont fréquentes, enfin qu'il y a le plus souvent des signes cérébraux concomitants. *La paralysie spinale de l'enfance et de l'adulte*, rarement localisée au radial, survient chez l'enfant et a un début soudain, fébrile; avant de se localiser aux extenseurs, elle présente une période de généralisation puis de régression des phénomènes paralytiques. Enfin la *paralysi des tabétiques* présente comme signes distinctifs la conserva tion de la contractilité électrique, l'absence de troubles de la sensibilité, l'intégrité fréquente du biceps et de l'adducteur du pouce, la guérison rapide et les autres signes du tabes.

Devant une paralysie radiale périphérique ainsi établie, on diagnostiquera son caractère saturnin en éliminant successivement la paralysie par compression et les névrites alcoolique, oxycarbonnée ou infectieuse.

La paralysie par compression ou cal est unilatérale, mais nous avons vu que la paralysie saturnine peut présenter ce caractère. Son début est brusque. La contraction électrique reste intacte pendant une longue durée. L'absence d'atrophie n'est pas un moyen de diagnostic absolu, puisque Vulpian et Déjerine l'ont constatée dans quelques cas de paralysie traumatique. Le principal signe distinctif est la participation du long supinateur, de l'anconé et du long abductteur du pouce, au processus paralytique; mais lorsque le nerf radial est atteint au-dessous du point où se détache le rameau du long supinateur, soit dans le cas de fracture mal consolidée du col du radius, soit à la suite d'une injection d'éther, le long supinateur est respecté et la branche profonde du nerf est particulièrement intéressée [Arnozan, Lyon (1)]; si, en même temps, il y a atrophie et réaction de dégénérescence, le diagnostic ne pourra plus se faire que par l'unilatéralité de la paralysie traumatique et la recherche des antécédents.

La paralysie alcoolique (Lancereaux, Œttinger, Dreschfeld, Thomsen, Lyon) affecte rarement la localisation antibrachiale. Le diagnostic sera difficile s'il n'y a pas coexistence de paralysie du membre inférieur; il se fera par la présence de troubles de la sensibilité marqués et la notion des antécédents.

La paralysie oxycarbonnée à type antibrachial, plus rare encore (Rendu) se reconnaîtra à ses signes particuliers et par l'interrogatoire du malade. Quant à la *paralysie des névrites infectieuses*, elle est exceptionnellement localisée.

b. *Le type Duchenne-Erb* se retrouvant dans les affections d'origine médullaire, périphérique ou myopathique, son diagnostic sera très important. On ne le confondra pas avec

(1) Perrin. *Revue méd. de l'Est*, oct. 1902.

(2) Bernhardt (de Berlin). Ueber die ohne erneute intoxication recidivirenden, *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1891, p. 312, 1 lift 200.

(3) Th. Oliver. Lead poisoning in its acute and chronic manifestations, *The Lancet*, 14 mars 1891.

(4) M. Sherwood. Th. de la policlin. de Eichorst.

(5) Hamel. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 1900, 357-377.

(6) Sabrazès, Bourret et Leger. *Journ. de physiol. et pathol. gén*, 1900, p. 941. — Soc. linnéenne de Bordeaux, mai 1900

(1) Lyon. *Gaz. des hôpit.*, loc. cit.

l'atrophie progressive myélopathique du type scapulo-huméral de Vulpian, ni avec les *myopathies du type facio-scapulo-huméral de Landouzy-Déjerine, et la forme juvénile d'Erb*. Celle-ci débute dans l'enfance et présente le plus souvent un caractère familial; ce n'est pas une paralysie vraie, mais une impotence fonctionnelle proportionnelle à l'atrophie qui précède toujours la paralysie; les muscles sont amaigris et non dégénérés, la contractilité électrique y est conservée et ne présente que des modifications quantitatives; il n'y a pas de troubles sensitifs. Enfin la marche de cette myopathie est lente mais progressive. Les *paralysies radiculaires supérieures du plexus brachial* à type Duchenne-Erb se différencieront par ce fait qu'accessoirement les muscles de l'épaule sont pris; de plus, il y a souvent dans ces cas des troubles oculo-pupillaires. Exceptionnellement, enfin, le diagnostic sera à faire, par les signes que nous avons déjà vus, avec la paralysie des tabétiques, et celle de la syringomyélie. Dans tous ces cas, d'ailleurs, on se rappellera que la paralysie saturnine à type brachial succède généralement au type antibrachial.

c. *Le type Aran-Duchenne* peut être également d'origine périphérique, myopathique ou médullaire. Parmi les affections médullaires, la *paralysie spinale de l'enfant et de l'adulte*, qui peut être exactement limitée à cette localisation (Sahli, Prévost et David) présentera comme signes distinctifs les contractions fibrillaires, l'évolution lente et progressive sans réaction de dégénérescence, et la notion d'une maladie infectieuse antérieure. En faveur de la *syringomyélie*, on constatera la scoliose et la sensibilité dissociée qui peut d'ailleurs manquer; la main succulente peut d'autre part se rencontrer dans la paralysie saturnine : ce n'est donc pas un signe spécial à la syringomyélie [Raymond (1)]. On ne confondra pas non plus le type Aran-Duchenne saturnin avec les paralysies analogues de la *sclérose en plaque* et de la *sclérose latérale amyotrophique*, affections qui précèdent des signes bien particuliers. La *myélite transverse supérieure* présente des altérations bulbaires. La *compression de la moelle et des racines cervicales* peut produire un type analogue mais accompagné de névralgies intenses et de troubles de la sensibilité qui établiront le diagnostic. L'*atrophie musculaire progressive* peut affecter le type Aran-Duchenne, mais ici encore, la paralysie est secondaire à l'atrophie. Parmi les affections d'origine périphérique, les *paralysies radiculaires inférieures ou totales du plexus brachial* présentent, accompagnant la paralysie periphérique, des troubles oculo-pupillaires (myosis et rétrécissement de la fente palpébrale, par suite de la paralysie du muscle de Müller, petitesse et rétraction du globe oculaire). Les *paralysies traumatiques* des branches terminales du plexus brachial, et surtout du cubital et du médian, se reconnaîtront par la recherche de leur cause. Les autres paralysies toxiques affectant le type Aran-Duchenne sont rares. Il en est de même pour les paralysies infectieuses, quoique Nothnagel, Bernhardt, Pitres et Vaillard aient cité la névrite du cubital dans la fièvre typhoïde. Plus exceptionnelles encore sont les *paralysies syphilitiques et lépreuses*; la névrite lépreuse affecte quelquefois le type Aran-Duchenne [Raymond (2)], mais elle se différencie par les troubles de la sensibilité, les indurations superficielles des nerfs, l'anesthésie et des éruptions diverses sur le corps.

La myopathie du type facio-scapulo-huméral peut donner un syndrome semblable à la période de généralisation, mais le début dans la deuxième enfance et par la face, la diminution de la contractilité électrique en quantité seulement, l'intégrité très longue des réflexes tendineux éviteront facilement une erreur. Enfin la *maladie de Morvan* se reconnaîtra à l'existence des panaris multiple et de troubles trophiques, tels que chute des ongles, pemphigus, ainsi qu'à l'analgésie totale du bras et de l'avant-bras.

(1) Raymond. *Cliniques*, 1900, t. IV, p. 312.
(2) Raymond. Loc. cit.

d. *Type inférieur*. — Le type inférieur sera en général plus difficile à diagnostiquer. On ne le confondra pas tout d'abord avec la *paralysie infantile* dont le début, chez un enfant de deux à trois ans, est marqué par une fièvre violente, avec la *paralysie sipnale antérieure de l'adulte* qui présente des troubles des réservoirs, et de l'exagération des réflexes, avec la *paralysie alcoolique*, dans laquelle le jambier antérieur est pris; le malade steppe et les troubles de la sensibilité sont très marqués; le diagnostic sera cependant hésitant dans les cas mixtes dont nous avons déjà parlé. On éliminera facilement les *paralysies* survenant dans la convalescence des *maladies infectieuses*, et celles qui accompagnent la *myélite transverse*. La *paralysie d'Erb*, survenant au courant de la myélite syphilitique se caractérise par l'exagération des réflexes, l'existence fréquente de contractures et la paralysie des réservoirs. L'*atrophie Charcot-Marie* débute le plus souvent à la puberté, mais peut se rencontrer à trente ou quarante ans : lorsque, dans quelques cas rares, elle ne présente pas le caractère familial ou héréditaire, le diagnostic ne pourra se faire que par la réaction de dégénérescence. De même, on ne confondra pas le *type interosseux* décrit par Köster avec l'atrophie musculaire progressive (1) : dans celle ci, les muscles interosseux sont pris après le territoire des nerfs péronier et tibial; la réaction électrique est particulière, et ce n'est qu'après des années que la main et l'avant-bras sont pris. De plus, nous avons vu qu'en général, dans le type de Köster, et d'ailleurs le type inférieur, les réflexes patellaires sont exagérés : dans l'atrophie musculaire progressive, au contraire, ils sont abolis; enfin, les troubles de la sensibilité dus, dans le type interosseux, à une subluxation des orteils, n'ont pas pour origine une lésion dégénérative comme dans la myopathie. Les antécédents saturnins lèveront d'ailleurs tous les doutes, surtout au début, où le diagnostic est difficile. Il sera facile de distinguer le type péronier de la *poliomyélite antérieure chronique*, qui présente une marche beaucoup plus rapide.

e. *Paralysies généralisées*. — On ne confondra pas les paralysies généralisées avec la *paralysie spinale antérieure subaiguë* de Duchenne. Ce ne serait d'ailleurs qu'un syndrome clinique relevant de causes multiples, ainsi d'ailleurs que la *paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry* (Mme Dejerine-Klumpke). Au début, les formes suraiguës des paralysies généralisées peuvent affecter la brusquerie et la rapidité d'évolution de la maladie de Landry, le processus s'étant étendu à tout le corps en quarante-huit heures quelquefois; la différenciation devient alors impossible; aussi des observations précises ont montré que souvent la maladie de Landry n'était pas autre chose que la manifestation d'une polynévrite (Pitres et Vaillard, Eichorst, Vierordt, Strumpell). On tend donc à reconnaître aujourd'hui que la paralysie ascendante aiguë est, non pas une entité morbide, mais un syndrome qui peut être réalisé par des lésions localisées, tantôt sur les cornes antérieures, tantôt à la fois sur les nerfs et les cellules motrices, ayant cependant comme caractère commun une évolution suraiguë et fatale.

Le diagnostic entre la forme aiguë et la *poliomyélite antérieure* est souvent difficile : ces deux affections peuvent en effet occuper le même territoire et présenter les mêmes signes (2). Toutefois dans la névrite le début est moins violent, le développement ne se fait pas en deux ou trois jours, quelquefois moins, comme dans la poliomyélite, l'évolution est plus lente, plus traînante, les quatre membres ne sont jamais pris ensemble, comme cela arrive quelquefois dans

(1) Koster. Loc. cit.
(2) Brissaud et P. Londe. *Revue de neurol.*, 1901, p. 1018.

la poliomyélite, il y a absence plus souvent de contractions fibrillaires, les nerfs sont douloureux à la pression et les troubles sensitifs sont nets, la contractilité de chaque muscle en particulier est abolie en bloc, enfin l'atrophie n'est pas définitive tandis que dans la poliomyélite elle persiste dans certains territoires aux dépens de certains autres. D'ailleurs ce sont toutes deux des affections du neurone moteur périphérique.

IX

Pronostic. — La paralysie saturnine, étant la preuve le plus souvent d'une intoxication profonde et d'une prédisposition nerveuse, constitue une tare pour l'individu et ses descendants : il faudra donc faire des réserves pour l'avenir et chercher à améliorer le terrain après avoir guéri la paralysie. Nous avons vu que la guérison était la terminaison normale, mais elle sera plus ou moins rapide. On basera son pronostic sur l'état de la contractilité électrique : si celle-ci persiste, même à un faible degré, on peut espérer la guérison à bref délai ; si elle disparaît complètement, il faudra plusieurs mois pour que la « restitutio ad integrum » soit complète. Cet état de la contractilité électrique sera précieux aussi pour assurer un diagnostic hésitant soit avec une atrophie musculaire d'origine fonctionnelle ou articulaire, soit avec l'hystérie, soit avec les affections citées plus haut. Pierre Régnier (1) fait remarquer que même la réaction de dégénérescence complète n'est pas d'un pronostic désespéré ; les cylindres-axes incapables de transformer l'excitation électrique en onde nerveuse, peuvent en effet dans certains cas transmettre encore l'onde nerveuse partie de leur cellule d'origine ; on pourrait donc, d'après cet auteur, chercher une autre réaction dite « réaction de résistance » existant lorsque la réaction de dégénérescense est incertaine, et reposant sur ce fait que l'influx nerveux volontaire est d'autant plus diminué que la fibre est lésée. En demandant au muscle un minimum de travail et au cerveau un maximum d'énergie, on mesurera cette réaction en raison du déficit absorbé par le muscle altéré opposé à l'onde nerveuse. Nous n'insisterons pas sur le procédé qu'emploie l'auteur pour réaliser ces conditions : disons simplement qu'il serait possible d'obtenir une contraction de résistance volontaire ou réflexe dans plus de la moitié des muscles frappés de la réaction de dégénérescence ; cette réaction de résistance semble donc pouvoir renseigner dans certains cas au point de vue du pronostic.

X

Traitement. — 1° Le traitement de la paralysie saturnine consistera d'abord à soigner la cause, c'est-à-dire à éliminer le poison soit par des purgatifs, soit par des diurétiques, du lait, de l'iodure de potasssium, du soufre. On donnera de plus des toniques et des reconstituants pour combattre la cachexie.

2° On fera en même temps le traitement local c'est-à-dire l'application de l'électricité, qu'on emploie sous forme de courants continus, de courants interrompus ou d'électricité statique.

En Allemagne on se sert surtout de l'électricité galvanique. Erb conseille de placer les électrodes sur le sternum et la région cervicale, de faire passer le courant ainsi pendant quelques minutes, puis de le renverser. Pour cet auteur on doit faire précéder de cette méthode préalable, l'électrisation locale du membre paralysé qu'on fera en appliquant toujours un électrode sur la région cervicale.

En France on emploie le courant d'induction, aussi intense que possible, chaque séance durant dix minutes environ et se renouvelant tous les deux jours.

(1) P. Regnier (de Bordeaux). *Semaine méd.*, 5 mars 1902.

On peut aussi employer l'électricité statique (Vigouroux). Semmola (1) conseille les courants continus de grande intensité (100 à 150 milliampères) non comme méthode locale, mais comme moyen de guérison générale, les courants appliqués successivement sur tous les points du corps favorisant, d'après ses recherches, l'élimination du plomb contenu dans l'organisme. Gibney (2) d'autre part recommande, lorsque dans le type antibrachial le poignet tombe, l'hyperextension mécanique de celui-ci continuée pendant des mois.

A l'électricité, on pourra combiner pendant la période de réparation, le massage, la rééducation des organes lésés, les bains de vapeur, les bains et les douches sulfureuses. Quant à la strychnine, elle est depuis longtemps abandonnée.

2° Paralysie hystéro-saturnine

I

Historique. — Les paralysies hystériques des saturnins sont de connaissance récente, mais on en retrouve dans les vieux auteurs des observations méconnues quoique très nettes. Strack [de Mayence (3)] cite le cas d'un prêtre qui, après une colique saturnine, eut une paraplégie avec hémianesthésie totale. Tanquerel des Planches et Duchenne ne semblent pas avoir soupçonné la nature hystérique de certaines paralysies : tout au plus Duchenne signale-t il l'atrophie minime ou l'absence d'atrophie. Plus tard les cliniciens constatèrent bien chez les saturnins les troubles de la sensibilité et même les troubles sensoriels, mais ils s'ingénièrent à les différencier de l'hystérie, et à les ranger dans le domaine du saturnisme. Brochin (4), en faisant l'autopsie d'un de ces cas, ne trouvait pour toute lésion qu'une anémie très prononcée des centres nerveux. En 1878 Petit (5) commence à poser la notion de l'hystérie symptomatique dans l'intoxication plombique. M. Debove, la même année, cite le cas d'une hémianesthésie saturnine guérie par l'aimant, Mais il faut arriver à MM. Charcot (6) et Potain (7) pour voir la nature hystérique de certaines paralysies saturnines définitivement établie. MM. Hischmann (8) et Guinon (9) ont confirmé ces observations. Citons aussi les travaux plus récents de MM. Charcot et Debove (10), Brissaud et Lamy (11), Josserand (12), etc.

II

Étiologie et pathogénie. — La paralysie hystéro-saturnine survient chez des névropathes héréditaires présentant des tares saturnines. MM. Charcot, Potain et Letulle admettent que l'intoxication plombique n'est qu'une cause tout à fait occasionnelle pouvant même réveiller une hystérie antérieure [Dutil (13)]. Il s'agit, en somme, de l'hystérie toxique dont le domaine tend à remplacer celui de l'hystérie pure. Sous l'influence du poison, il y a meïopragie fonctionnelle des nerfs, du membre supérieur principalement, et chez un nerveux les symptômes hystériques apparaissent dans cette zone.

(1) Semmola. Acad. de méd., 8 nov. 1892.
(2) Gibney. *New-York med. Rec.*, 2 nov. 1889.
(3) Strack (de Mayence). *Journ. de méd.*, 1765.
(4) Brochin. *Gaz. des hôpit.*, 1875, p. 186.
(5) Petit. Th. de Paris, 1878.
(6) Charcot. *Bull. méd.*, 1887, n° 25.
(7) Potain. *Bull. méd.*, 1887, n° 34.
(8) Hischmann. Th. de Paris, 1888.
(9) Guinon. Th. de Paris, 1889.
(10) Charcot et Debove. *Arch. de méd.*, 1891.
(11) Brissaud et Lamy. *Arch. gén. de méd.*, août 1891.
(12) Josserand. Soc. des sc. méd. de Lyon, 20 nov. 1901; — *Lyon méd.*, 22 déc. 1901.
(13) Dutil. *Gaz. méd. de Paris*, 31 déc. 1887.

III

Symptômes. — 1° L'hystérie saturnine *débute* brusquement, d'une façon apoplectiforme (Debove et Achard); plus rarement elle s'installe lentement, insidieusement, sans que le malade s'aperçoive de son hémianesthésie.

2° La paralysie confirmée est d'habitude généralisée à tout un côté du corps, et il est rare de la voir limitée à un segment de membre (Marie, Déjerine).

Le type antibrachial est caractérisé par les signes distinctifs suivants: l'*unilatéralité*, la *participation du long supinateur* qui ne présente plus la corde de résistance (Potain, Josserand). En plaçant la main en extension forcée, la poignée de main n'en devient pas plus vigoureuse, à l'inverse des paralysies radiales ordinaires, par suite de la *parésie des fléchisseurs*; le nerf médian est intéressé. De même la *parésie des interosseux* montre que le cubital est touché: en mettant la première phalange en extension, les deux autres phalanges ne s'étendent pas d'elles-mêmes. On constate aussi l'impotence de l'adducteur du pouce. Un autre signe très important est l'*absence de réaction de dégénérescence et d'atrophie musculaire*; mais l'existence d'atrophie musculaire ne doit pas faire rejeter le diagnostic d'hystérie, puisque les troubles trophiques les plus variés peuvent se montrer dans la névrose et que l'atrophie musculaire peut y être très marquée (Charcot, Brissaud et Lamy). La paralysie est le plus souvent flasque; on a signalé cependant quelques cas avec contracture (Gaucher, Letulle). Les réflexes sont normaux.

Mais ce qui caractérise surtout l'affection c'est le peu d'importance des troubles moteurs, la parésie étant le plus souvent peu marquée par rapport aux *troubles sensitifs* qui tout au contraire occupent le premier plan. « A côté de la paralysie du mouvement il y a les paralysies du sentiment » (Potain). Celles-ci sont variables. Ou bien elles consistent, dans le type radial, en une anesthésie en manchette quelquefois profonde et s'accompagnant de la perte de notion du membre, généralisée aux trois modes et se terminant supérieurement par une ligne circulaire qui occupe tout d'abord le pli du coude et descend ensuite à la moitié de l'avant-bras (Josserand). Ou bien l'anesthésie est limitée au territoire paralysé: peut-être dans ce cas le contact avec le plomb a-t-il une influence. Ou bien enfin c'est une anesthésie absolue de la peau et des muqueuses du côté paralysé. Cette anesthésie s'accompagne d'ischémie de la peau qu'on peut traverser d'une épingle sans qu'elle saigne (Josserand). Le sens musculaire est conservé. On n'observe pas de douleurs. Pour Engel les troubles de la sensibilité chez les saturnins ne seraient pas tous d'origine hystérique; il faudrait aussi incriminer dans certains cas l'anémie et la contraction vasculaire des artérioles de la peau (théorie de Rosenstein et Hitzig).

3° A côté de ces signes particuliers, la paralysie s'accompagne des tares de l'hystérie. On trouve ici, comme ailleurs, des zones hystérogènes, des accès convulsifs, de l'aptitude à l'hypnose, des troubles sensoriels tels que le rétrécissement du champ visuel, la diminution du goût, de l'odorat, de l'acuité visuelle et auditive, etc., etc. Enfin on peut transporter la paralysie d'un côté à l'autre, et la guérir au moyen de l'aimant (Potain).

IV

Formes. — « A côté des paralysies hystériques limitées aux membres ou aux segments de membres, c'est-à-dire dans des régions artistiques, il existe des paralysies hystériques localisées au domaine des nerfs périphériques ou à des groupes fonctionnels de muscles, c'est-à-dire dans des régions anatomiques proprement dites » (Brissaud et Lamy).

M. Potain a cité un cas de paralysie hystérique des extenseurs. De même on a signalé l'hémiplégie faciale et on s'est demandé à cette occasion s'il ne s'agissait pas de l'hémispasme décrit par Charcot. C'est à propos de ces formes limitées que M. Letulle s'est demandé si plusieurs des variétés circonscrites que nous avons citées à propos de la paralysie organique ne pouvaient être attribuées dans certains cas à l'hystérie.

Signalons aussi dans ce chapitre l'hémitremblement à évolution irrégulière, observé par M. Letulle à l'occasion d'une paralysie saturnine.

V

Evolution. — La marche est progressive ou brusque suivant les cas; la paralysie peut guérir en quinze, vingt jours ou s'éterniser. Mais en général le pronostic est bénin et la guérison survient soit spontanément, soit à la suite de transferts.

VI

Diagnostic. — 1° Le diagnostic des paralysies hystéro-saturnines ne souffre en général aucune difficulté. Il peut être délicat cependant dans les cas localisés; l'unilatéralité, l'absence d'atrophie et de troubles électriques, enfin la notion de tares hystériques et d'antécédents névropathiques, quoique parfois difficiles à dépister, lèveront dans ces cas tous les doutes.

2° On ne confondra pas le type que nous venons d'étudier *avec une monoplégie d'origine corticale* dont il présente quelque fois le début apoplectiforme; l'étude de l'ictus et des réflexes ne permettra pas d'erreur. La *paralysie radiculaire supérieure*, dans laquelle le long supinateur est pris également, s'accompagnera d'impotence des muscles de l'épaule et du bras. La *paralysie radiculaire inferieure* n'atteint pas le long supinateur et présente des signes sympathiques. La *paralysie du plexus brachial au niveau de son intrication* peut s'accompagner d'anesthésie, mais celle-ci est disposée en bandelettes longitudinales et non limitée en haut par une ligne circulaire; de plus on trouve dans ce cas la réaction de dégénérescence. Enfin on pourrait à la rigueur confondre une paralysie hystéro-saturnine avec une *paralysie saturnine atypique*, mais il faudrait pour cela que celle-ci s'accompagne d'une quantité d'anomalies qu'il est bien difficile de rencontrer chez le même sujet; de plus l'existence de tares hystériques assurerait le diagnostic.

VII

Traitement. — Quant au traitement il sera celui de la paralysie saturnine et celui de l'hystérie.

LA RESPONSABILITÉ CIVILE

EN CAS DE COMMUNICATION DE LA SYPHILIS PAR RELATIONS SEXUELLES

Jusqu'ici la responsabilité civile en matière de syphilis semblait, avec la jurisprudence actuelle, limitée presque exclusivement à des cas de transmission de syphilis par des nourrissons hérédo-syphilitiques ou par l'intermédiaire d'instruments de travail.

Le tribunal civil de la Seine, dans un jugement récent, vient de décider qu'un individu se sachant atteint de la vérole et qui la communique par relations sexuelles est responsable civilement et il a condamné l'auteur à 12000 francs de dommages et intérêts vis-à-vis de la victime.

On peut rapprocher ce jugement de celui rendu par le tribunal civil de Compiègne le 25 avril 1894 (*Le Droit*, 14, 15 et 16 mai 1894), dans lequel le tribunal, après avoir prononcé le divorce accorda à la femme, qui avait été contaminée par son mari une pension de 4000 francs à titre de dommages et intérêts.

La rareté de pareils jugements pourrait surprendre au premier abord. Elle s'explique facilement, dit M. Thibierge, dans le remarquable ouvrage qu'il vient de publier (1), si on réfléchit à ce qu'est un procès au civil. « Il ne peut être engagé que sur citation directe, à la requête de la partie lésée; il faut donc que le sujet contaminé — ou son représentant légal s'il est en état de minorité ou d'incapacité légale — assigne le sujet contaminant ou son représentant légal, ce qui revient à dire que le demandeur déclare et offre de prouver qu'il est atteint de syphilis et demande à la justice de constater qu'il est syphilitique.

Le demandeur risque, si le tribunal lui donne tort, de ne pas obtenir la condamnation de son adversaire et les dommages intérêts qu'il réclame, mais ce qu'il est sûr de trouver dans le jugement, c'est un certificat authentique de syphilis, agrémenté de considérants appropriés, sans compter que la publicité de pareils débats, autorisée par la loi, assure la divulgation de sa maladie. »

PRATIQUE MÉDICALE

Les nombreux services rendus chaque jour par l'alimentation régulière des malades, et dans les cas graves par la suralimentation nous engagent à rappeler aux praticiens qu'ils possèdent dans la quassine un agent thérapeutique des plus remarquables. La dominante physiologie de l'action de la quassine, notamment de la quassine Frémint, est la régulation des sécrétions glandulaires gastro-intestinales; d'où résulte l'augmentation de l'appétit, la digestion plus complète des aliments ingérés, et surtout une expulsion régulière et normale des déchets de la nutrition. En somme une action stimulante et régulatrice des fonctions de la nutrition. Dans le diabète elle réveille les fonctions digestives et fait disparaître le dégoût que certains de ces malades éprouvent pour les aliments. Enfin on pourra la prescrire en même temps que la digitale, l'uva ursi, le bicarbonate de soude dont elle accentue l'action diurétique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 11 février 1903 : MM. de Martel, 12; Dubois, 11; Le Louet, 11, Chaix, 10; Morero, 9; de Gandt, 8; Moulu, 8; Amblard, 7; Gaudon, 5; Giraudet, 4.

Pathologie. — Séance du 12 février 1903 : MM. Rœderer, 13; Pilliet, 12; Blonluet, 10; Küss, 10; Leremboure, 8; Cottard (Eugène), 6.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin en chef de première classe de la marine Balbaud.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Gaillard, Tricard et Jourdan.

— M. le docteur Trabut (d'Alger) est nommé officier du Mérite agricole.

M. le docteur Schneider, médecin militaire, est nommé chevalier du Mérite agricole.

Guerre. — Par arrêté ministériel du 7 février, MM. Jauneau et Geniès ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire; et ont été désignés pour servir, savoir : le premier au 2e d'infanterie coloniale à Brest, et le second en Indo-Chine.

— Par arrêté ministériel en date du 10 février 1903, M. Lescure a été nommé dans le corps de santé des troupes coloniales à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire et a été désigné pour servir à Madagascar.

— Suivant décision du ministre de la Guerre du 7 février 1903, les officiers du corps de santé des troupes métropolitaines et coloniales sont autorisées à prendre part, librement et à leurs frais, au congrès colonial qui se réunira à Paris du 8 au 16 mars prochain et comprendra une section d'hygiène et de médecine coloniales.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la quatrième semaine 953 décès, au lieu de 970 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1056. L'état sanitaire reste donc assez favorable.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, chiffre inférieur à la moyenne (8); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 36, chiffre analogue à celui de la semaine précédente (35) et identique à la moyenne.

La rougeole a causé 6 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (10); la scarlatine comme la semaine précédente n'a causé que 1 décès (la moyenne est 3); la coqueluche a causé 2 décès, chiffre inférieur à la moyenne (7); la diphtérie a causée 10 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (4) et à la moyenne (9); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 143, au lieu de 94 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (83).

La variole, comme les trois semaines précédentes, n'a causé aucun décès; le nombre des cas nouveaux est de 21, au lieu de 6 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (28).

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an, au lieu de 27 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (26).

En outre, 28 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 184 décès, au lieu de 178 pendant la semaine précédente, et au lieu de 221, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 27 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 20 (au lieu de la moyenne 32); pneumonie, 44 (au lieu de la moyenne 52); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 93 (au lieu de la moyenne 117), dont 37 sont dus à la congestion pulmonaire et 40 à la broncho-pneumonie. En outre, 8 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 203 décès; la méningite tuberculeuse, 21; la méningite simple, 21; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 52; les maladies organiques du cœur, 67; le cancer a fait périr 59 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès; la cirrhose du foie, 13; la néphrite, 21; enfin, 34 vieillards sont morts de débilité sénile.

Uruguay. — Le gouvernement de l'Uruguay vient de publier les bases d'un concours de plans pour la construction d'une Faculté de médecine à Montevideo.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Godfrin, maire de Clermont-en-Argonne, et Schneider (de Liffol-le-Grand, près Neufchâteau).

URGENT. — *On demande un bon docteur pour une jolie commune. Le poste rapporte 10 à 15000 fr.* — Pour tous renseignements, s'adresser : G. Duboys, place de la Mairie, La Couronne (Charente).

(1) *Syphilis et déontologie,* par Georges Thibierge, un vol. in-8°, Paris 1903, Masson.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 23 AU 28 FÉVRIER 1903)

Examens de doctorat.

MERCREDI 25 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Legueu et Cunéo.

2e (1re série, *Salle Richet* : MM. Gautier, Rémy et Gley ; — (2e série) : MM. Richet, Retterer et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Charcot* : MM. Pinard, Reclus et Mauclaire; — M. Weiss, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Walther, — (2e partie) : MM. Landouzy, Roger et Widal; — M. Lepage, suppléant.

JEUDI 26 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, de Lapersonne, et Thiéry.

2e, *Salle Richet* : MM. Launois, Langlois et Richaud.

2e, *Salle Richet* : MM. Launois, Langlois et Richaud.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Broussais* : MM. Budin, Schwartz et Albarran ; — (2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Gilbert, Thiroloix et Guiart.

4e, *Salle Dubois* : MM. Pouchet, Chantemesse et Thoinot; — M. Rémy, suppléant.

VENDREDI 27 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Gosset et Cunéo.

2e, *Salle Richet* : MM. Gariel, Richet et Retterer.

3e (oral, 2e partie), *Salle Richet* : MM. Blanchard, Brissaud et Widal.

4e, *Salle Corvisart* : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Walther; — (2e série) : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire; — M. Besançon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 28 FÉVRIER, à une heure. — (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Chantemesse et Desgrez.

2e, *Salle Béclard* : MM. Launois, Langlois et Broca (André); — M. Vaquez, suppléant.

5e, 2e partie, *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, Achard et Thiroloix; — (2e série) : MM. Raymond, Renon et Dupré; — M. Jeanselme, suppléant.

3e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Guiart, suppléant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIe session de l'Association française d'urologie (Paris, 1902). Procès-verbaux, mémoires et discussions. 1 vol. in-8° de 750 p., avec 73 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Accouchements et maladies des femmes en couches, par MM GAULARD, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lille, et BUÉ, chef de clinique à la même Faculté, 1 vol. in-8° écu. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

Le traitement rénal des cardiopathies artérielles, par M. le docteur Paul BERGOUIGNAN, ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Evian, avec préface de M. le docteur H. HUCHARD, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° de 212 p. — Prix : 6 francs. — Paris, J. Rousset.

Le cancer du gros intestin, rectum excepté, par M. le docteur R. DE BOVIS, professeur à l'Ecole de médecine de Reims. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Cours de minéralogie biologique (3e série), par J. GAUBE (du Gers). 1 vol. in-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. CRINON, pharmacien de première classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*. 8e édit. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1903, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le docteur HUCHARD, médecin des hôpitaux. 15e édit. 1 vol. in-18 de 322 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La tuberculose, peste moderne, est une maladie contagieuse, évitable et guérisable, par les docteurs E. ALBERT-WEIL, chef du service d'électrothérapie de la Clinique chirurgicale infantile à l'hôpital Trousseau, à Paris, et G. SERSIRON, médecin consultant à la Bourboule, lauréat de l'Académie de médecine, secrétaire général de la Fédération des œuvres antituberculeuses; avec une préface du professeur LANDOUZY, de l'Académie de médecine. Conférence accompagnée de 48 vues en couleurs pour projections. — Prix : 3 francs. — Paris, Cornély, 101, rue de Vaugirard.

KYSTE HÉMATIQUE DES DEUX OVAIRES (1)

Par MM. les docteurs Bauby, agrégé, et Castan (de Toulouse).

III

Étiologie. — Pathogénie. — Le fait qui prime tout dans la constitution de la tumeur sanguine, c'est l'absence de rupture du follicule. On a invoqué pour l'expliquer les modifications scléreuses de l'ovaire; l'ovarite étant constante, le fait ne peut être contesté. La vésicule, dit Rollin, ne peut venir proéminer à la surface de l'ovaire et s'y ouvrir, elle reste centrale, devient le siège d'hémorragies; ainsi est constitué un petit kyste sanguin; puis un kyste vésiculaire s'ouvre dans son voisin et de ce fait augmente son volume; ainsi se constitue insensiblement le grand kyste sanguin. C'est là le mécanisme de l'hémorragie avant la ponte. Si elle survient après la ponte, elle se fait dans le corps jaune; elle est alors la conséquence de la rupture du follicule; pour devenir kystique elle a besoin de trouver un corps jaune cicatrisé ou en voie de cicatrisation; dans ce cas, la rupture vasculaire s'explique par ce fait que les petits vaisseaux, déchirés par la déchirure du follicule n'ont pas encore eu le temps de se cicatriser lorsque survient une nouvelle poussée congestive; mais comme l'épanchement se fait dans un tissu fibroïde, tissu de cicatrice peu extensible, il est vite arrêté, d'où cette conséquence que les hémorragies lutéaires sont toujours de petit volume et sans tendance à l'extension.

Revenons à l'hémorragie avant la ponte. Ici, au contraire, la membrane d'enveloppe, celle de l'ovaire, est éminemment élastique; elle va permettre, par réunion de plusieurs vésicules, l'accroissement indéfini de la cavité. Point n'est besoin d'ailleurs que la vésicule soit centrale, comme le dit Rollin. En fait on constate le plus souvent des follicules kystiques à la surface de l'ovaire et ils ne se rompent pas. C'est que l'ovarite primitive a consolidé, par épaississement de la couche ovigène, leur face péritonéale. Puis les cloisons interfolliculaires étant rompues, l'épanchement rencontre certaines parties du stroma, en détruit quelques-unes, est fortifié par d'autres, que si le processus s'étend, les poussées de pelvi-péritonite consécutive augmentant la résistance de la coque enveloppante, l'entourent d'adhérences, peu à peu est ainsi constituée, par refoulement du stroma et addition d'adhérences cette paroi fibreuse des grands kystes.

Telle est l'évolution; d'où vient le primum movens, la cause de l'hémorragie? Elle réside avant tout dans la cause même de l'ovarite, c'est-à-dire l'infection, c'est elle qui oppose à la ponte un obstacle insurmontable, d'où réaction de la part de la vésicule et inflammation plus violente; comme conséquence, la barrière fibreuse périovarienne s'étend, la gêne circulatoire est d'autant accrue et étouffe à son tour les riches lacis veineux qui traversent le pédicule ovarien, il y a dès lors une forte congestion avec raptus hémorragiques diffus, enfin le stroma participe lui-même à l'inflammation; le grand kyste sanguin est constitué. En résumé : infection génitale et inflammation périovarique, petits kystes avec réaction inflammatoire surajoutée, grand kyste. La congestion primitive provoque l'hémorragie, qui à son tour favorise la congestion. Mais cette hémorragie ne peut-elle survenir du fait d'une infection de cause générale? A côté de l'infection par l'arbre génital ne peut-on admettre une par voie sanguine? Sans nul doute, pour l'ovaire comme pour le rein, les deux voies sont parfaitement admissibles. En fait il y a des observations de kystes hématiques chez des vierges et même chez des petites filles; bien que l'infection génitale soit possible dans cette catégorie de malades, il ne faudrait pas la mettre en cause, d'autant que les cas nombreux de métrite virginale doivent actuellement relever d'une autre interprétation et que le terme métrite est le plus souvent inexact pour les désigner. Dans ces conditions, peut-être aussi chez certaines femmes ne présentant aucun antécédent génital, avec des trompes absolument saines, on peut rendre à l'infection sanguine la place qui lui est due; dès lors entrent en ligne les maladies générales, dont Robin avait déjà compris l'importance dans la pathogénie des hémorragies vésiculaires, ce sont les grandes fièvres ou les états pathologiques hémorragipares, fièvre typhoïde, variole, rougeole, pneumonie, purpura, scorbut, méningite cérébro-spinale, brûlures étendues, insolations, empoisonnement par le tartre stibié, le phosphore, cirrhose du foie dans un cas de Robin, etc. On pourrait sans nul doute faire entrer dans cette catégorie toute la série des vierges dont les règles sont irrégulières ou abondantes, qui ont des métrorragies, des pertes blanches, des douleurs dans le ventre, les reins, le dos; celles en un mot que nous avons mentionnées tout à l'heure. L'arbre génital est, dans ces cas, plus exposé que jamais aux congestions violentes, sans qu'il y ait lésion ou infection de la muqueuse utérine; ce sont ces malades dans les antécédents desquelles on relève souvent un des états pathologiques sus-mentionnés et une constipation opiniâtres dont la crase sanguine est pervertie par une infection générale acquise ou héréditaire, malades étudiées par l'un de nous (1) et que Richelot a voulu faire entrer dans la classe des arthritiques nerveuses.

Au surplus, il ne s'agit pas là d'une simple conception de l'esprit. Des faits cliniques sont venus appuyer la réalité de cette diathèse hémorragipare. Dans une observation de P. Petit, la malade présente des troubles vasculaires consistant « en alternatives de rougeur et de pâleur, avec ecchymoses spontanées sur les quatre membres, dont quelques-unes sont larges comme la paume de la main, épistaxis fréquentes, assez abondantes pour nécessiter le tamponnement ». Dans un autre cas, P. Petit signale « lors de la première menstruation à treize ans, la production d'une rougeur pourpre du membre supérieur droit.... »; nous arrêterons là ces citations qui pourraient être multipliées. On peut, en résumé, relever les tendances multiples et infiniment variées de l'organisme à faire des hémorragies en divers points du corps; rien de surprenant dès lors à ce qu'elles soient plus fréquentes encore dans la région la plus exposée, celle qui présente des congestions périodiques. Du même coup, l'intensité de ces congestions est notablement augmentée; si elle est modérée, tout se borne à la production d'un kyste folliculaire; si la cause persiste, le kyste s'agrandit; que la rupture se produise en face d'une trompe lésée et imperméable, c'est l'hématocèle d'origine ovarienne avec toutes ses conséquences; que si la paroi du follicule résiste, la tumeur augmente de volume; entre temps, les poussées congestives répétées ont fait naître un processus de résistance par sclérose de la couche ovigène et production de néo-membranes, le grand kyste va pouvoir se constituer et nous sommes ramenés au mécanisme évolutif exposé à propos de l'infection exogène.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 18, p. 169.

(1) Castan *Les métrorragies des jeunes filles*, Th. de Paris, 1898.

Ces considérations suffisent à faire comprendre que toutes les causes qui sont susceptibles de réaliser la congestion du petit bassin sont favorables à la production de la lésion. De ce nombre sont les déviations de l'utérus que l'on retrouve dans beaucoup d'observations, antéversion et rétroversion, et surtout les flexions de l'organe qui, s'opposant à son bon drainage, y favorisent la stase sanguine et l'infection; pour la même raison, on trouve souvent mentionnés, la nymphomanie, le priapisme et les abus génitaux de tout ordre, qui poussent à son comble l'érection génitale et s'étendent à tout l'arbre utéro-ovarien. Enfin, la fréquence de l'infection explique que la maladie appartienne d'une façon presque absolue à la période d'activité génitale de la femme. En fait, presque toutes les observations de Rollin ont trait à des malades de seize à quarante-cinq ans, il en est de même dans tous les autres cas rapportés; un cas de Paquet a trait à une jeune fille de quatorze ans, née de parents tuberculeux, mais outre qu'à cette période l'instauration menstruelle s'accompagne de violentes fluxions hémorragiques, il s'agissait d'une malade à vagin large, dont l'hymen avait disparu et qui s'adonnait prématurément à des excès vénériens.

Pour résumer ce chapitre pathogénique, nous dirons : un ovaire sain ne fait pas de kystes sanguins; il faut donc, pour que cette production soit réalisée, que l'ovaire soit malade. Il y a une cause prédisposante, infectieuse; l'infection est d'origine externe et plus souvent sans nul doute d'origine interne, maladies héréditaires ou acquises, neuro-arthritisme et peut-être aussi syphilis, fièvres hémorragipares, etc. — Sur ces ovaires ainsi prédisposés vient agir une cause locale plus directe de congestion utérine, puberté, ponte, nymphomanie, excès génitaux, etc.

Il nous reste, pour être complet avec les diverses conceptions pathogéniques, à nous demander si le varicocèle ovarien ou pelvien peut avoir une influence sur la production de l'hémorragie ovarienne. Le fait avait été soutenu par Devalz (1) dans sa thèse inspirée par Richet : « Peut-être, écrit-il, le varicocèle, à cause de l'accumulation sanguine qu'il provoque, n'est-il pas étranger au développement de ces collections hématiques intra-ovariennes connues sous le nom de kystes sanguins et qui sont peut-être de véritables apoplexies par excès de pression de la colonne sanguine. » Paul Petit (2) a étudié la question d'une façon complète et a fourni des conclusions très nettes; grâce à l'examen histologique on connaît, dit il, un certain nombre d'observations indubitables de rupture des plexus ovariens. Mais les lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien consistent en fonte de l'élément anatomique noble; à cette fonte succède la formation de vacuoles, sorte d'hydropisie miliaire des cellules qui, par fusion de plusieurs d'entre elles, amène parfois de petites cavités kystiques; le terme ultime est la sclérose et il n'y a jamais de kystes sanguins. Il s'agit d'un simple processus d'œdème et de vacualisation consécutive à la gêne circulatoire.

Dans un cas rapporté par Fraisse (3), à la suite d'un énorme varicocèle ovarien, chez une jeune femme multipare de trente ans, il s'était produit une atrophie totale de la glande, sans la moindre cavité kystique. La question est donc aujourd'hui jugée; le varicocèle n'a aucun rôle dans la formation des kystes sanguins de l'ovaire; ceux-ci exigent à leur origine une congestion active et non passive.

IV

Symptomatologie. — Une division est capitale au point de vue de l'étude des symptômes; c'est celle que nous avons reconnue en anatomie pathologique : petits kystes et grands kystes. Les premiers sont justement catalogués par Rollin dans la classe des hémorragies latentes ou presque; les seconds sont étiquetés : hémorragies se comportant comme une tumeur de l'ovaire. Rollin établit une troisième classe pour les hémorragies à début brusque et phénomènes bruyants, c'est-à-dire hématocèles; nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Le petit kyste, l'hémorragie latente, comprend les kystes vésiculaires multiples et aussi les kystes du corps jaune, qui leur sont souvent associés et qui par eux-mêmes échappent à toute description clinique.

Le tableau morbide est extrêmement vague et ce n'est guère qu'une probabilité à laquelle on pourra quelquefois penser. Il faut, pour y songer, relever quelques caractères un peu spéciaux dans les antécédents pathologiques; tantôt on trouvera des ascendants qui donneront l'éveil, parents tuberculeux ou arthritiques par exemple. On les soupçonnera encore, dit M. P. Petit, lorsqu'à des symptômes manifestes d'ovarite se joindront des signes de dyscrasie sanguine, des troubles vasculaires généraux, des épistaxis, des hématémèses, des poussées hémorragiques du côté de la peau, enfin lorsque la malade aura dans ses antécédents une de ces maladies hémorragipares sur lesquelles nous avons insisté. Quoi qu'il en soit, le tableau est des plus vagues. Les malades ont eu parfois une instauration menstruelle assez bruyante, accompagnée de ménorragies ou de métrorragies; d'autres fois les règles d'abord normales ont subi des arrêts dans leur évolution, accompagnés de douleurs dans le bas-ventre. Puis la malade a eu des accouchements qui peuvent n'avoir présenté aucune complication. Cependant à leur suite ont subsisté des douleurs dans une ou dans les deux fosses iliaques, douleurs souvent peu vives, mais exagérées par la fatigue, pouvant irradier dans les reins et le dos, ou bien c'est une douleur fixe entre les deux omoplates. Il y a quelques phénomènes nerveux, parfois la suppression des réflexes sans hystérie confirmée, quelques troubles gastro-intestinaux, un peu de douleur au creux épigastrique, quelquefois de la boulimie : il peut y avoir des pertes blanches. C'est en somme le tableau de certaines métrites et surtout des annexites sans lésions de l'utérus, comme dans les cas de névralgies pelviennes et d'ovaires scléro-kystiques chez les vierges ou les femmes non infectées; en résumé les lésions et leurs symptômes sont bien d'ordre annexiel. On trouve un col souvent entr'ouvert et légèrement ramolli, un utérus plus ou moins mobile, rien dans les culs-de-sac.

Parfois on sent un ovaire un peu volumineux, mais ne dépassant guère le volume d'une amande ou d'une noix, douloureux à la pression. On songe à l'ovarite scléro-kystique; dans certains cas on peut dans un cul-de-sac, le postérieur le plus souvent, sentir une bride fibreuse souvent douloureuse, avec un peu d'infiltration paramétritique. Là se bornent tous les renseignements, et l'on découvre la lésion à l'ouverture du ventre si cet examen peu concluant peut décider à la pratiquer.

(1) Devalz. *Du varicocèle pelvien et de son influence sur le développement de l'hématocèle*, Th. de Paris, 1858.

(2) P. Petit. *Nouv. Arch. de gynécol. et d'obst.*, 1891, p. 488.

(3) Fraisse. *Nouv. Arch. de gynéc. et d'obst.*, 1892, p. 283.

Le grand kyste sanguin, lui, présente une symptomatologie qui serait dans certains cas assez nette. Dans trois cas rapportés par Rollin, le mode de début fut même assez spécial pour caractériser l'affection. Il s'agissait de femmes de dix-huit, de vingt-sept et de vingt-huit ans. Brusquement, sans que rien dans leurs antécédents eût pu faire prévoir une maladie génitale, elles furent prises, pendant leurs règles, d'une douleur fixe, localisée à un des côtés du ventre. Aussitôt dans les 3 cas, le chirurgien put constater dans la région ovarienne la production d'une tumeur du volume d'un œuf. C'est le mode de début brusque, le plus rare.

En réalité ce début brusque est plutôt apparent que réel; il doit coïncider avec une hémorragie plus abondante dans un follicule déjà lésé; nous avons étudié ces cas à propos de l'anatomie pathologique. Cette forme de début est peut-être moins exceptionnelle qu'on ne l'a cru; elle est d'ailleurs d'un grand intérêt; rapprochés en effet des antécédents et de l'absence de causes véritables d'infection, ces phénomènes aigus sont assez caractéristiques et bons à retenir.

Dans le plus grand nombre des cas, le début est lent et insidieux. Après une période souvent très longue de règles normales sont apparues des pertes blanches puis des ménorragies ou simplement des menstrues un peu longues, quelquefois mais rarement des métrorragies, enfin dans certains cas des irrégularités, retard ou suppression. Tous ces signes prémonitoires trahissent une exagération ou une déviation de la pointe; ils sont accompagnés de douleurs présentant les caractères que nous avons antérieurement signalés. Puis, le complexus annexiel apparaît; c'est la période des douleurs, si vives que la malade ne peut se baisser, marcher, soulever un poids, etc., douleurs spontanées et à la pression, exaspérées par la fatigue, calmées par le repos, les injections chaudes, et caractéristiques de la salpingo-ovarite. Entre temps le péritoine du petit bassin a participé au processus; les souffrances deviennent atroces, le simple poids des couvertures insupportable; la dysurie, le ténesme rectal, les troubles gastro-intestinaux (diarrhée, vomissements) apparaissent; la pelvi-péritonite est constituée. Plus souvent, au lieu d'une atteinte violente, ce sont de petites crises survenant à intervalles plus ou moins éloignés et traduisant une succession de poussées subaiguës. Enfin un fait capital, qui a été souvent relevé, ce sont à chaque période menstruelle les *augmentations subites du volume* de la tumeur; lorsque celle-ci a atteint une certaine importance, cette poussée peut faire craindre la rupture, elle est d'une valeur clinique considérable. A défaut de poussée très nette, il y a du moins aggravation du mal au moment des règles.

Quand la tumeur est volumineuse et bilatérale on pourrait croire que les menstrues vont être supprimées ou diminuées, en réalité il n'en est rien et elles augmentent plutôt en quantité et en fréquence, les métrorragies sont pour ainsi dire la règle : la persistance dans la paroi du kyste de parties ovariennes saines dans la plupart des cas explique cette apparente contradiction. Dans quelques observations cependant on relève que les règles ont été diminuées ou supprimées. Dans la première alternative on pense à un fibrome, dans la deuxième à une hématocèle ou à une grossesse extra-utérine.

Les *signes physiques* demandent à être soigneusement interprétés : on sent quelquefois dans un cul de-sac une grosseur du volume d'un œuf ou d'une orange, séparée de l'utérus par une gouttière plus ou moins profonde; dans quelques cas exceptionnels, dont un de P. Petit et un de Baker, on peut, sur cette tumeur, éprouver la sensation d'un corps nodulaire, irrégulier, représentant la partie saine de l'ovaire. Un fait important à noter c'est que, pour un kyste de l'ovaire, dont on éprouve l'impression, la tumeur est bien fixe, bien que fluctuante ou rénitente. Somme toute, ce sont là des cas très propices à l'examen; tout au plus peut-on les confondre avec une annexite, et nous savons qu'il n'y a pas grand mal à cette erreur. Mais il en est de plus compliqués et le nôtre est de ce nombre.

Ces cas sont ceux où la femme est en pleine poussée de pelvi-péritonite, ou bien ceux où la tumeur acquiert, comme dans notre observation, des dimensions inusitées. Dès lors, ou bien la palpation de l'abdomen est impossible, la sensibilité étant exquise et la défense de la paroi absolue, ou bien on sent une tuméfaction dure, volumineuse, occupant le plus souvent la ligne médiane et remontant à quelques doigts de l'ombilic. Si l'on s'aide du toucher vaginal on trouve un ou les culs-de-sac remplis et, chose singulière, le col de l'utérus est mobile avec la tumeur; qui semble faire corps avec lui, sans qu'on puisse trouver nettement un sillon intermédiaire. De là à penser à un fibrome il n'y a qu'un pas; il est souvent franchi.

L'examen de l'utérus montre cet organe en antéversion ou en propulsion en masse contre le pubis; dans cette dernière conjoncture, si la tumeur est volumineuse on ne peut arriver à délimiter le corps de l'organe fondu en quelque sorte avec elle; du même coup le cathétérisme utérin devient impossible.

Disons en terminant que la fièvre, irrégulière, ne survient généralement que lors des poussées de pelvi-péritonite, mais qu'elle peut aussi apparaître ou disparaître sans aucune règle, au cours de toute la maladie.

V

Diagnostic. — Le diagnostic est très difficile; il faut avant tout y penser; il repose sur l'étude approfondie des éléments pathogéniques, maladies générales, héréditaires ou acquises ayant pu exercer leur influence sur l'état de l'ovaire, troubles menstruels avant toute infection utérine possible, sur la nature et le siège des symptômes, enfin sur les éléments du diagnostic différentiel avec chaque cas pathologique.

Le grand kyste sanguin présente un ensemble de caractères qui peut, dans certains cas, permettre de le différencier. Le diagnostic sera plus aisé s'il survient de ces poussées subites avec augmentation brusque de volume; encore savons-nous que l'ovarite aiguë peut les provoquer, mais on ne pourrait commettre l'erreur que lors d'une tumeur de petit volume. Plus difficile est, dans ce cas, la différenciation entre le kyste sanguin et la torsion d'un kyste de l'ovaire. D'ailleurs l'étude des signes physiques nous a appris que, précisément à la période où ces gonflements rapides se produisent, la malade est en pleine poussée de pelvi-péritonite, du fait même de cet accroissement, et que son examen est presque impossible, il faut donc attendre une période de calme et alors il est trop tard pour apprécier les modifications subies par la tumeur.

Diagnostiquer un kyste hématique d'un hydro ou d'un pyosalpinx semble un résultat de mince importance puisque l'intervention s'impose dans les deux cas. Cependant comme il est de règle de laisser refroidir un pyosalpinx avant de l'opérer et que l'expectation peut être dangereuse lors d'hématome de l'ovaire, il serait bon d'être fixé. Nous

savons que les modifications des règles, les métrorragies, les douleurs avec poussées de pelvi-péritonite, la dysurie ou la fréquence et la douleur des mictions, la pyurie, les troubles gastro-intestinaux caractérisent les inflammations annexielles en général, c'est dire qu'il sera le plus souvent impossible d'établir une distinction entre les deux affections, c'est alors qu'il faudra bien relever le bilan pathologique de la femme, voir si, même avant la période des infections génitales, elle n'a pas présenté des règles d'une durée anormale traduisant une hyperfonction de l'ovaire, une prédisposition aux congestions du petit bassin, des habitudes de nymphomanie, une diathèse hémorragipare quelconque, des dérivations sanguines, épistaxis, poussées congestives vers la peau, etc. Les mêmes considérations s'appliquent à la salpingite hémorragique en dehors de l'hématocèle. La fièvre elle-même ne peut pas aider le diagnostic, elle existe au moment des poussées de pelvi-péritonite et même quelquefois au cours de la maladie, comme dans le pyosalpinx; elle peut d'autre part faire défaut dans le kyste sanguin et le pyosalpinx et exister au cas d'hémato et même d'hydrosalpinx.

Quand le tableau morbide se caractérise par de l'aménorrée, on songe à une grossesse extra-utérine, salpingienne. Telle avait été l'impression dans le cas de Potier et de Richardson. Cette probabilité est souvent corroborée par les phénomènes aigus qui font croire à une rupture de grossesse tubaire. Mais on arrive toutefois à se rendre compte que, dans le kyste, les périodes d'aménorrée sont fugaces, peu prolongées, rarement absolues; il n'y a eu ni gonflement des seins, ni expulsion de caduque, ni les signes subjectifs d'un début de grossesse sauf dans les cas très rares et ne pouvant se présenter qu'à une période très avancée de la maladie, où quelques signes d'insuffisance ovarienne, bouffées de chaleur, faiblesse musculaire, nausées, etc., pourraient donner le change. Enfin dans la grossesse tubaire, le col est entr'ouvert et ramolli et l'utérus augmenté de volume dans sa totalité.

L'ovarite suppurée (Mauger) n'atteint jamais un volume considérable. C'est, d'après L. Lagrave et Legueu, « une tumeur dure, fibreuse, haut située, presque dans la fosse iliaque, indolente et régulière, » qu'on ne pourrait guère confondre qu'avec un fibrome. Néanmoins comme il s'agit d'une tumeur rénitente plutôt que fluctuante et dont le siège anatomique est exactement le même, on comprend que l'erreur de diagnostic soit la règle.

Le kyste mucoïde et le cysto-épithéliome ne s'accompagnent pas de réaction péritonéale. Ce sont des tumeurs fluctuantes, mobiles, libres, le plus souvent, fuyant sous le doigt, non douloureuses à la pression, indépendantes de l'utérus et ne transmettant pas au col les mouvements qu'on leur imprime par l'abdomen. La torsion du pédicule d'un kyste produit pourtant des phénomènes de réaction péritonéale violente pouvant s'accompagner d'hémorragies intra-kystiques. Il est vrai qu'avant d'arriver à cette période la tumeur a pu présenter une évolution caractéristique. Cependant comme les kystes qui subissent la torsion sont assez souvent de volume médiocre, la valeur des commémoratifs peut être bien réduite.

Les difficultés seront plus grandes s'il s'agit de kystes dermoïdes. Leur bilatéralité fréquente, leur volume moyen, leur développement longtemps pelvien, les déviations qu'ils impriment à l'utérus auquel ils sont aussi le plus souvent solidement unis par un court pédicule et même par des adhérences, les poussées de réaction péritonéale dont ils peuvent s'accompagner, sont autant de signes trompeurs, cependant les réactions péritonéales sont toujours moins vives et la douleur moins exquise dans les kystes dermoïdes.

Le fibrome a des caractères communs avec la tumeur hématique d'un certain volume, lorsque surtout celle-ci s'accompagne de ménorragies ou de métrorragies. Dans notre cas, la tumeur médiane, dure, volumineuse, mobile avec l'utérus y avait fait songer. M. Jeannel rejeta ce diagnostic en présence des signes très nets de pelvi-péritonite et de la violente douleur provoquée par le toucher. Il eût fallu pour qu'un fibrome qui, dans l'espèce, aurait dû porter sur l'utérus dans sa totalité, présentât ces phénomènes inflammatoires, qu'il eût été atteint de suppuration ou de gangrène, dont on ne prévoyait pas les causes; en outre les fibromes de ce volume entraînent l'utérus et surélèvent le col. Dans d'autres circonstances, quand la tumeur est latérale, il faut pourtant songer à la torsion du pédicule d'un fibrome libre ou tubaire; mais dans ces cas, la tumeur à évolué insidieusement, on l'a antérieurement reconnue ou bien la brusquerie des symptômes accompagnée de la constatation d'une tumeur d'un certain volume, sans aucune manifestation antérieure, permet de faire le diagnostic.

Il n'est pas jusqu'à l'inévitable appendicite qui ne puisse être confondue avec les kystes sanguins. Johnson a rapporté un cas d'hématome de l'ovaire et du ligament large droit la simulant. On comprend que si la tumeur est uniquement ou surtout à droite avec phénomènes de réaction péritonéale, l'erreur soit très excusable.

Telles sont les causes d'erreur, il est difficile de les éviter. Deux signes sont capitaux, la réaction péritonéale et la douleur, ils permettent d'éliminer beaucoup de ces affections lorsqu'elles sont soigneusement étudiées, mais elles ne permettent que le diagnostic d'annexite. C'est celui dont on est souvent obligé de se contenter sans lui donner plus de précision.

VI

Évolution. Complication. — D'après tous les auteurs, l'hématome de l'ovaire abandonné à lui-même a tendance à l'extension continue; l'accroissement des kystes, dit Rollin, n'a d'autres limites que celles de la résistance de leur paroi. Rohé, partageant l'opinion de Baker, considère les petites hémorragies du corps jaune elles-mêmes comme dangereuses car, dit-il, elles trahissent une lésion des vaisseaux de l'ovaire, que cette lésion soit due à une dégénérescence endothéliale ou à une inflammation chronique : il n'y a pas, dit-il, de différence essentielle entre les petites collections sanguines des follicules et les apoplexies ovariennes où l'ovaire entier est transformé en collection sanguine variant de la grosseur d'une bille de billard à une tête de fœtus.

L'hématocèle de l'ovaire peut se rompre et donner une hématocèle pelvienne; dans d'autres cas, l'hémorragie ne cesse pas et entraîne la mort par elle-même ou bien par péritonite et septicémie. Il ne nous a pourtant pas semblé que le contenu sanguin soit particulièrement septique, et dans les cas où la rupture s'est produite au cours de l'intervention, il n'en est pas résulté de complications.

Rollin se demande si les kystes hématiques peuvent suppurer; il conclut que rien ne le fait croire, on n'a signalé jusqu'à présent aucun cas de suppuration. Quant à la résorption, elle ne serait possible, d'après Léopold, que

lorsque l'hémorragie porte sur une seule vésicule. La conclusion est l'accroissement indéfini de la tumeur.

VII

Traitement. — L'accroissement indéfini dicte la ligne de conduite à suivre. Quel que soit son volume, le kyste hématique, fût-il à l'état de simple hémorragie vésiculaire, doit être enlevé. L'ovariotomie est la règle lorsque la tumeur a acquis un volume suffisant et qu'aucune parcelle d'ovaire sain n'est apparente.

Lors de petits kystes vésiculaires variant du volume d'une amande à celui d'une noix ou même au-dessus, si l'on trouve, comme le fait a été signalé dans plusieurs observations, une partie d'ovaire sain, la règle est de se contenter de la résection. C'est une sage ligne de conduite, d'autant plus justifiée que l'affection, le plus souvent bilatérale, nécessiterait la castration totale; elle était impraticable chez notre malade. C'est la résection qui fut employée par Baker, et tout récemment par M. le professeur Jeannel dans un cas dont nous avons parlé; M. Jeannel extirpa d'abord à la surface de l'ovaire un kyste sanguin du volume d'un noyau de cerise, puis un kyste du corps jaune comme une lentille, il avait fendu l'ovaire sur toute son épaisseur pour ne laisser échapper aucune partie infiltrée de sang ; c'est là une sage précaution. Lorsqu'en effet on pratique l'opération conservatrice, il faut s'efforcer d'enlever tous les points malades, c'est le seul moyen de prévenir la récidive. Encore, comme le dit Rohé, les plus petites hémorragies traduisant une lésion vasculaire de l'ovaire, la résection ne mettrait-elle pas, pour certains auteurs, à l'abri de cette récidive et l'ovariotomie devrait-elle être pratiquée dans tous les cas.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(13 février 1903)

Depuis que MM. Gilbert et Weill ont attiré en France l'attention sur la leucémie aiguë, cette affection, dont on n'avait jusqu'alors étudié que trois cas (Kelsch, Gaucher, Dansac), a donné lieu à plusieurs publications.

L'affection, méconnue d'abord en France, paraît donc y être aussi fréquente qu'en Allemagne.

L'observation que rapportent MM. Hayem et Bensaude, sous le titre de : **Leucémie aiguë à forme hémorragique (non tractilité du caillot sanguin)**, a trait à une femme de soixante ans, probablement syphilitique (sur 11 grossesses, 5 fausses-couches), qui est prise d'abattement, de lassitude générale que rien n'explique; il n'y a ni amaigrissement, ni changement notable de la coloration de la peau, ni fièvre, ni troubles viscéraux.

Plus tard seulement, apparaissent des troubles digestifs (anorexie, amertume de la bouche, diarrhée) et un léger catarrhe trachéo-bronchique.

Dans les quinze derniers jours surviennent de la fièvre et des hémorragies multiples, cutanées, muqueuses et viscérales.

La malade succombe après avoir uriné du sang pendant près de huit jours, sans qu'on ait jamais pu constater de l'hypertrophie ni du côté du foie, ni du côté de la rate ou des ganglions lymphatiques. La maladie a duré environ trois mois.

Les épistaxis et les sternatorragies étaient fort modérées; par contre, l'hématurie était tellement abondante que, pendant plusieurs jours consécutifs, la malade a uriné dans les vingt-quatre heures un litre à un litre et demi de sang en apparence pur. En semblable cas, la confusion avec le purpura infectieux primitif est inévitable en l'absence d'examen de sang.

La formule hématologique de la leucémie était celle décrite par Fränkel et, plus récemment, par MM. Gilbert et Weill.

Le sang recueilli dans une éprouvette s'est coagulé au bout de dix minutes; au bout de vingt-quatre heures, le caillot n'était pas rétracté et n'avait pas laissé transsuder une seule goutte de sérum.

Cette lésion coexistait avec une telle diminution dans le nombre des hématoblastes qu'il était impossible de retrouver ces éléments dans les préparations de sang sec.

D'après l'opinion classique, les hémorragies des leucémiques résulteraient de l'obstruction des petits vaisseaux par les globules blancs. A côté de ce mécanisme il y a lieu d'en admettre un autre pour les cas d'hémorragies généralisées analogues à celles du purpura.

Les recherches de l'un des auteurs ont montré que la toxémie du purpura hémorragique ressemblait à celle produite expérimentalement par l'injection, dans le sang d'un animal, d'un sang ou sérum étranger.

Par ces injections, le sang est comme débarrassé des hématoblastes, tel qu'on le voit dans le purpura hémorragique; de plus, il se produit une coagulation due à la précipitation de ces hématoblastes.

Donc, dans les cas cliniques où l'on rencontrera l'absence de rétractibilité du caillot et plus ou moins grande diminution des hématoblastes, on devra attribuer ces phénomènes à une toxémie jouissant de ces propriétés.

La leucémie aiguë à formes hémorragiques mérite donc d'être placée à côté des autres maladies s'accompagnant d'une toxémie de ce genre : purpura hémorragique, anémie pernicieuse progressive, variole hémorragique.

MM. Jean Ferrand et Rathery apportent des pièces de **tuberculose de la rate et de l'endocarde**. La malade, qui présentait une grosse rate, un gros foie et des signes de lésion mitrale sans fièvre a succombé dans un état de cachexie profonde. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une tuberculose primitive de la rate et d'une endocardite végétante, dont l'examen histologique a prouvé la nature tuberculeuse. Les auteurs montrent que c'est la première fois qu'une endocardite tuberculeuse se voit sans lésion pulmonaire de même nature. Les très rares observations connues avec inoculation ou examen histologique mentionnent toutes des lésions pulmonaires, tandis que dans ce cas les poumons étaient absolument sains. Seule, la rate présente les lésions tuberculeuses devenues classiques depuis la discussion qui a eu lieu il y a deux ans. C'est donc là le point de départ de la maladie. Il y a eu secondairement endocardite de même nature. L'examen des caillots du cœur par la méthode inoscopique a révélé la présence du bacille de Koch dans le sang. Les auteurs concluent à une septicémie tuberculeuse.

Tout à fait intéressante l'observation de M. Chauffard sur **un cas d'anévrysme aortique étant venu battre dans la région sous-claviculaire gauche**, et s'étant terminé par perforation broncho-pleurale. L'histoire clinique du malade est assez courte. Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans entrant à l'hôpital pour une hémoptysie datant de huit jours. Le symptôme le plus curieux, et qui de suite attirait

l'attention, était une pulsation expansive sous-claviculaire gauche ayant son maximum au niveau de la région externe du sommet pulmonaire, près de l'angle formé par la clavicule et le sillon deltoïdo-pectoral. C'étaient bien là les signes d'un anévrysme venu en cette région. Le malade mourut à la suite d'un nouveau crachement de sang. A l'autopsie, on trouva deux poches anévrysmales sur l'aorte thoracique. La plus grosse s'ouvrait largement sur le côté gauche de la partie terminale de la crosse transverse, immédiatement au delà de l'origine de la sous-clavière gauche, près du coude formé par l'aorte descendante. Cette poche adhérait intimement à la face interne du sommet du poumon gauche; car, en outre, une partie de la poche formait une sorte de diverticule globuleux du volume d'un abricot environ, refoulant le sommet du poumon, s'y invaginant pour ainsi dire. En somme, au centre même du poumon gauche, existait un sac anévrysmal qui s'y était invaginé, moins par destruction que par refoulement de tissu.

C'est sans doute le premier exemple d'un anévrysme venant pointer dans la région sous-claviculaire gauche externe.

M. Galliard présente un malade atteint de **paraplégie flasque guérie par les injections de benzoate de mercure et d'iodure de potassium.**

Enfin, M. Béclère fait passer sous les yeux des membres de la Société des radiographies vraiment admirables d'un cas de calcul du rein. Il est impossible de mieux réussir et avec plus de précision.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(11 FÉVRIER 1903)

Encore un opportuniste, et non des moindres, en matière d'appendicite : M. Broca, tout en s'excusant de prolonger un débat qui pourrait devenir fastidieux, a pourtant captivé l'attention de ses collègues par le ton bien personnel, un peu agressif parfois, de son argumentation. Il faut tout d'abord remarquer cet étrange résultat de la discussion en cours que, bien que ce soit un radical intransigeant, M. Legueu, qui l'ait soulevée, la grande majorité des orateurs s'est franchement ralliée à l'opportunisme. La concentration s'est faite à droite. Nous nous éloignons donc de plus en plus de la formule intransigeante de M. Poirier : « Sous toutes ses formes, à tous ses degrés, l'appendicite doit être opérée toujours et le plus tôt possible. » M. Routier est resté radical; mais non plus radical intransigeant; il admet qu'il y a des cas où il ne faut pas opérer d'urgence. Quant à la pratique de M. Segond, M. Broca ne peut pas se montrer trop sévère à son égard après la preuve de confiance que M. Segond lui a donnée en lui disant que s'il avait une appendicite il lui en confierait le traitement. Aussi M. Broca a-t-il conservé toutes ses sévérités pour M. Lucas-Championnière, dont il explique ainsi la conduite : En 1899, M. Championnière s'était nettement déclaré opportuniste. Seul de tous ses collègues, il préconisait les purgatifs si sévèrement proscrits par l'unanimité des chirurgiens. Aujourd'hui, M. Championnière se range parmi les radicaux les plus intransig ants. Pourquoi ce changement? Parce que les purgatifs ne lui réussissaient pas, M. Championnière les a remplacés par le bistouri. Telle est l'explication que donne M. Broca de la conduite de M. Championnière, qui malheureusement était absent.

Tout en constatant un retrait marqué de la majorité vers l'opportunisme, M. Broca rappelle qu'il n'est pas un seul chirurgien temporisateur de parti pris. A ce point de vue, on peut admettre trois variétés d'appendicite : celle qui doit être opérée d'urgence, celle pour laquelle on peut attendre deux ou trois jours, celle enfin qu'on doit laisser refroidir complètement. Mais, quelle que soit la variété d'appendicite à laquelle on a affaire, il est bien entendu que c'est une maladie chirurgicale qui doit être surveillée de très près par un chirurgien toujours prêt à intervenir en cas d'urgence. Mais cette surveillance, pour ainsi dire de tous les instants, est impossible dans certains milieux, dans certaines circonstances. Les chirurgiens de province appelés, par exemple, à 20 ou 30 kilomètres pour voir une appendicite, ne peuvent donc attendre jusqu'à ce soir ou demain. Aussi comprend-on qu'ils soient beaucoup plus radicaux, en matière d'intervention, que les chirurgiens de Paris pouvant suivre et surveiller leurs malades. C'est pourquoi M. Broca approuve la conduite tenue par MM. Témoin (de Bourges) et Villar (de Bordeaux), qui sont venus apporter leurs statistiques au cours de cette discussion. Il y a là une question de milieu qui explique que leur pratique soit différente de la nôtre.

Voici la statistique de M. Broca : Depuis 1897, il a vu 45 cas d'appendicite en crise aiguë. Il en a opéré 2 d'urgence, 16 après quelques jours et 27 refroidies. A l'hôpital, il a eu 181 appendicites, sur lesquelles 101 ont pu être refroidies. Si l'on prend la mortalité globale, on voit que sur 226 cas aigus il y a eu 28 décès, soit 12,38 p. 100. Sur les 45 cas de la ville, il n'y a eu que 4 décès, tandis qu'il y en a eu 24 sur les 181 cas de l'hôpital. La mortalité est ici supérieure à celle de la ville. C'est le contraire dans la statistique de M. Poirier, qui accuse 30 p. 100 de mortalité en ville et 4 p. 100 seulement à l'hôpital. M. Broca explique cette différence par ce fait que les cas d'urgence, c'est-à-dire les plus graves, sont placés dans son service. De là aussi la différence avec la statistique, si belle, de M. Jalaguier.

Pour M. Broca, les malades donnés dans les statistiques comme victimes de la temporisation sont des malades qui ont été mal traités.

Les radicaux intransigeants voudraient qu'on opérât dans les vingt-quatre premières heures. Mais le médecin de famille est souvent lui-même appelé trop tard, et puis il y a des cas dans lesquels un diagnostic ferme ne saurait être porté, témoin le cas tout récent du fils d'un chirurgien éminent qui a été surveillé de près dès la première heure et chez lequel l'intervention n'a pu être pratiquée qu'après quelques jours.

M. Broca arrive aux cas septiques d'emblée, aux appendicites hypertoxiques sur lesquels a particulièrement insisté M. Quénu, qui pense que, dans ces cas, la seule chance de salut est dans l'intervention dans les vingt-quatre heures. Or le seul fait de guérison qu'a obtenu M. Quénu dans ces cas a trait à un enfant qui n'a été opéré que le quatrième jour.

Ici M. Quénu fait observer à M. Broca qu'il y a une erreur de fait, le malade auquel il fait allusion n'ayant pas eu une appendicite hypertoxique.

M. Broca poursuit son argumentation et réfute cet argument qui consiste à dire, quand on trouve une appendicite gangrénée, qu'on aurait dû opérer plus tôt. Mais la gan-

grène de l'appendice n'est pas toujours mortelle, témoin les faits dans lesquels, opérant à froid, on trouve des appendices gangrenés, guéris spontanément.

Arrivant à la communication de M. Chaput (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 9, p. 77), M. Broca déclare qu'il ne suivra jamais le conseil que donne son collègue d'aller à la recherche des perforations secondaires méconnues. Il considère que cette pratique est des plus dangereuses.

M. Picqué, radical, intervient dans la discussion pour faire connaître deux cas analogues à celui de M. Legueu.

M. Mignon déclare que l'appendicite est fréquente dans l'armée. Il entre au Val-de-Grâce environ une quarantaine de malades atteints de cette affection, chaque année. M. Mignon distingue trois variétés cliniques d'appendicite : la péritonite appendiculaire, l'appendicite avec tuméfaction, l'appendicite sans tuméfaction. Dans ces trois variétés, M. Mignon est d'avis d'intervenir le plus rapidement possible; d'urgence dans les deux premières, assez rapidement dans la troisième. Dans cette dernière forme, il a essayé la temporisation, cela ne lui a pas très bien réussi, aussi est-il devenu systématiquement interventionniste.

A mercredi prochain la fin de cette longue discussion sur l'appendicite.

M. Tuffier a fait un rapport sur une observation intéressante adressée par un confrère de Vannes dans laquelle il s'agit d'une **oblitération congénitale de l'intestin grêle.** Il s'agit d'un enfant arrivé au septième jour de sa naissance qui avait le ventre ballonné et des vomissements fécaloïdes. Croyant à une imperforation anale, l'auteur fit l'incision, mais cela n'aboutit à rien ; il fit alors la laparotomie et une entérostomie. L'enfant mourut ; à l'autopsie on trouva un rétrécissement segmentaire de l'intestin long de 41 centimètres, commençant à 1 centimètre au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Il y avait donc un rétrécissement portant sur tout le gros intestin et la fin de l'intestin grêle. M. Tuffier a rapproché ce cas d'un cas analogue qu'il a pu trouver. L'intervention pratiquée dans les cas de ce genre a toujours été suivie de mort.

Questions à l'ordre du jour de la prochaine séance. — 1° Fin de la discussion sur l'appendicite. — 2° Prostatectomie. — 3° Analyse de l'air des salles de chirurgie. — 3° Pluralité des néoplasmes.

MÉDECINE PRATIQUE

L'emploi du formol dans le traitement de l'hyperhydrose plantaire.

On sait combien gênante et pénible pour la marche est l'hyperhydrose plantaire. Aussi nombre de médecins militaires, Gendeck, en Allemagne ; Folliasson et Viéla, en France, ont-ils songé à traiter cette infirmité par des applications locales de formol. M. Vaillard nous donne aujourd'hui les résultats de cette méthode thérapeutique (1).

Cette méthode repose sur la propriété que possède le formol de former avec les matières albuminoïdes un composé insoluble, imputrescible, devenant corné par la dessiccation. Dès lors, mis en contact avec l'épiderme plantaire, le formol le durcit, le tanne, et, agissant jusque sur la partie secrétante des glandes sudoripares, supprime ainsi les fonctions de ces glandes. L'application du formol à la surface plantaire présentera donc les avantages suivants : désodorisation de la sueur, en durcissement de l'épiderme, diminution de la sécrétion sudorale, guérison des ulcérations.

Ces résultats restent acquis, mais « il ne faudrait pas demander à ce moyen plus qu'il ne peut donner, c'est-à-dire la guérison définitive des accidents auxquels il remédie. Ses effets sont temporaires : ils ne persistent que pendant la durée de l'action du formol sur les éléments touchés par lui. La secrétion sudorale, par exemple, reparaît quand l'épithélium des glandes sudoripares s'est reconstitué à l'état normal. Pour entretenir et maintenir les effets du traitement, il suffit de recourir à de nouvelles applications ».

En agissant ainsi, on peut apporter une amélioration considérable à l'hyperhydrose. C'est ainsi qu'au 13e bataillon de chasseurs, M le médecin-major Folliasson a noté la suppression absolue de toute indisponibilité du fait de l'hyperhydrose plantaire au cours d'une période de marche de trois mois, chez des soldats ayant employé le formol à titre préventif ou curatif. Le comité de santé a donc eu raison d'émettre l'avis suivant : « Le traitement de l'hyperhydrose plantaire par les badigeonnages de solution formolée devrait être préconisé dans l'armée. Il y aurait intérêt à inviter les médecins de l'armée à user de ce topique dont l'application est inoffensive et qui paraît constituer le meilleur palliatif d'une infirmité particulièrement pénible pour le soldat. » L. B.

(1) *Arch. de méd. milit.*, janvier 1903.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 12 février 1903 : MM. Ribot, 14 1/2; Duval, 11 1/2; Horteloup, 11; Lafosse, 10 1/2; Gimbert, 10; Claude, 9 1/2; Corlieu, 9; Fabre (Joseph), 8 1/2; Vaubourdelle, 8; Boudon, 7.

Séance du 13 février 1903 : MM. Mougeot, 12 1/2; Claret, 11; Labarrière, 11; Mocany, 11; Moutier, 10; Lemoine (Francisque), 9; Henri (René), 8; Lassance, 6; Jacob, 5; Mlle Roussel, 4.

Pathologie. — Séance du 13 février 1903 : MM. Bloch, 12; Oppert, 9; Sautelet, 9; Jouvin, 8; Perrin, 8; Guimbellot, 6; Monod (Gustave), 6; Wickersheinier, 6.

Séance du 14 février 1903 : MM. Jeannel, 11; Lebras, 10; Benoît, 9; Guerder, 9; Pierre, 9; Cotard (Lucien), 8; Duplay, 8; Porturier, 8.

Séance du 15 février 1903 : MM. Baudoin (Emile), 12; Burgaud (Victor), 11; Billon, 10; Dieuzesde, 8; Dupré, 8; Wopler, 6; Legroux, 4.

Écoles de médecine. — *Nantes.* — Par arrêté en date du 11 février 1903, un concours s'ouvrira le 9 novembre 1903 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Guerre. — — Par décision ministérielle du 9 février 1903 ont été affectés, savoir :

En Afrique occidentale française. — M. le médecin principal de deuxième classe Merveilleux.

En Indo-Chine. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Pujol, Houillon et Reboul ; — MM. les médecins aides-majors de première classe Barot, Ledoux et Tardif.

A Madagascar. — MM. les médecins aides-majors de première classe Martin, Grilliat et Navarre.

En Nouvelle-Calédonie. — M. le médecin-major de deuxième classe Foutrein.

A la Guadeloupe. — M. le médecin-major de deuxième classe Lamy.

En France. — Médecins-majors de première classe : au 22e d'infanterie coloniale, M. Capus ; — au 24e d'infanterie coloniale,

M. Hébrard. — Médecin-major de deuxième classe : au 5e d'infanterie coloniale, M. Marchand. — Médecins aides-majors de première classe : au 1er d'artillerie coloniale à Lorient, M. Lucas ; — au 4e d'infanterie coloniale, M. Heusch. — Médecin aide-major de première classe auxiliaire : au 1er d'infanterie coloniale, M. Lacour.

— Par arrêté ministériel en date du 11 février 1903, ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire : MM. Arathon, De Goyon, Masse, Frontgous, Deunff, Thélème, Cavasse et Fistié.

— Par décision ministérielle du 10 février 1903, MM. Renaud, médecin-major de première classe et Augier, médecin aide-major de première classe, précédemment en service hors cadres, à bord de l'affrété la *Loire*, ont été affectés, pour compter du 15 du même mois, le premier, au 1er d'artillerie coloniale à Lorient, le second, au 3e d'infanterie coloniale, à Rochefort.

M. Chanaud, médecin aide-major de première classe au 3e d'infanterie coloniale, a été mis à la disposition du ministre des colonies, à compter du 15 février, pour servir hors cadres à bord du vapeur la *Loire*.

— Ont été nommés à l'École d'application du service de santé militaire :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les élèves de l'école du service de santé militaire : Alexandre, Armbruster, Assailly, Aubert, Autour, Barbet, Barège, Barthélémy, Bathias, Bergé, Beyne, Bodin, Botte, Bouclier, Campana, Capon, Caubet, Chambelland, Chevrant, Coissard, Coze, Darthenay, Delpy, Dirckx-Dilly, Doche, Dorland, Dreyfus, Driancourt, Dubois, Duc, Ducourthial, Dumoulin, Dupont, Durand, Duval, Enjalbert, Etienne, Gaïsset, Gallouin, Garnier, Gaud, Gay-Bonnet, Geniaux, Gèzes, Gilet, Gobinot, Gras, Grognard, Guillon, Guiot, Guth, Hémery, Henry, Heuls, Lafoscade, Laurent, Lecercle, Lemoine, Lère, Lhomme, Marchetti, Martin, Marvy, Merson, Millet, Miorcec, Pacalin, Peloquin, Penot, Périe, Pheulpin, Pirsche, Plisson, Polliot, Pouponneau, Poutrin, Ragot, Reverchon, Ribaut, Royère, Salzes, Saulneret, Sciaux, Sebin, Séverac, Sibille, Trenel, Troude, Varatges, Verdeaud, Vermullen, Vigneau, Vignon, Winckler et Vernault.

— Par décret de M. le président de la République, M. le médecin inspecteur général Boisseau, M. le médecin inspecteur Dieu, directeur du service de santé au ministère de la Fuerre, et M. le médecin inspecteur Delorme, directeur de l'École du Val-de-Grâce, sont désignés pour assister le ministre de la Guerre dans les interpellations auxquelles donnera lieu devant le Parlement, et le Sénat tout d'abord, l'état sanitaire de l'armée.

Marine. — Par décision ministérielle du 10 février 1903, ont été nommés pour cinq ans, pour compter du 15 du même mois, aux fonctions de professeur dans les écoles de médecine navale, savoir :

1° M. le médecin de première classe Béguin, du port de Brest, pour occuper la chaire de physiologie, hygiène et médecine légale, à l'école principale du service de santé, en remplacement M. le docteur Le Méhauté ;

2° M. le médecin de première classe Palasne de Champeaux, du port de Brest, pour occuper la chaire de séméiologie médicale à l'école annexe de médecine navale de Toulon (emploi vacant).

— M. le médecin de première classe Aubry, du port de Brest, est désigné pour aller servir en qualité de médecin résident à l'hôpital maritime de Saint-Mandrier, en remplacement de M. le docteur Béguin, appelé à d'autres fonctions.

M. le médecin de première classe Michel est désigné pour faire partie de l'état-major de la division navale du Pacifique en qualité de médecin de division.

M. le médecin de première classe Glérant est désigné pour faire partie de l'état-major de la division navale de Terre-Neuve en qualité de médecin de division.

M. le médecin de première classe Ruban, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Vautour* (station de Constantinople), en remplacement de M. le docteur Bertrand.

— M. le médecin de première classe Meslet, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Condor*, détaché en Crète, en remplacement de M. le docteur Kieffer, qui pour raison de santé va être débarqué de ce bâtiment.

M. le docteur Meslet rejoindra le *Condor* à une date qui sera indiquée ultérieurement.

XIVe Congrès international de médecine (Madrid, avril 1903). — Le Comité français d'organisation du XIVe Congrès international de médecine, qui doit se réunir à Madrid, le 23 avril 1903, a l'honneur de prévenir les médecins français qui désirent participer à ce congrès que :

1° Toute demande d'inscription doit être accompagnée de l'envoi d'une somme de 25 francs pour les médecins et de 10 francs pour les personnes de leur famille, qui les accompagneront et voudront participer aux avantages consentis par les compagnies de chemins de fer française et espagnole (réduction de moitié) ;

2° Toute demande d'inscription doit spécifier la section, dans laquelle on veut être inscrit ;

3° Jusqu'au 20 mars, les demandes d'inscriptions peuvent être envoyées soit au docteur Richardière, 18, rue de l'Université, soit au docteur Lesné, 2, rue de Miromesnil ;

4° Passé ce délai, les demandes d'inscriptions ne pourront plus être acceptées en France et devront être adressées directement à Madrid, au docteur Caro, secrétaire général du Congrès, Faculté de médecine (Madrid) ;

5° Les renseignements concernant les hôtels et les conditions du séjour doivent être demandés à M. Junot, directeur de l'Agence des voyages pratiques, 9, rue de Rome (Paris).

On peut encore retenir les logements en s'adressant directement à Madrid, à l'adresse suivante : Comité du XIVe Congrès de médecine (bureau des logements), Faculté de médecine (Madrid).

Inconvénients physiologiques des essences à moteurs. — Un chimiste, M. Le Roy, rappelle dans la *Locomotion* une communication faite à l'Académie des sciences en 1864 (*C. R. de l'Acad. des sc.*, 1864, p. 1192, séance du 27 juin) et qui se trouve toute d'actualité.

Dans cette communication, l'auteur, M. E. Georges, avance que les éthers de pétroles, entre autres actions sur l'organisme humain « ont une action particulière sur le sens génésique, et, dans certaines circonstances le tempèrent singulièrement » (*sic*).

Or les éthers et les essences de pétroles constituent les hydrocarbures utilisés pour les moteurs d'automobiles.

Nous laissons la parole à ceux de nos confrères chauffeurs qui auraient pu remarquer les curieux effets physiologiques que nous signalons !

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Didiot, médecin inspecteur général en retraite, décédé à Sedan à l'âge de quatre-vingts ans ; Garrigou-Désarènes (de Paris) ; Joseph Parisot (de Plombières).

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

URGENT. — *On demande un bon docteur pour une jolie commune. Le poste rapporte 10 à 15 000 fr.* — Pour tous renseignements, s'adresser : G. Duboys, place de la Mairie, La Couronne (Charente).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 21 — JEUDI 19 FÉVRIER 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 19 FÉVRIER 1903. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

OBSERVATION D'OSTÉITE TUBERCULEUSE DE LA VOUTE CRANIENNE

Par MM. les docteurs Delamare et Conor, médecins-majors.

Les lésions inflammatoires des os du crâne ont été pendant longtemps comprises sous la dénomination générale d'ostéopériostites craniennes. La syphilis notamment a été longtemps confondue avec la scrofule; comme étiologie de ces lésions, on soupçonnait néanmoins la tuberculose. Ried d'Erlangen et Volkmann publièrent les premières observations de tuberculose des os de la voûte du crâne. Depuis, les documents concernant cette affection se sont multipliés, mais sans devenir bien nombreux.

Cette localisation de la tuberculose est donc une affection rare, et il nous a paru intéressant de faire connaître le cas que nous avons eu l'occasion d'observer.

Observation. — B... (Louis), soldat au 39e régiment d'infanterie à Rouen, âgé de vingt-quatre ans.

Antécédents héréditaires. — Ses parents ainsi que ses sœurs sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — Lui-même n'a jamais été malade avant son incorporation, et a bien supporté les fatigues du service militaire durant deux années; pas de syphilis.

Histoire de la maladie. — Le malade n'a commencé à tousser que depuis le commencement du dernier hiver. Depuis le commencement du mois de mars 1902, il éprouve des douleurs dans le côté gauche de la poitrine. Il entre à l'hôpital de Rouen le 30 mars 1902.

État actuel. — A son entrée, nous constatons un amaigrissement général, de la submatité de la poitrine, dans tout le côté gauche, et une diminution du murmure respiratoire. Rien de particulier au sommet des poumons. L'examen des crachats est négatif. Le malade tousse un peu et se plaint d'une douleur persistante au côté gauche. Nous portons le diagnostic de *pleurésie chronique gauche* avec nombreuses adhérences. Nous soupçonnons néanmoins, en présence de l'état général, un début de *tuberculose*.

Traitement. — Lait, suralimentation, viande crue, injections sous-cutanées d'arrhénal de 5 centigrammes par jour pendant une semaine sur deux.

Les jours suivants, nous observons chez notre malade une fièvre quotidienne avec exacerbation vespérale; la température, vers cinq heures de l'après-midi, monte généralement à 38 degrés, 38°5. Ce symptôme confirme de plus en plus notre soupçon de tuberculose.

Quinze jours après son entrée, le soldat B... ne ressent aucune amélioration dans son état général. Nous constatons que, malgré le traitement, l'amaigrissement s'accentue; le poids du corps a notablement diminué et le facies présente un aspect sénile.

A ce moment, nous trouvons à l'auscultation quelques râles fins et sous-crépitants du côté gauche. Bien que l'examen des crachats soit toujours négatif, nous portons le diagnostic de *tuberculose aiguë*.

Le 1er juillet, le malade nous fait remarquer qu'il a sur le crâne une petite tumeur. Cette tumeur, de la grosseur d'une noix, située sur la ligne médiane, au niveau du lambda, lui cause des douleurs lancinantes. A l'examen, on constate que cette tumeur est fluctuante et en partie réductible; la peau à ce niveau ne présente pas de rougeur. Cette exploration n'est pas douloureuse et ne provoque aucun trouble spécial.

Nous pensons à une loupe suppurée et nous pratiquons une incision suivie de curetage; il s'écoule du pus, et à notre grand étonnement, la curette arrive immédiatement sur l'os. Nous continuons à cureter et nous ramenons des fragments de tissu osseux raréfié et friable.

Nous avions donc affaire à une affection des plus rares, à une *ostéite tuberculeuse de la voûte cranienne*. Après le curetage, un drain est placé dans la plaie et on applique un pansement antiseptique. Les jours suivants, le malade est soulagé, mais la plaie suppure toujours.

Le 17 juillet, en faisant écarter les bords de la plaie, nous constatons qu'au niveau de la région osseuse curetée, il existe deux petits pertuis de quelques millimètres de diamètre, qui laissent sourdre du pus en saccades isochrones au pouls. A l'aide d'un fin stylet, nous arrivons à pénétrer jusqu'à la dure-mère. Nous décidons de faire la trépanation.

Cette opération est pratiquée le 23 juillet; après lavage, rasage du cuir chevelu et asepsie de la région, on agrandit l'incision cruciale faite dans la première intervention.

Puis à l'aide de la gouge et du maillet et de la pince-gouge, on enlève toute la portion ramollie de l'os et on pénètre jusque dans l'os sain. L'opération terminée, la perte de substance cranienne atteint les dimensions d'une pièce de 2 francs.

La dure-mère paraît un peu épaissie à ce niveau; elle présente quelques adhérences que nous détachons avec précautions de la table interne. On lave la région à la solution forte d'acide phénique, drainage par mèche de gaz, pansement ouaté. Les jours suivants, le malade se sent très sou-

lagé des douleurs de tête, mais la fièvre (38 degrés) persistait toujours le soir.

Quelques débris osseux du crâne provenant de la région malade furent recueillis lors de la trépanation. Broyés dans un mortier avec une petite quantité de bouillon stérile, on injecta ce mélange sous la peau de la cuisse d'un cobaye, et on eut un résultat positif [laboratoire de M. le docteur Nicolle (de Rouen)].

Le pansement de la plaie cranienne fut fait tous les deux jours : lavage à l'eau oxygénée, mèche de gaze iodoformée, pansement ouaté. La plaie ne suppure plus au bout de quelques jours, les téguments ont une tendance à se réunir, pas de douleur. Notons qu'à aucun moment il ne s'est produit de phénomènes d'irritation cérébrale. Malgré la suralimentation et les injections d'arrhénal, notre malade continue à maigrir et à perdre ses forces; il vieillit à vue d'œil; on lui donnerait quarante-cinq ans.

A l'auscultation, nous constatons que les râles augmentent dans le poumon gauche.

La tuberculose aiguë poursuit son œuvre rapidement et nous sommes obligés de constater malheureusement que la tuberculose cranienne n'est que secondaire au point de vue du pronostic.

La mort à bref délai est fatale.

A partir du 15 août, la température monte à 38 degrés le matin et atteint 38°9 le soir; on entend des râles humides dans tout le poumon gauche, jusqu'au sommet; enfin le malade, arrivé au dernier degré de la cachexie, succombe le 5 septembre.

Autopsie. — Après incision bi-auriculaire du cuir chevelu, on constate que le crâne présente une perforation de la grandeur d'une pièce de deux francs. Cette perforation, située sur la ligne médiane de la voûte cranienne, au niveau de la bifurcation des deux branches de la suture lambdoïde, intéresse les deux pariétaux, immédiatement au-dessus de l'os occipital.

La calotte cranienne enlevée, on aperçoit à la face interne du pariétal gauche une partie d'os grande comme une pièce de 50 centimes, plus blanche que le reste de l'os. Ce point est granité et présente nettement l'aspect d'un os atteint d'ostéite.

La dure-mère, au niveau de la perforation cranienne, offre une surface épaissie et granuleuse au toucher.

L'encéphale pèse 1280 grammes et ne présente rien de particulier.

En enlevant le plastron sternal, on constate quelques masses caséuses provenant de la plèvre et des ganglions du médiastin.

Il y a de la tuberculose des articulations costo-sternales des septième et huitième côtes, à ce niveau existe un abcès ossifluent.

Le poumon droit pèse 940 grammes. Il est très dense et est d'une teinte gris ardoisé, son lobe supérieur est semé de granulations confluentes surtout au sommet.

La coupe de ce lobe présente également de nombreuses granulations. Pas de cavernes. Nombreux ganglions péribronchiques. La plèvre n'est pas adhérente de ce côté. Le poumon gauche est complètement adhérent en arrière et on ne peut le détacher sans le déchirer. Il est très congestionné, farci de granulations et renferme plusieurs cavernes. En plusieurs points on trouve des massess caséeuses.

Le cœur est petit, flasque, et d'une teinte pâle; il pèse 250 grammes. Rien aux orifices.

On ne constate pas de lésions tuberculeuses sur le péritoine ni sur l'intestin.

La rate est volumineuse et pèse 230 grammes.

La pulpe a sa consistance normale.

Le rein droit pèse 190 grammes, le gauche 128 grammes.

A la coupe des deux reins, les substances corticale et médullaire sont fortement congestionnées La pression fait sortir en plusieurs points quelques gouttes de liquide purulent provenant de granulations tuberculeuses.

Nous avons pu trouver 15 observations de tuberculose des os de la voûte du crâne dans la bibliographie médicale, en comptant la nôtre. Dans la majorité des cas (11 sur 15), cette localisation n'était pas unique et s'accompagnait d'autres lésions dues au bacille de Koch.

D'autres manifestations osseuses se sont montrées dans 11 cas sur 15; la tuberculose pulmonaire 4 fois, la tuberculose méningée 1 fois seulement malgré le voisinage immédiat de la lésion cranienne. Dans 11 cas fut pratiquée l'opération (incision et trépanation) et la guérison se produisit 8 fois. Mais toutes les fois qu'il y a eu tuberculose pulmonaire ou méningée, l'issue a été fatale.

La lésion cranienne n'amène donc pas par elle-même la mort, et comme dans toutes les tuberculoses localisées, la gravité du pronostic dépend de la généralisation de l'infection tuberculeuse.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(17 FÉVRIER 1903)

La discussion sur l'alcool et les essences se poursuit et se traîne sans aboutir; les avis étant encore bien partagés sur la réponse à faire à la demande du ministre. M. Laborde est venu de nouveau défendre, avec l'ardeur et la conviction qu'on lui connaît, les conclusions de son rapport.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu entendre l'argumentation de M. Lancereaux, dont la haute compétence en l'espèce ne peut que donner beaucoup d'intérêt à tout ce qu'il dit et écrit sur ce sujet. Mais M. le secrétaire perpétuel persiste à laisser les journalistes à cette place d'où l'on n'entend rien.

M. Hanriot est de nouveau intervenu dans le débat pour faire très justement observer que, dans son rapport, la commission ne visait que les essences et laissait de côté l'alcool qui entre cependant, pour une bonne part, dans les dangers des liqueurs. On ne doit pas séparer l'étude des essences de celle de l'alcool. En outre, M. Hanriot, contrairement à M. Laborde, estime que la lettre du ministre demande à l'Académie non seulement de classer les essences mais encore d'indiquer la réglementation à leur appliquer.

Au cours de son argumentation M. Hanriot fait remarquer qu'actuellement les murs de Paris sont couverts de deux affiches, l'une signalant les dangers de l'alcool, l'autre le vantant comme un aliment de premier ordre. Si l'Académie garde le silence sur l'alcool, le public ne manquera pas d'en conclure qu'elle partage l'avis exprimé dans la seconde affiche. Enfin, pour M. Hanriot, la question des doses a une grande importance. Si l'on diminue le degré de l'alcool ou la teneur en essence, les chances d'intoxication diminueront, alors même que le nombre de petits verres restera le même.

La communication, pleine de bon sens et de logique, de M. Hanriot, est vivement applaudie par l'Académie tout entière.

Avant cette discussion, qui n'est pas encore terminée, le vote des conclusions du rapport étant renvoyé à la prochaine séance, M. le président fait connaître à l'Académie que le conseil a adressé ses félicitations au préfet de la Seine et au directeur de l'Assistance publique pour les affiches antialcooliques qu'ils ont fait mettre sur les murs de Paris.

M. Laborde demande que cette mesure soit appliquée aussi dans nos départements. (Approuvé.)

M. Hanriot a fait, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport important parce qu'il signale un grand danger qui nous menace, l'épuisement de certaines de nos sources d'eaux minérales. Il indique, à ce sujet, certaines mesures à prendre telles que l'obligation, pour les propriétaires de sources, de munir tout passage d'eau d'un appareil à fermeture empêchant les pertes d'eau et d'acide carbonique en dehors des heures d'embouteillage ; il demande en outre que toute source, autorisée ou non, qui reste non exploitée pendant plus de deux ans, soit fermée.

M. Cornil appuie énergiquement les conclusions du rapport de M. Hanriot. Il est temps, dit-il, d'aviser, sans quoi on laissera se perdre une de nos richesses nationales.

REVUE DE LA PRESSE

Étiologie de la dysenterie, par L. Rosenthal, de Moscou. (*Deuts. med. Wochens.*, 1903, n° 6, p. 97.) — Les recherches de l'auteur ont porté sur 85 cas de dysenterie observés à Moscou. Dans tous les cas, il a noté la présence dans les selles d'un bacille absolument identique à celui décrit par Shiga et Kruse. Ce bacille est très abondant pendant les premières semaines de la maladie; mais les colonies deviennent de moins en moins nombreuses à mesure que les symptômes s'amendent, pour disparaître complètement quand les selles ont repris leur aspect normal. La spécificité de ce bacille est démontrée par l'agglutination du bacille par le sérum des dysentériques, agglutination qui n'a jamais fait défaut. Au contraire, le sérum de ces malades reste sans action sur le colibacille et le bacille d'Eberth.

L'auteur a pu faire 14 autopsies de dysentériques : dans tous ces cas, il a trouvé le bacille spécifique au niveau des ulcérations et dans la paroi intestinale. Il ne l'a trouvé que 3 fois dans les ganglions mésentériques. Une seule fois, il a pu isoler le bacille du foie, de la rate et du sang du cœur.

L'examen des selles d'un certain nombre de malades atteints de diarrhée simple, d'entérite tuberculeuse ou de fièvre typhoïde, n'a jamais pu y déceler la présence du bacille dysentérique.

L'auteur a cherché à reproduire expérimentalement la dysenterie chez l'animal en injectant directement le bacille dans l'intestin, mais sans succès. En l'injectant sous la peau, il a vu se produire chez le lapin et le cobaye une hyperémie intense de la muqueuse intestinale avec apparition de mucosités sanguinolentes dans l'intestin.

Enfin, il a pu immuniser des animaux contre l'infection dysentérique et faire apparaître dans leur sérum la propriété agglutinante.

Il en conclut que le bacille de Shiga-Kruse est véritablement l'agent spécifique de la dysenterie à Moscou.

A. Lemierre.

Abcès rétro-cæcal développé trois ans après ablation de l'appendice. (*New-York med. Journ.*, 27 déc. 1902.) — Le sujet qui fait l'objet de cette communication était un garçon de quatorze ans, de constitution peu robuste. Il avait eu, trois ans auparavant, une attaque aiguë d'appendicite, et l'opération, pratiquée le dixième jour, avait permis d'évacuer un gros abcès et de réséquer l'appendice. La guérison était survenue sans incident et cet état de choses s'était maintenu jusqu'au jour où, à la suite d'un coup reçu dans l'abdomen, le malade recommença à souffrir dans la fosse iliaque droite, un peu en dehors de la cicatrice ancienne. A la palpation, on sentait un empâtement profond; la fièvre était d'intensité moyenne. La cicatrice de la première opération fut disséquée et l'extrémité libre du cæcum apparut dans la plaie. Le moignon appendiculaire était en parfait état et dépourvu d'adhérences. Le cæcum, par contre, à 2 centimètres de l'appendice, présentait des adhérences au niveau de sa face postérieure avec la paroi abdominale. En essayant, très doucement, de libérer ces attaches, une goutte de pus fit son apparition. Les organes furent soigneusement protégés et on pratiqua l'évacuation de 100 centimètres cubes environ d'un pus épais, gris jaunâtre, fétide. La cavité, qui siégeait entre le cæcum et le péritoine pariétal, fut drainée avec de la gaze iodoformée. La guérison fut assez rapide et la réunion était complète au bout de quatre semaines.

A. Housquains.

Des mouvements involontaires dans le tabes. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 27 déc. 1902.) — M. J. Rheim publie l'observation complète de trois cas de tabes qui s'accompagnaient respectivement de mouvements choréiformes, de contractions lentes et irrégulières intéressant divers groupes musculaires, enfin d'un léger tremblement rythmique. D'après l'auteur, les traités actuels n'accordent pas une attention suffisante à cette catégorie de symptômes. Prévenant l'objection qu'on eût pu lui faire, il établit que les cas signalés dans son mémoire ne peuvent être attribués à la sclérose en plaques : l'incoordination motrice progressive, les douleurs fulgurantes caractéristiques, l'état des réflexes, les troubles oculaires établissent l'exactitude du diagnostic. Les malades dont il s'agit ne présentaient pas de troubles mentaux, ni de tremblement intentionnel, ni de nystagmus. Dans un des cas, les faisceaux étaient lésés et l'on pouvait constater l'existence du signe de Babinski ; mais cette altération n'est pas exceptionnelle dans le tabes, et l'on sait qu'au cours des autopsies on trouve assez souvent des lésions de sclérose dans les cordons latéraux.

A. Housquains.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale (1), par le professeur Grasset.

Mon ami F. Le Sourd a bien voulu me charger de dire quelques mots du dernier volume des *Leçons de clinique médicale* de M. Grasset; leçons professées à l'hôpital Saint-Elo de Montpellier, du mois d'avril 1898 au mois de décembre 1902. Je lui en suis tout à fait reconnaissant, car il m'a procuré un grand plaisir. J'ai lu avidement ce livre nouveau, comme j'ai lu les précédents et comme je souhaite de lire pendant de longues années encore ceux que le professeur Grasset voudra bien publier. Je ne sais pas de lecture médicale plus attachante.

Ce sont bien des leçons cliniques, c'est-à-dire des leçons partant d'un fait observé dans le service autour duquel le professeur groupe d'autres documents pour essayer d'en tirer des conclusions générales; mais chacune de ses leçons peut être considérée comme un véritable mémoire, et elles sont d'autant plus intéressantes à consulter que les sujets traités dans le présent volume se rattachent à d'autres sujets précédemment étudiés. C'est ainsi que l'étude sur le spiritisme devant la science qui occupe 200 pages de cette quatrième série peut être rapprochée des études antérieures sur l'hypnotisme. Dans ce chapitre que j'ai lu et déjà relu parce que par son objet même il est un des plus amusants (M. Grasset me pardonnera cette épithète qui semble un peu jurer en ces graves matières, puisqu'il a cité Alphonse Allais!) l'auteur tente de déterminer et de préciser ce qu'est le spiritisme devant la science actuelle, c'est-à-dire ce qui dans le spiritisme appartient à la science et ce qui lui est

(1) In-8°, t. IV. Prix : 12 francs. — Montpellier, Coulet et fils; Paris, Masson et Cie.

étranger, en insistant sur ces termes : la *science actuelle*, car en science on ne présage rien de l'avenir et on reste sur le terrain des choses actuellement acquises. L'histoire de cette « maison hantée » qui sert de base à cette étude sur le spiritisme, fait surgir immédiatement et met aux prises les trois grandes théories également fausses si on tente de les généraliser et d'en faire l'explication universelle de tous les cas semblables ; la théorie de la fumisterie, la théorie du surnaturel et la théorie de l'extériorisation fluidique ou du périsprit. Ne sont-ce pas en effet, les trois grands courants d'idées qui naissent immédiatement en présence des maisons hantées et de diverses manifestations du spiritisme? Les *sceptiques* qui admettent que tout est tromperie, jonglerie, simulation, fumisterie; les *mystiques*, qui admettent des évocations de morts, d'anges ou de démons, et les *spirites*, qui admettent des émanations extériorisées de force, qui deviennent pour eux l'objet d'une vraie science spéciale.

Une leçon sur un cas d'hystéro-traumatisme subitement guéri peut être rapprochée des précédentes leçons sur l'hystérie et la neurasthénie; les leçons sur la dissociation dite syringomyélique des sensibilités complètent celles, déjà anciennes, sur le syndrome bulbo-médullaire constitué par la thermanesthésie et l'analgésie, et celle sur la maladie de Morvan; les leçons sur les neuronites motrices inférieures viennent parfaire les précédentes études sur les amyotrophies.

En dehors du système nerveux, l'auteur aborde quelques autres sujets, la cirrhose atrophique du foie d'origine alimentaire, la fréquence paradoxale du pouls, le pouls instable et la tension artérielle, etc.

Mais je m'arrête, car sans doute on ne m'a pas chargé de recopier une table des matières.

Ce que je veux dire, c'est l'intérêt très vif qui s'attache à la lecture de ce nouveau recueil de leçons cliniques, c'est la lumineuse clarté, c'est la vie intense qui les anime, ce sont les heures tout à fait agréables qu'on passe en les lisant. Je ne serai contredit par personne en affirmant qu'il n'en va pas ordinairement ainsi de la lecture des livres de médecine!

COURTOIS-SUFFIT.

Traité de thérapeutique chirurgicale (1), par A. Ricard, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et P. Launay chirurgien des hôpitaux.

MM. Ricard et Launay viennent de faire paraître, sous ce titre, un livre du plus haut intérêt que nous sommes heureux de signaler à nos lecteurs. Dédaigneux de toute fausse science, et d'un inutile étalage bibliographique, les auteurs, ainsi qu'ils le déclarent dans leur préface, ont donné tous leurs soins à l'étude des indications et contre-indications thérapeutiques de chaque affection; ils n'ont décrit la technique d'aucune opération, celle-ci devant faire l'objet d'un autre volume exécuté dans le même ordre d idées.

Le plan, suivi par les auteurs, dans la rédaction de chaque article, est toujours identique; ils exposent les méthodes susceptibles d'être employées, rejetant tout de suite celles qui leur paraissent mauvaises, et ne discutant que celles qui sont le plus habituellement usitées; ils spécifient dans chaque cas le traitement qu'une longue expérience leur conseille.

Signalons au début un chapitre très intéressant sur l'asepsie et l'antisepsie des mains, des instruments; les pansements à employer.

Les fractures font l'objet d'un article très complet où sont minutieusement traitées toutes leurs complications : lésions des vaisseaux, des nerfs, cals vicieux, retard de la consolidation, etc.

(1) In-8° jésus de 900 p., avec 326 fig. dans le texte. Prix : 18 francs. — Paris, O. Doin.

MM. Ricard et Launay ont donné une large place à l'exposition du traitement du mal de Pott et de ses accidents, ils discutent avec soin la question du redressement des gibbosités, et concluent que cette opération compliquée ne donne pas de résultats meilleurs que l'immobilisation dans un corset beaucoup plus simple.

Le traitement de l'appendicite — question de si grande actualité étant données les discussions qu'il soulève à la Société de chirurgie actuellement — est étudié avec chaque forme de la maladie; en même temps sont exposées les indications sur lesquelles on peut se baser pour savoir si l'intervention doit être faite à chaud ou à froid.

Nous devons enfin appeler l'attention sur un excellent chapitre concernant la luxation congénitale de la hanche. MM. Ricard et Launay pensent qu'on doit toujours s'adresser au traitement de réduction non sanglante, pour ne recourir à ce dernier qu'en cas d'insuccès, mais encore ne faut-il pas l'employer chez des enfants de plus de dix ans, à partir de cet âge les traitements palliatifs sont seuls applicables.

Il nous est d'ailleurs impossible d'analyser l'une après l'autre les différents chapitres de cet ouvrage. Ce serait passer en revue toute la thérapeutique chirurgicale, et chaque chapitre y est traité avec le même soin et avec la même compétence.

Ce traité vient fort heureusement combler une lacune; on s'est beaucoup occupé de technique ces dernières années, on a peut-être un peu trop négligé la thérapeutique, science qui doit permettre au praticien de voir dans chaque cas particulier la décision qu'il convient de prendre. Aussi ce livre, dont la clarté est parfaite, est-il destiné à rendre les plus grands services à tous les chirurgiens, aussi bien à ceux de la campagne qu'à ceux des villes.

Les auteurs ont prodigué, au milieu du texte, de nombreuses figures, la plupart inédites, les autres empruntées aux meilleurs ouvrages parus sur chaque question.

ET. LE SOURD.

Chirurgie des ovaires et des trompes (1), par M. le professeur Monprofit (d'Angers), chirurgien des hôpitaux, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine. Préface du professeur Félix Terrier.

Il y a quelques années, un chirurgien distingué de province publiait un volume sur la « chirurgie de l'utérus »; aujourd'hui, le docteur Monprofit (d'Angers) fait paraître la « chirurgie des annexes ».

Ces deux traités sont deux beaux produits de la décentralisation chirurgicale.

M. Monprofit était bien préparé pour mener à bien cet ouvrage. Auteur d'une thèse remarquée sur « l'inflammation des organes génitaux de la femme », chirurgien d'un important hôpital, il a pu se rendre compte de la marche ascendante qu'a suivie la chirurgie des ovaires depuis ces quinze dernières années.

Ce livre est écrit, non seulement par un savant documenté par les observations des autres, mais par un chirurgien qui base sa description sur des faits vus et observés par lui.

L'ouvrage est divisé en trois parties. La première, la plus courte, traite « des anciennes opérations conservatrices sur les ovaires et les trompes »; la seconde, beaucoup plus étendue, est consacrée aux « opérations conservatrices modernes »; la troisième partie aux « opérations radicales ».

Voici comment le professeur Terrier s'exprime sur le livre de son ancien élève :

« L'ouvrage du professeur Monprofit, par son ordonnance même, frappera l'esprit de tous nos confrères et de tous les gynécologistes. Ils seront peut-être surpris d'y voir sortir de

(1) In-8° de 450 p., avec 260 fig. dans le texte. Prix : 15 francs. — Paris, Agence centrale de la presse scientifique internationale.

l'oubli de vieilles opérations aujourd'hui démodées, mais qui ont eu au moins l'indiscutable mérite de préparer les voies nouvelles de la chirurgie comtemporaine.

Toutefois, ce qui devra attirer leur attention, dans ce traité de médecine opératoire, c'est l'étendue donnée par l'auteur à l'étude des interventions conservatrices modernes : elles constituent toute la seconde partie de ce volume. Il est indiscutable que là est désormais l'avenir de la chirurgie des annexes; c'est certainement de ce côté que doivent tendre les efforts des chercheurs, désireux de perfectionner nos moyens d'action, et de réduire au minimum de gravité notre rôle d'opérateur.

Cela est tellement évident que les opérations radicales, qui font l'objet de la troisième partie du livre, ont pour ainsi dire atteint leur apogée et que la science semble à peu près faite dans ce domaine, pourtant si vaste!

Cette œuvre, qui nous apporte une opération conservatrice nouvelle imaginée par l'auteur, le massage intra-abdominal de l'ovaire, est, en outre, une preuve manifeste de la marche de notre chirurgie dans la voie du progrès.

Elle ne pouvait être conçue et entreprise qu'au pays des idées claires et du vrai sens clinique, dans lequel on ose passer au crible les inventions les plus inattendues, et qui ne craint pas de les repousser, quand l'expérience a parlé.

Il faut donc féliciter le professeur Monprofit d'avoir eu le courage de concevoir et d'écrire ce traité dans les conditions si défavorables, où, par la force des choses, il se trouvait placé. Je demeure convaincu, pour ma part, que les praticiens ne seront pas mécontents de cet effort méritoire et de cette juvénile audace. » A. RICARD.

Les leucocytes. Technique. [Hématologie, cytologie] (1), par MM. J. COURMONT et MONTAGARD.

Les auteurs lyonnais, avec une compétence toute spéciale en la matière, ont réuni dans un volume des monographies cliniques, les différentes techniques employées pour l'étude des globules blancs contenus dans le sang et dans les sérosités pathologiques (liquides pleuraux, liquide céphalo-rachidien, etc.).

Ce n'est pas une simple énumération des divers procédés employés jusqu'alors mais surtout une critique documentée et très précise de chacun d'eux qui permettra à l'hématologiste de choisir d'emblée une bonne technique.

P. RAVAUT.

QUESTION D'INTERNAT

Pneumonie caséeuse.

Définition. Historique. — D'abord considérée comme une simple variété de pneumonie, ou comme l'aboutissant possible de tout processus pneumonique (Reinhardt, Virchow, Niemeyer), la pneumonie caséeuse est, en réalité, une forme particulière de tuberculose pulmonaire, la *forme infiltrée* (Grancher, Thaon, Charcot). Cette infiltration tuberculeuse qui frappe tout un lobe de poumon et qui évolue d'une façon aiguë, se caractérise par l'association, aux signes physiques habituels de la pneumonie, des troubles généraux de l'intoxication tuberculeuse.

Anatomie pathologique. — La tuberculose pulmonaire peut évoluer sous deux formes principales : *lésions isolées*, *lésions infiltrées*. Dans la première, les lésions passent par trois phases successives : *granulation grise*, *tubercule caséeux*, *ulcération*; elle donne lieu au tableau clinique de la phtisie commune; dans la seconde, les lésions passent par les mêmes phrases : une première (*infiltration grise*) correspondant à la granulation grise; une seconde, où l'infiltration s'est caséifiée (*infiltration jaune* ou *caséeuse*); une troisième, où la substance caséeuse est éliminée à l'extérieur. Cette seconde forme, c'est la pneumonie caséeuse (v. Marfan, *Traité de médecine*, 2[e] édit., t. VII, p. 168).

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES. — SIÈGE : ordinairement unilatéral, tantôt à la base, tantôt au sommet. — ÉTENDUE : le plus souvent lobaire. — ASPECT : 1. *Infiltration grise* : amas de matière grise, miroitante ou de matière tremblotante, légèrement teintée en rose (*infiltration gélatiniforme*, Laënnec); 2. *Infiltration jaune caséeuse* : poumon dense, hépatisé; alvéoles oblitérés, mais la coupe est moins granuleuse, plus sèche que dans la pneumonie franche, et surtout elle présente une coloration caractéristique gris jaunâtre ou verdâtre, analogue à celle du fromage de Roquefort; 3. *Cavernes* : rarement volumineuses (rapidité de l'évolution); 4. *Lésions associées* : pulmonaires (congestion, emphysème), pleurales (pleurésie tuberculeuse).

CARACTÈRES MICROSCOPIQUES. — α. LÉSIONS CASÉEUSES : présentent absolument la même structure que la granulation tuberculeuse (Grancher), avec un centre caséeux, et une couronne périphérique d'éléments lymphoïdes (v. Marfan, p. 185). — β. LÉSIONS CIRCUMCASÉEUSES : alvéolite catarrhale et fibrineuse.

Ces lésions circumcaséeuses sont-elles des lésions banales, destinées à subir plus tard la caséification, ou sont-elles d'emblée bacillaires?

La seconde opinion a été soutenue par Charcot et Auclair. Auclair, en injectant dans la trachée d'animaux certaines toxines tuberculeuses, est parvenu à reproduire expérimentalement la pneumonie caséeuse à tous ses degrés.

Pour Cornil, Dreyfus-Brissac et Brühl, Renaut, les lésions circumcaséeuses sont des lésions banales, dues au pneumocoque, au streptocoque, au cocco bacille, elles ne deviennent que secondairement tuberculeuses.

Étiologie. — La pneumonie caséeuse s'observe surtout chez les faibles et les débilités, après la grippe, la rougeole, la coqueluche. Elle a été attribuée à l'affaiblissement de résistance de l'organisme, à la virulence exceptionnelle des germes, à certaines associations microbiennes, etc.

Symptomatologie. — Celle de la pneumonie franche avec les différences suivantes : *début* souvent insidieux, sans grand frisson. — *S. fonctionnels* : pas de point de côté net, mais plutôt douleurs thoraciques réveillées par la toux; expectoration muco-purulente, puis puriforme, renfermant des bacilles de Koch et des fibres élastiques; quelquefois hémoptysies abondantes; dyspnée accusée avec paroxysmes. — *S. physiques* : pendant une longue période, absence localisée de tout murmure vésiculaire, puis, lorsque la matière caséeuse commence à s'éliminer, râles humides plus ou moins gros. Rarement ou tardivement, souffle tubaire. — *S. généraux* : amaigrissement et affaiblissement rapides, sueurs nocturnes, état typhoïde, fièvre constante, mais à type variable, hypotension artérielle, etc.

ÉVOLUTION. — Le plus souvent, mort *rapide* en trois semaines, sans modification de l'état local, ou *tardive* : il existe alors des signes cavitaires. Exceptionnellement, transformation en phtisie chronique. D'où gravité du *pronostic*.

FORMES. — *a.* suivant l'évolution : f. aiguë ou subaiguë; *b.* suivant certaines modifications symptomatiques : dans la *spléno-pneumonie caséeuse* (Grancher), le souffle est voilé et les vibrations diminuées; *c.* suivant l'âge : α. *chez l'enfant*, début par bronchite ou broncho-pneumonie banale, puis irrégularités de la courbe thermique, mauvais état général, signes cavitaires, mort par cachexie ou généralisation; β. *chez le vieillard*, début fréquent par hémoptysie, latence presque absolue.

Diagnostic. — Avec la *pneumonie franche*, les *pneumonies*

(1) Monographie de l'*Œuvre médico-chirurgical* (D[r] Critzman, directeur). Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et C[ie].

grippales, etc., par différences déjà indiquées, et recherche des bacilles; chez l'adulte, le diagnostic le plus difficile consiste à éliminer les *poussées congestives* que l'on observe au cours de la phtisie chronique. Chez l'enfant, pour distinguer les broncho-pneumonies tuberculeuses aiguës des *broncho-pneumonies banales*, se baser sur l'intensité de la dyspnée, la gravité des signes généraux et surtout l'évolution (v. Marfan, p. 317).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 16 février 1903 : MM. Brésard, 13; Broc, 11 1/2; Lutaud, 10 1/2; Gravelotte, 10; Bour (Denis), 9; Planson, 9; Bory, 8; Grandeau, 8; Krantz, 8; Prieur, 8.

Pathologie. — Séance du 17 février 1903 : MM. Bornait-Legueule, 11; Maillard, 11; Jullich, 10; Poisot, 10; Darvanne, 9; Baudouin (Alphonse), 8; Feuillié, 7.

Marine. — Par décision ministérielle du 16 février 1903, M. le docteur Bourges, élève du service de santé, est nommé médecin auxiliaire de deuxième classe dans le corps de santé de la marine et devra être dirigé sur le port de Toulon pour suivre les cours de l'Ecole d'application.

— M. le médecin de première classe Renault, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur la défense mobile de Brest.

Prix de la Société de chirurgie. — Le prix Marjolin-Duval (300 francs) est décerné à M. Robert Lœwy, ancien interne des hôpitaux.

Le prix Laborie (1 200 francs) est décerné à M. Ch. Lenormant, ancien interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

Le prix Ricord (300 francs) est décerné à MM. Mally et Richon.

L'alcoolisme. — Un syndicat de marchands de spiritueux ayant fait placarder, en réponse à l'affiche de l'Assistance publique, une nouvelle affiche invoquant MM. Duclaux et Boix et accusant les hôpitaux d'être des consommateurs d'alcool de premier ordre, l'administration de l'Assistance publique nous communique la note suivante :

« Le vin, dont les quantités d'achat varient peu, est donné à notre personnel à raison de 65 centilitres en moyenne par jour, et de 35 centilitres aux vieillards valides hospitalisés. On voit que, loin d'abuser, nous usons très modérément.

Le rhum est réservé aux préparations pharmaceutiques et l'alcool a de multiples usages étrangers à la consommation.

En 1902, pour 29 000 personnes hospitalisées chaque jour, la consommation a été de 23 000 litres de rhum et de 45 000 litres d'alcool, chiffres bien inférieurs à ceux cités par l'affiche des commerçants en liqueurs, et il convient de mettre en regard les 5 200 000 litres de lait consommés par nos malades. Ce rapprochement montre les tendances de nos chefs de service, médecins et chirurgiens, qui sont unanimes sur les dangers de l'alcool.

A l'économie réalisée en 1902 par l'Assistance publique, qui s'élève à 135 000 francs sur l'alcool et le rhum, s'ajoutera, en 1903, une nouvelle économie de 50 000 francs, et la dépense de ce chef serait encore réduite s'il n'y avait danger pour certains malades à les priver brusquement de leur *aliment* habituel. »

XLIe Congrès des Sociétés savantes en 1903. — A l'occasion du XLIe Congrès des Sociétés savantes, qui se tiendra cette année à Bordeaux du 14 au 18 avril, la Société de médecine et de chirurgie et les diverses Sociétés savantes de Bordeaux, Société d'anatomie et de physiologie, Société de biologie, Société de gynécologie et de pédiatrie, ont obtenu une section médicale à laquelle elles ont décidé de donner une importance exceptionnelle.

Elles ont donc l'honneur de convier à cette section les médecins de France, et tout particulièrement ceux qui se rendront au Congrès de Madrid.

En dehors des questions proposées par le Ministère, il sera traité divers sujets médicaux d'actualité dont nous ferons connaître le programme ultérieurement. Les confrères qui désireraient faire des communications peuvent encore adresser un résumé de leurs communications au ministère de l'Instruction publique (5e bureau de la direction de l'enseignement supérieur), avant le 15 février (dernière limite) et envoyer simplement le titre de cette communication au président de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Ceux qui voudront assister au Congrès sans figurer à l'ordre du jour ont jusqu'au 1er mars pour faire, soit au ministère, soit au président de la Société de médecine de Bordeaux, leur demande de cartes et de lettres à demi-tarif sur les réseaux des compagnies de chemins de fer.

Il n'y a aucune cotisation à verser à l'occasion du Congrès

Muséum d'histoire naturelle. — *Conférences publiques du dimanche* (année 1903). — 1er mars : Les dangers de l'alcoolisme (M. N. Gréhant); — 8 mars : Les tortues gigantesques (M. L. Vaillant); — 15 mars : Les derniers jours du jardin du roi (M. E.-T. Hamy); — 22 mars : Eruption de la Martinique (M. A. Lacroix); — 26 avril : Les ancêtres du cheval (M. Boule); — 3 mai : Les animaux de l'ancienne Gaule (M. E. Oustalet); — 10 mai : Les abeilles et les fleurs (M. E.-L. Bouvier); — 17 mai : Les orchidées (M. J. Costantin).

Les conférences auront lieu à trois heures dans le grand amphithéâtre du Muséum.

Nota. — Les personnes désirant assister aux conférences du dimanche trouveront des cartes d'entrée à l'administration du Muséum tous les jours de dix heures à quatre heures, sauf le dimanche. Les cartes permanentes du Muséum (cartes de naturaliste, cartes d'invitation aux réunions mensuelles des naturalistes, cartes d'auditeur des cours, cartes d'artiste) serviront d'entrée pour les titulaires et leur famille.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M.* — Il est délivré toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des carnets individuels ou de famille pour effectuer sur ce réseau, en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraire tracé par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets collectifs, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. — Faculté de prolongation, à deux reprises, de 15 jours pour les carnets valables 30 jours, 23 jours pour les carnets valables 45 jours, et de 30 jours pour les carnets valables 60 jours, moyennant le paiement d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix total du carnet, pour chaque prolongation. — Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou collectif, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., bureaux de ville et agences de la Compagnie, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ, à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 22 — SAMEDI 21 FÉVRIER 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 21 FÉVRIER 1903. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Syphilis du cœur; symptômes, diagnostic et traitement (1).

Par M. M. Breitmann (de Saint-Pétersbourg).

La plupart des auteurs (Grenouillier, Lancereaux, Jullien, V. Dusch, Semmola, Mracek) pensent que les symptômes cliniques des lésions syphilitiques du cœur sont très complexes et embrouillés, à tel point que le diagnostic du siège précis de la lésion cardiaque devient rarement possible. Aussi sont-ils d'avis qu'actuellement la symptomatologie de cette localisation de la syphilis est encore impossible à faire, nos renseignements étant le plus souvent très incomplets et le malade succombant souvent brusquement sans qu'on ait pu soupçonner chez lui une cardiopathie quelconque.

On a en outre remarqué que la symptomatologie variait beaucoup d'un cas à l'autre, l'affection rappelant tantôt une lésion artérielle, tantôt une myocardite fibreuse, tantôt, à ce qu'il paraît, une lésion orificielle ou valvulaire. Nous verrons cependant plus loin que, s'il est vrai qu'il n'y a pas de signes spécifiques, pathognomoniques de la syphilis du cœur — et combien y a-t-il donc de maladies où ces signes pathognomoniques existent?) — une certaine combinaison de ces symptômes, le mode par lequel ils se manifestent, etc., sont assez typiques et spéciaux, et appartiennent de préférence aux lésions syphilitiques du cœur. On peut même dire qu'il est *souvent* possible — certes pas toujours — de faire le diagnostic précis de la localisation de la lésion cardiaque syphilitique à telle ou telle partie du viscère. *Il y a plus : la syphilis, en frappant le cœur, semble nous donner la démonstration expérimentale — et ce n'est pas là un paradoxe — du rôle de telle ou telle partie du cœur, rôle que la physiologie ne nous permet pas de définir.* Ainsi, par exemple, aucun traité de physiologie ne dit un seul mot du *rôle physiologique des cloisons interventriculaires pendant la contraction du cœur*, c'est-à-dire de ce que deviendrait le fonctionnement du cœur privé de cette cloison. Une expérience qui permettrait de résoudre cette question est impossible, car en excisant la cloison nous altérerions en même temps la continuité des parois du viscère, nous créerions une communication artificielle entre les deux ventricules, nous blesserions les vaisseaux, les valvules, etc. Dans la syphilis, au contraire, tout se passe très simplement : elle provoque une gomme de la cloison ou la dégénérescence fibreuse de cette dernière, laissant en même temps parfaitement intactes les autres parties constituantes du cœur, car l'examen microscopique le plus minutieux ne permet d'y rien découvrir.

La cloison dégénérée ne fonctionne plus régulièrement et le fonctionnement du cœur présente des altérations dont ne peut rendre compte aucune autre cause et qui correspondent parfaitement à ce que nous aurait donné l'expérimentation, si elle était possible. *Grâce à cette propriété caractéristique de la syphilis de frapper des régions isolées du cœur en laissant en même temps intactes les autres, il devient souvent possible de définir à la lésion de quel segment correspondent tels symptômes cliniques donnés et vice-versa.* Mais les altérations syphilitiques du cœur ne se bornent pas toujours à des tissus ou zones limitées de cet organe et peuvent s'étendre loin, gagnant à la fois les vaisseaux, le myocarde, les nerfs et les enveloppes du cœur. Nous commencerons notre description par les cas plus simples, à lésion nettement localisée, et passerons ensuite à la lésion diffuse se traduisant par un tableau clinique complexe dans lequel entrent les symptômes de chacune des lésions localisées.

I

Symptomatologie. — Il n'est pas douteux que l'infection syphilitique non seulement peut mais doit retentir sur le cœur, organe de sensibilité exquise, dès les premiers jours (*période primaire*); l'influence fâcheuse de l'infection sur le fonctionnement et le travail du cœur existe déjà à ce moment, mais nous ne savons pas encore reconnaître en quoi elle consiste. L'opinion, d'après laquelle les troubles de la *période secondaire* ne se bornent pas aux lésions oculaires, cutanées et muqueuses, gagne un nombre de plus en plus grand de partisans. Tout semble prouver qu'il existe, à cette période, des troubles cardiaques, qu'ils soient dus à l'action du virus syphilitique circulant dans l'organisme sur les ganglions automoteurs du cœur, ou bien à la formation, dans le cœur, de produits cellulaires rapidement résorbés sans trace de cicatrisation, analogues à ceux qui se produisent sur les muqueuses, c'est-à-dire de sortes de « papules du cœur ». On peut constater à cette période des *palpitations* et tout une série d'autres troubles cardiaques (*perception du choc du cœur contre la paroi thoracique*, *malaise particulier avec anxiété précordiale*, *suffocation*, *asthme*, etc.). Ces palpitations sont d'ordre purement dynamique (Fournier) et dues moins à l'état du sang (anémie) qu'à l'action des toxines syphilitiques. Au sphygmographe on constate l'*irrégularité du pouls*.

Mais c'est à la *période tertiaire* que se montrent les lésions cardiaques les plus nettes; nous commencerons par la plus importante de ces lésions, la *myocardite*.

(1) Traduit du russe par Mlle Broïdo.

MYOCARDITE : α. GOMMES DU MYOCARDE. — Les gommes peuvent occuper l'un ou l'autre ventricule, la cloison ou tout le myocarde en totalité.

1. MYOCARDITE GOMMEUSE DU VENTRICULE GAUCHE. — Elle peut se présenter sous quatre formes cliniques :

a. Tantôt les gommes sont très petites, leur présence ne se traduit par aucun symptôme pendant la vie, le sujet succombant à une autre cause quelconque; elles ne sont que des trouvailles d'autopsie. C'est la *forme latente*.

b. Des gommes relativement volumineuses du ventricule gauche ne donnant lieu à aucun trouble cardiaque finissent néanmoins par causer la *mort subite* de sujets jeunes et en apparence parfaitement bien portants. Cette forme diffère donc de la précédente en ce qu'ici la gomme, sans provoquer de troubles cardiaques intra-vitaux, constitue néanmoins la cause immédiate de la mort du porteur. *Cette mort subite est surtout fréquente dans les cas où la gomme du ventricule gauche siège près de la pointe.*

c. Dans la troisième forme on note quelques troubles cardiaques tout à fait insignifiants et dont l'interprétation est souvent fausse (un accès d'angine de poitrine pseudo-gastrique, par exemple, est pris pour des troubles gastriques). Cette forme aboutit également à la mort subite, tout à fait inattendue en raison de la faible intensité des troubles cardiaques.

d. Enfin, dans d'autres cas, la maladie évolue lentement, à la façon d'une maladie chronique, et se traduit par des symptômes appréciables aussi bien pour le médecin que pour le malade. Cette forme est la plus commune. Les phénomènes observés sont en rapport avec la diminution de la force kynétique du cœur, la diminution de son aptitude au travail par suite de la destruction de la substance méme du muscle, liée inévitablement au développement des gommes. Cet affaiblissement du ventricule gauche se traduit par l'*ampliation insuffisante du système artériel*, *la vacuité des artères*, *l'hyperhémie passive ou la stase veineuse;* les malades accusent *des palpitations*, *de la pesanteur et de la douleur précordiale; de l'angoisse*, *des céphalées*, *des vertiges*. *Le pouls est accéléré ou ralenti*, *souvent arythmique*. *Cependant l'étendue de la matité cardiaque reste généralement normale*; le frémissement cataire et *les souffles font défaut*, les *valvules étant intactes*, les *bruits du cœur sont* seulement *plus sourds ou plus faibles* et le premier devient parfois imperceptible. *Le choc de la pointe* est très faible et parfois même imperceptible.

D'autres fois, tant qu'il n'y a pas destruction notable des parois musculaires du cœur, la gomme incluse dans le tissu de ce dernier réagit comme tout autre corps étranger (vésicule d'hydatide par exemple) : en entravant continuellement par sa présence la contraction des fibres musculaires circonvoisines, elle peut occasionner une *suractivité vicariante* des fibres musculaires saines dans les autres parties du ventricule. Dans ce cas *le fonctionnement cardiaque est irrégulier et excité*, *le choc de la pointe est très vif*, *le premier ton éclatant*.

La *stase* consécutive qu'on observe dans cette forme se traduit par des *troubles fonctionnels gastro-intestinaux*, *rénaux et hépatiques* (« cirrhose cardiaque » des auteurs français). Des *troubles du côté du foie*, *du cœur et des reins se répétant fréquemment et se terminant chaque fois par la guérison*, doivent, avec beaucoup de probabilité, faire songer à la syphilis.

L'affaiblissement du ventricule gauche et la stase consécutive dans le domaine de la petite circulation peuvent donner lieu à de la *dyspnée* (*celle-ci est d'ailleurs plus fréquente dans les lésions du cœur droit*; v. plus loin). *Contrairement à ce qu'on observe dans les cardiopathies rhumatismales* ou autres, dans la syphilis du cœur malgré l'altération fonctionnelle notable de ce dernier, *la circulation peut ne pas être atteinte et les phénomènes de stase générale peuvent faire défaut*. Les *hydropysies généralisées sont très rares* dans la myocardite syphilitique et même, lorsqu'elles existent, sont en général *peu marquées* et ne se montrent qu'à la dernière période de la maladie (il y a cependant, quoique rarement, des exceptions à cette règle).

2. MYOCARDITE GOMMEUSE DU VENTRICULE DROIT. — Dans cette localisation, la *mort subite* est plus rare; encore ne s'observe-t-elle principalement que lorsque la cloison interventriculaire est touchée (v. plus loin); souvent on a trouvé à l'autopsie des gommes du ventricule droit, du volume d'un pois dont l'existence n'avait, pendant la vie du sujet, provoqué aucun trouble. La *dyspnée* constitue le symptôme le plus fréquent de la *gomme* ou de l'altération fibreuse *circonscrite* (*ce qui est la même chose au point de vue de la pathogénie*) du ventricule droit. La dyspnée sera, bien entendu, également notée lorsque la lésion du ventricule droit est secondaire, par exemple, à l'affaiblissement du ventricule gauche, aux adhérences péricardiques, à la lésion primitive de la cloison. Cette *dyspnée d'origine syphilitique*, *par lésion du ventricule droit*, *consiste en l'accélération de la respiration et la gêne respiratoire*, *mais avec conservation de la régularité du rythme*. *Les accès* s'accompagnent presque toujours de phénomènes d'*insuffisance du ventricule droit* (*cyanose*, etc.); mais généralement cela ne va pas jusqu'à l'insuffisance complète, la *mort*, souvent *brusque*, survenant longtemps avant.

3. GOMMES DES DEUX VENTRICULES. — Si elles sont petites, elles peuvent ne s'accompagner d'aucun symptôme; dans le cas contraire, les symptômes se manifestent dans le domaine du ventricule le plus touché ou bien dans celui des deux; par exemple, il peut y avoir à la fois phénomènes dues à l'affaiblissement (stases) et dyspnée, ou bien dyspnée et palpitation, etc. Dans cette variété, la *mort subite* n'est pas non plus rare.

β. MYOCARDITE FIBREUSE SYPHILITIQUE. — On peut en distinguer quatre catégories :

1° Le tissu musculaire affaibli cède à la pression intracardiaque et les cavités se dilatent;

2° La paroi cardiaque, amincie mais rigide et ferme, ne cède pas à la pression intracardiaque; il n'y a pas de dilatation des ventricules;

3° En plus de la dilatation il peut y avoir aussi hypertrophie; enfin

4° La paroi ne cède à la pression que dans une zone limitée, d'où formation d'anévrysme cardiaque partiel.

La myocardite fibreuse *circonscrite* se traduit par les mêmes symptômes que la gomme circonscrite, dont elle ne représente qu'un stade plus avancée; étant circonscrite, elle ne provoque pas de dilatation cavitaire.

La myocardite fibreuse *diffuse* syphilitique, avec dilatation des ventricules, présente les mêmes symptômes que la dilatation d'autres origines; cependant, ici, ces symptômes sont assez souvent plus accusés, l'affaiblissement fonctionnel du cœur étant dans la syphilis relativement beaucoup plus prononcé qu'il ne devrait l'être dans le degré de dilatation donné.

Dans la myocardite fibreuse, la *mort subite* est également fréquente, notamment si le *ventricule gauche* (pointe) ou la cloison sont *touchés*, surtout si la dégénérescence fibreuse s'accompagne de gommes ou d'anévrysme sacciforme de la pointe du ventricule gauche.

La *dilatation du ventricule droit* provoque surtout des *accès de dyspnée suffocante* et d'autres symptômes d'insuffisance tricuspidienne. Les lésions du cœur droit sont souvent congénitales; mais elles peuvent aussi être secondaires à une lésion du cœur gauche et même se développer *rapidement*, sous l'influence d'un effort considérable; les lésions du ventricule droit peuvent également (mais plus rarement) provoquer la *mort subite*.

S'il y a *dilatation des deux cavités*, on note soit la prédominance des symptômes de l'une d'elles ou bien à la fois les signes de dilatation de chacune d'elles.

La dégénérescence fibreuse du ventricule gauche sans dilatation provoque un affaiblissement général progressif et continu, l'impossibilité de s'occuper de quoi que ce soit, à tel point que le malade est incapable de se tenir hors du lit. A ces phénomènes se joignent bientôt l'anémie, l'œdème des jambes, la faiblesse du choc de la pointe et du premier bruit au même niveau, la faiblesse et l'irrégularité du pouls, les vertiges et des accès syncopaux. Cet état peut durer longtemps sans changer. En outre, en raison de l'existence des symptômes d'infection syphilitique, ces symptômes diffèrent de ceux de la dégénérescence graisseuse ou fibreuse ordinaire et ne cèdent point aux tonicardiaques ordinaires (Phillips).

Les symptômes de la *dégénérescence fibreuse du ventricule droit sans dilatation* sont les mêmes que ceux de cette dégénérescence accompagnée de dilatation et consistent essentiellement en la *dyspnée*.

L'*hypertrophie vraie* du cœur suit, dans la syphilis, les mêmes lois que dans les autres causes, et donne lieu aux mêmes symptômes que dans ces derniers cas; mais elle est très rare et ne s'observe le plus souvent qu'à titre de *complication*, à la suite d'autres causes (alcoolisme, lésions valvulaires chroniques, anévrysme de l'aorte et artériosclérose, affections chroniques des poumons, du foie et des reins). Souvent on note la *prolifération du tissu fibreux des parois du cœur* aboutissant à l'augmentation de leur épaisseur, c'est-à-dire une *fausse hypertrophie*, cause assez fréquente de la mort subite.

Les altérations fibreuses du myocarde peuvent avoir pour résultat la diminution de sa résistance et la production d'un *anévrisme partiel du cœur*; celui-ci se développe surtout dans le ventricule gauche près de la pointe; il peut se produire dans cet anévrisme des thrombi, avec embolies consécutives; en outre la poche anévrismale peut se rompre. L'anévrisme rompu de la cloison donne lieu aux mêmes symptômes que les anomalies congénitales de la cloison (persistance du trou de Botal, etc.). Lorsqu'il siège au voisinage des valvules aortiques ou de la mitrale, l'anévrysme partiel peut simuler une *lésion valvulaire* ou bien donner lieu au syndrome *angineux*, tout comme une gomme de la même région ou une altération fibreuse circonscrite au même point. Cet anévrisme peut amener la mort, souvent subite, soit par paralysie cardiaque, par défaut de coordination, surtout lorsque l'anévrisme siège près de la pointe, soit par rupture du sac.

La forme mixte d'*altération fibro-gommeuse* se traduit, en raison de l'étendue des lésions, par des troubles très marqués et graves et amène aussi souvent la mort subite.

La *syphilis de la cloison, que nous signalons ici pour la première fois à titre de lésion autonome et particulière, mérite une attention toute spéciale.* Des petites lésions de cette cloison peuvent être peu remarquées pendant la vie, mais quel que soit leur degré et leur étendue, leur effet est, à notre avis, toujours le même : elles troublent toujours la synergie régulière des deux cœurs et amènent par suite des troubles et l'affaiblissement fonctionnel ou même (dans les cas fatals) la paralysie du cœur. Il est peu probable que la lésion de la cloison influe au même degré sur l'altération simultanée du travail des deux ventricules. On peut, au contraire, a priori admettre *que le trouble de coordination provoqué par les lésions syphilitiques de la cloison doive avant tout et surtout retentir sur le ventricule droit, fonctionnellement plus faible que le gauche;* l'étude des cas publiés confirme cette hypothèse. Par conséquent, cliniquement, les lésions de la cloison donnent lieu aux mêmes symptômes que celles du ventricule droit.

La *lésion des oreillettes* donne lieu aux mêmes symptômes que celle des ventricules, mais à un degré moindre.

Endocardite syphilitique. — On ne connaît pas un seul cas absolument authentique de localisation primitive de la lésion spécifique aux valvules du cœur; dans tous les cas publiés il s'agit « de lésion valvulaire » secondaire à l'altération des tissus voisins (gommes du myocarde, myocardite fibreuse avec rétraction cicatricielle, saillie d'anévrismes partiels, etc.).

Péricardite syphilitique. — Elle se traduit par la sensation de gêne, parfois par des douleurs fulgurantes précordiales, des palpitations passagères; le frottement est rare. La symphyse péricardique est assez fréquente; par contre, les exsudats et les épanchements sanguins dans le péricarde sont rares.

Ganglions et nerfs cardiaques. — Leur lésion se traduit cliniquement par l'arythmie du pouls et les intermittences vraies, ou bien par des accès d'asthme cardiaque, les poumons étant normaux; mais leur manifestation la plus typique est constituée par des accès angineux.

Angine de poitrine. — Elle mérite, avec les irrégularités du pouls, une attention particulière et présente quelques caractères propres appartenant presque exclusivement à l'angine syphilitique et pouvant, par conséquent, souvent être d'un grand secours pour le diagnostic.

Sans nous arrêter ici à la question de la pathogénie de l'angine de poitrine en général, nous dirons seulement que l'angine de poitrine syphilitique est souvent d'origine nerveuse, tenant à la lésion des plexus cardiaques (*angina pectoris nervosa* ou *névralgie du plexus cardiaque* de Germain Sée). Il faut ranger aussi dans cette catégorie l'angine de poitrine vaso-motrice. La cause immédiate de la lésion des éléments nerveux cardiaques est le plus souvent dans la lésion des artères coronaires. Mais il est certain aussi que l'angine de poitrine peut aussi être dûe exclusivement à la lésion du myocarde et à celle du ventricule gauche en particulier. Si l'angine de poitrine ne coexiste avec aucun symptôme objectif de cardiopathie ni aucun signe indiquant son origine nerveuse, si en même temps il existe des symptômes de faiblesse et d'insuffisance cardiaques, cette angine peut être due à une gomme et plus particulièrement à une gomme du ventricule gauche, ou encore à une dégénérescence fibreuse circonscrite de ce dernier ou un anévrisme partiel.

La forme connue sous le nom d'*angine de poitrine pseudo-gastrique* mérite particulièrement l'attention. Elle est caractérisée par la douleur épigastrique ou des troubles gastro-intestinaux marqués : vomissements, diarrhée, ce qui fausse souvent le diagnostic. Ces vomissements seraient dus, pour nous, à l'irritation du centre bulbaire des vomissements par les toxines syphilitiques.

Modifications du pouls. — Elles ne peuvent être mises sur le compte des lésions syphilitiques du cœur et en particulier des gommes du ventricule gauche que lorsque toute autre cause de lésion cardiaque et de ses troubles fonctionnels a pu être éliminée, aussi bien pendant la vie du malade qu'à l'autopsie. Parmi ces altérations du rythme du pouls, nous signalerons les trois catégories suivantes : 1° la tachycardie, 2° la bradycardie et 3° l'arythmie.

1° Tachycardie. — C'est un des symptômes les plus fréquents et les plus précoces de la gomme du cœur (ou de sa dégénérescence fibreuse au début, ce qui au point de vue de la pathogénie est la même chose). Il n'est guère probable que cette accélération du pouls, d'origine syphilitique, soit due à une dilatation aiguë primitive du cœur (Martius); il est à présumer que la présence, dans le myocarde, d'une gomme provoque relativement plus facilement la tachycardie en cas de cœur déjà dilaté et par conséquent affaibli, qu'elle ne le ferait en cas de cœur normal (non dilaté). Contrairement à la tachycardie nerveuse, la tachycardie sy-

philitique est plus continue, et si même elle est paroxystique, elle se distingue par la fréquence notable des palpitations et la régularité absolue de ces dernières. Nous sommes autorisés à attribuer la cause de cette tachycardie à des gommes ou à des scléroses circonscrites du myocarde, puisque le rythme du cœur est réglé non seulement par ses ganglions automoteurs, mais encore par le muscle lui-même. Aussi est-il probable qu'un grand nombre de tachycardies fonctionnelles ou « irritable heart » s'expliquent par une lésion organique, par une gomme du cœur. Cette tachycardie syphilitique se caractérise en outre de la régularité absolue et la fréquence notable de l'accélération, par sa cessation brusque sous l'influence du traitement spécifique, et par l'inefficacité absolue des cardiotoniques habituels.

Dans la période secondaire, la tachycardie est un trouble fonctionnel.

2° Bradycardie. — Elle ne doit, non plus, être rattachée à la syphilis du cœur qu'en l'absence avant et après la mort, de toute autre cause de ralentissement du pouls. Elle présente deux variétés : tantôt la bradycardie est consécutive à une gomme du ventricule gauche (plus rarement du droit), et notamment à une gomme située près des valvules de l'aorte, à la hauteur de l'orifice veineux gauche ou du cône pulmonaire. La situation de la gomme au voisinage des valvules altère, évidemment, la régularité du rythme cardiaque. Le ventricule gauche s'affaiblit, ses contractions n'aboutissent pas et perdent de leur énergie habituelle. Il se contracte bien encore en même temps que le ventricule droit, mais si faiblement, que ce n'est qu'après deux ou trois contractions qu'il arrive à vaincre la résistance intra-aortique; dans ces conditions à 75-78 pulsations radiales ne correspondent plus parfois que 26-28 pulsations jugulaires (cas de Moritz). L'activité du ventricule gauche est encore plus affaiblie si la lésion frappe les muscles papillaires et surtout la cloison, ou bien s'il y a sténose de l'orifice aortique. Peut-être la localisation des gommes près des valvules sigmoïdes de l'aorte ou dans la cloison altère-t-elle directement la coordination des deux cœurs au même titre que tout corps étranger, ou bien exerce son influence nocive tout particulièrement sur le fonctionnement des éléments nerveux du cœur.

Dans d'autres cas la bradycardie sphylitique a pour cause la lésion des coronaires et la lésion consécutive des centres auto-moteurs du cœur et l'altération de l'automatisme du muscle cardiaque. L'atropine est sans action sur ce ralentissement du cœur. L'incitation aux contractions cardiaques ayant son point de départ dans les oreillettes, leur altération est présumable. La bradycardie peut coïncider avec l'arythmie.

Dans la période secondaire la bradycardie n'est qu'un trouble fonctionnel.

3° Arythmie. — Elle peut exister seule ou bien en même temps que d'autres altérations, tachy ou bradycardie intermittentes, angine de poitrine, etc. Elle est surtout fréquente peu de temps avant la mort, et s'observe en général dans les cas graves. Quelle qu'en soit la cause première (lésion du myocarde, des ganglions ou des coronaires), l'arythmie d'origine syphilitique est toujours due à un mauvais fonctionnement du muscle cardiaque en général, des muscles papillaires en particulier, se traduisant par des contractions faibles et irrégulières; ceci peut s'observer surtout dans les altérations fibreuses du cœur dont les parois ont perdu leur élasticité. Mais il existe aussi des cas d'arythmie, à battements cardiaques violents, énergiques, à choc de la pointe violent, c'est-à-dire à activité cardiaque irrégulière et excitée. Chez ces malades, le myocarde n'est probablement pas encore beaucoup détruit et c'est la gomme qui exerce une action excitante sur les parois du cœur. On a également observé dans la syphilis cardiaque le bruit de galop.

Une arythmie permanente, durable, ne cédant ni à l'hygiène ni au traitement médicamenteux prolongé (arythmie persistante) chez un malade ayant sûrement eu la syphilis, permet de supposer une manifestation latente du côté du myocarde développée sur un terrain syphilitique et doit immédiatement imposer le traitement antisyphilitique.

II

Diagnostic. — A. Diagnostic de lésion syphilitique du cœur en général. — Ce diagnostic est d'autant plus important qu'il n'existe peut-être pas d'autre maladie dans laquelle un traitement institué à temps soit capable de donner des résultats aussi brillants et où d'autre part une tergiversation pourrait avoir des suites aussi funestes (la mort subite étant ici très fréquente).

1° Antécédents. — Il importe d'établir si le malade a eu la syphilis, à quelle époque, comment la maladie a évolué jusqu'à ce moment, si le malade a eu des enfants ou si sa femme ou elle (s'il s'agit d'une malade) a avorté, si le traitement avait été institué. Il importe surtout d'établir minutieusement le début des troubles cardiaques, ses symptômes et sa marche jusqu'à ce moment. Il faut se rappeler que les symptômes qui, généralement, nous paraissent trop insignifiants pour nous permettre d'affirmer l'existence d'une cardiopathie grave, c'est-à-dire d'une lésion « valvulaire ou orificielle », acquièrent une tout autre signification, une haute importance chez des syphilitiques. L'attention doit tout particulièrement être portée sur tous les facteurs des cardiopathies ou y prédisposant (rhumatisme, scarlatine, érysipèle, pyohémie, septicémie, fièvre puerpérale, malaria, chorée, affections chroniques du cœur, du foie, des reins, des poumons). S'il existait déjà antérieurement une cardiopathie, il importe d'en connaître la durée, l'intensité; ainsi une affection cardiaque grave existant depuis longtemps, mais sans avoir provoqué des troubles valvulaires, parle plutôt en faveur de la syphilis et contre l'endocardite rhumatismale. Le plus souvent on arrive à établir qu'avant le début de l'affection cardiaque actuelle, le malade n'a jamais eu aucun trouble; il n'est pas rare de constater un début brusque. Ce début brusque d'une cardiopathie, généralement en l'absence complète de fièvre ou avec une élévation thermique insignifiante, doit aussitôt faire penser à la syphilis du cœur.

Il faut encore se renseigner aussi précisément que possible sur le genre de vie du malade, ses occupations, ses excès de table ou de boisson (alcool, tabac) ou de médicaments (arsenic, morphine, chloral, etc.). L'examen des antécédents rend probable le diagnostic de syphilis cardiaque lorsque, toutes ces causes de cardiopathie éliminées (maladies, excès, sénilité), et le sujet n'ayant eu, avant le début actuel des troubles, aucune maladie du cœur, la date du chancre concorde avec les symptômes actuels et surtout lorsque les troubles cardiaques sont en rapport chronologique avec des manifestations syphilitiques (roséole par exemple), et récidivent à chaque nouvelle éruption.

2° Etat général. — L'existence de cicatrices sur les organes génitaux ne suffit pas pour établir le diagnostic de syphilis cardiaque; par contre des cicatrices étoilées ou radiées, profondes, nombreuses et disséminées sur tout le corps, reliquat d'ulcérations ou de gommes, ont une certaine valeur diagnostique. Une récidive facilite souvent le diagnostic, car les phénomènes morbides du côté du cœur se manifestent alors, ou bien la cardiopathie déjà existante s'aggrave, et d'autre part la cessation de la récidive coïncide avec l'amélioration des troubles cardiaques. Il se peut que dans bien des cas l'aggravation de ces derniers soit due à une nouvelle éruption de gommes dans le cœur ou en général à

la progression rapide de la lésion syphilitique cardiaque. La disproportion entre les symptômes cliniques souvent très marqués de la lésion cardiaque grave et les phénomènes généraux insignifiants, est caractéristique pour la syphilis. Dans ces cas on ne remarque la gravité de la lésion cardiaque que lorsque, à l'examen minutieux, on constate des contractions anormales, des intermittences, des modifications du rythme du pouls, des accès d'angine de poitrine. Enfin parfois le cœur ainsi frappé refuse brusquement le service sous l'influence d'une cause occasionnelle et sans troubles préliminaires; le malade succombe alors subitement. Aucune autre maladie que la syphilis cardiaque ne présente cette évolution.

D'autres fois les troubles de l'état général sont plus frappants, consistant soit en la sénilité précoce, avec artériosclérose précoce (même à l'âge de treize ans). La faiblesse générale, survenant brusquement chez des sujets à santé jusque-là florissante, et coïncidant avec des troubles cardiaques, est particulièrement caractérisque. C'est là un des signes les plus précoces de la myocardite syphilitique, à côté des palpitations et de la dyspnée; elle est due à l'irrégularité ou à la faiblesse des contractions cardiaques. Parfois cette faiblesse et la douleur irradiant dans la main constitue le premier degré d'accès angineux syphilitiques violents. Il faut également considérer comme suspecte la fatigue brusquement développée chez des sujets jusque-là bien portants, surtout lorsque cette fatigue est la seule chose dont se plaint le malade. Dans la syphilis cardiaque il n'est pas rare de voir la première indisposition de courte durée être le commencement de la fin, un symptôme annonçant la mort prochaine.

Les œdèmes font généralement défaut dans les cardiopathies syphilitiques, ce qui les distingue des cardiopathies rhumatismales; ce n'est qu'au stade ultime d'une insuffisance cardiaque (ventricule gauche) de longue durée que se développent des œdèmes précédant l'ascite et plus marqués qu'elle. Parfois l'infiltration séreuse est due à des troubles vaso-moteurs qui se montrent dans certaines formes d'angine de poitrine. Un œdème inégal des membres inférieurs peut être dû à une altération syphilitique inégale des artères.

La coloration des téguments (anémie, cyanose) aide souvent à établir le diagnostic.

3° Etat du cœur. — La caractéristique de la cardiopathie syphilitique est, comme nous l'avons déjà remarqué, de ne jamais frapper les valvules primitivement, et de ne les frapper secondairement que dans des cas exceptionnels. Par conséquent les souffles, compagnons à peu près inévitables des cardiopathies, et le frémissement cataire font ici presque toujours défaut. Cette constatation négative a plus d'une fois permis de faire le diagnostic. Mais d'un autre côté en l'absence de souffle l'attention n'est plus attirée sur le cœur, et c'est pourquoi les lésions syphilitiques de cet organe sont si souvent méconnues pendant la vie des malades. Les bruits qu'on entend parfois chez eux ne sont pas dus à des lésions anatomiques stables (si l'on ne tient pas compte des cicatrices durables des derniers stades du processus); aussi les phénomènes perçus à l'auscultation changent-ils d'un jour à l'autre.

La *matité cardiaque* est le plus souvent normale. Elle est diminuée en cas d'atrophie et de ratatinement du cœur par suite de rétraction cicatricielle syphilitique. L'augmentation de cette matité peut constituer le seul signe physique; coïncidant avec l'absence de souffles, elle doit faire penser à la syphilis cardiaque. La matité augmentée d'un cœur fonctionnellement affaibli ou insuffisant indique la sclérose du cœur gauche, avec dilatation du ventricule gauche.

Les *palpitations* peuvent être dues soit à l'anémie seule, ou bien aux gommes du myocarde, à l'angine de poitrine ou encore constituer le signe d'asystolie préfinale. Elles n'ont pas de valeur diagnostique particulière.

Les *modifications du pouls* sont fonctionnelles lorsqu'elles dépendent des influences nerveuses, s'il existe des signes de lésion du pneumogastrique et qu'il est encore impossible de démontrer l'existence d'altérations objectives du myocarde. Dans le cas contraire, et si les lésions valvulaires et la surcharge graisseuse peuvent être exclues, les altérations du rythme et de la fréquence du pouls sont d'origine myocardique et tiennent à une lésion syphilitique du myocarde. Elles acquièrent alors uue haute valeur diagnostique. Ainsi la tachycardie sera caractéristique de la myocardite gommeuse (ou fibreuse à son état de début) du ventricule gauche, surtout lorsqu'elle est permanente ou lorsque, tout en étant paroxystique, elle se distingue par un pouls fréquent et parfaitement régulier. Le traitement spécifique vient confirmer le diagnostic.

La bradycardie indique une lésion cardiaque syphilitique lorsque, en l'absence de toute autre cause de ralentissement du pouls, les contractions du ventricule gauche sont moins fréquentes que celles du droit, que l'ampliation artérielle est insignifiante (alors que dans la bradycardie par excitation du pneumogastrique l'activité du travail du cœur est plus intense, tout en étant ralentie), qu'il existe des indices de rétrécissement ou d'altération partielle des coronaires et qu'enfin elle résiste aux médicaments tonicardiaques et nervins, ne cédant qu'au traitement anti-syphilitique.

Enfin l'arythmie persistante qui ne cède qu'à ce dernier traitement seul indique également une lésion syphilitique du cœur. L'érétisme cardiaque témoigne dans ces cas de l'existence de gommes, la paroi, qui n'est pas encore tout à fait détruite par le processus morbide, étant excitée par ces gommes.

Le pouls est plus faible dans la myocardite fibreuse que dans la myocardite gommeuse, la destruction du tissu musculaire étant alors moins marquée; si un pouls mou, faible, irrégulier et petit est favorablement influencé par la digitale, c'est que le processus syphilitique est encore tout à fait au début, c'est-à-dire qu'il s'agit plutôt de gomme que de dégénérescence fibreuse et qu'une partie notable du myocarde est encore intacte.

4° Etat des autres organes. — L'existence antérieure d'un foie syphilitique (foie lobulé) permet, en l'absence de toute autre cause, de rattacher avec beaucoup de probabilité la cardiopathie à la syphilis. Des troubles fréquents, à répétition, du côté du foie, des reins et du cœur constituent un indice de leur nature syphilitique.

Parmi les troubles du côté des poumons, la dyspnée mérite une attention spéciale, notamment lorsqu'elle s'accompagne de gêne inspiratoire, sans entrave à l'expiration, bien entendu, après élimination de cause morbide locale (des lésions pulmonaires secondaires peuvent se développer sous l'influence de la myocardite syphilitique). Une dyspnée intermittente peut être une des manifestations d'une angine de poitrine. Dans la dyspnée d'origine syphilitique il y a le plus souvent gomme ou sclérose du ventricule droit ou bien de la cloison interventriculaire; mais dans ce dernier cas la lésion est plus grave et il peut y avoir des troubles graves de synergie des contractions cardiaques. Plus rarement la dyspnée est due à l'affaiblissement du ventricule gauche avec hyperémie dans le domaine de la petite circulation; alors la dyspnée diminue sous l'influence de la digitale, et cela d'autant plus que la lésion ventriculaire est moindre et à un stade plus précoce de son existence. Si la digitale fait disparaître la cyanose surtout de la face, c'est que le ventricule droit est encore intact; inversement la persistance de la cyanose montre l'altération de ce dernier.

De même l'oligurie n'est modifiée par la digitale que si la sclérose cardiaque n'est pas trop étendue.

Le diagnostic par l'effet du traitement ne doit être fait que finalement, lorsque la localisation de la lésion sera déjà établie approximativement; autrement la modification de la marche de la maladie s'en trouvera modifiée.

B. Diagnostic de la localisation intracardiaque de la syphilis. — Myocardite syphilitique. — Elle est surtout reconnaissable d'après la faiblesse générale survenant brusquement chez des sujets très bien portants jusque-là, ce début coïncidant avec le développement d'une cardiopathie. Cette faiblesse, due à l'irrégularité où à la faiblesse des contractions cardiaques, constitue un des symptômes les plus précoces et par suite les plus importants pour le diagnostic. Le début brusque est d'autant plus caractéristique qu'il ne s'accompagne pas de fièvre et ne peut par conséquent pas être attribué à une autre infection.

Dans d'autres cas la myocardite syphilitique se reconnaît à l'existence d'une cardiopathie grave de longue durée, sans aucun symptôme de lésion valvulaire ou orificielle : souffles, stases, ni œdème, surtout s'il existe en même temps des lésions rénales ou hépatiques, se répétant à plusieurs reprises, au moment des aggravations de la cardiopathie. L'absence de souffles est caractéristique pour la cardiopathie syphilitique. S'ils existent, ils sont dus à une lésion valvulaire secondaire et disparaissent souvent sous l'influence du traitement spécifique (s'il n'y a pas encore, toutefois, de sclérose). En outre, ils changent souvent de siège et s'accompagnent tantôt d'intermittences, tantôt de tons redoublés, ce qui montre qu'il sont dus au mauvais état du myocarde et des muscles papillaires. Sont également caractéristiques : l'augmentation de la matité en l'absence de souffles ou d'autres signes objectifs, ou bien l'hypertrophie sans aucune cause capable de l'expliquer. L'existence de cyanose, de dyspnée et de phénomènes de stase, les poumons étant hors de cause, indique également qu'il y a myocardite.

Les *lésions syphilitiques fibreuses* peuvent donner lieu à deux ordres de symptômes :

1° Il peut y avoir une fausse hypertrophie du cœur lequel devient incapable de se distendre tant soit peu ni de se contracter ; il survient une asystolie contre laquelle on est absolument impuissant.

2° Les parois du cœur ayant perdu leur force et leur élasticité par suite des altérations fibreuses, cèdent à la pression intra-cardiaque et se distendent passivement ; il se forme un sac flasque, faible, à peine capable de répondre à sa destination. On peut remédier à cet état autant qu'il est resté encore de fibres musculaires intactes, et éviter une aggravation ; mais les parois distendues ne reviennent plus à leur volume primitif et ne se contractent plus. C'est ainsi que le succès du traitement devient en partie un indice de l'étendue de la destruction du myocarde ; c'est surtout lorsque la digitale, c'est-à-dire un traitement tonicardiaque et non spécifique, donne des résultats favorables qu'on peut supposer, avec quelque chance de probabilité, qu'il s'agit de gomme ou de lésion fibreuse circonscrite (l'efficacité de la digitale se traduit par la disparition de la cyanose et l'amélioration du pouls). Si, après ce premier résultat de la digitale, le traitement spécifique continue à améliorer l'état du malade, c'est qu'il s'agit de gommes ; s'il reste inefficace, on est en présence d'un processus fibreux (la résorption du tissu fibreux sous l'influence du traitement même antisyphilitique n'étant guère admissible). Si, les tonicardiaques ayant échoué, le traitement spécifique agit, c'est qu'il y avait des lésions gommeuses étendues ; enfin l'échec de l'un comme de l'autre démontre l'existence de dégénérescences fibreuses étendues.

Myocardite gommeuse du ventricule gauche. — De petites gommes discrètes peuvent rester silencieuses. De grosses gommes donnent l'affaiblissement du choc de la pointe et du premier ton. Une gomme voisine de la pointe altère la régularité du travail cardiaque, d'où un choc de la pointe violent, un premier ton bref et peu distinct, un rythme irrégulier ou modifié. On note aussi des sensations subjectives dans la région précordiale, des palpitations, des vertiges, des accès de lipothymie ou des syncopes, des modifications du pouls.

Myocardite gommeuse du ventricule droit. — Elle sera probable lorsqu'on se trouvera en présence d'une dyspnée que rien ne peut expliquer, et si en même temps d'autres symptômes indiquent une lésion du ventricule droit (battements épigastriques, matité cardiaque normale, aggravation de la dyspnée sous l'influence du moindre mouvement).

Myocardite fibreuse syphilitique avec dilatation des cavités. — La dilatation peut amener une insuffisance valvulaire secondaire et simuler ainsi une lésion organique. Mais alors que dans la lésion valvulaire primitive le traitement spécifique ne fait pas rétrocéder l'hypertrophie, dans la dilatation d'origine syphilitique le retour aux dimensions à peu près normales sous l'influence du traitement antisyphilitique est possible.

Dilatation du ventricule gauche. — Elle indique l'affaiblissement du cœur sous l'influence du processus syphilitique (toutes les autres causes de dilatation ayant été éliminées; le cœur gras n'aboutit pas à la dilatation, l'âge de ces malades n'est pas le même). Cette hypothèse est corroborée par l'inefficacité des tonicardiaques et l'action favorable du traitement spécifique, ou bien par l'existence de la cachexie syphilitique.

Dilatation du ventricule droit. — Elle est diagnostiquée d'après l'existence de la *dyspnée*; chez des syphilitiques présentant des signes de dilatation du ventricule droit; cette dyspnée doit être considérée comme résultant de la dégénérescence fibreuse syphilitique du cœur droit, avec dilatation de ce dernier. Si le diagnostic hésite entre la dilatation du ventricule droit et celle du ventricule gauche, l'augmentation de la matité gauche qui peut exister aussi bien dans la dilatation de ce dernier seul que dans celle des deux ventricules n'est d'aucun secours ; par contre, une matité normale indique que c'est le cœur droit seul qui est dilataté.

Myocardite fibreuse syphilitique sans dilatation. — Les lésions fibreuses circonscrites présentent la même caractéristique que les gommes circonscrites. Les lésions fibreuses étendues du ventricule gauche se reconnaissent à l'affaiblissement cardiaque progressif allant à l'extrême. Ce qui les distingue de la surchage graisseuse du cœur, c'est que celle-ci n'arrive à un tel degré de faiblesse cardiaque que si elle atteint un très haut degré. Dans ce cas, si la surcharge provoque des syncopes et un pouls à peu prés imperceptible, la mort est imminente; tandis que dans la myocardite syphilitique, la faiblesse cardiaque, tout en étant assez grande pour rendre tout mouvement impossible et obliger les malades à rester immobiles au lit, peut rester stationnaire durant des mois. On songera donc à la myocardite fibreuse généralisée du ventricule gauche lorsqu'un sujet non âgé présente une faiblesse cardiaque très prolongée, progressivement croissante, avec pouls très faible, ralenti ou accéléré, tendance aux syncopes et apathie générale. Le strophantus, seul parmi les tonicardiaques, donne une amélioration d'ailleurs passagère.

Myocardite fibreuse syphilitique avec hypertrophie du cœur. — Dans la cardiopathie syphilitique, l'hypertrophie compensatrice montre que la lésion a une marche lente et n'est pas très avancée, ou bien qu'il existe des obstacles

sérieux soit dans le cœur même soit dans les vaisseaux voisins (anévrisme partiel de la partie supérieure du ventricule gauche, rétrécissement pulmonaire, etc.). Le traitement antisyphilitique ne fait pas diminuer cette hypertrophie. Si l'on ne trouve aucune cause plausible de l'hypertrophie du cœur, on se rappellera qu'elle peut tenir à la syphilis, surtout si l'augmentation de l'étendue, reconnue par les moyens physiques, ne s'accompagne pas de signes d'augmentation proportionnelle de la force. Lorsque le choc de la pointe est très violent, les artères étant moyennement remplies, il est présumable qu'il s'agit d'une pseudo hypertrophie, dont la syphilis est la cause à peu près unique.

Myocardite syphilitique fibreuse avec anévrisme cardiaque partiel. — Ce dernier a pu être reconnu par la percussion et la palpation (Fræntzel), mais en dehors de la syphilis. L'anévrisme partiel, surtout lorsqu'il siège au ventricule gauche, peut donner les mêmes signes que la myocardite gommeuse ou fibreuse circonscrite, et la rupture de l'anévrisme de la cloison ceux d'une communication congénitale des deux cœurs. Dans les autres localisations de l'anévrisme, sa rupture est généralement mortelle.

Endocardite syphilitique. — Nous avons déjà vu qu'il n'existe pas, à notre avis, un seul cas authentique d'endocardite syphilitique primitive : mais il peut y avoir lésion secondaire des valvules à la suite des lésions syphilitiques voisines ou de dilatation des cavités; elles changent en outre souvent de caractère. Aussi ne peut-il pas être question de faire le diagnostic d'endocardite syphilitique, les signes objectifs étant toujours dus à la myocardite ou à l'aortite syphilitiques.

Péricardite syphilitique. — Cette localisation se reconnaît à l'existence antérieure indubitable de syphilis, avec absence de toute autre cause de péricardite, surtout s'il existe en même temps des gommes du foie ou une autre manifestation viscérale, que la maladie évolue apyrétiquement se terminant par la symphyse et la guérison incomplète; dans ce dernier cas, il y a probablement en même temps des gommes du myocarde, affaiblissant le fonctionnement de ce dernier ou rendant ce fonctionnement irrégulier.

Syphilis des ganglions et nerfs cardiaques. — Dans la période secondaire, cette localisation devra être supposée lorsque l'on constatera, chez des sujets bien portants jusque-là, l'apparition d'arythmie, de palpitations, de dyspnée paroxystique, coïncidant avec des éruptions de la période secondaire et sans lésion valvulaire ou hypertrophie concomitante. Dans la période tertiaire, il y a lieu de supposer la localisation sur l'appareil nerveux du cœur, lorsque le malade accuse des palpitations s'aggravant sous l'influence des facteurs nerveux, qu'il présente de l'arythmie, de l'asthme cardiaque (avec des poumons sains) et surtout de l'angine de poitrine.

L'angine de poitrine névropathique se reconnaît à l'état du malade pendant l'accès : il est agité, les mouvements rapides le soulagent et peuvent même faire cesser l'accès.

L'angine de poitrine des hystériques se termine par un accès de larmes, est provoquée par des émotions nerveuses (tandis que l'angine de poitrine syphilitique l'est par des causes physiques : fatigue, marche, etc.).

Il est plus important de savoir si l'angine de poitrine syphilitique est névropathique ou bien due à une lésion du myocarde également syphilitique; si l'on a déjà constaté la myocardite syphilitique ou si chaque accès angineux s'accompagne de symptômes de faiblesse cardiaque, l'angine de poitrine sera due à cette myocardite. Les accès périodiques de faiblesse et d'insuffisance cardiaques, par exemple, la dyspnée intermittente, sont caractéristiques pour cette variété.

Le diagnostic différentiel est ici à faire avec : 1° la surcharge graisseuse du cœur; 2° l'anévrisme de l'aorte intrapéricardique à son origine; 3° l'anévrisme partiel du cœur.

La surchage graisseuse ne s'observe, en l'absence de l'alcoolisme et de l'obésité, qu'à partir de cinquante ans. Le diagnostic entre l'anévrisme de la racine de l'aorte et l'angine de poitrine par myocardite syphilitique est parfois très difficile; mais, dans le premier cas, le sentiment de mort imminente n'est pas si caractéristique, les irradiations douloureuses se font soit dans les deux bras, soit seulement dans le droit, tandis que dans l'angine de poitrine, elles se font surtout dans le bras gauche; en outre, dans ce dernier cas, il n'y a pas de signes physiques de lésions des gros vaisseaux; enfin, dans l'anévrisme de l'aorte, il y a un tintement au deuxième ton, et souvent on note un souffle diastolique (Broadbent).

Quant au diagnosticentre l'angine de poitrine par myocardite gommeuse et l'angine de poitrine par anévrisme partiel du cœur, il est impossible, les deux formes ayant une origine et des symptômes très analogues.

C. Diagnostic ex juvantibus et nocentibus. — Il doit être l'ultime moyen, lorsque le diagnostic est déjà posé, et qu'il s'agit de le contrôler. Il faut toujours commencer par des tonicardiaques et nervins, afin de pouvoir se rendre compte de l'état du myocarde. Si la digitale, le strophantus, etc., agissent merveilleusement, la nature syphilitique de la lésion cardiaque est douteuse, ou est en tous cas d'importance tout à fait insignifiante. Dans le cas de cardiopathie syphilitique indubitable, le traitement non spécifique ne procure qu'une amélioration insignifiante ou est sans effet, ou même est nocif, tandis que la médication antisyphilitique soulage ou même guérit, alors qu'il n'y avait plus d'espoir. Les résultats du traitement spécifique sont surtout intéressants pour le diagnostic lorsque, sous son influence, le tableau clinique change complètement. Des souffles de date ancienne (quinze ans dans les cas de Pears) disparaissent, l'insuffisance valvulaire disparaît ou bien fait place à des signes de sténose, et inversement. Il s'agit alors évidemment de lésion valvulaire secondaire, consécutive à l'altération des régions voisines des valvules, altération ayant simulé avant le traitement une lésion valvulaire.

Du reste, les résultats négatifs du traitement ne doivent pas encore faire absolument rejeter l'hypothèse de syphilis : si l'existence de la syphilis sur le sujet est certaine, si celui-ci porte d'autres stigmates de cette maladie (lésions hépatiques) et si les symptômes sont ceux d'une cardiopathie syphilitique, et que, malgré cela, le traitement spécifique échoue c'est qu'il s'agit non plus de gommes, encore capables de rétrocession, mais d'altérations fibreuses, stables.

III

Marche. — Ce qui caractérise surtout la syphilis cardiaque, c'est la disproportion entre les signes cliniques et les manifestations syphilitiques générales. Les phénomènes généraux sont même d'habitude insignifiants, alors que les troubles cardiaques sont graves, et les patients étonnent parfois par leur aspect athlétique.

Au point de vue de la marche, on peut diviser les cas de syphilis du cœur en quatre catégories :

Dans les *deux premières*, la lésion est latente; dans la première, la mort est due à une autre cause quelconque; dans la seconde catégorie, la mort subite emporte les sujets en pleine santé, semble-t-il, au milieu des occupations courantes; la lésion ne se reconnaît qu'à l'autopsie.

Dans la *troisième catégorie*, plus fréquente, la marche est

lente et chronique, sans phénomènes graves; l'affection cardiaque s'aggrave brusquement après un effort, ou bien au moment d'une manifestation de la syphilis et de l'aggravation de l'état général.

Dans ce groupe, la mort est, dans 33 à 50 p. 100 des cas, subite, à la suite d'un effort (dans trois cas pendant la défécation), d'un changement brusque de température (bain).

Parfois la mort est précédée d'un accès aigu d'asystolie, de dyspnée aiguë, de collapsus, et le malade meurt dans le coma ou bien au contraire dans des souffrances atroces. Dans ces trois groupes, l'issue fatale semble être de règle.

La paralysie du cœur dans la syphilis de cet organe et la mort subite sont dues à l'altération fibreuse ou gommeuse du myocarde. La mort subite est surtout fréquente dans les cas de gomme du ventricule gauche, plus particulièrement de sa pointe, et dans la même localisation du processus fibreux ou de l'anévrisme. Les lésions gommeuses ou fibreuses du ventricule droit amènent plus rarement la mort subite, et encore n'est-ce qu'en cas de lésion concomitante de la cloison, localisation qui semble troubler la synergie régulière des contractions ventriculaires, ou intéresse peut-être les ganglions du cœur (en cas de gomme de la cloison interauriculaire). Mais la lésion des ganglions est possible aussi en dehors de la myocardite, et sous l'influence de cette lésion, le chloroforme et d'autres narcotiques (par exemple le chloral) provoquent chez les syphilitiques plus facilement la mort.

La coronarite oblitérante syphilitique est encore une cause assez fréquente de mort subite dans la syphilis. Les causes prédisposantes de cette mort subite sont : une situation très élevée du diaphragme (après repas copieux, par ascite, etc.) ou ses excursions forcées (défécation laborieuse, soulèvement de fardeaux, accouchement, etc.) : dans ces mouvements, la coronaire déjà rétrécie est comprimée, coudée, etc.

La rupture du cœur dans un point aminci, près de la pointe ou près d'un anévrysme partiel, est rare. L'anévrisme de l'aorte peut amener la mort par les accès angineux, suite de compression ou de rupture, qu'elle provoque. Les anévrismes syphilitiques multiples de l'origine de l'aorte sont surtout prédisposés à ces ruptures.

La *quatrième catégorie* comprend les cas à marche lente chronique (de quelques mois à dix-sept à dix-huit ans) avec aggravations et améliorations passagères, affaiblissement progressif, épuisement allant jusqu'à la cachexie, surtout si d'autres viscères sont aussi atteints par la syphilis. Le malade meurt par insuffisance cardiaque, faiblesse progressive ou asthénie.

IV

Pronostic. — Les auteurs anciens le considéraient comme absolument fatal, la mort subite ayant terminé presque tous les cas connus alors. Lancereaux a le premier signalé que des cas moins graves peuvent guérir. La marche favorable n'est nullement contraire à la nature syphilitique du processus. Si le néoplasme syphilitique s'est organisé, si la solution de continuité dans les muscles est rétablie grâce à l'hypertrophie compensatrice, si les infiltrations se résorbent sans laisser des cicatrices plus ou moins étendues, une guérison complète est possible, surtout par le traitement spécifique. Mais ce dernier n'a d'action que tant que les lésions n'ont pas dépassé le stade initial de gommes; mais les lésions fibreuses et l'endartérite oblitérante ne se résorbent plus. La guérison n'est donc possible qu'au début, d'où importance du traitement rationnel, institué à temps.

Il n'y a pas de rapport entre la marche de la syphilis du cœur et l'état général : une syphilis maligne peut s'accompagner de troubles cardiaques sans importance, et inversement; le peu de gravité de l'état général ne doit pas faire oublier la plus grande circonspection, vu le danger des efforts.

Dans l'asthme par myocardite syphilitique, le pronostic est favorable, si l'asthme n'a pas duré longtemps et ne s'est pas compliqué d'albuminurie, si le cœur n'est pas gravement atteint. L'albuminurie est d'un pronostic fâcheux. L'asthme peut être considéré comme guéri (par résorption des gommes et leur remplacement par du tissu fibreux) si le dernier accès date d'il y a quatre à cinq ans.

Dans la lésion des deux ventricules le pronostic est plus grave, car elle mène souvent à la mort subite.

Si, sous l'influence de la digitale le pouls s'améliore, c'est là un signe très favorable au point de vue pronostique, car il prouve l'intégrité d'une partie considérable du cœur gauche. Pour le cœur droit la disparition, sous l'influence de la digitale, de la cyanose, remplacée par la pâleur, a la même valeur pronostique.

La bradycardie syphilitique par oblitération partielle des coronaires est en général d'un pronostic meilleur que la bradycardie non spécifique, cette dernière étant d'après Rosenbach toujours fatale.

Les palpitations avec angoisse, faiblesse générale, dépression morale, surtout si elles se répètent souvent, sont d'un pronostic très fâcheux, particulièrement lorsqu'elles s'accompagnent d'anxiété profonde et de douleurs précordiales; elles constituent alors un symptôme d'angine de poitrine : dans la syphilis cardiaque celle-ci est toujours dangereuse, car elle expose à la mort subite.

Dans l'anévrisme partiel, le pronostic est toujours mauvais, en raison de sa rupture possible, de formation possible de thrombi pariétaux avec embolies consécutives, ou de péricardite par irritation de la séreuse par le sac anévrismal.

Dans l'endocardite, qui est toujours secondaire, le pronostic dépend des lésions qui l'ont provoquée ; il est en général favorable, surtout à la période de gommes en tant que la rétraction fibreuse n'a pas amené de résultats fâcheux.

La syphilis qui complique une endocardite déjà existante (rhumatismale par exemple) aggrave excessivement le pronostic.

La péricardite syphilitique ne présente pas, par elle-même, de danger et cède facilement au traitement spécifique. Mais jointe à l'hépatite ou à la myocardite syphilitiques, elle en aggrave le pronostic, gênant le fonctionnement déjà compromis du cœur, par l'exsudat, la symphyse des feuillets séreux, etc.

Dans la syphilis cardiaque ganglio-nerveuse, le pronostic est favorable dans la période secondaire, c'est-à-dire quand il s'agit de troubles fonctionnels, et fâcheux à la période tertiaire, quand il y a angine de poitrine.

V

Traitement. — Traitement causal. — Au début, la syphilis du cœur peut simuler une cardiopathie nerveuse ou fonctionnelle; or, le traitement de cette dernière, surtout par les narcotiques et les anesthésiques, ne fait qu'aggraver le mal.

Les tonicardiaques (digitale surtout) donnent de bons résultats si la lésion syphilitique du cœur est peu étendue et si la plus grande partie des fibres musculaires de ce dernier est intacte; dans les cas contraires les tonicardiaques n'agissent plus.

Si, en cas de faiblesse cardiaque extrême avec dilatation, le cœur revient rapidement à la normale sous l'influence des tonicardiaques, il ne s'agit probablement pas de cardiopathie syphilitique. La faible efficacité du traitement non spécifique, surtout pendant le collapsus, est caractéristique pour celle-ci.

Pour Eichhorst et Rosenbach, la digitale est dans la myo-

cardite irremplaçable; si elle n'agit pas, il n'y a plus rien à espérer, et il ne reste qu'à abandonner le malade à son triste sort. En est-il de même dans la myocardite syphilitique où le traitement découle naturellement de la cause? De nombreux faits prouvent qu'on aura d'autant plus de chances d'espérer de réussir que le traitement spécifique sera institué de meilleure heure; les troubles fonctionnels de la période secondaire donnent les meilleurs résultats. Mais dans la période tertiaire les résultats sont aussi très satisfaisants et souvent inattendus; on arrive parfois à remettre debout des malades qui étaient déjà dans le collapsus. « L'impossible est parfois possible dans la vérole, » a dit Ricord. Contrairement à l'action passagère du traitement palliatif par les tonicardiaques, le traitement spécifique donne des résultats durables et stables pendant un certain temps; la diurèse, la diminution des œdèmes et de l'ascite sont dues non à une activité cardiaque meilleure, mais à l'action spécifique de l'iode et du mercure (surtout du calomel) sur les capillaires des reins et les vaisseaux abdominaux. Néanmoins on a noté des récidives, même avec le traitement spécifique; aussi ce dernier doit-il être répété à certains intervalles (tous les trois à cinq mois par exemple), même avec un état subjectif satisfaisant, comme on le fait pour les autres manifestations de la syphilis en général. La durée totale du traitement doit être assez longue, au moins de quelques années avec des intervalles, car seul un traitement longtemps prolongé peut permettre d'espérer une guérison complète.

Parfois la syphilis cardiaque est très longtemps rebelle au traitement spécifique. La cause en est soit à des dégénérescences fibreuses trop profondes, soit à une destruction trop étendue du myocarde, irréparable par l'impossibilité d'une hypertrophie compensatrice. Mais ici, comme dans la syphilis cérébrale, il vaut mieux donner une fois de plus le traitement spécifique plutôt que d'attendre et de rendre ainsi tout traitement inutile. En Russie, surtout à la campagne, où le traitement de la syphilis fait souvent défaut, les manifestations cardiaques sont plus fréquentes qu'en Allemagne ou en France.

Le traitement antisyphilitique a cependant des inconvénients, et précisément dans la localisation cardiaque de la syphilis un traitement trop énergique expose particulièrement à des dangers : en cas de gommes, la résorption de ces dernières peut être si rapide sous l'influence du traitement, qu'un tissu fibreux suffisamment résistant n'a pas le temps de se développer, et c'est peut-être dans ces cas que se forment les *anévrismes partiels du cœur*.

Le traitement iodo-mercuriel intensif est particulièrement dangereux dans le cœur gras, en provoquant des signes de faiblesse cardiaque et d'anémie cérébrale. D'ailleurs, dans les formes pures de syphilis cardiaque on n'a presque jamais affaire à cette complication.

Le professeur Rosenbach attribue à ce traitement intensif la coronarite, l'anévrisme de l'aorte, l'artério-sclérose, la dégénérescence graisseuse du cœur, et même l'endocardite syphilitique; mais il oublie que cette dernière se montre souvent chez des malades qui n'ont jamais été traités; ceci est particulièrement fréquent en Russie. Il y a plutôt lieu de croire, au contraire, que tous ces processus se développent par suite de l'absence du traitement, d'autant plus qu'avec les méthodes actuelles il ne peut pas être question de traitement intempestif.

Dans chaque cas spécial on tiendra compte des phénomènes menaçants. On recourra alors au mercure (frictions, injections) et en même temps à l'iodure de sodium à haute dose (jusqu'à 10 grammes par jour), *l'iodure de potassium devant être évité à cause de l'action nocive du potassium sur le cœur*. Dans les cas moins graves on commencera par le mercure, puis on passera à l'iodure de sodium, ou bien inversement. On peut aussi prescrire les nouvelles préparations iodées (iodalbacide, etc.).

Le mercure est surtout utile à titre de tonicardiaque et de diurétique (calomel). Les iodures dans la myocardite chronique et la coronarite sont depuis longtemps recommandés par les auteurs français et allemands (depuis Sommerbrodt). En Russie, le professeur Dehio a également signalé les résultats remarquables obtenus par les iodures dans un grand nombre de cas et il croit qu'il s'agissait là de formes latentes légères de syphilis cardiaque, de gommes ou d'endartérite syphilitique des coronaires. Dans l'anémie, l'iodure de fer est indiqué.

Traitement général. — En plus du traitement causal on n'oubliera pas les toniques généraux et le traitement symptomatique (révulsifs, scarification, etc.). Le professeur Zakharine a remarqué que, dans les lésions syphilitiques du cœur avec accès angineux, les vésicatoires, appliqués à la région précordiale, sont très utiles. Il faut surveiller l'état de nutrition générale, défendre l'alcool, les efforts physiques (surtout le service militaire), les émotions morales, prescrire le repos au lit, les bains sulfureux et iodurés; il faut éviter la sudation qui fatiguerait le myocarde, par contre, une transpiration modérée est utile. Parmi les médicaments on proscrira les anesthésiques tels que chloroforme, chloral, nitrite d'amyle, nitroglycérine, dont l'emploi expose les syphilitiques cardiaques à la paralysie des ganglions déjà suffisamment altérés et à la mort subite. Le traitement général permet à l'organisme de lutter contre la maladie, tandis que le traitement spécifique agit directement sur la cause.

Dans la myocardite l'iodure de sodium est préférable au début, car il aide à la résorption des gommes; à une période plus avancée, quand il y a insuffisance cardiaque et signes d'asystolie, le mercure, qui est en même temps un diurétique (calomel) est préférable; on en donnera des doses moyennes, à cause de la longue durée du traitement.

Les complications telles que bronchite, dyspnée par faiblesse kynétique du cœur (surtout du droit), ne doivent pas être traitées symptomatiquement ni par les médicaments nouveaux journellement annoncés, mais seulement en traitant la cause et instituant un régime rigoureux. Au traitement causal répondent le mercure et surtout l'iodure de sodium. Sée recommandait l'iodure de potassium contre l'asthme bronchique, et il est très possible que dans les cas où ce médicament soulage, il s'agisse d'asthme d'origine syphilitique méconnue. De même, le remède secret d'Aubré contre l'asthme a l'iodure de potassium pour principe actif.

Le traitement hygiénique de l'asthme syphilitique doit consister en le séjour dans un climat chaud, une bonne aération des locaux, des promenades quotidiennes, une alimentation légère et facile à digérer (éviter les aliments qui donnent des gaz), par petits repas répétés et pas à satiété. La morphine peut parfois rendre service dans cette dyspnée « circulatoire ».

Dans l'endocardite syphilitique secondaire, on donnera l'iodure de sodium s'il y a lieu de supposer qu'on est encore à la période des gommes; si le traitement diurétique et tonicardiaque est nécessaire, on prescrira le calomel.

S'il y a lésion des coronaires, la digitale et les médicaments analogues sont contre-indiqués, car ils surmènent le cœur. Or, le travail exagéré demande un apport plus grand de sang, chose impossible dans la coronarite, aussi une angine de poitrine mortelle peut-elle en résulter. L'hygiène et la diététique sont ici de première importance; quant au traitement médicamenteux, il se ramène à l'emploi de l'iodure de sodium. Le professeur Zakharine a en outre tiré de bons résultats de l'application locale de vésicatoires.

Bibliographie. — 1. Mracek (Fr.). Die Syphilis des Herzens beï erworbener und ererbter Lues, *Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1893, Ergänzungsheft, II. — 2. Rosenbach (O.). *Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung*, 1897. — 3. Zakharine (G.). *Leçons cliniques*, 1895, f. i (en russe). — 4. Mauriac (Ch). *La syphilis tertiaire*, 1890. — 5. Morgagni. *De sedibus et causis morborum, etc.*, Venetiis 1861, t. 1. — 6. Breitmann (M.). Etiologie et pathogénie des lésions syphilitiques du cœur, *Journ. dermat. i. Syphil.* (en russe), Saint-Pétersbourg, 1901, janvier-avril; — 7. *Id.* Angine de poitrine syphilitique (en russe), *Wratch*, 1900, n° 34; — 8. *Id.* Hémisystolie et bradycardie syphilitiques (en russe), *Ejenedelnik*, 1900, n° 48; — 9. *Id.* Tachycardie et arythmie syphilitiques (en russe), *Ejenedelnik*, 1901, n° 3; — 10. *Id.* Contribution à la physiologie et à la pathologie de la cloison interventriculaire du corps. Syphilis de la cloison (en russe), *Wratch*, 1901, n° 6. — 11. Ricord. *Gaz. des hôpit.*, 1845. — 12. Lebert. *Traité d'anatomie pathologique*, Paris, 1849. — 13. Virchow. *Die constitutionnelle Syphilis*, Berlin, 1859. — 14. Schwalbe. Zur Pathologie der Pulmonalarterienklappen, *Virchow's Archiv*, t. CIX, p. 271, 1890. — 15. Volochine (A.). *Syphilis du système vasculaire* (en russe), Th. de Saint-Pétersbourg, 1894. — 16. Jaccoud. Anévrysmes aortiques syphilitiques, etc., *Gaz. des hôpit.*, 1888, n° 134. — 17. Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, t. I. — 18. Jona. Una rara forme di aortite syphilitica, *Gaz. degli Osped.*, 1894, n° 149. — 19. Kalindero et Babes. Sur les anévrysmes syphilitiques de l'aorte, *Roumanie méd.*,, octobre 1894, p. 129. — 20. Braslavsky (L.). *Lésions anatomo-pathologiques des ganglions nerveux automatiques du cœur dans la syphilis* (en russe), Th. de Saint-Pétersbourg, 1897. — 21. Grenouillier. *Étude sur la syphilis cardiaque*, Th. de Paris, 1878. — 22. Lancereaux (E.). *Traité historique de la syphilis*, Paris, 1866 et 1873. — 23. Jullien. *Traité historique et pratique des maladies vénériennes*, Paris, 1887. — 24. Von Dusch. *Traité des maladies du cœur.* — 25. Semmola (M.). *Semaine méd.*, 1892, n° 39, p. 308. — 26. Fournier. *Leçons cliniques sur la syphilis chez la femme*, Paris, 1881. — 27. Sydney (Philips). Shyphilitic diseases of the heart wall, *The Lancet*, 1897, I, p. 223. — 28. Fraentzel. *Leçons sur les maladies du cœur.* — 29. Pears. Probable syphilitic heart, *The Provinc. med. Journ.*, août 1893. — 30. Dehiok. Die syphilis des Herzens, *Saint-Petersb. med. Wochens.*, 1894, n° 46, p. 407, et 1895, n° 7, p. 64.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Notes obtenues. — *Pathologie.* — Séance du 19 février 1903 : MM. Hubert (Camille), 10; Demarque, 9; Pelletier, 9; Ménard, 7; Beauchet, 6; Fruictier, 6.

Guerre. — M. le médecin principal de première classe L.-E. Forgues est nommé directeur du service de santé du 16e corps d'armée.

Marine. — Par décret du 16 février 1903, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Frison.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Drago.

La loi sur la protection de la santé publique est entrée en vigueur le 15 février 1903.

Société française d'ophtalmologie (Congrès de 1903, 20e année). — La prochaine réunion de la Société aura lieu cette année le lundi 4 mai, à huit heures et demie précises du matin, à l'hôtel des Sociétés savantes, en face de l'École de médecine. Prière d'envoyer, avant le 15 mars au plus tard, les titres des communications au secrétaire général, M. Duboys de Lavigerie, 56, rue de la Victoire.

Le rapport de cette année sera fait par M. Lagrange (de Bordeaux), sur le « Diagnostic et traitement des tumeurs de l'orbite ».

Nouvelle loi sur l'alcoolisme en Angleterre. — Depuis le 1er janvier, une nouvelle loi qui n'a pas fait grand bruit lorsqu'elle fut adoptée, il y a quelques mois, est en train de causer un véritable remue-ménage dans les tribunaux de toute l'Angleterre. On ne le savait pas dans le public. Mais c'est une arme puissante contre l'alcoolisme qui vient de se relever.

Jusqu'à maintenant l'ivrognerie n'était un délit que si l'ivrogne causait du scandale. On ne pouvait le condamner s'il se contentait de tituber, même de zigzaguer. Le cabaretier qui lui avait versé la dernière rasade n'était pour ainsi dire pas inquiété.

Désormais, quels que soient les signes de son état, l'ivrogne peut et doit être arrêté. Homme ou femme, si l'ivrogne a charge d'un enfant de moins de sept ans, il risque, pour le fait de simple ivresse, un mois de prison.

A la troisième condamnation, il passe sur la liste des « ivrognes chroniques », et sa photographie est fournie à tous les cabaretiers de son quartier. Dès lors, il est passible d'une amende, puis de la prison, s'il tente de se procurer de l'alcool n'importe où. Les cabaretiers de son quartier sont passibles d'une forte amende s'ils lui en vendent : 250 francs la première fois, 500 la seconde, puis de la prison jusqu'à six mois.

Contre toute personne inscrite sur la liste des « ivrognes chroniques », la séparation judiciaire au profit du conjoint peut être immédiatement prononcée. Mais la loi n'a pas prévu le cas (trop fréquent) des époux inscrits ensemble sur la fatale liste. D'où mainte difficulté dans son application qui, pourtant, ne date que du 1er janvier dernier. (*Temps.*)

L'assurance contre l'appendicite. — L'appendicite étant la maladie à la mode, une grande compagnie d'assurances s'est empressée de tirer parti de cette circonstance.

En payant 5 shillings, on peut, en Angleterre, s'assurer contre cette affection. Non pas qu'on évite le mal, mais l'assuré touche 5000 francs dans le cas où, atteint d'appendicite, il est obligé de subir l'opération.

En cas de décès, la Compagnie paie une seconde prime de 5500 francs aux héritiers. (*France méd.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Crolas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études sur la chirurgie des accidents du travail, par M. le professeur F. Guermonprez. — Tome I : *Études sur les fractures indirectes dorsales ou dorso-lombaires de la colonne vertébrale*, par MM. les docteurs J. Ménard, H. Lherbier, J. Salmon et Ernest Guérin, ex-internes de la Maison de secours pour les blessés de l'industrie de Lille. 1 vol. in-12 de 400 p., avec 92 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 23. — MARDI 24 FÉVRIER 1903. 76e ANNÉE. MARDI 24 FÉVRIER 1903. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DÉCLARATION D'AVORTEMENT PAR LES MÉDECINS ET DÉPOT DE FŒTUS

Par M. le docteur L. Tissier, accoucheur des hôpitaux (1).

Cette question contestée n'est pas nouvelle ; mais un incident récent, auquel je me suis trouvé mêlé et dont simultanément ont été saisis la Préfecture de la Seine, la Préfecture de police et le Parquet, remet en actualité un désaccord qui n'a jamais été définitivement réglé entre l'Administration et les médecins. Il nous fournit l'occasion de tenter de mettre fin à une situation dont l'équivoque devient intolérable.

Dans ce débat, il y a tout un côté juridique où je ne m'engagerai guère, laissant ce soin à de plus compétents. Il m'a semblé admirablement résumé dans le traité de la responsabilité médicale de M. le professeur Brouardel ; mais nos contradicteurs affirment que les textes sont opposés aux textes, que les jugements des tribunaux, des cours d'appel et de cassation sont contradictoires. Ce n'est pas ici que nous en pourrons décider.

Je ne vous entretiendrai pas non plus d'objections soulevées dans une société médicale voisine : on objecte la situation délicate où nous nous mettrions en enfreignant prétendûment le monopole des pompes funèbres ou encore les conséquences que pourrait avoir l'extension à d'autres de nos prérogatives médicales ; enfin la prétendue difficulté de nous identifier, etc. : toutes questions, assurément secondaires, que je me propose de discuter ailleurs et qui ne pourraient, ici, que surcharger et brouiller l'exposé principal.

Dans une préoccupation humanitaire et sociale, il a été et il est admis que les *femmes enceintes en des conditions irrégulières* doivent trouver, dans le médecin qu'elles ont choisi, le confident sûr qui ne dévoilera pas le secret dont elles l'ont fait dépositaire. On a voulu de la sorte que des malheureuses (jeunes filles, veuves, séparées ou divorcées) eussent près d'elles un tuteur qui, les rassurant contre l'effroi du déshonneur, pût dissiper les idées de suicide ou d'infanticide et les soigner, pour les soustraire aux complications puerpérales, suites fréquentes des couches ou fausses couches solitaires.

Mais qu'un avortement survienne, à l'improviste comme à l'ordinaire, au domicile généralement, avant que les dispositions efficaces (retraite en des maisons d'accouchement ou hôtels) aient été prises pour assurer l'incognito, le médecin traitant se trouve obligé de faire déclaration à la mairie de l'arrondissement. Cette obligation, à la vérité, n'est *pas légale* (rien dans le Code ne concernant le fœtus ou l'embryon) et elle a pu être niée (Rapport Rocher), car elle résulte simplement d'un arrêté préfectoral de 1868, renouvelé en janvier 1882.

On a beaucoup épilogué pour savoir à compter de quelle époque de grossesse la déclaration s'impose : on distinguait avec une précision très administrative, et fort peu scientifique, selon qu'il s'agit d'un embryon avant quatre mois ou d'un fœtus jusqu'à six mois, comme si nous ne savions pas combien l'évaluation précise de l'âge d'une fausse couche est élastique et malaisée. D'après la circulaire de 1868, avant quatre mois, on n'est tenu à rien ; d'après la circulaire de 1882, la déclaration s'impose à partir de six semaines.

Les mêmes arrêtés préfectoraux, pour éviter la dispersion de débris humains dans les égouts, fosses d'aisance ou tas d'ordures, ce qui — entre autres inconvénients — pourrait égarer la police et donner un prétexte à la malignité publique, prompte aux suppositions malveillantes, ces mêmes arrêtés décidèrent que les débris, après examen du médecin de l'état-civil, seraient inhumés par l'office des pompes funèbres.

Nous n'avons nullement à protester jusqu'à présent contre ces mesures urbaines de décence publique et de salubrité ; il importe cependant que, dans les cas exceptionnels auxquels nous avons fait allusion, c'est-à-dire quand le secret lui est enjoint, le médecin puisse faire la déclaration à la mairie sans donner aucun nom ni adresse. Comme une déclaration sans nom ni adresse ne signifierait rien et qu'il faut, à l'appui du dire, apporter une pièce, il importe que le médecin produise les débris ovulaires. D'autant que — pour obéir à la circulaire du préfet — lesdits produits devant être remis aux pompes funèbres, il faut donc que le médecin les remette et dépose lui-même puisqu'on ne peut les aller chercher à un domicile inconnu et qui doit rester inconnu.

(1) Communication à la Soc. d'obstét., séance du 19 février 1903.

Cette présentation et ce dépôt, tout dénués d'agrément pour nous, offrent par compensation de certains avantages :

1° Ils donnent d'abord la garantie morale qu'il n'y a pas de manœuvres criminelles à suspecter, les médecins n'aimant guère se mêler aux affaires louches et les malfaiteurs n'ayant pas coutume d'attirer l'attention sur leurs crimes et délits.

2° Ils permettent de soumettre sans retard et sans délai les pièces anatomiques à la vérification du médecin de l'état-civil, qui vient chaque jour à la mairie et qui, là, peut à son aise (mieux qu'entouré de tiers à domicile, dans un intérieur souvent étroit et mal éclairé) faire les constatations nécessaires.

Rien ne semble plus simple : au point de vue médical, le secret est gardé; au point de vue public, l'ordonnance préfectorale est observée dans ses grandes lignes. En effet, la prise à domicile est subsidiaire : les pompes funèbres n'auront qu'à prendre possession, à la mairie, des débris qui leur reviennent après le permis d'inhumer.

Cela semble logique, humain et correct. C'est du reste ce qu'avait demandé, en 1882, le préfet Floquet « que des boîtes *ad hoc* fussent disposées dans les mairies pour recevoir les débris embryonnaires apportés par les médecins » (d'après Brouardel, *Responsabilité médicale*, p. 200). C'est ce qui fut demandé, en 1885, par M. Pasquier, dans un rapport présenté à la Commission supérieure de l'assainissement de Paris, lequel fut adopté par la deuxième sous-commission dont faisait partie M. Léon Bourgeois, qui réclamait déjà « la possibilité (pour éviter les divulgations) de faire porter par les intéressés, dans des locaux désignés, les produits, résultats des fausses couches ». Le préfet de la Seine, en 1886 et en 1888, transmit aux mairies ces *desiderata*, mais se heurta à leur opposition formelle et, comme le dit M. Brouardel (p. 200), « à la résistance des concierges des mairies ennuyés d'avoir la garde des boîtes à embryons. » La question resta donc en suspens. Je m'en suis bien aperçu.

Le samedi 7 février, ayant assisté la veille à l'avortement d'une personne soignée par le docteur Babinsky et vue par le docteur Bonnaire, je me rendis à la mairie du VIII[e] aux fins de la déclaration prescrite. Comme — pour des raisons que je n'ai pas à faire connaître — le secret m'avait été expressément imposé, j'apportais, en conformité de ma déclaration (qui ne comportait aucune mention de domicile), un fœtus momifié de cinq mois, mort depuis trois à quatre semaines, avec le placenta atrophié, sclérosé et tout ratatiné. Le bureau des décès ne voulut rien entendre ni rien recevoir sans la désignation du domicile : on me garantissait, il est vrai, que la plus grande discrétion serait observée par le médecin vérificateur et les employés des pompes funèbres, dont le passage resterait inaperçu et ne pouvait, m'affirmait-on, en quoi que ce fût porter atteinte au secret qui m'était imposé. — Singulière garantie! Quelle qu'en fut la valeur, avais-je le droit de l'accepter? Assurément non.

Devant l'attitude des bureaux et l'inanité de mes efforts, je pris donc le parti de me retirer en laissant mon apport sous enveloppe, en dépit des plus vives protestations.

Le résultat?

Avec cette logique qui, paraît-il, ne surprend pas ceux qui connaissent l'état d'esprit d'un certain nombre de nos fonctionnaires, sans tenir le moindre compte des caractères spéciaux des pièces probantes laissées en dépôt, dont la vue seule devait, de prime abord, écarter toute supposition d'avortement provoqué, — on conclut qu'il pouvait bien y avoir présomption d'agissements suspects. Comme j'avais eu l'imprudence et la bonne foi d'ajouter qu'en deux circonstances identiques j'avais reçu d'autres mairies un accueil tout différent (plusieurs confrères m'ont depuis affirmé qu'ils avaient eu également preuves d'un libéralisme analogue, moins rare alors qu'on pourrait le croire), il en fut déduit qu'un médecin accoucheur ayant, en dix-huit ans de pratique, participé à trois avortements où les désignations de noms n'avaient pas été faites, devait être d'autant plus soupçonné.

Le préfet fut avisé; le médecin-inspecteur Depasse (à la courtoisie confraternelle de qui je me fais un devoir de rendre hommage) convoqué; un rapport, en des termes que je voudrais vous faire connaître, fut rédigé, et des explications me furent demandées par le maire.

Ce très honorable magistrat m'a nettement signifié que nous n'avions nullement, dans aucun cas, à nous abstenir, dans nos déclarations, de la désignation du lieu de l'accouchement, survenu à terme ou prématurément avant six mois; que nous n'avions pas surtout à nous faire complaisants médiateurs entre les accouchées et les mairies; que notre devoir était strictement borné à donner des soins purement médicaux et à accomplir ensuite les prescriptions réglementaires; que nous nous compromettions et que nous nous avilissions presque, en sortant de nos attributions pour nous charger de la besogne anormale et répugnante de porter des débris humains; que nous nous exposions alors à de justes suspicions et que nous devions laisser aux personnes qualifiées la charge de ces transbordements.

Ce sont à peu près exactement les termes dont s'est servi M. le maire; c'est en tout cas absolument l'esprit de la mercuriale dont il m'a gratifié.

Je me suis évertué, dans mes protestations, à démontrer que, dans l'espèce, désigner le domicile, c'est divulguer le nom qu'on doit cacher; que prétendre le contraire c'est se payer de mots; que cette désignation constituerait de notre part une véritable trahison, que nous devons garder le secret par tous moyens et devons même, au risque de provoquer la pitié, pour ne pas dire le mépris, d'un officier de l'état-civil, accepter un rôle où personne ne nous remplacerait, attendu que, dans ces cas d'exception, il n'y a ni père, ni mari, ni ami; parce que, sans nous, on jetterait le fœtus sur la voie publique et que les débris, maculés, émiettés, risqueraient de faire errer la justice, et ne se prêteraient plus à aucun examen utile.

J'ai dit à M. le maire qu'en réalité les poursuites pour avortement criminel étaient toujours basées sur des dénonciations anonymes ou sur les investigations et les surveillances policières, surtout avaient pour point de départ les catastrophes attribuables à l'ignorance et à l'impéritie des avorteurs ou avorteuses de profession; que l'examen du produit de conception — sauf dans les cas particuliers comme celui qui m'était propre — n'était presque jamais concluant : nous le savons ici, surtout après les communications des uns et des autres, et dernièrement du docteur Bonnaire.

J'ai eu beau dire, je n'ai pu convaincre.

Une autre objection vient des bureaux et semble capitale, puisque les maires l'adoptent (certains maires du moins, car j'ai eu le plaisir de m'entretenir avec le maire d'un arrondissement, non moins important que le VIII[e], qui ne partage pas les partis pris contre lesquels je me suis buté) : les mairies, nous dit-on, ne sont pas des charniers; elles

ne disposent pas de salles pour conserver nos apports en décomposition, lesquels ne peuvent être laissés dans les bureaux où pénètre le public.

L'argument est spécieux. Ces petits produits ne tiennent guère de place et les mairies sont encore assez grandes : dans les conditions habituelles, on conserve bien à domicile les fœtus dans un réduit quelconque jusqu'à l'enlèvement. On pourrait, en cherchant bien, trouver dans toute mairie ou dans ses dépendances quelque local, quelque hangar où l'on placerait la boîte ou le simple bocal *ad hoc*. Songez qu'il s'agit d'exceptions.

Il paraît que ce n'est pas possible. La solution de cette difficulté ne nous importe d'ailleurs que secondairement; c'est à l'Administration et non pas à nous de la résoudre. C'est le principe que nous voulons conquérir.

Un peu ému de la situation inextricable où nous mettent et le souci de nos devoirs professionnels compris comme nous les comprenons, et l'opposition irréductible de certaines mairies, j'ai consulté comme je vous consulte.

J'ai compulsé la *Revue de médecine légale* et j'y ai lu que, tout dernièrement, à l'unanimité, les membres de cette société de magistrats, d'avocats, de médecins, avaient décidé dans le sens qui nous tient à cœur et que le président, Me Danet, batonnier, devait à cet effet faire une démarche auprès du procureur de la République.

La Société des médecins du VIIIe a émis un vote analogue, également à l'unanimité.

J'ai été voir le professeur Brouardel, après avoir pris connaissance de ce qu'il a très explicitement écrit en maints traités. Pour notre ancien doyen, expert plus que personne en la matière, il n'y a pas de doute et l'interprétation du maire du VIIIe est erronée.

J'ai vu encore, je vous l'ai dit, un ancien maire d'un arrondissement important de Paris et plusieurs magistrats, dont un juge d'instruction des plus mêlés aux affaires d'avortement : tous opinent dans le sens que je crois juste.

Enfin ces messieurs de la mairie du VIIIe paraissaient vouloir se réclamer et se couvrir de l'opinion régnante à la Direction des affaires municipales de la préfecture de la Seine : je me suis donc renseigné également de ce côté. Je ne crois pas trop m'avancer, bien que je n'aie pas qualité pour parler au nom d'autrui, en disant — après avoir été reçu par les divers chefs de bureau et par le directeur lui-même — qu'on est en haut lieu très disposé à nous donner satisfaction sur le principe, contrairement aux avis de la rue d'Anjou.

J'espère qu'ainsi dorénavant, en accomplissant la mission désagréable mais pitoyable et bonne à laquelle notre devoir médical nous astreint malheureusement parfois, nous ne risquerons plus d'être considérés comme agents suspects d'une œuvre louche, indigne de notre profession, et que nous rencontrerons chez les hauts magistrats, non plus les témoignages de défiance qu'on réserve aux intermédiaires véreux, mais les marques d'une estime à laquelle nous prétendons et tenons.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(20 FÉVRIER 1903)

M. E. Parmentier lit un très important travail sur le **lait hospitalier**. La cryoscopie du lait a été étudiée tout d'abord, en 1895, par M. Winter, qui a montré tout le parti qu'on pouvait en tirer au point de vue de la recherche du mouillage. Les résultats furent critiqués par MM. Bordas et Génin et ce procédé d'analyse resta lettre morte.

M. E. Parmentier vient de reprendre cette étude en multipliant les exemples, en opérant sur des échantillons de provenances les plus diverses, suivant le vœu formulé par Hamburger. Il est arrivé aux mêmes conclusions que M. Winter. L'individualité, le moment de la traite, la race, l'époque de l'année, la nourriture des animaux, facteurs capables de modifier la densité, l'extrait, la quantité de beurre, etc., ne modifient pas le point de congélation du lait. Quoi qu'on en ait dit, le lait intégral frais — quelle que soit son origine — a un point de congélation de 0,55 ou voisin de 0,55; 0,56 est le point le plus fréquemment trouvé après 0,55, et 0,54 et 0,57 représentent les limites extrêmes d'oscillation et sont exceptionnellement rencontrés. La *pasteurisation* et la *stérilisation*, qui s'opèrent en vase clos, ne font pas changer ce point; l'*ébullition*, par contre, l'abaisse proportionnellement à l'évaporation. La *fermentation* l'abaisse également, mais le lait se coagule à l'ébullition. Dans les cas de mammite ou de tuberculose grave de la vache, le point peut varier. Le beurre étant en suspension et non en dissolution, l'*écrémage* le laisse invariable. Le *mouillage*, par contre, élève le point de congélation, le rapproche plus ou moins du zéro, suivant le degré de dilution. La cryoscopie est un procédé excellent pour reconnaître le mouillage et en déterminer l'importance. L'addition de substances étrangères (sucre, sel, bicarbonate de soude) peut corriger l'effet du mouillage; mais elle demande à être faite avec tant de précision que cette fraude n'est guère à craindre des fermiers ou des garçons laitiers. Même dans les dépôts, elle serait difficile à réaliser.

En terminant, M. Parmentier passe en revue les trois points suivants : 1° les déductions pratiques à tirer de la cryoscopie comme procédé d'analyse qui doit toujours être combinée avec la recherche du beurre; 2° les conséquences qu'il en résulte au point de vue de la pratique médicale et hospitalière; 3° les conséquences à tirer au point de vue de la répression de la fraude.

M. Simonin rapporte une curieuse observation d'**intoxication par ingestion accidentelle de benzine**. C'est là un fait intéressant, car si les intoxications professionnelles par la benzine sont relativement fréquentes, les accidents qui résultent de son absorption sont rares. Dans le cas actuel, l'ingestion de 15 grammes de benzine fut suivie de nausées, de céphalée, de courbature, d'agitations et de fièvre, de catarrhe des diverses muqueuses, puis on vit apparaître une éruption prurigineuse polymorphe composée de macules, de papules, de placards érythémateux, de sugillations hémorragiques. Il survint en même temps du subictère des conjonctives, de l'oligurie avec urobilinurie, diminution de l'urée et des chlorures, présence d'albumine et de phénol dans les urines; l'examen du sang démontra en même temps une éosinophilie très marquée.

A propos de la récente communication de M. Labbé sur la leucémie aiguë à forme hémorragique, MM. Barié et Salmon rapportent une observation de **leucémie aiguë à forme hémorragique avec hématome considérable à marche rapide de la région sous-scapulaire**.

M. Variot présente des pièces anatomiques provenant d'un cas de **cyanose congénitale**.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(17 FÉVRIER 1903)

M. Legueu, promoteur de cette discussion sur l'**appendicite**, ne s'est pas laissé convaincre par la majorité de ses collègues. Il est resté radical intransigeant et, dans une plaidoirie d'ailleurs très élégante, un peu sonore et fort bien dite, il a reproduit les mêmes arguments en faveur de l'intervention aussi hâtive que possible dans tous les cas; il a d'abord rappelé le sien, celui qui a servi de point de départ à cette interminable discussion. Ce cas mettait en cause la temporisation que l'impossibilité du pronostic rend à ses yeux si dangereuse. La discussion repose, en somme, sur une classification de raisons; d'un côté, raisons d'attendre, de l'autre côté, raisons d'opérer.

Nous autres opérateurs, dit M. Legueu, nous nous appuyons sur trois ordres de raisons, l'une de principe, l'autre d'expérience, le troisième de sentiment.

La raison de principe est basée sur le fait de la toxi-infection. Dans l'appendicite le point de départ est primitivement local. C'est bien dans l'appendice que gît le laboratoire des toxines, qui, de là, peuvent ensuite se répandre partout. N'est-il donc pas indiqué de supprimer le plus tôt possible ce foyer primitif d'infection? C'est le principe de l'amputation dans le tétanos.

La raison d'expérience nous montre que l'appendicite est une affection grave par elle-même, incontestablement plus fréquente qu'autrefois. Aussi M. Legueu n'admet pas qu'on puisse, comme l'a fait M. Delbet, s'appuyer sur de vieilles statistiques pour montrer les avantages de la temporisation, et il malmène assez ces statistiques invoquées par M. Delbet et il ne comprend pas qu'on puisse les comparer à des statistiques chirurgicales : ainsi, M. Legueu, dans une même année, a eu affaire à 30 péritonites généralisées. Sera-t-il logique de comparer les résultats opératoires dans ces cas à des résultats d'opérations précoces ou de temporisation?

Nous trouvons et d'autres ont trouvé avec nous que M. Legueu fait vraiment un peu trop bon marché de statistiques qui ne plaident pas précisément en faveur de l'opinion qu'il défend. Il reconnaît que le diagnostic anatomique de l'appendicite est souvent difficile; il reconnaît, avec M. Ricard, que cette difficulté existe surtout dans les cas que M. Ricard a rangés parmi les cas cliniques moyens. C'est là, en effet, qu'il devient embarrassant, aussi bien de porter un pronostic que de décider une intervention. Mais cet embarras n'existe plus pour M. Legueu puisque, toujours et quand même, il opère.

M. Legueu rappelle que M. Quénu a fait connaître un signe nouveau d'une réelle importance pronostique, la diffusion de la douleur. Il regrette qu'on n'ait pas plus parlé de l'examen du sang. La réaction leucocytaire semble, à ses yeux, un moyen très précieux de diagnostic et de pronostic. Nous n'avons pas le droit, dit-il, de laisser de côté un moyen si précieux.

Vient ensuite une critique un peu sévère du traitement par la glace; sous cette glace, dit M. Legueu, peuvent se produire et se produisent souvent des désordres considérables, qui, quoique d'apparence bénigne, se déroulent parfois avec une rapidité et une gravité effrayantes; il passe en revue plusieurs de ces faits et déclare qu'ils le rendent plus partisan que jamais de l'intervention précoce. Pour M. Legueu, la bénignité de l'opération est en raison de sa précocité. En effet, les statistiques des opérations précoces montrent que tous les malades opérés dans les premières heures guérissent. A ce point de vue, voyons la statistique de M. Legueu :

Sur 23 malades opérés dans le premier jour de la déclaration d'une appendicite, M. Legueu compte 22 succès et 1 mort; sur 42 malades opérés du troisième au cinquième jour, on compte 37 guérisons et 5 morts; entre le cinquième et le dixième jour, 2 guérisons et 17 morts. Qui pourrait affirmer que beaucoup de ces derniers n'auraient pas guéri s'ils avaient été opérés plus tôt? Il est donc de toute nécessité d'établir cette dissociation entre les cas récents et les cas anciens.

Nous n'insisterons pas sur les raisons de sentiment invoquées par M. Legueu, raisons basées sur la gêne, la perte de temps que l'opération à froid peut causer aux malades de l'hôpital; ce sont là, suivant nous, des indications secondaires qui ne doivent pas entrer en ligne de compte dans la décision d'une opération.

Arrivons aux raisons des temporisateurs; ils reprochent à l'opération précoce ses erreurs possibles, ses inconvénients, ses dangers. Ils insistent tout d'abord sur la difficulté de trouver et d'enlever l'appendice dans les opérations à chaud. Mais cette difficulté, répond M. Legueu, n'existe que dans les opérations faites au huitième ou au dixième jour; il reprochait encore à l'opération à chaud ses dangers d'éventration, ses inconvénients de drainage. A cela M. Legueu répond qu'il faut aussi drainer dans les opérations à froid. Mais c'est là, selon nous, une grosse erreur. Sauf de très rares exceptions, il n'est pas nécessaire de drainer dans les opérations d'appendicite à froid. Enfin les temporisateurs insistent sur la gravité de l'opération à chaud, sur les dangers qu'elle offre de généraliser l'infection. M. Legueu trouve, au contraire, que l'opération est bien plutôt propre à circonscrire qu'à généraliser l'infection.

M. Legueu est bien obligé de reconnaître que parmi les statistiques des temporisateurs. il en est de très belles. Il attribue ces beaux résultats à ce que certains temporisateurs soignent très bien leurs malades. Mais il est encore plus facile de très bien soigner médicalement les malades que de les opérer. D'ailleurs, pour M. Legueu, les statistiques ont été mal présentées; on n'a pas assez tenu compte, selon lui, de la chronologie des opérations, c'est-à-dire de l'époque à laquelle elles ont été pratiquées.

En terminant, M. Legueu, animé d'un bon sentiment de concorde, remarque qu'après tout interventionnistes et temporisateurs ne sont pas si loin de s'entendre, du moment que la plupart des temporisateurs opèrent quand il y a hypertoxicité, péritonite généralisée, abcès, doute ou difficulté de surveillance.

Quoi qu'il en soit, M. Legueu, en présence d'une appendicite aiguë, reste chaudement partisan d'une opération qui lui paraît être la meilleure branche de salut.

La discussion est close. Elle se termine, comme elle a commencé, par une apologie excessive de l'opération précoce pratiquée dans tous les cas d'appendicite aiguë. Mais ce n'est pas ici le cas de dire que c'est le dernier qui a parlé qui a raison. Car ce qui ressort bien manifestement de cette discussion, c'est que la très grande majorité des membres de la Société de chirurgie s'est nettement prononcée pour la temporisation. Ce qui ressort aussi de cette dicussion, c'est qu'on ne peut plus dire, comme l'a dit M. Dieulafoy, qu'« il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite »; c'est qu'au contraire

le traitement par la glace, la diète et le repos, avec ou sans opium, mais surtout sans purgatif, a fait ses preuves.

Enfin, puisque ces discussions franchissent, paraît-il, les limites de nos journaux spéciaux, il est bon que l'on sache et que l'on répète à satiété, que l'appendicite est une maladie souvent fort grave, à marche parfois extraordinairement rapide, pouvant exiger une intervention immédiate, et que, par conséquent, il importe de diagnostiquer ou de traiter dès les premières heures. Combien d'appendicites ont été prises d'abord pour de simples indigestions? Il en résulte que le médecin et surtout le chirurgien sont le plus souvent appelés trop tard, non pas seulement pour opérer, mais aussi pour traiter médicalement comme il faut cette redoutable affection. A ce point de vue, l'argument principal des interventionnistes qui se plaignent d'être le plus souvent appelés trop tard, est le même pour les temporisateurs qui insistent sur la nécessité d'instituer tout de suite le traitement approprié et la surveillance de chaque heure pour ainsi dire. Tout cela est peut-être bon à dire au moment où on nous annonce, dans les grands journaux, de nouvelles publications médicales à l'usage des gens du monde qui, munis de ces ouvrages, se figureront pouvoir se passer désormais de médecins. Ce sera une économie qui pourra parfois leur coûter cher, peut-être la vie de leur enfant.

M. Quénu fait une communication sur un **nouveau procédé de réunion de la rotule**, basé sur une combinaison de la suture et du cerclage. Nous reviendrons sur cette communication, qui doit être l'objet d'une discussion.

Question à l'ordre du jour de la prochaine séance. — Traitement des fractures de la rotule par la suture.

MÉDECINE PRATIQUE

Le bleu de méthylène dans le traitement des ulcérations des tuberculeux.

MM. Louis Rénon et E. Géraudel ont apporté récemment à la Société de thérapeutique (1) l'intéressante communication suivante :

Ils ont, chez cinq tuberculeux, traité des ulcérations de la langue et du voile du palais, par des applications locales et quotidiennes de poudre de bleu de méthylène. Il s'agissait de malades, porteurs de cavernes, arrivés au dernier degré de la tuberculose pulmonaire chronique.

L'effet de la médication a été très remarquable. Dans tous les cas, ils ont observé une sédation très marquée des douleurs qui rendaient l'alimentation presque impossible, et une modification très nette de l'état local. Les ulcérations se détergeaient rapidement ; elles diminuaient de profondeur et d'étendue, et se cicatrisaient par le fond et par les bords ; les points jaunâtres disparaissaient. Dans trois cas, la cicatrisation a été complète, et s'est maintenue jusqu'à la mort des malades.

MM. L. Rénon et E. Géraudel étudient en ce moment l'action du bleu de méthylène, donné par la voie gastrique, sur l'entérite ulcéreuse des phtisiques, et les résultats complets de ces recherches seront publiés ultérieurement ; ils ont toujours jusqu'à présent observé la diminution et même parfois la cessation complète de la diarrhée.

(1) Soc. de thérap., 28 janvier 1903.

PRATIQUE MÉDICALE

Les cacodylates ne sont plus employés qu'en injections hypodermiques. Par la voie buccale on doit leur préférer le méthylarsinate disodique. Mais ce nouvel agent thérapeutique, dont l'utilité est incontestable dans les dermatoses, l'asthme, la tuberculose, se montre insuffisant dans l'anémie et la chloro-anémie. Aussi a-t-il semblé à un pharmacien de Paris, M. Freyssinge fils, que tout en laissant au méthylarsinate de soude la place qui lui revient, il était possible d'étendre l'action thérapeutique des méthylarsinates, en combinant l'acide méthylarsinique à des bases possédant elles-mêmes une efficacité réelle et spécifique. Ainsi l'action énergique du fer dans l'anémie étant un dogme thérapeutique, M. Freyssinge a cru devoir soumettre au corps médical le méthylarsinate de fer qu'il prépare sous le nom d'hémarsine, et par un raisonnement analogue le méthylarsinate de quinine sous le nom de quinarsine. Les expériences faites avec ces deux nouveaux médicaments ont pleinement confirmé les prévisions. Les praticiens qui ont bien voulu contribuer à ces études ont pu constater, après quelques jours de traitement, une amélioration à la fois plus rapide et plus durable qu'avec les mêmes doses de méthylarsinate de soude.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 2 AU 7 MARS 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 2 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Mauclaire et Cunéo.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Vulpian* : MM. Blanchard, Gaucher et Legry ; — (1re partie), *Salle Thouret* (1re série) : MM. Pinard, Delens et Rémy ; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Tuffier, Lepage et Rieffel ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirugie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Legueu ; — (2e série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Gosset ; — (2e partie, ancien régime) : MM. Hayem, Dejerine et Bezançon ; — M. Wallich, suppléant.

MARDI 3 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Poirier et Schwartz.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Velpeau* : MM. Chantemesse, Thiroloix et Guiart ; — (oral, 1re partie), *Salle Thouret* (1re série) : MM. Budin, Albarran et Thiéry ; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Berger, Bonnaire et Rieffel.

4e, *Salle Richet* : MM. Proust, Thoinot et Chassevant ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Faure ; — (2e série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray ; — M. Méry, suppléant.

MERCREDI 4 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Cunéo.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Richet, Rémy et Desgrez.

3e (oral, 1re partie), *Salle Richet* : MM. Kimisson, Wallich et Rieffel ; — M. Wurtz, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki ; — M. Richaud, suppléant.

JEUDI 5 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Marion.

3e (oral, 1re partie), *Salle Richet* (1re série) : MM. Berger, Potocki et Rieffel ; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. de Lapersonne, Rémy et Demelin ; — M. Jeanselme, suppléant.

VENDREDI 6 MARS, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Bezançon et Richaud.

2e, *Salle Charcot* : MM. Gariel, Richet et Retterer ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (chirugie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Legueu ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Walther et Gosset; — M. Widal, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Cunéo, suppléant.

SAMEDI 7 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Poirier et Faure.

3e (oral, 1re partie), *Salle Béclard* : MM. Le Dentu, Thiéry et Potocki ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, Achard et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Vaquez et Dupré ; — M. Gouget, suppléant.

5e, obstétrique (1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Guiart, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 18 février 1903 : MM. Nathan, 10; Parturier, 10; J. Lemoine, 9; Molimard, 9 ; Ledoux, 8; Monier, 7; Pierre, 5; Flurin, 2.

Séance du 19 février 1903 : MM. Dénéchaux, 12 1/2; Benoît, 11 ; Billon, 7; Levy-Valensi, 6; Theulet-Luzié, 4.

Pathologie. — Séance du 20 février 1903 : MM. Coutelas, 11; Vielliard, 11 ; Omiécinski, 10; Perreaux, 10; Merry, 8; Monier-Ouiard, 8; Theulet-Luzié, 6

Séance du 21 février 1903 : MM. Cerise, 10; Macé de Lépinay, 10; Sauphor, 9; Levy-Valensi, 7; Durand (Léon), 6; Broca, 3.

Séance du 22 février 1903 : MM. Blandin, 12; Dénéchau, 12; Claeys, 11 ; Tixier (Léon), 10; Trouvé, 10; Delapchier, 9; Hérisson, 9; Lew, 9; Boudet, 6.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel du 6 février 1903, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Vincent Griffon (de Paris), Guyot (de Calais), Maire-Amero et Mesnard (de Paris), Sigaud (de La Chambre).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barbellion, Bralant, Bramm, Brochard (de Paris), Brunet (de la Varenne-Saint-Hilaire), Caillet (d'Amboise), Castaigne (de Paris), Courtet (d'Autun), Daulnoy (de Paris), Demazière (de Morins), Dorliat (de Paris), Durey (de Crécy-en-Brie), Garaudeaux (de Vouziers), Gourni et Graux (de Paris), Jacquot (de Fontenay-sous-Bois), Lazare (de Paris), Lévêque (de Saint-Germain-en-Laye), Marqueyrol et Mouneyrat (de Paris), Pariset (de Vichy), Poulet (de Paris), Queyroi (de Badefols), Raoult et Roche (de Paris), Rozier (de Ponts-de-Cé), Simon et Teutsch (de Paris), Thiéry (de Saint-Mihiel). — M. Cottin, chirurgien-dentiste à Paris.

Guerre. — Par décision ministérielle du 19 février 1903, ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Schuttelaere, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice de Montpellier.

MM. les médecins-majors de première classe Delamarre, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Denis ; — Simon, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Rouen ; — Baret, pour le 16e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Sabatier, désigné pour le 74e d'infanterie ; — Menon, pour le 13e cuirassiers ; — Mare, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Beaussenet, pour l'École polytechnique ; — Legrand, pour le 3e dragons.

MM. les médecins aides-majors de première classe Faideau, pour le 157e d'infanterie ; — Villa, pour la compagnie des oasis sahariennes (Tidikelt) ; — May, pour la compagnie des oasis sahariennes (Gourara) ; — Taillade, pour la compagnie des oasis sahariennes (Touat).

— Par décision ministérielle du 17 février 1903, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1903, savoir :

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — M. le médecin principal de deuxième classe Dubrulle ; MM. les médecins-majors de première classe Vuillemin et Bischoff ; M. le médecin aide-major de deuxième classe Jeandidier.

Hôpital militaire de Vichy. — M. le médecin principal de deuxième classe Carayon ; MM. les médecins-majors de première classe Lambert et Loup ; M. le médecin-major de deuxième classe Rambaud ; M. le médecin aide-major de première classe Raymond.

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault. — M. le médecin-major de première classe Sanglé-Ferrière ; M. le médecin aide-major de première classe Melliès.

Hôpital thermal de Barèges. — M. le médecin principal de deuxième classe de Santi; MM. les médecins-majors de première classe Cluzant et Vignol ; M. le médecin aide-major de première classe Humbert.

— Par décision ministérielle du 20 février 1903, M. le médecin-major de deuxième classe Houillon a été placé hors cadres et mis à la disposition du ministre des colonies, pour remplir les fonctions d'adjoint auprès du médecin-inspecteur des services sanitaires et du service météorologique en Afrique occidentale française.

Marine. — M. le médecin de première classe Porre, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Galilée*.

M. le médecin de première classe Gombaud, du port de Rochefort, est désigné pour servir à la prévôté de l'École de pyrotechnie à Toulon.

M. le médecin de deuxième classe Le Comac, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur la *Saône*, école annexe des gabiers.

— M. le médecin de deuxième classe Michel (A.-V.), du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Bengali* (mission hydrographique de l'Indo-Chine), en remplacement de M. le docteur Lafolie.

Comité consultatif d'hygiène de France. — Parmi les membres du Comité consultatif d'hygiène de France, réorganisé par application de la loi du 15 février 1902, nous relevons les noms de MM. les docteurs Emile Roux, Brouardel, Bourneville, Borne, Charrin, Cornil, Galippe, Gariel, Grancher, Netter, Ogier, Gabriel Pouchet, Jules Renault, Thoinot, Villejean, Wurtz.

A cette liste, il faut ajouter, comme membres de droit, les noms de MM. Henri Monod, Proust, Chantemesse, Boisseau, Dieu, Auffret, Kermorgant, Debove, Moissan, A.-J. Martin et Chauveau.

Médecin sanitaire maritime. — Un examen pour l'obtention du titre de médecin sanitaire maritime aura lieu à Paris le samedi 28 mars prochain. Les candidats doivent se faire inscrire au ministère de l'Intérieur, bureau de l'hygiène publique, rue Cambacérès, 7, où ils peuvent s'adresser également pour avoir des renseignements.

POSTES MÉDICAUX

Nous rappelons à nos lecteurs que sous la rubrique Postes médicaux, *nous publions les offres et demandes de postes ou annonces d'ordre strictement professionnel. Le tarif de ces insertions est fixé à 2 fr. 50 la ligne de 60 lettres.*

Nos abonnés ont droit à deux insertions de trois lignes à titre gracieux.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 24. — JEUDI 26 FÉVRIER 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 26 FÉVRIER 1903. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. Bienvenu. Le tremblement essentiel congénital. — M. Laborde. Le cancer de la langue et son traitement curateur. — M. Dervaux. De la tuberculose génitale de la femme et de ses complications péritonéales. — M. Prost. Contribution à l'étude et au traitement de la stomatite mercurielle. — M. Maury. Étude sur le traitement des ulcères variqueux et en particulier sur l'emploi d'un nouveau pansement ambulatoire. — M. Œconomou. Le sérum de Trumecek (revue générale). — M. Leiteisen. Contribution à l'étude du rôle du surmenage physique dans l'éclosion des psychoses de puberté. — M. Piot. Contribution à l'étude des hernies vésicales. — M. Royer. Intervention opératoire dans la lithiase vésiculaire. — M. Nigoul. La stomatoplastie par évidement commissural du col (opération de M. le professeur Pozzi). Traitement de choix de la stérilité par sténose du col de l'utérus. — M. Gauquelin. Du bacille diphtérique court. — M. Madelaine. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse en plaques. — M. Le Couedic. De l'épithélioma sénile du dos de la main. — M. Joly. Contribution à l'étude du prolapsus du rectum. — M. Sarazin. Des ostéomes du coude consécutifs aux luxations réduites. — M. Tansard. Du rôle des bains médicamenteux en dermatologie. — M. Duroisel. Les accidents musculaires au cours du mal de Bright (urémie musculaire). — M. Lacapère. Le macrophage. Étude histologique et physiologique de la cellule lympho-conjonctive. — M. Pechin. Indications et résultats de la cure gingivo-dentaire de la pelade. — M. Remignard. La parasitologie aux XVIe et XVIIe siècles. Étude historique et clinique. — M. Dromard. Les alcoolisés non alcooliques (étude psycho-physiologique et thérapeutique sur l'intoxication alcoolique latente : alcoolomanie). — M. Morin. Traitement du diabète sucré d'après la méthode de Vigouroux : régime lacté alterné, électricité statique, etc. — M. Thomas. Les corps étrangers de l'articulation du coude. — M. Lambert. De la séparation des urines des deux reins, par cloisonnement de la vessie. — M. Dreyfus. Etude des kystes d'origine dentaire. — M. Gaubert. Les aortites aiguës. — M. Barthes. Alcoolisme : causes, début, traitement. — M. Perpère. Contribution à l'étude des associations tabéto-paralytiques. — M. Lemasson-Delalande. Prophylaxie de la syphilis et de la blennorragie au point de vue social dans les consultations publiques. — M. Calmels. Les troubles gastro-intestinaux dans les purpuras. — Mme Oltramare. Étude sur la généralisation aux voies lymphatiques du cancer de l'utérus. — M. Tostivint. Contribution à l'étude de la pathogénie des luxations congénitales de la hanche. — M. Gratiot. De quelques formes de stomatite chez les nouveau-nés et de la « forme nécrosante » en particulier. — M. Rabier. Contribution à l'étude de la torsion des trompes. — M. Bossis. Contribution à l'étude du chalazion. — M. Aveline. Contribution à l'étude de l'orthoforme; de quelques accidents causés par son emploi, particulièrement en obstétrique. — M. Robert. Contribution à l'étude des résections du maxillaire supérieur. — M. Chauveau. De l'évidement osseux dans la résection du genou pour tumeurs blanches graves. — M. Guillet. Contribution à l'étude des fractures spontanées dans le tabes. — M. Magniez. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de l'appendicite pelvienne. — M. Recouly. De la valeur de l'anus iliaque comme opération palliative dans le cancer de la partie terminale du gros intestin (iliaque-rectum). — M. de la Fouchardière. Des luxations de la tête du radius compliquant les fractures du cubitus. — M. Renoult. Contribution à l'étude des rapports entre l'idiotie et le rachitisme. — M. Clergeau. Les différenciations adipeuses et pigmentaires du type féminin au point de vue de la physiologie de l'art et de l'anthropologie. — M. Laprade. Contribution à l'étude de l'écriture en miroir. — M. de Cazeneuve. Des injections prothétiques de paraffine. Applications en oto-rhino-laryngologie. — M. de Saint-Mathieu. Nouveau traitement de la coqueluche par une solution d'arséniate de soude électrolytique « la soderséine ». — M. Blandamour. Traitement du lupus par le radium. — M. Berthet. Les perfectionnements récents de la rachi-cocaïne. — M. Kiener. Des suppurations latentes dans la fièvre typhoïde. — M. Mancel Dépression nerveuse post-grippale. — M. Dubois. Méningite purulente à bacille de Pfeiffer. — M. Perfetti. Essai d'étude par le caféisme dans les dermatoses. — M. Houllier. Étude clinique et anatomo-pathologique de trois cas de chondro-sarcome ostéoïde du tibia. — M. Bribon. Contribution à l'étude de la rachicocaïnisation. — M. Labignette. Du chlorure d'éthyle pur comme anesthésique général. — M. Fresson. Traitement chirurgical de l'inversion utérine. — M. Choffé. Contribution à l'étude de la désarticulation du genou et de l'amputation intracondylienne fémorale. — M. Niort. Contribution à l'étude des hémarthroses spontanées. — M. Thomas. Les corps étrangers de l'articulation du coude. — M. Cailleron. De l'hydrocèle et de l'emploi du thermocautère dans la cure radicale de cette affection. — M. Perrot. Résection du genou sans ouverture de l'articulation. — M. Balatre. Contribution à l'étude des pyélonéphrites gravidiques et de leur traitement. — M. Devé. Réflexions critiques sur la puériculture : essais de puériculture pratique. — M. Charpy. Formes rares de phlébite pendant la grossesse et les suites de couches.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

A PROPOS DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE L'ULCÈRE CHRONIQUE DE L'ESTOMAC

Par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.

Le traitement médical le mieux conduit ne suffit pas toujours à amener la guérison de l'ulcère de l'estomac. Rétabli en apparence, le malade présente trop souvent, quelques mois ou quelques années plus tard, des accidents plus ou moins graves. D'après une statistique américaine que nous avons déjà citée (1), sur 114 malades atteints d'ulcère aigu et sortis de l'hôpital en parfait état, 41 malades avaient eu une rechute cinq ans après, et 20 avaient succombé à des accidents gastriques. Les accidents peuvent être des séquelles de l'ulcère guéri (sténose du pylore, adhérences périgastriques, déformation de l'estomac en sablier, greffe d'un épithélioma au niveau d'une ancienne cicatrice ulcéreuse, etc.). Nous ne voulons nous occuper ici que de la persistance ou de la reproduction de l'ulcère lui-même.

Que l'ulcère puisse récidiver, cela est démontré à la fois par la clinique et par l'anatomie pathologique. Après de longues périodes de guérison, on voit les phénomènes attribuables à une ulcération stomacale se reproduire. Il n'est pas très rare non plus, suivant la remarque de Brinton, de trouver en même temps qu'un ulcère en activité des cicatrices d'un ou de plusieurs ulcères antérieurs.

Mais l'ulcère peut aussi passer à l'état chronique. Après de longues années de douleurs, des hémorragies gastriques répétées, etc., on constate à la nécropsie des ulcérations souvent très étendues à bords fibreux, indurés. La zone malade est ordinairement unie aux organes voisins par par des adhérences très serrées et, souvent même, les tuniques de l'estomac ont été détruites sur une grande étendue par le travail ulcéreux; c'est le parenchyme des organes voisins, foie, pancréas, rate, qui constitue le fond de l'ulcération. Ces viscères ont à ce niveau subi une transformation scléreuse susceptible sans doute d'enrayer dans une large mesure les progrès de l'ulcération.

Dans ces conditions, on comprend très bien que la cicatrisation ne puisse pas se faire. Il paraît certain même que quelques-unes de ces pertes de substances continuent à progresser.

Les adhérences, les tractions produites par la rétraction cicatricielle amènent souvent en cas semblable soit la sténose du pylore, soit la déformation de l'estomac lui-même. De là des troubles fonctionnels en rapport avec l'étendue et la localisation de ces lésions.

Le diagnostic différentiel de l'ulcère chronique présente les difficultés les plus grandes. Souvent il est impossible de décider s'il s'agit de lésions cicatricielles et de déformation de l'estomac consécutives à un ulcère guéri. La survenue et surtout la répétition des hémorragies stomacales, l'intensité des accidents douloureux, la tendance du malade à la cachexie progressive constituent d'importantes présomptions en faveur de l'ulcère chronique. Toutefois, il serait difficile de dire, dans certains cas, si à des lésions cicatricielles déformantes ne s'est pas surajouté un ulcère aigu, si d'autres fois un épithélioma squirreux à marche lente n'est pas venu se greffer sur une lésion cicatricielle de vieille date.

(1) Traitement de l'ulcère de l'estomac à évolution aiguë, *Gaz. des hôpit.*, 23 décembre 1902.

Une circonstance vient encore rendre cette différenciation plus incertaine. Il semble résulter nettement de l'observation des malades de M. Soupault opérés par M. Hartmann que l'ulcus chronique du pylore peut présenter de longues périodes de latence et procéder par poussées paroxystiques, non pas peut-être dans l'évolution de la lésion, mais dans l'apparition des phénomènes de spasme douloureux du pylore.

En somme, s'il est permis de soupçonner de temps en temps l'existence d'un ulcère chronique de l'estomac, il n'est presque jamais possible de le diagnostiquer d'une façon certaine.

Le chirurgien lui-même, après la laparotomie, peut se trouver fort embarrassé. Cependant des adhérences étendues sur une base très indurée constituent une présomption d'autant plus grande d'ulcus chronique que l'histoire clinique du malade plaidait elle-même dans le même sens.

Somme toute, les accidents que traduisent l'existence d'un ulcère chronique sont d'ordres fort variés, et peuvent tenir soit à l'ulcère lui-même, soit à son siège, soit aux lésions des organes du voisinage.

Nous n'entrerons pas ici dans la discussion de tous les procédés médicaux qui peuvent être mis en œuvre dans le traitement de ces accidents chroniques de l'ulcère. Les *douleurs* cèdent en général à un régime sévère, aux alcalins à haute dose ou au bismuth. Le *traitement de la stase* relève du repos au lit, du régime lacté et du tubo-gavage. Le *traitement des hémorragies* ne diffère pas de ce qu'il est dans l'ulcère aigu. Un traitement médical bien mené peut-il amener la guérison d'un ulcère à évolution chronique, qui sans lui eût subi une marche indéfiniment progressive? Il est permis de le supposer, mais il est difficile de le démontrer.

Le traitement chirurgical donnerait-il des résultats meilleurs que le traitement médical? Nous avons cherché à nous faire une opinion sur ce point intéressant de la thérapeutique stomacale; mais il nous a été difficile dans les statistiques publiées de distinguer ce qui appartenait véritablement à l'ulcère chronique. Les détails manquent en général. Il est désirable que l'attention des chirurgiens soit attirée vers cette question, et que leurs futures publications sur la chirurgie gastrique soient plus explicites en ce qui la concerne.

Les circonstances qui ont amené à intervenir chirurgicalement contre l'ulcère chronique de l'estomac sont surtout : les hématémèses à répétition, la stase alimentaire par sténose pylorique et les douleurs intenses résistant au traitement médical.

Enfin les accidents de périgastrite, les abcès circonscrits, la péritonite par perforation sont autant d'indications d'une intervention rapide. Mais en dehors de ces faits, l'ulcère chronique non compliqué d'hémorragie à répétition, de stase alimentaire considérable ou de menaces de perforation, paraît bénéficier aussi de la gastro-entérostomie.

Il est bien certain que, dans la très grande majorité des cas, les *résultats immédiats* sont très remarquables. Les douleurs intenses disparaissent presque aussitôt, le malade s'alimente sans difficulté, l'état général s'améliore; nous pourrions citer comme exemple plusieurs malades venus à notre consultation de l'hôpital Andral : après l'opération on observe une véritable résurrection. M. Soupault a publié une série de faits analogues.

Il est plus difficile de savoir, à l'heure actuelle, la durée

exacte de cette amélioration. Les statistiques chirurgicales ne distinguent pas assez les ulcères en évolution des sténoses cicatricielles : ces malades sont rangés en bloc dans le groupe des affections de l'estomac de bonne nature. C'est le reproche que l'on peut faire à l'intéressante statistique des opérés du service de Czerny, publiée par Machol et Petersen (1). Nous ne pouvons admettre le calcul des auteurs qui, rapportant 67 cas d'opération pour sténose du pylore, calculent après coup qu'il a dû s'agir dans 40 à 45 cas d'ulcère ouvert non cicatrisé, sans donner la raison de cette estimation.

Une statistique plus complète à cet égard a été publiée par Kausch (2) ; elle porte sur les malades opérés dans le service de Mickulicz; 21 malades ont été opérés pour ulcère ouvert, sténosant ou non sténosant. Suivant les cas, on a pratiqué la résection de l'ulcère, la pyloroplastie, la gastro-entérostomie. Un seul malade est mort à la suite d'une résection d'ulcère. Si nous laissons de côté 5 malades qui n'ont été suivis que quelques semaines, il reste 15 malades atteints d'ulcère chronique ouvert, que Kausch a suivi de six mois à deux ans; 12 malades ont été guéris complètement, définitivement, par l'intervention chirurgicale. Le traitement n'a échoué que sur 3 d'entre eux (1 a été amélioré, 1 a présenté une nouvelle hématémèse trois mois après, 1 n'a retiré aucun bénéfice de l'intervention).

Somme toute, étant donné qu'il s'agit d'ulcères chroniques rebelles au traitement médical, l'intervention a donné une série de succès remarquables. Les résultats paraissent toujours aussi favorables, qu'il s'agisse d'un ulcère siégeant au pylore ou sur un autre point de l'estomac. Sur 5 cas d'ulcère non sténosant et ne siégeant pas au pylore, nous notons 4 guérisons.

La guérison fonctionnelle est donc presque la règle après les interventions chirurgicales pour ulcère chronique de l'estomac : le mode d'action de la gastro-entérostomie est assez difficile à élucider, il est probable qu'elle agit en mettant au repos relatif la région où siège l'ulcère, en supprimant les inconvénients du spasme du pylore qui existent dans tous les cas d'ulcère de l'estomac, comme l'a constaté directement Mickulicz pendant l'opération, enfin en permettant une alimentation plus riche. En relevant la nutrition du malade, elle diminue le processus d'autodigestion au niveau de l'ulcère, comme Kelling l'a démontré expérimentalement sur le chien. Il est peu probable toutefois que l'ulcère chronique qui a perforé toutes les tuniques de l'estomac puisse sous son influence diminuer de dimension et guérir; tout l'effort doit porter à arrêter les phénomènes d'autodigestion sur cette paroi cicatricielle de l'estomac, c'est ce que paraît réaliser la gastro-entérostomie.

Il n'y aurait donc aucune ombre au tableau si les interventions sur l'estomac étaient tout à fait inoffensives : mais la mortalité opératoire est encore assez élevée, bien qu'entre les mains des chirurgiens exercés elle s'abaisse beaucoup depuis quelques années. Nous citerons comme exemple les statistiques récentes de Hartmann et de Czerny. Hartmann (3) donne les résultats opératoires pour 60 cas d'affection bénigne de l'estomac.

De 1895 à 1899, 23 cas avec 6 morts, soit une mortalité de 25 p. 100.

(1) *Beitr. zur Klin. chir.*, t. XXXIII, 1902, p. 297.
(2) *Mittheilungen aus Grenzgebieten der Medicin*, 1899, t. IV.
(3) *Loc. cit.*

De 1900 à 1902, 37 cas avec 4 morts, soit une mortalité opératoire de 10,5 p. 100.

La statistique de Czerny publiée par Machol et Petersen (1) porte sur 115 opérations. 37 opérations avec 7 morts jusqu'en 1895; 83 opérations avec 4 morts de 1895 à 1902, et pour ce qui est de la gastro-entérostomie en particulier ces deux auteurs publient une série de 59 gastro-entérostomies avec un seul cas de mort par tuberculose miliaire aiguë.

Le danger de l'opération paraît donc diminuer beaucoup, et il ne faut pas oublier d'autre part que l'ulcère chronique de l'estomac est une affection grave, entraînant souvent la mort à plus ou moins brève échéance. On peut se faire une idée de la gravité de l'affection en se rapportant à la statistique si consciencieuse de Haherston (2).

Cet auteur a pu suivre dans la vie, pendant dix années consécutives au moins, 60 malades atteints d'ulcère de l'estomac.

De ces 60 malades *6 sont morts* pendant l'évolution aiguë de l'ulcère, c'est-à-dire quelques jours à quelques semaines après le début des accidents. *18 autres malades* ont succombé un certain temps, un an à vingt ans après les accidents aigus, soit par suite d'une récidive d'ulcère, soit par une poussée aiguë au cours d'un ulcère chronique. La mort est presque toujours survenue par hématémèse ou perforation. *36* seulement ont guéri, c'est-à-dire sont restés dix ans sans nouveaux accidents d'ulcération gastrique. Tout individu atteint d'ulcère est donc par cela même exposé pendant de longues années à la mort rapide par hématémèse ou par perforation.

La gastro-entérostomie met-elle le malade atteint d'ulcère chronique à l'abri de ces complications fréquentes et redoutables? Si les résultats immédiats qu'elle donne se maintiennent vraiment pendant de longues années, elle mérite de devenir le traitement de choix dans l'ulcère chronique qui résiste au traitement médical. Mais les statistiques de l'avenir et l'expérience pourront seules donner une réponse définitive à cette question.

LE DEGRÉ DE VIRULENCE DES LIQUIDES DE LA PLEURÉSIE FRANCHE ET DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Par M. F. Bezançon,
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux,
et M. V. Griffon,
Chef de laboratoire de la Faculté.

La grande réceptivité du cobaye pour le virus tuberculeux, si précieuse au point de vue des résultats qu'elle fournit pour le diagnostic de la nature des épanchements, fait par contre de cet animal un réactif imparfait pour l'appréciation du degré de virulence des produits inoculés. Si parfois, en effet, il est possible, jusqu'à un certain point, de déduire de l'aspect des lésions présentées par le cobaye et surtout de la durée de leur évolution, quelques notions approximatives sur le plus ou moins de virulence du produit bacillifère, on n'a en réalité de données solides que si l'on prend pour champ d'expérience un animal plus résistant, capable à l'occasion de se montrer réfractaire si la matière inoculée n'est pas suffisamment virulente.

Du fait de la résistance relative qu'il peut opposer à l'infection tuberculeuse expérimentale, le lapin est tout indiqué

(1) Cong. franç. de chir., du 20 au 25 oct. 1902.
(2) *St. Bartholom. Report*, 1891, p. 148.

pour servir aux recherches des différents degrés de virulence que peut offrir le bacille de Koch; et il y a déjà longtemps que M. Arloing (1) a mis en valeur ce fait d'observation et proposé d'en tirer parti pour vérifier la diversité de virulence que peuvent présenter d'une part les localisations scrofulo-tuberculeuses et d'autre part les lésions de tuberculose viscérale.

Les études que nous poursuivons sur la tuberculose expérimentale du lapin nous ont donné également maintes fois l'occasion de constater le peu de sensibilité de cet animal vis-à-vis d'un bacille de faible virulence. Si, donc, on se propose d'étudier le degré de virulence d'un produit tuberculeux, c'est le lapin, et non le cobaye, qui doit être l'animal réactif.

Cette méthode d'appréciation de virulence méritait d'être appliquée aux sérosités pathologiques de nature tuberculeuse, et en particulier à celles de la pleurésie dite franche et de la méningite tuberculeuse, affections qui, bien que sous la dépendance d'un même agent pathogène, offrent cliniquement un si vif contraste au point de vue de leur gravité respective.

Les nombreuses inoculations de ces liquides pratiquées jusqu'ici à l'animal ont eu pour sujet le cobaye, et jamais le lapin. Comme ils cherchaient à mettre de leur côté le plus de chances possible d'obtenir un résultat positif, les expérimentateurs choisissaient l'animal le plus sensible, et se gardaient bien de s'adresser à un animal relativement réfractaire.

Nos recherches ont porté sur huit cas, trois méningites tuberculeuses de l'adulte et cinq pleurésies franches, en apparence primitives, à cyto-diagnostic de formule tuberculeuse. En même temps que les lapins, nous avons inoculé à chaque fois plusieurs cobayes témoins, pour que, dans les cas négatifs sur le lapin, la nature bacillaire du liquide fût cependant dûment établie.

Les cas de méningite ont donné des résultats concordants, constamment positifs. Dans les trois cas, le liquide céphalo-rachidien, recueilli pendant la vie par ponction lombaire, et inoculé aussitôt, a tuberculisé d'une part tous les cobayes, et d'autre part, *dans les trois cas*, tous les lapins. La virulence du liquide est telle qu'une dose minime d'un quart de centimètre cube, inoculée sous la peau d'un cobaye, a suffi pour donner des lésions de tuberculose viscérale, déjà visibles à l'œil nu moins d'un mois après l'injection. Les lapins sont infectés à la dose de trois centimètres cubes environ, introduits sous la peau ou dans la cavité péritonéale.

Dans les cas de pleurésie, la tuberculisation du cobaye s'est effectuée quatre fois sur cinq. Le cas négatif concerne un épanchement qui, inoculé à trois reprises, à quelques jours d'intervalle, n'a tuberculisé ni le lapin ni le cobaye; la pleurésie était parvenue à sa période de résolution, et il n'est pas étonnant que les bacilles aient fait ainsi défaut vers la fin de la maladie. Sur les quatre cas qui se sont montrés bacillifères vis-à-vis du cobaye, et qui tous ont fait l'objet d'inoculations au lapin, un seul a présenté une virulence suffisante pour que le lapin ait manifesté des lésions. La pleurésie, dont l'épanchement tuberculisa ainsi l'*animal résistant*, fut de longue durée et entretint pendant plusieurs semaines une température élevée. Les trois autres cas laissèrent le lapin indemne, malgré l'abondance de la quantité de liquide injecté dans le péritoine (50 à 60 centimètres cubes par lapin).

(1) Arloing. Essai sur la différenciation expérimentale de la scrofule et de la tuberculose humaine, *Revue de méd.*, 1887, p. 97, et *Leçons sur la tuberculose*, recueillies par J. Courmont, 1892, p. 152.

Ainsi, tandis qu'une dose de 3 centimètres cubes suffit pour tuberculiser le lapin lorsque le liquide provient du canal rachidien d'une méningite tuberculeuse, une dose vingt fois plus forte (60 centimètres cubes) n'amène généralement pas la production de tubercules lorsqu'il s'agit de l'épanchement séro-fibrineux de la pleurésie franche. Ce résultat nous apporte la confirmation expérimentale d'une notion clinique devenue aujourd'hui courante, à savoir que la pleurésie primitive, dite franche, *a frigore*, est fonction d'une tuberculose pleurale *atténuée* (Landouzy).

D'une façon générale, les liquides pleurétiques se sont montrés d'autant plus virulents qu'ils étaient prélevés à une époque plus rapprochée du début de la maladie. A la période initiale de l'exsudation, 10 centimètres cubes suffisent pour tuberculiser le cobaye. Quelques semaines plus tard, avec une dose de 30 centimètres cubes, on peut échouer. Dans deux cas (1), nous avons pu suivre par des ponctions et des inoculations à intervalles successifs, la diminution progressive de virulence du liquide, au fur et à mesure que la pleurésie évoluait vers la résolution.

Enfin, un dernier problème restait à résoudre. Les bacilles en suspension dans l'épanchement pleurétique sont-ils susceptibles d'être réunis par la centrifugation dans le dépôt que l'on provoque au fond des tubes effilés?

Nous avons donc injecté comparativement, à des cobayes, d'une part l'épanchement tel quel, à sa sortie de la plèvre, d'autre part le culot obtenu par centrifugation *immédiate* d'une quantité égale de liquide pleural. Dans 3 cas sur 4, le résultat a été positif; c'est-à-dire que dans un cas seulement le dépôt n'a pas tuberculisé le cobaye, alors que 20 centimètres cubes de liquide non centrifugé provoquaient les lésions spécifiques. Dans les 3 autres cas, la tuberculisation expérimentale était manifeste, que l'injection ait été faite par l'une ou l'autre technique. Le seul point important est que l'opération doit être faite au lit même du pleurétique, à moins qu'il ne soit possible de transporter le malade au laboratoire. Ainsi, contrairement à l'opinion généralement admise, se trouve démontrée la possibilité de centrifuger les bacilles d'un épanchement séro-fibrineux de la plèvre.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(24 février 1903)

Dans la dernière séance, M. Lancereaux a fait, sur l'**alcoolisme et les essences**, une communication que nous n'avons pu que signaler, n'en ayant pas entendu un traître mot. Puisse ce contre-temps, fâcheux pour nous et nos lecteurs, gagner à notre cause M. le Président qui, victime lui-même de la mauvaise situation où on nous a placés voudra bien, nous n'en doutons plus, user de sa grande influence pour nous faire changer de place.

Nous sommes assez heureux, aujourd'hui que nous sommes en possession du manuscrit de M. Lancereaux, de pouvoir en faire connaître le résumé.

(1) Dans ces deux cas, le liquide ne s'étant pas montré virulent pour le lapin, c'est sur le cobaye que, d'après l'étendue et la marche des lésions, ont dû être faites ces constatations de diminution progressive de virulence.

M. Lancereaux explique tout d'abord quel est le rôle de l'Académie dans cette question de l'alcoolisme : l'hygiène est sa seule préoccupation et il ne faut rien moins que la conviction bien arrêtée qu'elle a des dangers de l'alcoolisme pour qu'elle n'hésite ni à entraver la liberté du commerce, ni à ruiner certaines industries. Ce qu'elle veut surtout, ce n'est pas tant la proscription absolue de toute boisson spiritueuse que le désir de bien éclairer le peuple sur le danger de ces boissons qui, lorsqu'on s'y habitue, deviennent un besoin des plus impérieux.

Quel triste spectacle que les consultations hospitalières où sur 30 ou 40 malades se trouvent 10 à 12 alcooliques!

D'ailleurs les chiffres sont là : de 1885 à 1889 la consommation des absinthes et boissons similaires s'est élevée de 10 755 à 27 123 hectolitres, c'est-à-dire qu'elle a presque triplé en moins de cinq ans, et depuis lors cette progression n'a fait que continuer d'une façon encore plus effrayante.

M. Lancereaux passe ici en revue la symptomatologie de l'alcoolisme à la connaissance de laquelle il a, pour sa part, si fortement contribué et qui est tellement caractéristique aujourd'hui que le jeune étudiant peut aussi bien dépister l'alcoolisme que les vieux praticiens: cauchemars, rêves terrifiants, troubles pathognomoniques de la sensibilité, tels qu'élancements, picotements, brûlures des membres inférieurs, sensations les plus pénibles; avec cela, troubles de la sensibilité subjective, réflexes et douleurs intolérables; troubles de la sensibilité morale : tristesse, mélancolie, pleurs.

Plus tard ce sont les troubles de la motilité : paralysies déjà signalées par M. Lancereaux dès 1865; troubles psychiques, phénomènes d'excitation avec crises convulsives, démence.

Ce ne sont pas là les seuls dangers qui résultent de l'abus des boissons à essences; il faut aussi faire intervenir la tuberculose, une tuberculose distincte, spéciale aux alcooliques.

Tel est rapidement esquissé le tableau de l'intoxication par les boissons à essences. Il est nettement distinct de celui que comportent les boissons alcooliques. L'hyperalgésie est ici remplacée par une anesthésie symétrique débutant par les extrémités inférieures; il n'y a, en général, ni paralysies, ni crises convulsives.

Ces accidents se sont tellement accrus dans ces dernières années, qu'il est impossible de les mettre en doute et que l'Académie ne saurait plus s'en désintéresser. Elle ne saurait donc être taxée d'exagération, ni de passion. Guidée uniquement par le sentiment du devoir et l'amour de l'humanité, elle ne saurait se taire en présence de cet affreux dilemme : ou bien les choses resteront en l'état et les désordres signalés s'accroîtront, la taille et la force de notre population continueront à diminuer, notre pays se dépeuplera de plus en plus et nous subirons une dégénérescence à la fois physique et morale, ou bien l'usage de ces boissons sera prohibé, sinon réglementé et surtaxé, et nous reprendrons notre vitalité d'autrefois. Le choix est facile, l'Académie n'hésitera pas.

La question, telle qu'elle est posée par le ministre, ne laisse pas que d'être embarrassante pour la Commission : le ministre, en effet, demande de déterminer quelles sont les essences les plus dangereuses. Mais elles le sont toutes! s'écrie M. Lancereaux. Toutefois la Commission a dressé deux catégories d'essences, les unes, très nuisibles, devant être proscrites, les autres, moins dangereuses, devant être seulement réglementées. Cette dichotomie ne plaît pas à M. Lancereaux. Son avis serait de prohiber en masse toutes les essences ou tout au moins d'en réserver la vente aux officines pharmaceutiques. Mais, dira-t-on, ce moyen est par trop radical, et entraîne la ruine de nombreuses industries. Alors M. Lancereaux veut bien, comme en 1895, transiger et se contenter de réclamer, en attendant mieux, des surtaxes très élevées. Mais cette surtaxe doit être assez élevée pour mettre l'ouvrier dans l'impossibilité de faire un usage quotidien des boissons avec essences. Il faut ajouter à cela la restriction des débits de boissons et leur réglementation.

Cette discussion sur les essences et l'alcool s'est continuée dans cette séance :

C'est d'abord M. Laborde qui défend avec une grande énergie les conclusions de son rapport contre les attaques des « incompétents » qui, sans même avoir lu ce rapport, se permettent de l'accuser de « manquer de documentation scientifique », se faisant en cela l'écho de chimistes considérables. M. Prunier n'a-t-il pas demandé qu'on porte la question des essences sur le terrain de la science? A cela M. Laborde répond qu'il a la conscience de ne pas s'en être écarté un seul instant. Il s'agit en somme, dit-il, d'une question de toxicologie. Au point de vue de la chimie, M. Laborde rappelle s'être entouré de toutes les autorités les plus compétentes.

M. Laborde répond ensuite à M. Hanriot qui a soulevé deux questions : celle de l'alcool et celle de la réglementation.

Pour l'alcool, M. Laborde s'insurge à l'idée qu'on ait pu lui prêter, à son égard, d'autres sentiments que celui de l'horreur. Tout le monde sait bien que la commission tout entière partage ce sentiment. Aussi M. Laborde croit-il que M. Hanriot a voulu simplement faire une diversion du côté de l'alcool.

M. Laborde combat également de toutes ses forces le projet de réglementation proposé par M. Hanriot et demande à l'académie de voter les conclusions de son rapport.

M. Daremberg combat également la réglementation et propose une surtaxe sur l'alcool.

M. Laveran ne croit pas que les conclusions de la commission soient pratiques ni réalisables. Au lieu de faire deux listes, l'un des essences proscrites, l'autre des essences à réglementer, il vaudrait mieux faire une liste unique où les essences seraient classées par ordre de toxicité décroissante. En somme, les mesures à prendre seraient les suivantes :

1° Indiquer que les liqueurs à essence sont doublement dangereuses, par l'alcool d'une part, par l'essence d'autre part;

2° Classer les essences par ordre de toxicité décroissante;

3° Ne pas proscrire quelques essences et en réglementer d'autres, car celles-ci auraient l'air d'être approuvées par l'Académie;

4° Pour restreindre la consommation des liqueurs à essence, il conviendrait :

a. De diminuer le nombre des débits;

b. De surtaxer les liqueurs à essence en raison du degré d'alcool et de la teneur en essences;

c. De confier à une commission scientifique spéciale le soin d'établir ces surtaxes.

M. Magnan reproduit un tableau saisissant des symptômes

d'intoxication par les apéritifs contenant l'absinthe, la reine des prés ou l'hysope. Il est d'avis de proscrire ces trois poisons. Pour lui, le meilleur moyen de les atteindre est la surtaxe.

Quant à l'alcoolisme, il est toujours en voie d'accroissement. Après la guerre de 1870, la proportion des hommes alcooliques parmi les entrants à Sainte-Anne s'est élevée à 26 p. 100. Quelque temps après ce taux a un peu baissé, puis il s'est relevé et atteint maintenant 50 p. 100. Quant aux femmes, le chiffre est de 21 p. 100.

M. Joffroy pense que l'Académie doit, dans cette grave question, dire toute son opinion sans s'arrêter aux limites qui lui ont été tracées par le ministre. Il est d'avis de n'accepter aucune réglementation ayant comme base le degré alcoolique ou la teneur en essence, parce que les liqueurs ayant le titre réglementaire seraient vendues comme « liqueurs de l'Académie de médecine ».

Il faudrait, pour les essences à proscrire, non pas deux listes, mais une seule, revisable chaque année, car l'industrie tiendra à remplacer les agents condamnés par des inédits.

M. Bouchardat est, en principe, d'accord avec M. Laveran. Il trouve la classification des essences, faite par M. Laborde, sujette à critique. Par exemple, l'essence d'hysope n'existe pas, de telle sorte que M. Laborde porte plainte contre inconnu.

Il est impossible de séparer, au point de vue des mesures à prendre, les essences d'anis, de badiane, de fenouil, car chimiquement on ne peut les distinguer.

Quant à l'essence des noyaux, sa teneur en acide cyanhydrique est des plus minimes.

On pourrait multiplier ces exemples qui montrent que le classement de la commission est insuffisant.

M. Prunier partage l'avis de M. Bouchardat. Il croit que la réglementation sera chimérique.

M. Hanriot dit que pour le public la vraie liqueur de l'Académie sera celle à base d'essence non condamnée, et cela en vertu de ce vieux principe que ce qui n'est pas défendu est permis.

Il insiste à nouveau sur les points suivants : 1° ne pas séparer la question de l'alcool de celle des essences ; 2° indiquer les principes suivant lesquels se fera la réglementation.

M. Laborde rappelle que le principe de cette réglementation est dans le projet ministériel qui doit suivre le vote du projet de loi relatif aux bouilleurs de cru. Les liqueurs à essence seront soumises à une taxe spéciale et la fabrication des essences classées par l'Académie comme devant être proscrites sera interdite.

La question de la réglementation est mise aux voies et repoussée.

M. Labbé fait une communication sur l'**hôpital de Tonnerre**, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs.

« Fondé en 1293 par Marguerite de Bourgogne, reine de Naples, dit M. Labbé, l'hôpital de Tonnerre est encore dans un état de conservation parfaite.

Cet immense bâtiment long de 100 mètres, large de 20, haut de 27, possède un toit immense (45000 mètres) et une charpente colossale, unique.

Classé en 1842 comme monument historique, il est, d'après Viollet-le-Duc, un des plus beaux exemples d'architecture civile de la fin du XIIIe siècle.

Il est le plus vaste, le plus curieux et, après celui d'Angers, le plus ancien des hôpitaux de France.

Il représente un type d'architecture hospitalière qui a servi de modèle pendant plusieurs siècles et d'où sont issus bon nombre d'autres hôpitaux.

L'Hôtel-Dieu de Tonnerre possède des œuvres d'art des plus intéressantes : un gnomon établi sur les indications de M. de Lalande, de nombreuses statues du XVe siècle, un superbe tombeau de Louvois par Girardon et un merveilleux sépulcre de l'école bourguignonne.

Des réparations sont nécessaires, et une souscription a été ouverte sous le patronage d'un comité comprenant un grand nombre de médecins et de chirurgiens.

Cette souscription a déjà réuni près de 13000 francs.

En présence de ce grand mouvement d'opinion il est tout à fait désirable que le gouvernement favorise toutes les mesures nécessaires pour assurer définitivement la conservation de ce merveilleux édifice en faveur duquel la commission des monuments historiques s'est déjà prononcée à l'unanimité. »

L'Académie, à l'unanimité, émet un vœu demandant la conservation du vieil hôpital de Tonnerre.

M. Delorme présente à l'Académie le beau *Traité de thérapeutique chirurgicale* de MM. Ricard et Launay.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les tumeurs du rein (1), par J. Albarran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et L. Imbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

C'est une œuvre de longue haleine que MM. Albarran et Imbert présentent au public médical. Les tumeurs du rein n'ayant jamais été l'objet d'une étude d'ensemble, il était utile de réunir les innombrables documents épars sur la question. Les auteurs ont eu pour but de faire connaître toutes les idées nouvelles qui ont surgi dans ces dernières années et l'on pourra se convaincre qu'ils n'y ont pas ménagé leurs efforts, par un simple coup d'œil jeté sur les vingt pages compactes de bibliographie qui terminent le volume. Mais là ne s'est pas borné leur ambition : ils ont voulu faire connaître leur opinion raisonnée sur toutes les questions, de l'anatomie pathologique à la thérapeutique. Leur expérience de la chirurgie rénale, de même que l'étude attentive de très nombreuses pièces opératoires ou d'autopsie leur ont permis de prendre parti et de baser leur opinion sur des preuves convaincantes : il était nécessaire pour cela de s'appuyer sur de nombreuses figures et surtout sur des dessins originaux qui n'ont pas été ménagés.

L'ouvrage est divisé en cinq parties : la première, de beaucoup la plus importante, comporte l'étude des tumeurs du parenchyme rénal chez l'adulte. Elle débute par un chapitre d'anatomie pathologique et de pathogénie dans lequel les auteurs ont longuement étudié toutes les idées récentes si originales sur le mode de développement des tumeurs du rein.

Les chapitres suivants sont consacrés aux symptômes et au diagnostic : nous y signalerons une étude très complète de la fonction urinaire d'après l'épreuve du bleu de méthylène, la cryoscopie, le cathétérisme uretéral, les séparateurs, etc. Enfin, le chapitre du traitement a été l'objet d'une attention particulière. Les auteurs donnent d'abord le manuel opératoire de la néphrectomie par la voie lombaire

(1) Gr. in-8°, avec 106 fig. dans le texte, en noir et en couleurs. Prix : 20 francs. — Paris, Masson et Cie.

et par la voie abdominale; ils insistent sur les accidents qui peuvent survenir au cours de l'intervention et consacrent un long paragraphe à l'étude des indications opératoires. Ce chapitre se termine par une statistique très étendue des résultats éloignés de la néphrectomie.

La deuxième partie comprend les tumeurs du rein chez l'enfant; la troisième est consacrée aux néoplasmes primitifs du bassinet et de l'urètre. La quatrième partie, les kystes du rein, comprend les kystes des néphrites, les grands kystes séreux et le rein polykystique. Enfin dans la dernière partie MM. Albarran et Imbert ont fait l'étude des tumeurs paranéphrétiques dont ils ont recueilli 71 cas.

La courte analyse que nous venons de donner de cet important ouvrage suffira à montrer que les auteurs ont eu, avec le souci d'être complet, celui de fixer l'état réel de nos connaissances actuelles sur les tumeurs du rein.

E. RENAUD.

Consultations sur les maladies des voies urinaires à l'usage des praticiens (1), par le docteur G. de Rouville, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Préface par le docteur Tuffier, chirurgien de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Le livre que présente au public médical M. G. de Rouville est essentiellement pratique. Il permettra au médecin de porter rapidement secours à un malade atteint lui-même par des accidents souvent inattendus, et dont la brusque gravité compromet directement sa vie.

De toutes les affections chirurgicales, celles qui frappent les voies urinaires se prêtent particulièrement à la forme donnée par l'auteur à sa publication. Ces maladies sont d'ordre médico-chirurgical, elles relèvent de la pathologie autant que de la médecine opératoire et tout chirurgien qui ne sera pas doublé d'un clinicien prudent, sagace et instruit ne peut réussir dans leur traitement. A propos de chaque accident, on trouvera décrits les éléments de diagnostic, de pronostic et de traitement. C'est la consultation pour chirurgie d'urgence des voies urinaires.

La partie clinique, celle qui conduit à un diagnostic, a été particulièrement étudiée, elle est prise sur le vif, c'est le tableau d'une maladie en pleine évolution, telle que le praticien le rencontre chaque jour; tableau complet, mais précis, succinct, économe des expressions. Elle permet, en un instant, de faire le tour complet de la maladie étudiée.

La partie thérapeutique est brève, nette, concise; elle indique ce qu'il y a à faire et non pas tout ce qui a été conseillé en pareil cas. Ce qui rend la tâche si difficile aux jeunes médecins, c'est que leur livre classique leur donne pour chaque maladie toutes les médications employées; pour chaque opération on voit s'étaler tous les procédés opératoires. Lequel prendre, quelle conduite suivre? voilà la difficulté.

L'auteur de ce livre est arrivé au contraire à une période de l'existence chirurgicale, où le discernement fait place à l'accaparement du premier âge, où l'examen du malade a permis de soumettre au contrôle de la chirurgie tous les préceptes qui jusque-là ont été acceptés sans discussion. Il a le droit de donner une opinion, celle que la pratique lui a montrée comme la meilleure. Ce procédé-là est longuement décrit, il est illustré, il est éclairé de figures bien précises et qui lèvent toute difficulté pour le lecteur.

Telle est la conception générale de ce livre; il échappe à l'analyse, c'est le résumé de la pratique urologique moderne.

C. F.

(1) In-8° de 272 pages, avec figures. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le cancer du gros intestin, rectum excepté (1), par R. de Bovis, professeur à l'École de médecine de Reims.

Dans cet ouvrage l'auteur étudie l'anatomie chirurgicale et l'histoire clinique du cancer du gros intestin, deux chapitres que notre littérature médicale ne possédait pas encore.

Son travail repose sur l'analogie de 426 faits ou observations personnelles et autres recueillies depuis l'ère antiseptique et ayant été l'objet d'une intervention chirurgicale quelconque.

L'énumération des titres de chapitres : Étiologie; — Anatomie pathologique chirurgicale; — Symptômes; — Évolution, durée, terminaison; — Complications; — Diagnostic et pronostic; — Traitement; — Entérectomies simples; — Entérectomies suivies de l'établissement d'un anus contre nature; — Entérectomies en plusieurs temps; — Entérectomies compliquées; — Entérectomies par les voies naturelles, montre avec quel soin et quelle méthode M. de Bovis a traité ce sujet. Une bibliographie très soignée ajoute encore à l'intérêt du travail.

La Société de chirurgie a décerné à ce travail le prix Demarquay, au cours de l'année 1900.

L. GAYARD.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles (2), par le docteur A. Castex, chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté de médecine de Paris.

M. Castex vient de faire paraître une seconde édition de son excellent traité des maladies du pharynx et du larynx, du nez et des oreilles.

La première partie traite des maladies du pharynx.

La deuxième partie comprend les maladies du larynx (moyens d'exploration, laryngites diverses, nodules vocaux, maladies de la voix, si importante dans cette spécialité, névroses, tuberculose du larynx, syphilis et tumeurs du larynx, affections de la trachée).

La troisième partie étudie les maladies du nez et de ses cavités annexes (rhinoscopie et toucher rhino-pharyngien, difformités du nez, rhinites diverses, ozène, syphilis, tuberculose, lèpre, sclérome, tumeurs bénignes et malignes, corps étrangers, troubles de l'odorat). Une place importante est réservée aux tumeurs adénoïdes et aux affections des sinus maxillaire, frontal, sphénoïdal et des cellules ethmoïdales.

La quatrième et dernière partie est consacrée aux affections de l'oreille (examen technique des diverses parties de l'organe, maladies de l'oreille externe, affections de la membrane tympanique, otites moyennes diverses et leurs complications). L'auteur passe encore en revue les suppurations de l'attique, les maladies de l'apophyse mastoïde et ses trépanations, les affections de l'oreille interne (maladie de Ménière, etc.), surdité, surdi-mutité et lésions traumatiques.

Un grand nombre de figures, la plupart inédites, facilitent l'intelligence des descriptions.

Ce livre sera particulièrement utile, non seulement aux spécialistes, mais encore aux praticiens qui désirent s'initier à la spécialité des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Les principales questions ajoutées dans cette nouvelle édition sont :

1° Pour le pharynx et le larynx : les infections des amygdales, le mycosis pharyngien, les ulcérations de l'arrière-bouche, la brièveté de la voûte palatine, les infections du larynx, l'intubation, la pathologie de la région sous-glottique et de la trachée.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) In-16 de 922 p., avec 264 fig., cart. Prix : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

2° Pour le nez : le catarrhe naso-pharyngien, l'hydrorrhée nasale, la chirurgie intra-nasale.

3° Pour l'oreille : la chirurgie des infections otiques, le cholestéatome, les bruits d'oreille, les vertiges auriculaires, les anomalies de l'audition, la syphilis de l'oreille, les surdités centrales.

4° Enfin, diverses questions s'appliquant à l'ensemble de la spécialité : l'asepsie et l'antisepsie en oto-rhino-laryngologie, le traitement hydro-minéral et marin dans les maladies du larynx, du nez et de l'oreille, et un recueil de formules.

L. GAYARD.

Les épanchements pleuraux liquides (1), par Le Damany.

Dans ce volume le lecteur trouvera une étude complète des pleurésies séro-fibrineuses et purulentes; cet exposé pourrait paraître peu nouveau si M. Le Damany n'avait su donner à cet ouvrage une note originale en y développant sa conception personnelle des épanchements pleuraux. Pour cet auteur les épanchements sont *pleurétiques* lorsqu'ils sont produits par un microbe pullulant et agissant dans la cavité pleurale : telles sont les pleurésies séro-fibrineuses primitives, les pleurésies purulentes à pneumocoques, à streptocoques, à bacille de Koch, et les pleurésies putrides; les épanchements qui ne sont pas pleurétiques sont *pseudo-pleurétiques* : ils se forment par le même mécanisme que les hydrothorax et sont la conséquence de l'œdème qui se forme autour d'un foyer congestif, inflammatoire, hémorragique ou néoplasique, foyer d'origine microbienne parfois, parfois au contraire aseptique.

Partant de ce point de vue, M. Le Damany divise cette étude en deux parties. Dans la première purement clinique il passe en revue la séméiologie générale des épanchements pleuraux, décrit les diverses formes d'épanchements dits pleurétiques (pleurésie séro-fibrineuse primitive, pleurésies purulentes et putrides) et d'épanchements dits pseudo-pleurétiques (pseudo-pleurésies rhumatismales, cancéreuses, typhoïdiques, cardiaques, para-pneumoniques, par tuberculose), puis termine par l'hydrothorax, le pyo-pneumothorax et les épanchements chyliformes. La deuxième partie est consacrée aux études de laboratoire : il développe très longuement l'anatomie-pathologique si variée et si caractéristique des diverses pleurésies et montre les résultats fournis à la clinique par la bactériologie, la cryoscopie, la recherche de la perméabilité pleurale et enfin par le cyto-diagnostic.

P. RAVAUT.

Précis de bactériologie (2), par J. Courmont.

Ainsi que l'a voulu faire M. J. Courmont, ce précis de bactériologie est une œuvre essentiellement pratique et dans laquelle par conséquent la technique bactériologique tient une grande place; mais à côté de cet exposé fatalement aride, M. Courmont a su intéresser et retenir l'attention du bactériologiste en exposant brièvement les perfectionnements successifs de chaque méthode, en expliquant les avantages et la raison d'être de chaque procédé.

Cette seconde édition, qui vient cinq ans après la première, est considérablement augmentée et profondément remaniée. L'auteur insiste particulièrement sur les applications de la bactériologie au diagnostic et au pronostic des maladies infectieuses susceptibles d'être utilisées tous les jours au lit du malade.

De plus dans cet ouvrage, tant au point de vue pratique qu'au point de vue purement scientifique, se trouvent toutes les notions acquises dans ces dernières années sur certaines espèces microbiennes et surtout sur la sérothérapie; enfin un chapitre tout entier est consacré au traitement antirabique de Pasteur.

Aussi, ce précis de M. Courmont ainsi modifié constitue un ouvrage pratique et clair que le praticien et le bactériologiste pourront consulter avec fruit.

En outre un grand nombre de figures très nettes, en couleur pour la plupart, simplifient le texte et rendent la description plus frappante.

P. RAVAUT.

(1) Petit In-8°. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) 2e édit. (Collection Testut.) Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Les obsessions et la psychasténie (1), par le docteur Pierre Janet, professeur de psychologie au Collège de France.

M. Pierre Janet présente dans cet ouvrage une nouvelle appréciation de la méthode préconisée par M. Th. Ribot, méthode qu'il a déjà employée dans son précédent ouvrage *Névroses et idées fixes*. Elle consiste à tirer de la psychologie tous les éclaircissements qu'elle peut apporter pour la classification et l'interprétation des faits que nous offre la pathologie mentale, et réciproquement à chercher, dans les altérations morbides de l'esprit, des observations et des expériences naturelles qui permettent d'analyser la pensée humaine. A ce titre, il intéresse également les médecins et les psychologues.

Les maladies qui font l'objet de cette étude sont : les obsessions, les impulsions, les maladies mentales, la folie du doute, les tics, les agitations, les phobies, les délires du contact, les angoisses, les neurasthénies, les sentiments bizarres d'étrangeté et de personnalisation décrits sous le nom de névropathie cérébro-cardiaque. M. Pierre Janet désigne les malades atteints de cette affection sous le nom de « scrupuleux », parce que le scrupule constitue un caractère essentiel de leur pensée, ou sous le nom plus précis de « psychasthéniques » qui lui paraît résumer suffisamment l'affaiblissement de leurs fonctions psychologiques.

Ce volume comprend deux parties : la première est descriptive et analytique; sous le titre : Analyse des symptômes, y sont étudiés les idées obsédantes, les agitations forcées, les stigmates psychasthéniques; dans la seconde, plus théorique et générale, l'auteur procède à des études générales sur l'abaissement de la tension psychologique, l'évolution, le diagnostic et le traitement, la place de la psychasthénie parmi les psycho-névroses. Par la comparaison des divers symptômes réunis dans un même livre, il apporte une contribution à l'étude du diagnostic, du pronostic et du traitement des affections citées plus haut, qui jouent un rôle important dans la pathologie nerveuse; de plus, l'analyse psychologique de ces divers phénomènes lui a permis de découvrir entre eux des caractères communs et d'arriver à une interprétation destinée à réunir le plus grand nombre possible de ces faits dans une conception générale.

Comme pour *Névroses et idées fixes*, à ce volume en succédera un second, publié en collaboration avec M. le professeur Raymond, qui contiendra les observations cliniques d'un très grand nombre de maladies, et renfermera des descriptions et des documents psychologiques et cliniques apportant la justification et les preuves des interprétations présentées par M. Pierre Janet.

L. GAYARD.

---

(1) In-8° avec fig. dans le texte. Prix : 18 francs. — Paris, F. Alcan.

son action laxative et éminemment hématogène, font de ce médicament un précieux remède dans tous les cas où le médecin voudra faire absorber, avec des doses aussi faibles que possible, la plus grande quantité de modificateurs utiles, actifs, immédiatement assimilables.

QUESTION D'INTERNAT

Méningites cérébro-spinales.

DÉFINITION. — Méningites aiguës, le plus souvent suppurées et dont les lésions s'étendent sur les méninges cérébrales et rachidiennes. Décrire surtout la méningite cérébro-spinale épidémique.

ÉTIOLOGIE. — Apparaissent au cours ou dans la convalescence de toutes les maladies infectieuses, en particulier la *grippe*, la *pneumonie*, la *fièvre typhoïde*; ou sont consécutives à des *lésions otiques*. Dans une forme spéciale, la localisation méningée semble primitive, et la méningite revêt une forme épidémique (méningite cérébro-spinale épidémique). Les méningites cérébro-spinales sont fréquentes surtout chez l'enfant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Congestion des méninges, de l'encéphale et de la moelle; exsudation d'abord séreuse, puis séro-fibrineuse, puis purulente. Traînées purulentes surtout à la convexité du cerveau, dans les scissures, le long de la moelle. Altérations des vaisseaux (artères et veines) du cerveau; lésions cellulaires variables.

BACTÉRIOLOGIE. — On trouve surtout le *méningocoque* de Weichselbaum, le *pneumocoque*; associations microbiennes fréquentes (streptocoque, staphylocoque). *Bacille d'Eberth*, pur ou associé, quand la méningite est consécutive à la fièvre typhoïde.

SYMPTOMES. — *Début* souvent brusque (surtout quand la méningite est primitive et n'apparaît pas comme complication d'une autre maladie infectieuse). *Fièvre* rapidement élevée. Frissons. *Céphalée* et douleurs rachidiennes irradiées dans les membres. La céphalée est extrêmement intense; les douleurs rachidiennes et lombaires peuvent être très violentes aussi. *Constipation* très opiniâtre. *Vomissements* sans efforts, de type cérébral. *Délire* violent, de forme variable.

Troubles de la motilité. — *Convulsions* généralisées ou partielles (mâchonnement, grincement des dents, etc.). Les convulsions généralisées sont surtout l'apanage des enfants.

Contractures. — *Raideur de la nuque et des muscles du tronc* : raideur de la nuque remarquablement intense dans la méningite cérébro-spinale (crampe de la nuque). — *Signe de Kernig*, extrêmement important, car il indique une irritation *spinale* (rappeler la manière de le rechercher).

Paralysies. — Paralysies corticales, précoces; paralysies tardives, dues souvent à des lésions artérielles. Forme variable des paralysies (hémiplégie, monoplégie, etc.).

Troubles sensitifs : *Hyperesthésie* généralisée et en particulier hyperesthésie spinale. — *Troubles sensoriels* : Les signes oculaires sont loin d'être rares, bien que moins fréquents que dans les méningites tuberculeuses : strabisme, inégalité pupillaire, œdème de la papille. *Surdité* par lésion labyrinthique. — *Troubles vaso-moteurs* : Tache et raie méningitiques. — *Troubles circulatoires et respiratoires* : Ralentissement et irrégularité du pouls : ces symptômes, capitaux dans la méningite tuberculeuse, sont fréquents aussi dans les méningites cérébro-spinales. Irrégularités fréquentes du rythme respiratoire.

Facies. — Vultueux; *groupes de vésicules d'herpès* aux lèvres. Langue sèche.

Signes généraux. — Urines rares et albumineuses. *Température élevée* pouvant décrire des oscillations assez marquées : amaigrissement rapide.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. — Marche très variable. La méningite cérébro-spinale épidémique, a un début assez brusque; les symptômes ne se succèdent pas régulièrement et il est impossible de distinguer trois périodes nettes comme dans la méningite tuberculeuse. Durée très variable, quelquefois assez courte (quinze jours), quelquefois très longue (trois à quatre mois). Mort dans le coma; guérison assez rare; rechutes très fréquentes.

COMPLICATIONS. — Paralysies persistantes; troubles intellectuels; surdité.

FORMES. — Passer rapidement sur les méningites apparaissant au cours d'une maladie infectieuse (pneumonie, fièvre typhoïde, méningites d'origine otique). Dans ces cas, la méningite n'est pas toujours cérébro-spinale (elle peut être purement cérébrale), a ordinairement une marche rapidement mortelle, parfois foudroyante, durant un ou deux jours (méningite pneumonique). — *Méningite cérébro-spinale épidémique* (1) : Forme prise pour type de description : très variable dans son aspect clinique. On peut décrire des formes *suraiguës*, *subaiguës*, pouvant durer plusieurs mois, et *atténuées* : à ces dernières se rapporte la méningite *cérébro-spinale ambulatoire*, s'accompagnant d'un minimum de symptômes, mais pouvant très bien être mortelle.

PRONOSTIC. — Grave, mais non absolument fatal. Se rappeler que la maladie peut être extrêmement longue; ne pas se fier à une amélioration passagère et craindre les rechutes.

DIAGNOSTIC. — A. PAR L'EXAMEN CLINIQUE. — 1° Avec la *méningite tuberculeuse* : dans la méningite cérébro-spinale, absence de prodromes, raideur plus marquée de la nuque, signe de Kernig (le signe de Kernig n'existe dans la méningite tuberculeuse que s'il y a méningite spinale); température plus élevée. — 2° Avec le *méningisme* : survenant chez des hystériques; évolution rapide et favorable; résultats de la ponction lombaire. — 3° Avec les *formes méningitiques des maladies aiguës* (pneumonie, fièvre typhoïde, grippe, etc.) : très difficile; n'est tranché que par l'évolution de la maladie et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Diagnostic de la nature de la méningite. — Reconnaître si la méningite est primitive ou apparaît comme complication d'une autre maladie aiguë (otite moyenne, pneumonie, etc.). Faire l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien.

B. EXAMEN DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN. — Liquide trouble ou purulent (quelquefois clair : méningites séreuses); fibrineux et albumineux. — *Examen cytologique* : *polynucléaires* au début de la maladie, faisant place aux *lymphocytes* quand l'évolution est favorable (dans la méningite tuberculeuse la réaction est purement lymphocytaire; résultat négatif de la ponction dans les cas de méningisme). — *Examen bactériologique* : examen direct, ensemencements, inoculations. Rappeler les principaux caractères du méningocoque.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — NOTES OBTENUES. — *Pathologie.* — Séance du 24 février 1903 : MM. Hanon, 13; Clément, 11; Debrovitch, 11; Jemtel, 11; Liné, 11; Roussel, 8; Goniaud, 7; Reulos, 5; Villebrun, 5.

(1) Voir Marcel LABBÉ. Méningite cérébro-spinale épidémique, Revue gén., *Gaz. des hôpit.*, 1900, nos 105 et 108.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 25. — SAMEDI 28 FÉVRIER 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 28 FÉVRIER 1903. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les stigmates physiologiques de la dégénérescence.

Par M. Lucien MAYET,
Ancien interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon.

L'état héréditaire de moindre perfection physique et morale, de déchéance de l'être tout entier, tendant à l'extinction rapide de l'individu dégénéré et de ses descendants, qu'est la dégénérescence, se traduit par une série de signes révélateurs — nous n'osons dire spécifiques ou pathognomoniques — que nous nous sommes proposé de passer en revue.

Pour en faciliter l'exposition nous les avons divisés en quatres groupes : les stigmates anatomiques, les stigmates physiologiques, les stigmates psychologiques, les stigmates sociologiques. Les deux derniers groupes feront l'objet d'articles ultérieurs. Les stigmates anatomiques ont été étudiés précédemment ici même (5 et 12 janvier 1901). Nous envisageons aujourd'hui les seuls stigmates physiologiques.

Une première catégorie de stigmates physiologiques ont pour causes les tares anatomiques apparentes qui résultent du développement défectueux de l'embryon ou du sujet aux premiers moments de son existence. D'autres troubles fonctionnels ne paraissent liés à aucune lésion somatique évidente : mais l'observation clinique a révélé leur extrême fréquence chez les dégénérés et ils constituent une seconde série. Dans une troisième, seront placés divers syndromes étudiés comme tels en pathologie ou isolés dans le cadre nosologique de façon à constituer des entités morbides bien définies : ces syndromes traduisent des malformations des organes cachés ou des éléments anatomiques, les unes et les autres aussi importantes au point de vue spécial qui nous préoccupe que les malformations extérieures dont la valeur comme stigmates de la dégénérescence n'est plus contestée.

Il convient de faire les plus grandes réserves sur la signification des stigmates physiologiques. Leur interprétation est très délicate. Il faut savoir se garder dans leur étude d'une généralisation trop étendue, il faut éviter de leur accorder une valeur trop absolue et ce sera seulement par une minutieuse analyse de leurs différents éléments, par l'étude approfondie du sujet qui en est porteur, par la recherche des autres tares dégénératives physiques ou psychiques qu'il peut présenter, par la connaissance de ses antécédents héréditaires, de ses parentés morbides familiales, etc., que seront évitées des erreurs faciles à commettre dans le diagnostic de l'état de déchéance héréditaire que représente la dégénérescence. Il faut bien savoir qu'on ne peut pas affirmer son existence en s'appuyant sur une seule malformation corporelle, sur un trouble physiologique unique, sur une tare psychique isolée.

Sans insister davantage sur ces considérations générales nous énumérerons les stigmates physiologiques de la dégénérescence, en les groupant suivant les fonctions et les organes auxquels ils se rattachent. Le cadre très limité qui nous est imposé nous oblige à donner ici une simple liste des stigmates, en évitant toute discussion relative à leur valeur ou même à leur légitimité.

I

Troubles de la motilité. — Les plus fréquemment observés chez les dégénérés sont les suivants :

LES CONVULSIONS. — Il semble qu'un des principaux effets de la tare qui pèse chez les dégénérés soit la création du *terrain convulsivant* (voir plus loin). Sur ce terrain pourront se dérouler une série de tableaux cliniques : convulsions de l'enfance, convulsions liées à l'hystérie, mouvements convulsifs de la chorée, etc., que nous retrouverons en indiquant la grande place que les états névropathiques occupent dans le domaine de la dégénérescence.

LE RETARD DE LA MARCHE. — C'est seulement à l'âge de trois, quatre, cinq ans que l'enfant commence à faire ses premiers pas (1).

Les MODIFICATIONS DES RÉFLEXES TENDINEUX, plus particulièrement des réflexes patellaires, qui sont très vraisemblablement — comme le retard de la marche — sous la dépendance du développement et du fonctionnement défectueux de la voie motrice. Elles sont représentées par l'abolition, ou la diminution, ou l'inégalité des réflexes.

Les SPASMES, CRAMPES, CONTRACTURES, PARALYSIES PASSAGÈRES OU DURABLES ne sont pas rares. Chez les dégénérés inférieurs elles passent souvent inaperçues. Elles se placent au premier plan chez les dégénérés supérieurs où leur apparition surprend d'autant plus que le sujet est en apparence de parfaite santé (neurasthéniques). Comme exemples : certains cas de « torticolis mental », « les crampes et paralysies nocturnes » (2).

Certains TREMBLEMENTS, surtout le tremblement héréditaire.

Des TROUBLES DE LA MOTILITÉ SPHINCTÉRIENNE, plus particulièrement l'incontinence d'urine dont la fréquence est telle

chez les dégénérés que nous lui consacrons un paragraphe spécial.

Des troubles de la motilité oculaire : *strabisme*, surtout le strabisme convergent, *nystagmus* congénital.

Motilité du pavillon de l'oreille.

Troubles de la voix et de la parole : la *mutité*, le *balbutiement*, le *nasonnement*, le *bégaiement*, la *blésité*, le *bredouillement*, le *zézaiement*. Une place à part doit être faite à l'*aphonie d'origine cérébrale*, appelée encore et plus communément *aphonie nerveuse*, et à certaines manifestations laryngées, migophonie de Frænkel, manque d'endurance ou fatigue rapide de la voix dans la parole, dans le chant, observés chez les neurasthéniques (3).

Modifications de l'écriture. — Sans faire ici le procès de la graphologie, il convient de réserver une place aux modifications du graphisme chez les dégénérés. Certains signes graphiques peuvent avoir une certaine valeur comme stigmates — peuvent avoir, car malheureusement, dans l'état actuel de la question, il est bien difficile d'apporter des résultats précis. Le sujet a peu tenté les chercheurs qui ont surtout envisagé les effets des troubles moteurs, du tremblement, sur l'écriture et nos recherches personnelles — bien qu'elles soient poursuivies depuis longtemps — ne sont pas assez au point pour être résumées ici. Toutefois à titre d'exemple nous reproduisons quelques autographes de dégénérés, simplement pour indiquer la différence existant entre de telles écritures et celles de sujets normaux.

Femme névropathe.

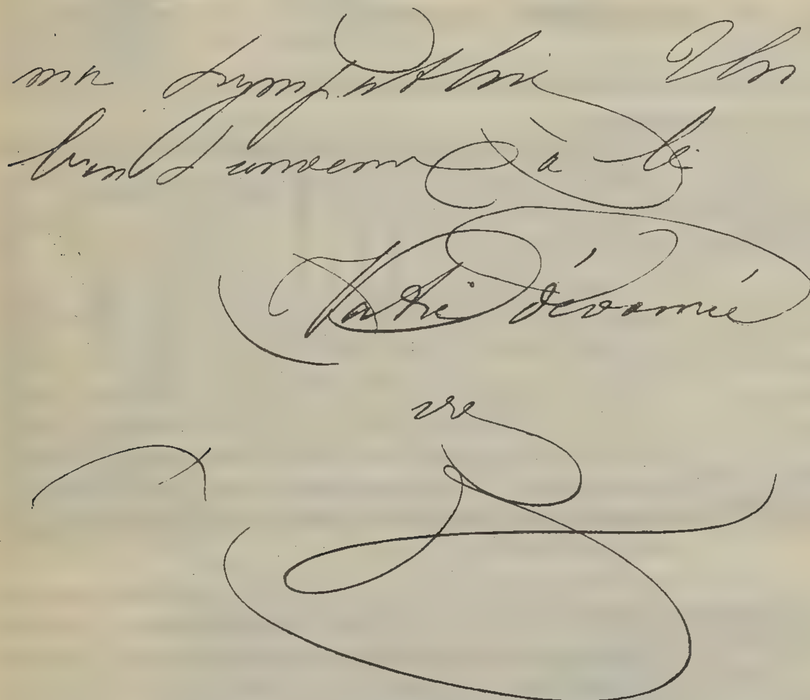


Fig. 1. — *Types d'écriture de sujets dégénérés.*
Écriture d'une femme névropathe, d'intelligence très normale, avec grande vivacité d'esprit..., etc. (Dégénérée supérieure.)

Femme épileptique avec asymétrie cranio-faciale, dentition défectueuse, etc....

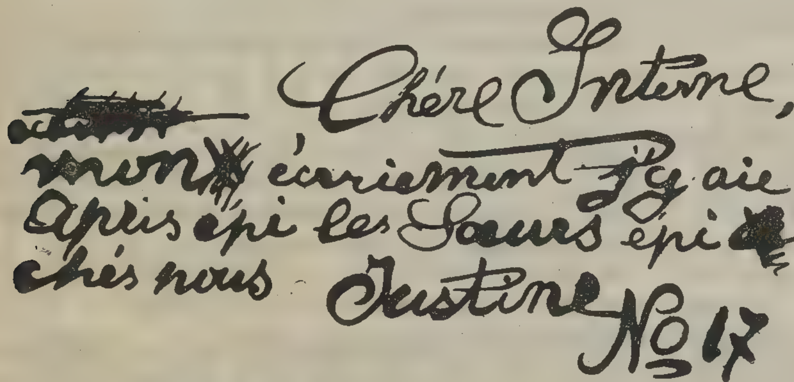


Fig. 2. — *Types d'écriture de sujets dégénérés* (suite).
Écriture d'une femme épileptique, d'intelligence rudimentaire, restée à l'école jusqu'à l'âge de quinze ans; nombreux stigmates anatomiques et physiologiques de dégénérescence. (Dégénérée inférieure.)

Copie du texte HOSPICE DU PERRON.
par un homme idiot et épileptique.

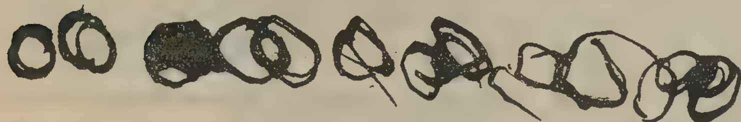


Fig. 3. — *Types d'écriture de sujets dégénérés* (suite).
Écriture d'un homme idiot et épileptique. (Dégénéré placé aux derniers degrés de dégénérescence.)

Gaucherie ou mancinisme, ambidextrie. — L'une et l'autre sont infiniment plus fréquentes chez les dégénérés inférieurs (idiots, épileptiques) que chez les normaux.

II

Troubles de la sensibilité. — Chez les dégénérés, l'*anesthésie* peut être complète (anesthésie proprement dite), ou relative (*hypoesthésie*), ou étendue seulement à toute une moitié du corps (*hémianesthésie*); la perte de la sensibilité générale peut encore être localisée à des segments plus ou moins étendus de la surface cutanée, des muqueuses. L'*hyperesthésie* présente des variétés analogues à celles de l'anesthésie.

La *sensibilité tactile*, étudiée avec l'esthésiomètre de Weber, paraît plus obtuse chez les dégénérés.

La *sensibilité spéciale* est troublée tout autant sinon davantage que la sensibilité générale. Nous n'envisageons pas ici les perversions sensorielles : elles prennent place parmi les stigmates psychiques de la dégénérescence.

En ce qui touche à la vision, le *champ visuel* est modifié de façons variables. Le plus souvent on note un rétrécissement du champ visuel très marqué. L'*acuité visuelle* serait, soit plus grande que chez la moyenne des normaux, soit au contraire considérablement diminuée. L'*astigmatisme inverse* est fréquent chez les épileptiques (Louis Dor). La vision des couleurs apparaît plus ou moins anormale ou incomplète ; elle est représentée par le *daltonisme*, dyschromatopsie congénitale ou imperfection visuelle empêchant de distinguer certaines couleurs, la *chromopsie*, etc. (6).

En ce qui concerne l'audition proprement dite, on peut observer chez les dégénérés : l'*hyperacousie* plus ou moins douloureuse; à un degré moindre, une hyperesthésie sensorielle pénible parce que l'ouïe atteint une finesse extrême et que les moindres bruits viennent inquiéter le sujet. L'audition est plus souvent diminuée qu'exagérée. La surdité peut être légère et unilatérale. Plus marquée la surdité peut être complète et bilatérale. Comme en pareil cas elle est presque

toujours congénitale, elle a pour conséquence la mutité. Il s'en faut pourtant que la *surdi-mutité* soit toujours un stigmate de dégénérescence. Une affection auriculaire survenant dans les premiers temps de la vie peut rendre muet l'enfant le plus normal. Mais la surdité reconnaissant pour cause l'absence congénitale de l'ouïe a une tout autre portée. La transmission héréditaire pure et simple, le fait étiologique de sa fréquence chez les enfants issus de mariages consanguins qui exagèrent les tares familiales en les additionnant, l'hérédité névropathique fréquente aussi chez de tels sujets en sont les raisons les plus habituelles.

Il reste encore à mentionner la surdi-mutité survenant brusquement chez les dégénérés adultes — hommes hystériques surtout (Mingazzini) — et la fréquence des maladies de l'oreille chez les dégénérés (7).

On ne peut rien dire de précis au sujet de la *sensibilité olfactive* et *gustative* recherchée chez les dégénérés. Il semble toutefois, et nos recherches personnelles semblent confirmer, que la sensibilité gustative soit assez obtuse et l'olfaction relativement peu développée chez les épileptiques.

III

Appareil digestif. — Nous ne faisons pas de place ici aux spasmes de l'œsophage, aux dyspepsies nerveuses, à certaines formes cliniques de la dilatation de l'estomac, aux éructations hystériques, au tympanisme hystérique abdominal, etc., qui se rencontre presque exclusivement chez les névropathes : les stigmates de l'hystérie et les stigmates de la dégénérescence ne doivent pas être confondus.

L'anorexie, la gloutonnerie, l'onychophagie (rongeurs d'ongles) doivent être rattachés aux tares psychiques plutôt qu'aux anomalies fonctionelles de l'appareil digestif.

L'AÉROPHAGIE — déglutition de l'air athmosphérique — s'observe le plus souvent chez les dégénérés névropathes héréditairement stigmatisés (8).

Le MÉRYCISME est la rumination chez l'homme. Plus ou moins longtemps après le repas, les aliments reviennent dans la bouche sans effort, presque toujours sans nausée, puis sont de nouveau insalivés, mastiqués et déglutis. Chez les dégénérés mérycoles, la rumination apparaît comme une habitude automatique, quelquefois même comme un acte impulsif. La valeur du mérycisme comme stigmate ne saurait être contestée : elle ressort des observations publiées jusqu'ici et qui montrent le mérycisme surtout fréquent chez les idiots, les aliénés, les épileptiques (Bouchaud, Næcke, Sinkler, Bourneville et Seglas, Cantarano, Louet, etc.). Statistique de Grand : 120 cas, 28 fois, idiotie; 3 fois imbécillité ; 7 fois débilité mentale ; 2 fois épilepsie; 16 fois démence, paralysie générale, etc. Plus on se rapproche des dégénérés inférieurs, plus fréquemment on rencontre le mérycisme. Le plus habituellement il se manifeste dès le jeune âge, vers douze ou quinze ans (12).

IV

Appareil respiratoire. — Le TERRAIN TUBERCULISABLE est de beaucoup le plus important signe de déchéance héréditaire concernant l'appareil respiratoire. Depuis longtemps sont connus ces candidats à la tuberculose, « sujets au squelette étroit et mince, aux attaches grêles, à la peau fine et molle, aux extrémités graciles, aux doigts allongés, au facies pâle, aux veinosités transparentes formant le gros de l'armée des dégénérés. Dans la foule de ceux-ci dont le neuro-arthritisme, l'alcoolisme, la syphilis, le saturnisme, etc., s'entendent à peupler le monde civilisé, les fils de tuberculeux pour être mêlés ne sont pas confondus. Ils forment une cohorte reconnaissable entre toutes : leur air de famille ne trompe guère un médecin exercé, qui reconnaît en eux autant de candidats à la tuberculose, leur misère physiologique les mettant en aptitude morbide.

Les fils de tuberculeux naissent dystrophiques comme le sont les fils de vieillards, d'alcooliques, de syphilitiques, de neurasthéniques, par altération plasmatique et vitale de l'œuf, laquelle fera de tous ces fils de déchus, des dystrophiques, des infantiles, des dégénérés prédestinés à toutes les déchéances, préparés à toutes les contagions » (Landouzy).

La prédisposition à la tuberculose est un stigmate de dégénérescence d'une grande valeur. Elle s'associe à des tares multiples dont M. Mosny, dont M[lle] Kowner ont fait l'objet de revues intéressantes (13).

Du côté de l'appareil respiratoire, il convient encore de signaler la *toux spasmodique* qui ne s'accompagne d'aucun signe d'auscultation, d'aucun signe laryngoscopique, d'aucune expectoration, qui cesse pendant le sommeil; elle est observée chez les enfants névropathes.

Enfin les *végétations adénoïdes* dont la valeur comme stigmate n'est pas encore bien établie (14).

V

Appareil circulatoire. — Les dystrophies cardiaques et certaines dystrophies vasculaires se révèlent par divers syndromes cliniques qui doivent être indiqués parmi les stigmates physiologiques de la dégénérescence, mais dont il serait superflu de résumer la symptomatologie, exposée partout : rétrécissement mitral, maladie bleue, rétrécissement pulmonaire, étroitesse congénitale du système artériel, etc.

Le RÉTRÉCISSEMENT MITRAL a été de beaucoup le mieux étudié au point de vue de ses rapports avec l'hérédité dégénérative. Le rétrécissement mitral pur, congénital, est avant tout et surtout une malformation cardiaque dont l'étiologie révèle chez les parents l'existence des grands facteurs de la dégénérescence : tuberculose (Potain, Pierre Teissier), syphilis (Labadie-Lagrave et Deguy, Huchard, Ed. Fournier, Rendu...), saturnisme (Duroziez), etc. La tare dégénérative qui pèse sur les sujets atteints de rétrécissement mitral pur, congénital, s'affirme encore chez eux par l'association de la cardiopathie avec d'autres malformations, avec des stigmates psychologiques de la dégénérescence, avec des arrêts de développement portant sur l'être tout entier : nanisme mitral de A. Gilbert, infantilisme du type Lorain-Faneau de la Tour. Les relations de l'épilepsie, de l'hystérie avec le rétrécissement mitral pur ont été maintes fois mises en évidence (Huchard, Giraudeau, Huc, Redhon, etc.). La familialité nous paraît discutable malgré les faits signalés. C'est d'ailleurs une constatation de faible valeur.

Maladie bleue. Rétrécissement pulmonaire. Etroitesse congénitale du système artériel récemment étudiée dans la thèse du docteur Paradis. *Dystrophies veineuses* décrites chez les hérédo-syphilitiques par M. Ed. Fournier (18). *Fragilité des capillaires* expliquant la fréquence des hémorragies chez les névropathes, la facilité avec laquelle se produit l'othématome chez les épileptiques, les idiots... Tels sont quelques stigmates que nous ne saurions passer sous silence.

Du côté du sang, CERTAINES FORMES DE CHLOROSE, par exemple celle associée au rétrécissement mitral congénital, au point d'être pour ainsi dire symptomatique de celui-ci, la « chlorosis aortica » de Virchow liée à l'hypoplasie artérielle... peuvent être rapprochées de la chlorose vraie (mais non pas de certaines anémies simples, symptomatiques, étiquetées à tort chlorose) que nous avons grande tendance à regarder avec M. Gilbert comme une maladie de déchéance, encore que cette opinion soit une hypothèse vérifiée seulement en partie et demandant à être confirmée (15).

VI

Organes génito-urinaires. — L'INCONTINENCE D'URINE réflexe ou symptomatique n'est pas en relation avec la dégénéres-

cence. L'incontinence d'urine essentielle, surtout nocturne, débutant dès le jeune âge, pouvant disparaître à la puberté ou, au contraire, persister pendant toute la vie, est liée à l'hystérie, à l'épilepsie, et d'une façon plus générale à la dégénérescence héréditaire. M. Guinon, dans son article du *Traité des maladies de l'enfance*, met bien en évidence cette étroite parenté de l'incontinence d'urine avec les autres manisfestations dégénératives (19).

Les TROUBLES FONCTIONNELS DE L'APPAREIL GÉNITAL sont représentés par : les *excès vénériens* et la *masturbation* (20) ; la *spermatorrhée*, fréquente chez les neurasthéniques et les épileptiques, le *priapisme* que caractérise une érection extrême, douloureuse, à l'exclusion de tout désir vénérien (Féré).

Sous le titre de STIGMATES OBSTÉTRICAUX de la dégénérescence, on peut indiquer : *certains cas de stérilité* liée à l'absence, à l'atrophie congénitale, au fonctionnement défectueux des ovaires avec intégrité des voies génitales ou causée par des anomalies de celles-ci malgré l'intégrité anatomique et fonctionnelle des ovaires ; *certains avortements* encore que la grande majorité de ceux-ci n'aient rien à voir avec la dégénérescence, car ils reconnaissent alors pour causes les trausmatismes, les imprudences de la mère pendant la grossesse, les manœuvres criminelles si fréquemment utilisées quand survient une grossesse importune... et non l'infection syphilitique, l'action toxique de l'alcool ou toute autre influence pathologique sur le spermatozoïde, ou l'ovule, ou l'embryon ; enfin *certains cas de dystocie* et de présentations vicieuses résultant des anomalies squelettiques du bassin, anomalies dont nous avons signalé l'importance en les rangeant parmi les stigmates anatomiques. Nous ne pensons pas qu'on puisse dire plus actuellement et nous ne pouvons partager les idées de MM. Larger père et fils qui revendiquent pour la dégénérescence tout « ce qui dans la conception, la grossesse, l'accouchement, s'écarte du type physiologique... toutes les présentations et positions autres que l'O I G A... tout ce qui est pathologique dans la gestation jusques et y compris l'éclampsie, les infections puerpérales, la phlegmatia alba dolens ».

VII

Système nerveux. — La place occupée par les troubles fonctionnels du système nerveux dans le domaine de la dégénérescence est considérable. Les troubles cérébraux constituent les stigmates psychologiques et ne seront pas envisagés ici. Les autres manifestations sont représentées par un certain nombre de syndromes devenus de véritables entités morbides, étudiés de façon très détaillée dans les traités de pathologie interne, de pathologie générale, de pathologie nerveuse.

Énumérons-les rapidement.

MALADIES NERVEUSES FAMILIALES. — Les principales sont :

La *méningite tuberculeuse* qui n'est certainement pas l'apanage exclusif des dégénérés, mais qui s'observe avec une grande fréquence chez ceux-ci. Bien souvent elle apparaît comme une maladie familiale et la prédisposition est réalisée moins par la tuberculose des parents — on pourrait presque dire qu'en pareil cas cette dernière est exceptionnelle — que par la tare dégénérative mystérieuse qui s'est déjà exercée chez les parents. En fait, ceux-ci sont le plus habituellement des neurasthéniques, des épileptiques, des aliénés... La méningite tuberculeuse frappe plus les hérédo-névropathes que les hérédo-tuberculeux. Elle est au maximum de fréquence chez les enfants de parents présentant réunies ces trois causes essentielles de déchéance héréditaire : névropathie, tuberculose, alcoolisme.

La *maladie de Friedreich*, maladie familiale frappant plusieurs enfants d'une même souche.

Certaines myopathies atrophiques musculaires progressives, myopathies débutant dès le jeune âge, expression d'une dystrophie musculaire familiale.

Amyotrophie du type Charcot-Marie.

Maladie de Thomsen.

Hérédo-ataxie cérébelleuse (Marie, Londe).

Certaines diplégies spasmodiques infantiles et plus particulièrement la *maladie de Little.*

Athétose double. — Sa place ici est justifiée par l'hérédité nerveuse de l'athétosique, la familialité de son affection ou l'existence de divers facteurs de dégénérescence chez ses ascendants, par son début précoce dès les premiers jours de la vie, par l'état de profonde déchéance que traduit son tableau clinique bien spécial — grimaces variées, gestes bizarres et grotesques, mouvements arythmiques, spasmodiques, difficulté des mouvements intentionnels, de la marche, de la parole — par les troubles mentaux qu'il présente, enfin par les malformations craniennes, les anomalies physiques qui existent habituellement chez de tels malades.

Maladie de Parkinson qui, malgré les incertitudes et les discussions pathogéniques dont elle est l'objet, nous paraît devoir être aussi rattachée à la dégénérescence (23 et 24).

TICS. — Mouvements convulsifs cloniques ou toniques « volontaires, habituels, alternativement conscients et inconscients, coordonnés, systématiques » (Nogués), les tics s'observent avec une fréquence extrême chez les dégénérés, chez les dégénérés supérieurs comme chez les idiots et les épileptiques. La variété des tics est infinie, clignotement des paupières, grimaces, mâchonnement, grincement des dents, mouvements d'approbation ou de dénégation, grattage de la joue, de l'oreille, du nez, etc., et aux troubles moteurs qui les caractérisent, se surajoutent fréquemment des troubles mentaux « les tiqueurs sont des déséquilibrés psychiques comme ils sont des déséquilibrés moteurs » (Nogués).

Une place à part doit être faite à cette forme si spéciale de névralgie du trijumeau, le *tic douloureux de la face* qu'on ne rencontre guère que chez les hystériques et les épileptiques, c'est-à-dire chez des sujets dont la déchéance héréditaire est certaine (25).

CHORÉE. — La place à faire dans le cadre de la dégénérescence à la chorée, qu'il s'agisse de la *chorée de Huntington* ou de cette forme clinique décrite depuis peu par M. Brissaud sous le nom de *chorée variable des dégénérés* et même de certains cas de *chorée de Sydenham*, est justifiée par l'hérédité des choréiques. Les tares qui dominent cette hérédité cessent d'être latentes sous l'influence d'une infection, d'une intoxication, d'une impression morale venant rompre l'équilibre instable dans lequel se trouve l'organisme de tels sujets. Les troubles psychiques signalés chez les choréiques traduisent aussi la parenté de la chorée avec la dégénérescence. Cette parenté est assez proche en ce qui concerne la chorée mineure de Sydenham, elle est beaucoup mieux établie pour la chorée majeure de Huntington, il y a identité complète pour la chorée variable, syndrome particulier aux dégénérés (26).

NÉVROSES. — On ne rattache pas habituellement les névroses à la dégénérescence et nombre d'auteurs regardent celles-ci simplement comme un terrain favorable au développement et à l'évolution de celle-là. En réalité, il y a tant de névropathes parmi les dégénérés et des liens si nombreux, si étroits unissent ceux-ci à la famille névropathique, qu'il est logique et pensons-nous exact de regarder les grandes manifestations des névroses comme de véritables stigmates de dégénérescence.

Hâtons-nous de dire qu'il ne faut pas verser dans le groupe des dégénérés tous les neurasthéniques, tous les hystériques. Sur ce point, il semble qu'on doive être moins absolu que M. Dallemagne : la variabilité des causes et de

la symptomatologie des différentes névroses plaide en faveur de telles réserves. D'autre part, s'il convient de considérer les grandes manifestations des névroses comme des stigmates de dégénérescence, il y a dans le tableau clinique de chaque névrose une foule de traits particuliers, épiphénomènes inconstants, passagers, qui ont seulement une valeur bien secondaire : stigmates de dégénérescence n'est pas synonyme de stigmates de l'hystérie ou autre névrose.

La *neurasthénie* est une des portes d'entrée de la dégénérescence ou un des premiers degrés de celle-ci. Elle traduit généralement la mauvaise adaptation du système nerveux du neurasthénique aux conditions de la vie moderne, sa résistance défectueuse et insuffisante aux éléments de dépression physique et morale. Le neurasthénique commence à s'engager sur le sol mouvant de la dégénérescence où ses enfants s'enliseront davantage et où ses petits-enfants pourront disparaître tout à fait s'ils ne sont pas sauvés par des éléments de régénération intercurrents. « C'est le terrain éminemment favorable sur lequel vont germer et se développer dans les générations suivantes les plus graves maladies nerveuses » (Bouveret) [27].

A côté de la neurasthénie proprement dite doit être placée cette autre forme de la neurasthénie décrite sous le nom de *névrose d'angoisse* (*Angstneurose* de Freud, 1895) et qui a été un objet de discussions au dernier congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Elle est caractérisée par un état chronique d'attente anxieuse, par des crises d'angoisse paroxystique, des phobies et des obsessions avec irritabilité générale et surtout vie sexuelle anormale (28).

La multiplicité des formes cliniques de l'*hystérie*, l'absence de délimitation nette de celle-ci, en font une division toute artificielle de la neuropathologie. Le terme d'hystérie désigne avant tout et surtout une réunion de symptômes morbides, liés à une déchéance nerveuse plus marquée que dans la neurasthénie. Aussi l'hystérie est-elle plus que la neurasthénie une expression de la dégénérescence. Les relations de l'une et de l'autre ont d'ailleurs à maintes reprises préoccupé les auteurs. Citons les noms de Legrain, de Joffroy, de Dallemagne, de P. Legry (29).



Fig. 4. — *Dégénérée hystérique avec asymétrie cranio-faciale très marquée.*

Les *épilepsies*, beaucoup plus que la neurasthénie et l'hystérie, sont étroitement liées à la dégénérescence. L'hérédité similaire n'est pas une rareté, l'hérédité de transformation est plus fréquente et en pareil cas l'épileptique engendre un dégénéré plus taré que lui, de même que dans les familles où la dégénérescence est très accentuée, les épileptiques sont nombreux. Chez eux se rencontrent tous les stigmates physiques que nous avons passés en revue précédemment, la plupart des stigmates psychiques que nous aurons à étudier plus tard et des stigmates sociologiques dont l'existence a permis à M. Lombroso d'édifier sa théorie du criminel épileptique.

Le terrain convulsivant — qu'on peut désigner encore avec M. le professeur Joffroy par le terme d'aptitude convulsive — représente en quelque sorte la synthèse des faits qui viennent d'être envisagés à l'occasion des névroses. Chez l'enfant, la tendance convulsive est produite par un facteur physiologique — indépendance relative dans le premier âge des centres bulbo-spinaux non asservis aux centres modérateurs corticaux et réagissant par suite plus vivement aux excitations soit directes, soit réflexes (Moussous) — et par un facteur prédisposant héréditaire qui crée chez eux un terrain sur lequel pourra se dérouler plus tard l'hysthérie, l'épilepsie. Une grande importance doit être accordée à ce facteur héréditaire qui prépare un terrain favorable sinon indispensable à l'action des causes occasionnelles des convulsions de l'enfance. Celles-ci peuvent être l'unique expression de la déchéance qui pèse sur l'individu en apparence normal et qui reste menaçante pour lui comme pour ses descendants. Chez l'adulte, l'aptitude convulsive se révélera sous l'influence de causes qui auraient des effets tout à fait différents chez les individus normaux : par exemple les auto-intoxications d'origine rénale, puerpérale, les intoxications exogènes, par exemple l'alcool, etc. (30).

VIII

Corps thyroïde. — Lorsque le corps thyroïde est touché par les multiples causes de dégénérescence acquise ou héréditaire, la déchéance de l'organisme devient rapidement très marquée et les symptômes qui la traduisent montrent bien l'importance de l'intervention du corps thyroïde.

Le goitre est un stigmate de dégénérescence dans les régions où il est endémique, en ce sens qu'il est une première étape vers le crétinisme.

Le syndrome de Graves-Basedow est-il en relation avec l'état de dégénérescence? Très probablement oui (31). Chez les basedowiens, les stigmates anatomiques et psychiques sont loin d'être rares. Mais ce qui doit davantage nous intéresser ce sont les renseignements fournis par l'étude de l'étiologie du goitre exophtalmique. Les antécédents héréditaires sont représentés par : prédisposition nerveuse, hystérie, alcoolisme, signalés dans la presque totalité des observations cliniques. Les antécédents personnels mentionnent les convulsions de l'enfance, la chorée, l'hystérie préexistant au goitre exophtalmique et des causes occasionnelles banales — infections telles que la rougeole, la scarlatine, la grippe, la dothiénentérie; des intoxications, des secousses morales vives déclanchant le syndrome pathologique. Cette question de terrain, capitale au point de vue spécial qui nous occupe, ne présume en rien de la pathogénie possible de la maladie de Basedow et nous pouvons dire, avec MM. Raymond et Sérieux, qu'il importe peu que celle-ci soit mise en mouvement par une sécrétion viciée, ou une exagération fonctionnelle du corps thyroïde, ou par toute autre influence causale.

Le défaut de fonctionnement ou le fonctionnement insuffisant du corps thyroïde aboutit au myxœdème. Mais entre l'intégrité thyroïdienne parfaite et le myxœdème franc, il y a une infinité de degrés qui conduisent de l'état normal à la

déchéance organique et intellectuelle absolue : celle du crétin myxœdémateux.

Un de ces degrés est L'HYPOTHYROÏDIE BÉNIGNE CHRONIQUE OU MYXŒDÈME FRUSTE dont M. Hertoghe (d'Anvers) a donné d'excellentes descriptions reproduites un peu partout et qu'il serait superflu de transcrire ici. Les hypothyroïdiens sont incontestablement des dégénérés. Tous les grands facteurs morbides que nous avons déjà maintes fois signalés au cours de ce mémoire comme capables d'altérer la constitution de l'organisme chez les descendants de ceux qui les présentent — l'alcoolisme, la misère, et l'inanition chroniques, la consanguinité des unions, le paludisme, les influences spécifiques *a venere*, les excès de tous genres, les infections dont la plus redoutable d'entre elles la tuberculose — exercent une influence déprimante sur le corps thyroïde et peut se traduire à la génération suivante par l'infantilisme et l'hypothyroïdie à des degrés variés (32).

La transition est en quelque sorte insensible entre ces formes frustes de myxœdème, formes dans lesquelles l'œdème n'existe jamais et le myxœdème proprement dit qui est un des derniers termes de la dégénérescence.

MYXŒDÈME ET CRÉTINISME. — Les auteurs décrivent : le *myxœdème spontané de l'adulte*, le *myxœdème opératoire*, le *myxœdème congénital infantile*, le *myxœdème endémique*. Les deux



Fig. 5. — *Infantilisme, myxœdème* (d'après COMBE*).

X... (de Lyon), âgée de quinze ans. Hauteur, 0m80. Poids, 17k550.

premières de ces modalités sont presque complètement indépendantes de la dégénérescence à laquelle les deux dernières sont au contraire unies par les liens les plus étroits.

Le myxœdème infantile congénital et le myxœdème endémique se confondent. La terminologie différente qui leur est appliquée répond à cette seule notion de plus ou moins grande fréquence de l'affection dans la région considérée.

D'autre part, on ne discute plus guère sur l'identité du crétinisme et du myxœdème infantile. Les auteurs anglais, américains, ont depuis longtemps donné au myxœdème infantile le nom de crétinisme sporadique. Ces différents noms se rapportent tous à un syndrome unique qui est un stigmate de la dégénérescence arrivée à un degré extrême — au physique comme au moral. La description en a été faite par nombre d'auteurs aux mémoires desquels les



FIG. 6. — *Femme du département des Hautes-Alpes* (*Briançonnais*) *atteinte de crétinisme.*

indications bibliographiques que nous donnons, permettront de se reporter facilement. Le « pacha de Bicêtre », le « crétin des Batignolles », les crétins observés par Feulard, par Combe, etc., en sont les prototypes. Il est facile d'en rencontrer d'autres non moins nettement caractérisés en parcourant certaines vallées de la Suisse, de la Savoie, du Dauphiné, des Pyrénées. Ce sont les types de crétins décrits par Morel, par Baillarger et dont nous-même avons rassemblé un certain nombre d'observations.

Le crétin est parmi les plus inférieurs des dégénérés, du fait de l'arrêt de son développement physique et intellectuel. « Un nain plus ou moins idiot, » telle est la définition qu'on peut en donner.

IX

Inaptitude à la vie. — Les derniers termes de la dégénérescence se résument dans l'inaptitude à la vie des dégénérés.

Ils sont, suivant leur état, moins aptes ou complètement inaptes à procréer, donc infécondité entraînant l'exstinction de la race dégénérée.

Quand l'infécondité n'est pas réalisée, on note :

Multiléthalité des descendants par suite de leur adaptation défectueuse au milieu extérieur.

Polyléthalité aux premiers âges de la vie, traduisant cette inadaptation à un degré plus accentué.

Mortalité fœtale qui révèle, par la fréquence des avorte-

* La photographie de ce sujet nous a été très aimablement communiquée par M. le professeur Combe (de Lausanne).

ments, l'inadaptation à la vie intra-utérine de l'embryon qui succombe dès les premiers mois de la gestation.

Bibliographie. — 1. Thiollier. *Quelques considérations sur la marche normale et les causes de retard de la marche chez l'enfant*, Th. de Paris, 1900-1901. — Chaumier. L'âge de la marche chez les enfants, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, nov. 1901.

2. Bompaire. *Torticolis mental*, Th. de Paris, mars 1894. — Nogués et Sirol. Un cas de torticolis mental, *Ann. de la policl. de Toulouse*, mars 1900. — Féré. *Revue de méd.*, 1894, p. 237; — *Id.* Les crampes et les paralysies nocturnes, *Méd. mod.*, 26 mai 1900. — Chatin. Note sur un cas de trismus mental, *Revue neurol.*, 15 avril 1900, p. 310. — Bourneville et Noir. Idiotie congénitale; atrophie cérébrale; tics nombreux, *Arch. de neurol.*, 1892, p. 74. — Meige (Henri) et Feindel. *Les tics et leur traitement*, Paris 1902, p. 624. Important index bibliographique.

3. Hornus. *Essai sur les troubles de la parole*, Th. de Paris, 1877. — Luc (H.). *Les névropathies laryngées* (Biblioth. Charcot-Debove). — Séglas. *Les troubles du langage chez les aliénés* (Biblioth. méd. Charcot-Debove). — Nissim. Des troubles de la parole dans les névroses : hystérie, chorée, paralysie agitante, Revue gén. in *Gaz. des hôpit.*, 13 avril 1895. — Rifaux (M.). *De l'aphonie cérébrale (aphonie dite nerveuse)*, Th. de Lyon, 1899-1900. Bibliographie importante. — Ballet et Tissier. Du bégaiement hystérique, *Arch. de neurol.*, juillet 1890. — Oltuszewski (L.). Aperçu général de pathologie et de thérapeutique des vices de la parole, *Arch. de neurol.*, 1899.

4. Marcé. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, XXI, 1864. — Max Simon. Étude sur les écrits des aliénés, *Arch. de l'anthrop. crimin.*, 1888. — Mathieu (A.). Th. de Lyon, 1889-1890. — Keraval (P.). *Le langage écrit*, Paris, 1897. — Poppée (Mlle). *Wien. med. Wochens.*, 2 et 9 juillet 1898; — *Id. Ve Congr. d'anthrop. crimin.* — Erlenmeyer. *Die Schrift Stuttgard*, 1879. — Mariani (C. E.). Segni grafici di criminali, mendicanti e zingari, secondo il Gross, *Arch. di Psichiat.*, etc., Torino, 1901, XXII, 118. — Garnot. *L'écriture ou langage écrit au point de vue médico-légal*, Th. de Lyon, 1896.

5. Fisher. Troubles sensitifs dans l'épilepsie et l'hystérie, *The Journ. of nerv. and ment. Diseases*, XXVI, nov. 1899.

6. Bono. Daltonismo nei delinquenti e negli isterici, *Arch. di psichiat.*, IV, 1888. — Ototenghi. Champ visuel chez les crétins, *Arch. di psichiat.*, XIV, p. 256; — *Id. Anomalie del campo visivo nel psichopatici e nei criminali*, Torino, Bocca, 1897. — De Sanctis. Osservazioni perioptometiche nei degenerati, *Riv. sperim. di Frenat. e di Med. leg.*, 1894. — Babaroff et Nilson. De la sensibilité spéciale chez les névropathes dégénérés, *Moniteur (russe) neurol.*, 1900, p. 1-14. — Sicard. *De quelques anomalies et affections congénitales de l'œil observées chez les enfants de consanguins*, Th. de Bordeaux, 1884-1885. — De Bono et Dotto. Occhio negli epilettici, *Arch. di Psichiat.*; — Senso luminoso negli epilettici, *Ibid.*, XV, 310.

7. Venturi. L'udito negli epilettici, *Arch. di psichiat.*, VII, p. 401. — Roncoroni. L'udito negli epilettici e comparativamente nei normali, *Arch. di psichiat.*, XIII, 108. — Gradenigo. Association de l'hystérie avec les lésions de l'oreille, *Gaz. degli osp.*, 28 sept. 1893. — Filitz (Mlle). *Oreille hystérique*, Th. de Paris, 1899. — Castex (A). L'hystérie à l'oreille, *Tribune méd.*, 1900, p. 569; — *Id.* Les anomalies de l'audition, *Bull. de laryngol.*, 1900. — Chavanne. *Oreille et hystérie*, Th. de Lyon, avril 1901. Bibliographie importante.

8. Bourdon. Onychophagie et habitudes automatiques, onanisme chez les enfants vicieux ou dégénérés, *Revue de l'hypn. et psychol. phys.*, Paris, 1895-1896.

9. Lorenzini. Di alcuni caratteri degenerativi dell' apparato passivo di masticazione degli idioti ed imbecilli, *Bull. de Soc. lancisiana degli osped.*, Rome, 1900, p. 46.

10. Bernard (H.). Tympanite hystérique et tympanite neurasthénique, Revue gén., in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 11 mars 1900.

11. Bouveret. Spasmes cloniques du pharynx; aérophagie hystérique, *Revue de méd.*, 10 fév. 1891, p. 146. — Aubert. Déglutition de l'air atmosphérique, *Lyon méd.*, 9 août 1891, p. 510. — Pitres. Des éructations hystériques, *Progrès méd.*, 1895. — Vauthey. *Des gaz de l'estomac*, Th. de Lyon, 1896. — Mollière et Perret. Aérophagie hystérique, *Lyon méd.*, 31 janv. 1897, p. 363. — Vincens. *De l'aérophagie et des troubles gastriques qui l'accompagnent*, Th. de Lyon, 1900-1901, n° 26, p. 62. — Lyonnet et Vincens. De l'aérophagie et des troubles qui l'accompagnent, *Lyon méd.*, 10 février 1901. — Mathieu et Follet. Etude sur l'aérophagie, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 1er mars 1901, p. 199. — Soupault. Quelques observations sur l'aérophagie et la dyspepsie flatulente, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 8 mars 1901, p. 221. — Hayem. De l'aérophagie, *Journ. des prat.*, 24 mai 1902.

12. Armaingaud. *Essai sur la rumination humaine*, Th de Paris, 1867. — Bourneville et Seglas. Du mérycisme, *Arch. de neurol.*, 1883-1884. — Bouchard. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1883. — Cantarano. Mericismo nella specie umana, *La psichiat., la neurol. e la scienza*, 1885. — Grand. Th. de Paris, juillet 1889. — Nœke. *Neurolog. Centralbl.*, XII, 1892. — Turmel. Th. de Paris, 1894. — Nattan-Larrier. Le mérycisme, Revue générale, in *Gaz. des hôp.*, 13 nov. 1897, n° 130. — Luzzato (A. M.). Un caso di mericismo, *Riv. veneta di sc. med.*, XIV, 15 fév. 1897, p. 116. — Louet. *Mérycisme et dégénérescence*. Th. de Toulouse, 1898-1899, n° 346. — Graziani. Pathologie du mérycisme, *Riforma medica*, 17 et 18 août 1895. — Silvestri. Una famiglia di mericisti, *Policlinico*, 7 sept. 1901, etc.

13. Mosny. La descendance des tuberculeux, *Revue de la tubercul.*, 1901, nos 3 et 4, p. 301 et 410. — Landouzy. Prédispositions tuberculeuses : terrains acquis et innés propices à la tuberculose, *Revue de méd.*, XIX, 1899, p. 417. — Ricochon. Les malformations congénitales dans les familles de tuberculeux, *Revue de la tuberculose*, 1894, p. 11. — Jeannerat. *De l'hérédité para-tuberculeuse*, Th. de Paris, 1899-1900, 66 p. — Kowner (Mlle H.). *De l'hérédo-dystrophie paratuberculeuse*, Th. de Paris, 1900-1901.

14. Judet de la Combe. *Végétations adénoïdes et dégénérescence*, Th. de Bordeaux, 1894-1895, n° 23.

15. Raymond (Paul). L'hérédité dans les maladies du cœur, *Bull. méd.*, 15 avril 1901. — Labadie-Lagrave et Deguy. Association pathologique du rétrécissement mitral et rôle de l'hérédo-syphilis dans son étiologie, *Journ. des prat.*, 1899, p. 449. — Huchard. *Consultations médicales*, Paris, 1901. — Fournier. Th. de Paris, 1898. — Rendu. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1899. — Teissier (Pierre). *Clinique de la Charité*, Paris, 1896. — Gilbert et Rathery. Le nanisme mitral, *La Presse méd.*, 9 mai 1900. — Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 2e série, 1899. — Meige. L'infantilisme, le féminisme et les hermaphrodites antiques, *L'Anthropol.*, 1895. — Servin. *Essai sur le rôle de l'hérédité dans le rétrécissement mitral pur*, Th. de Paris, 1896. — Duvivier. *Rapports du rétrécissement mitral avec l'hérédo-syphilis*, Th. de Lille, 1900. — Garrod. Maladie cardiaque congénitale, idiotie avec type facial mongol, *Soc. clin. de Londres*, 29 avril 1898. — Giraudeau. Rétrécissement mitral et hystérie chez l'homme, *Arch. gén. de méd.*, nov. 1890. — Huc. *Maladies du cœur et névroses*, Th. de Paris, 1891. — Redhon. *Les troubles cardiaques dans l'hystérie*, Th. de Paris, 1896. — Perdereau. *Contribution à l'étude du rétrécissement mitral pur chez l'homme*, Th. de Paris, 1896. — Koffmann (Mlle). *Association du rétrécissement mitral pur et de l'hystérie (essai pathogénique)*, Th. de Montpellier, 1900-1901, p. 72, n° 56, etc.

16. Monnier. *Rétrécissement de l'artère pulmonaire*, Th. de Paris, 1890. — Lequyer (J.). Quelques cas de malformation

cardiaque, *Gaz. méd. de Nantes*, 10 et 17 août 1901. — LANCEREAUX (E.). Soc. med. des hôpit. de Paris, séance du 21 déc. 1900.

17. GILBERT. *Gaz. méd. de Paris*, 26 avril 1898. — BARKE (J.). Ueber angeborene Enge des Aortensystem. De l'étroitesse congénitale du système aortique, *Deustch. Arch. f. klin. Med.*, LXXI, p. 2-3. — PARADIS. Th. de Lyon, 1902-1903.

18. FOURNIER (Ed.). Des dystrophies veineuses de l'hérédo-syphilis, *Revue d'hyg. et de méd. infant.*, Paris 1902, p. 26. — REMY (Ch.). *Traité des varices des membres inférieurs*, Paris 1901, 80 p. — BURGER (E.). Ueber hœmophilie, *In.-Dissert.*, Freiburg, oct. 1900.

19. LARROUMET (J.). *De l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants et les adolescents*, Th. de Paris, 1897-1898. — GUINON (L.). Art. INCONTINENCE D'URINE, in *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher, Comby, Marfan), Paris 1897. — BRISSAUD et LEREBOULLET. Incontinence d'urine chez les hystériques, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 30 avril 1899.

28. MAGNAN. Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles, *Ann. méd.-psychol.*, 1885, I, p. 451. — FÉRÉ. Priapisme épileptique, *Médecine mod.*, n° 10, 4 février 1899. — FÜRBRINGER. *Die Storungen der Geschlechts-functionen des Mannes*, « troubles des fonctions génitales chez l'homme », Vienne.

21. DÉJERINE. *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*, Paris, 1888.

22. LARGER. *Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence*, Th. de Paris, 1901-1902.

23. MARTIN (Jean-Numa). *Hérédo-syphilis des centres nerveux et diplégies spasmodiques de l'enfance*, Th. de Montpellier, 1900-1901, n° 58. — MONDIO (G.). Idiotismo e sindrome di Little, *Anali di nevrol.*, Naples, fasc. 3, 1900, p. 211. — WEBER (E.). Drei neue Fælle von « reiner » hereditærer Ataxie. Trois nouveaux cas d'ataxie héréditaire « pure », *Deuts. med. Wochens.*, 26 sept. 1901. — LAMARCHE. *De la paralysie agitante, évolution, formes cliniques, pathogénie*, Th. de Montpellier, 1899. — LUZZATTO. Maladie de Parkinson associée au myxœdème, *Riv. veneta di sc. med.*, 15 janv. 1899; — *Bollet. delle clin.*, an XVI, n° 5, p. 197, mai 1899. — CLERICI et MEDEA. Maladie de Parkinson familiale, *Bollet. delle Poliambul. di Milano*, 1899, p. 495. — LOUVILLOIS. *Du syndrome de Parkinson chez les jeunes sujets*, Th. de Lyon, 1899, n° 65; *Gaz. hebd.*, n° 47, p. 553, 11 juin 1899. — BOUCHAUD. Maladie de Friedreich chez deux frères jumeaux, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 16 sept. 1899, p. 265. — AMOUROUX. *Etiologie et pathogénie de la maladie de Friedreich*, Th. de Paris, 1899. — SAINTON. *L'amyotrophie type Charcot-Marie*, Th. de Paris, 1899. — FEINBERG. Un cas de dystrophie musculaire progressive, *Neurol. Centralbl.*, n° 3, 1er fév. 1900, p. 106. — BRUNS. Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire de la forme familiale, *C. R. de la section de neurol. du Congrès de Paris*, 1900, p. 292, etc.

24. CLAY SCHAN. On Athetosis, or imbecility with Ataxia, *St. Bartholomew's hospit. Rep.*, IX, 1873. — OULMONT. *Étude sur l'athetose*, Th. de Paris, 1898. — AUDRY (J.). *L'athétose double*, Paris, 1892. — MICHAILOWSKY. Th. de Paris, 1892. — LONDEL (P. L.). *Maladies familiales du système nerveux*, Th. de Paris, fév. 1895. — FURSTNER. Affections congénitales du système nerveux, *Arch. f. Psychiat.*, 1883, f. 3. — RAYMOND. De l'hérédité en path. nerveuse, Leçon clin., in *Bull. méd.*, 1895. p. 311 et 325; — *Clinique des maladies du système nerveux* (hospice de la Salpêtrière), I, 1896, Leç. clin. in *Semaine méd.*, avril 1897, p. 125. — JENDRASSIK. Étude sur les maladies nerveuses héréditaires, *Deuts Arch. f. klin. Med.*, 1898, p. 187. — FOUQUES. *Maladies mentales familiales*, Th. de Paris, déc. 1899. — DE GRAZIA. Contribution aux maladies nerveuses hérédo-familiales, *Arch. di med. internat.*, vol. II, fasc. 112, 1899. — BÆUMLIN (J.). Ueber familiære Erkrankungen des Nervensystems, *Deuts. Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XX, p. 3-4. — RAYMOND. *Clinique des maladies du système nerveux*, 4e série, Paris, 1900.

25. FÉRÉ (Ch.). L'épilepsie et les tics, *Journ. de neurol.*, 5 sept. 1900. — ODDO. Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham, *Bull. méd.*, 30 sept. 1899. — NOGUÈS. Des tics en général, rapport au XIIe Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, Grenoble, août 1902. — MEIGE et FEINDEL. *Les tics et leur traitement*, Paris 1902.

26. HUET. *De la chorée chronique*, Th. de Paris, 1889. — LANNOIS. *Nosographie des chorées*, Paris, 1886. — CHAPUIS. Nouveau cas de chorée héréditaire, *Lyon méd.*, 1er janv. 1893. — REYNOLDS. Huntington's chorea, *Medic. Chronicle*, avril 1892. — BRETON. *Etat mental dans la chorée*, Th. de Paris, 1893. — BRISSAUD. Chorée variable, *Presse méd.*, 15 fév. 1899; — *Revue neurol.*, 1896, p. 430. — LŒWENFELD. Zur Lehre von der hereditæren Chorea, *Centralbl. für Nerven Heilk. und Psychiat.*, XXII-X, juin 1899. — LADAME. Des troubles mentaux de la chorée héréditaire, *Psych. Wochens.*, oct. 1899; — *Id.* Des troubles psychiques dans la chorée dégénérative, *Arch. de neurol.*, fév. 1900. — BERRY (W.-D.). A contribution to the study of hereditary chorea, *Am. J. of Insan.*, Balt., 1900, LVII, 331-337, 1 pl. — DE VIVO (M.). Contributo allo studio della corea dell'Huntington e del Sydenham, *L'Arte medic.*, Naples, III, 15 sept. 1901, p. 723. — MARIANI. Chorée et pellagre, *Gazz. degli Osped. e delle Clin.*, janv. 1900. — MURI. Chorée, épilepsie, hystérie, *Gaz. d. Osped. e. d. Clin.*, 28 janv. 1900. — FRŒLICH (Th.). Zur Aetiologie der Chorea minor, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIV, p. 3, 1901.

27. BIDON. Dégénérescence et neurasthénie, *Cong. des alién. et neurol.*, Marseille, avril 1899. Cf. also, *Revue neurol.*, 1899, p. 391. — LENTZ. Psychoses, dégénérescence mentale et neurasthénie, *Cong. de neurol. de Bruxelles*, sept. 1897. — VIAL. *Dégénérescence mentale et neurasthénie*, Th. de Lyon, 1897. — DALLEMAGNE. *Dégénérés et déséquilibrés*, Bruxelles. — VEUILLOT. *La neurasthénie et les états neurasthéniformes, rôle de l'hérédité névropathique*, Th. de Paris, 1896.

28. FREUD. La sexualité dans l'étiologie des névroses, *Wien. klin. Rundschau*, janv., fév. 1898. — HARTEMBERG. La névrose d'angoisse, *Revue de méd.*, juin, juillet, août 1901; — *IVe Congrès int. de psychol.*, Paris, août 1900, rés. in *Revue neurol.*, 28 fév. 1901. — MANAUD. *La névrose d'angoisse* (*trouble nerveux d'origine sexuelle*), Th. de Lyon, déc. 1900.

29. LEGRAIN. Th. de Paris, 1885. — MARQUESY-BALLET. *Bull. méd.*, 1888, p. 1143. — TABARAUD. Th. de Paris, 1888-1889. — ROUBINOWITCH. Th. de Paris, 1890-1891. — JOFFROY. *C. R. du Congr. des méd. alién. et neurol.*, Clermont-Ferrand, 1884; — *Id. Revue neurol.*, 1894, p. 481. — LEGRY. *Rapports de l'hystérie et de la dégénérescence*, Th. de Paris, 1898-1899. — BLUMENAU. Stigmates hystériques et dégénérescence, *Moniteur* (russe) *neurol.*, 1899. Rés. in *Revue neurol.*, 1899, p. 878.

30. JOFFROY (A.). De l'aptitude convulsive, leçon clinique, in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 11 fév. 1900. — MOUSSOUS. Des convulsions de l'enfance, rapport au Congr. français de méd. de Toulouse, 1902.

31. MARTIN. *Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow*, Th. de Paris, 1890. — RAYMOND et SÉRIEUX. Goitre exophtalmique et dégénérescence mentale, *Revue de méd.*, 1892, p. 957, 994. — BONNET. Th. de Paris, 1893. — SHOUKANOFF. Du trouble mental dans le goitre exophtalmique, *Revue neurol.*, 1896, p. 450, 458. — GAYME (L.). *Essai sur la maladie de Basedow*, étude clinique et pathogénique, Th. de Paris, nov. 1898. — ROBINSON. *Le syndrome de Graves-Basedow considéré comme manifestation de l'hystérie*, Th. de Paris, 1899.

32. HERTHOGHE (E.), d'Anvers. De l'hypothyroïdie bénigne, chronique ou myxœdème fruste, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, XII, n° 4, p. 261-311, juillet, août 1899 (22 obs., 29 photog.); — *Id.* Rev. gén., in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*,

1899. — Romme. L'hypothyroïdie bénigne, chronique, Rev. gén., in *Tribune méd.*, 1899, p. 966; — Le myxœdème franc et le myxœdème fruste de l'enfance, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1900, p. 411. — Bourneville. *Arch. de neurol.*, 1886, XII, p. 136, 292; 1888, XVI, p. 431; 1889, XVII, p. 85, 479; 1890, p. 219. — Combe (A.). Le myxœdème, *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 fév. 1897; 20 mars 1897; 20 avril 1897. — Brissaud. De l'infantilisme myxœdémateux, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1897, n° 5 (23 pi., 15 phot.). — Thibierge (G.). Le myxœdème, in *Œuvre méd. chir.*, Paris 1898. — Douillet. Myxœdème infantile et nanisme, *Dauphiné méd.*, juillet 1898, etc.

33. Virchow. Ueber den Cretinismus und ueber pathologische Schæ delformen, *Gesammelte Abhandlungen*, 1856. — Wyss (V.). Beitræge zur Kenntniss der Entwickelung der Skelette von Cretinen and Cretinoïden, *Fortschr. a. d. Geb. de Rœntgen-Strahlen*, III, 1-3, 1899. — Briquet. Myxœdème de l'adulte, *Presse méd.*, 9 oct. 1897 (2 phot.); — Myxœdème infantile spontané, *Presse méd.*, 4 mars 1899. — Sano. Infantilisme myxœdémateux, *Soc. belge de neurol.*, 30 juillet 1898. — Thibierge. Infantilisme myxœdémateux, *Soc. méd. des hôp.*, 28 oct. 1898. — Aschoff. Athyroïdie congénitale, *Deuts. med. Wochens.*, 31 août 1899, p. 203. — Gautier. *Du myxœdème spontané infantile*, Th. de Lyon, 1899-1900. — Tanzi. Deux cas d'idiotie myxœdémateuse, *Rivista di patholog. nerv. e ment.*, avril 1899, p. 145. — Kraft-Ebing. Maladie de Basedow avec symptôme de myxœdème, *Boll. delle clin.*, déc. 1900, p. 547. — Jacquemet (P.). *Du myxœdème, ses formes frustes, son association au goitre exophtalmique*, Th. de Montpellier, 1900. — Raymond (P.). Du myxœdème infantile et des autres formes de myxœdème, in *Leçons sur les maladies du système nerveux*, Paris 1900, p. 534-559, 560-579, etc.

CYANOSE CONGÉNITALE AVEC MALFORMATION CARDIAQUE

PERFORATION INTERVENTRICULAIRE, RÉTRÉCISSEMENT DE L'ARTÈRE PULMONAIRE ET OBLITÉRATION INCOMPLÈTE DU TROU DE BOTAL SANS SIGNES D'AUSCULTATION HABITUELS CHEZ UN GARÇON DE TREIZE ANS ET DEMI.

Par M. G. Variot, médecin de l'hôpital des Enfants.

J'ai l'honneur de présenter le cœur d'un garcon qui a succombé dans mon service aux suites d'une tuberculose à marche rapide (1).

Il s'agit d'une forme clinique et anatomique de cyanose congénitale sans signes d'auscultation, dont j'ai déjà rapporté deux cas exactement superposables : l'un avec M. Gampère, l'autre avec M. Dévé; ces deux observations sont insérées dans nos bulletins.

Le mère bien portante; le père était alcoolique et est mort subitement à cinquante-deux ans, il y a un an. Trois autres enfants nés à terme et bien portants.

Ce garçon élevé à l'allaitement mixte n'aurait marché qu'à dix-huit mois.

La mère prétend (?) ne s'être aperçue de la cyanose que vers cette époque. Depuis lors, la cyanose a été toujours s'aggravant et la respiration était difficile au moindre effort.

A l'entrée, le 4 décembre 1902, salle Damaschino, l'enfant présente une coloration cyanique généralisée, surtout prononcée au niveau des lèvres, des oreilles, des conjonctives et des extrémités. Les doigts et les orteils sont renflés en baguette de tambour; dilatation des veines sous-cutanées de la partie supérieure du thorax; toutes les muqueuses de la bouche ont une couleur aubergine. Au moindre effort, la lividité et la dyspnée augmentent; les pieds et les mains sont refroidis. État légèrement ichtyosique de la peau sur les membres et le tronc.

René T... tousse et crache depuis un mois. L'auscultation du poumon fait entendre des râles sous-crépitants au sommet droit, en avant, et surtout en arrière, avec diminution du son à la percussion.

Examen du cœur. — La pointe bat dans le cinquième espace, pas de voussure précordiale, ni de frémissement cataire.

A l'auscultation, les bruits sont habituellement un peu assourdis, mais n'ayant pas d'autre caractère anormal.

A la pointe ébauche de bruit de galop qui s'est beaucoup accentué dans les derniers temps de la vie. On a entendu parfois, et à intervalles un court murmure qui n'avait pas le caractère d'un vrai souffle et qui prolongeait légèrement le premier bruit du cœur sur le bord gauche du sternum au-dessous de l'orifice pulmonaire. Ce bruit tout à fait minime et très inconstant ne se propageait dans aucune direction.

Numération globulaire 10 400 000 par millimètre cube.

Eclairé par les observations antérieures que j'avais faites et malgré l'absence habituelle de bruits anormaux aux orifices du cœur, je portai le diagnostic de rétrécissement avec malformation congénitale de l'artère pulmonaire avec inocclusion du septième ventriculaire et égalité d'épaisseur des ventricules, et d'autre part, j'attribuai à la tuberculose les signes d'auscultation du sommet droit.

Pendant son séjour, poussée rhumatismale atteignant les deux genoux du 20 au 28 janvier; le gonflement et la douleur cèdent à l'emploi du salicylate de soude; durant ce temps aucun bruit anormal du cœur.

Pas de lymphocytes dans l'épanchement des synoviales.

La lésion tuberculeuse fait des progrès très rapides, se généralise au sommet gauche et des signes cavitaires apparaissent au sommet droit. A partir du 8 février état subasystolique, le foie est gros et douloureux, l'auscultation révèle un bruit de galop assez intense mais sans souffle.

Oligurie, dilatation des jugulaires, un peu d'ascite et d'épanchement dans la plèvre droite. Mort dans un état comateux le 17 février.

Autopsie. — *Cœur.* — A l'ouverture du péricarde il s'écoule environ 100 grammes de liquide citrin.

Le cœur est très volumineux. Les deux cavités ventriculaires remplies de caillots noirâtres sont très dilatées.

L'infundibulum de l'artère pulmonaire est étroit, mais présente sa forme habituelle en entonnoir sans coarctation limitée. Sur sa face postérieure se voit une plaque blanche nacrée triangulaire. Sur sa face droite se voit une petite bande présentant le même aspect.

L'orifice de l'artère pulmonaire au niveau du bord valvulaire est considérablement rétréci. Sa circonférence ne mesure que 6 millimètres. Les trois valvules sigmoïdes au niveau de leur bord libre qui est épaissi et rigide se continuent sans démarcation bien nette. Au-dessous elles sont souples et mesurent 1 centimètre environ de profondeur.

L'artère pulmonaire est étroite uniformément et mesure 17 millimètres de circonférence, elle est d'ailleurs parfaitement souple.

Elle est plissée immédiatement au-dessus des valvules.

De la branche gauche se détache un cordon fibreux qui la rattache à la crosse aortique. C'est le vestige du canal artériel.

Au-dessous de la base de l'infundibulum et de l'origine de l'aorte, large orifice semi-circulaire répondant à la partie supérieure de la cloison interventriculaire et faisant communiquer les deux ventricules; on peut y introduire le pouce.

Diamètre de la perforation = 2 cent. 1/2 environ.

La paroi du ventricule droit plus épaisse que normalement mesure 7 millimètres.

(1) Présentation faite à la Soc. méd. des hôpit., le 20 février 1903.

La paroi du ventricule gauche présente exactement la même épaisseur 7 millimètres; un peu plus seulement dans la partie supérieure au voisinage de la cloison.

L'aorte mesure 30 millimètres de circonférence.

Le trou de Botal persiste, mais les deux valves que l'on peut écarter aisément avec un stylet étaient sans doute accolées par la pression du sang dans les oreillettes durant la vie.

En résumé : rétrécissement de l'orifice pulmonaire;

Rétrécissement uniforme de l'artère pulmonaire et de l'infundibulum.

Perforation interventriculaire;

Egalité d'épaisseur de paroi des ventricules droit et gauche;

Inocclusion du trou de Botal.

Plèvres. — La plèvre droite contenait près d'un litre de liquide citrin.

Adhérences au niveau des lobes supérieurs des deux poumons, très épaisses du côté droit.

Poumons. — Plusieurs grandes cavernes dans le lobe supérieur du poumon droit. Infiltration tuberculeuse généralisée dans toute l'étendue des deux poumons.

Foie. — Énorme, s'affaisse peu après qu'il a été enlevé, laissant échapper une grande quantité de sang noir poisseux;

A la coupe, aspect typique du foie muscade un peu gras.

Reins. — Très augmentés de volume, très congestionnés.

Rate. — Également très congestionnée.

Le diagnostic de cette variété de malformation a été porté avec exactitude pendant la vie et il semble que l'absence de signes d'auscultation corresponde à une variété anatomique et clinique bien déterminée de malformation cardiaque : M. Marey, consulté par moi sur cette singulière anomalie clinique d'un cœur perforé dans sa cloison et rétréci à l'artère pulmonaire, sans qu'il se produise aucun souffle, m'a suggéré l'idée que l'égalité d'épaisseur des ventricules ne permettait pas de régurgitation du sang d'une cavité dans l'autre par la perforation; d'où le silence à cause de l'égalité de tension du sang dans les deux cavités ventriculaires.

Quant à l'absence de souffle à l'artère pulmonaire, il est probable qu'elle se rattache à l'atrésie du calibre de l'artère sur tout son trajet. Un de mes élèves, le docteur Bresson (1), a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de cette intéressante malformation cardiaque, qui semble dès maintenant bien individualisée.

(1) Bresson. *De la cyanose congénitale sans signe d'auscultation*, Th. de Paris, 1902.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Notes obtenues. — *Pathologie.* — Séance du 25 février 1903 : MM. Georget, 10; Mocquot, 10; Vernier, 9; Friedel, 8; Matry, 6; Vincent, 6.

Séance du 26 février 1903 : MM. Jardry, 11; Nathan, 11; Blairon, 10; Monier, 9; Billaudet, 8; Manoussi, 8; Boudon, 7.

Les épreuves orales commenceront ce soir à l'Administration centrale.

Guerre. — Par décision ministérielle du 23 février 1903, M. Andrieux, médecin aide-major de première classe au 2e d'infanterie coloniale, est désigné pour servir en Indo-Chine.

Cours de vacances (2e série). — Du lundi 6 au samedi 18 avril, des cours et démonstrations pratiques dont la liste suit se feront à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, et dans différents hôpitaux.

1° A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente : Gynécologie, M. le docteur Arrou; — Bactériologie, M. le docteur Macaigne; — Ophtalmologie, M. le docteur Terson; — Oto-rhino-laryngologie, M. le docteur Laurens; — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. le docteur Leredde; — Massage, M. le docteur Marchais; — Maladies des voies urinaires, M. le docteur Noguès; — Électrothérapie, M. le docteur Zimmern; — Maladies mentales, M. le docteur A. Marie; — Art de formuler, M. le docteur Joanin.

2° Dans différents hôpitaux : Chirurgie pratique, M. le docteur Souligoux (Lariboisière); — Maladies du cuir chevelu, M. le docteur Sabouraud (Saint-Louis); — Maladies de l'estomac, M. le docteur Soupault (Bichat); — Auscultation et percussion du cœur et des poumons, M. le docteur Caussade (Tenon).

Le droit d'inscription pour chaque cours (qui comprendra en moyenne neuf leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant.

Les programmes détaillés seront envoyés sur demande.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser : au docteur Marchais, 10, rue Labruyère, Paris IXe.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de chimie appliquée aux corps organiques.* — M. Arnaud, professeur, commencera ce cours le jeudi 5 mars 1903, dans l'amphithéâtre de chimie du Muséum d'histoire naturelle, rue de Buffon, 63, à quatre heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera des hydrates de carbone, des sucres et des glucosides, ainsi que des méthodes synthétiques et analytiques qui se rattachent à l'étude de cette classe importante des principes immédiats.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société anonyme des « Voyages Duchemin » :

1° Une *excursion en Algérie et en Tunisie* du 20 mars au 20 avril 1903. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 1150 francs; 2e classe, 1050 francs.

2° Une *excursion en Italie*, à l'occasion de la semaine sainte à Rome, du 4 au 30 avril 1904. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 990 francs; 2e classe, 900 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de la Société anonyme des « Voyages Duchemin », 20, rue de Grammont, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du larynx, du nez et des oreilles, par M. le docteur A. Castex, chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté de médecine de Paris. 2e édit., revue et augmentée. 1 vol. in-16 de 922 p., avec 264 fig., cart. — Prix : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis de gynécologie, par M. le docteur A. Boursier, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. in-18 colombier, cart. toile, de 1058 p., avec 286 fig. dans le texte. (Collect. Testut.) — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17

N° 26. — MARDI 3 MARS 1903. 76e ANNÉE. MARDI 3 MARS 1903. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

NOTE SUR UN CAS D'INTOXICATION MORTELLE PAR LA COLCHICINE A DOSE THÉRAPEUTIQUE (1)

Par MM. Courtois-Suffit, médecin de la Maison municipale de santé, et Trastour, interne des hôpitaux.

Le cas que nous rapportons nous semble être intéressant à plusieurs titres.

C'est un exemple d'intoxication mortelle par la colchicine, et les faits de ce genre sont en réalité tout à fait rares. En feuilletant la bibliographie, si l'on arrive à réunir d'assez nombreuses observations d'intoxication par la teinture de colchique, on n'en trouve guère que 3 ou 4 relatives à des cas d'empoisonnement par la colchicine; et parmi ces observations, il en est une où l'intoxication a été produite par une variété de colchicine cristallisée peu active et qui, après des signes peu graves, a guéri; il en est une autre qui a donné lieu à plusieurs rapports médico-légaux, où l'autopsie fut faite de longs mois après la mort, et où on n'est pas bien sûr que c'est la colchicine qui a tué la malade.

Notre cas est intéressant par ce fait que nous avons pu en noter tous les signes, pour ainsi dire, minute par minute, et que, parmi ces signes, il en est quelques-uns de très particuliers.

Enfin, il nous a paru utile de publier ce fait, car, en réalité, le malade s'est tué avec une dose relativement minime de colchicine (3 milligrammes), dose thérapeutique puisqu'on admet couramment que l'on peut donner aux malades 3, 4 et même 5 milligrammes de ce médicament.

Voici l'histoire de ce malade :

Le 12 février dernier entrait à la Maison municipale de Santé le nommé L..., marchand de vins, âgé de quarante-trois ans. Cet homme, d'aspect robuste, présentant même un certain degré d'embonpoint, se trouvait d'autre part dans un état d'anémie et de faiblesse très prononcé. Dès son arrivée dans le service, il nous expliqua que, se trouvant en proie à une crise de goutte, il avait absorbé quelques jours auparavant, le 7 février, plusieurs granules de colchicine et qu'il avait été pris quelques heures après d'hémorragies multiples qui l'avaient rapidement mis dans cet état précaire.

En le questionnant, nous apprenons qu'il avait eu, en 1893, une crise de coliques hépatiques et était sujet, depuis 1898, date de sa première attaque, à des accès de goutte. Il avait ressenti depuis cette époque quatre nouvelles attaques : juillet 1899, juillet 1900, novembre 1902, enfin la dernière en février dernier, au cours de laquelle il avait pris comme traitement les granules de colchicine qui avaient, pensait-il, provoqué les accidents qu'il présentait. Chacune des crises précédentes l'avait obligé à s'aliter de quatre à six semaines. Elles se limitaient à des douleurs siégeant au niveau des articulations des deux pieds, ne s'accompagnaient pas d'élévation de la température. Le malade nous apprend en outre qu'il sait pertinemment, ayant été soigné *pour cette affection*, que depuis trois ans il est atteint de néphrite. Il raconte en effet qu'il a depuis longtemps de la polyurie et de la polakyurie surtout nocturne, qu'il est sujet parfois à des douleurs de tête persistantes, à des bourdonnements d'oreille et qu'il a remarqué que ces troubles coïncidaient précisément avec une diminution de la quantité de ses urines.

Il a présenté notamment une crise analogue pendant l'été dernier. Enfin étant donné sa profession de marchand de vins, il était à peu près évident que notre malade était éthylique. Il avoua du reste volontiers des habitudes de boisson (vin) qui expliquaient les crampes, les cauchemars et les pituites qu'il nous dit avoir présentés depuis des années. Il est vrai qu'il nous affirma avoir cessé tout excès de boisson depuis trois ans. Nous étions donc en présence d'un éthylique, sujet depuis cinq ans à des attaques de goutte et porteur en outre d'une néphrite interstitielle dans la production de laquelle l'éthylisme et la goutte avaient évidemment joué tous deux un rôle important. Ces données avaient, on le verra, leur valeur, puisque par la coïcidence seulement de cette néphrite se peut expliquer la gravité de cette intoxication consécutive à l'absorption de doses relativement minimes de colchicine.

En effet notre malade, qui jusque-là n'avait pris dans ses précédents accès de goutte que de la liqueur de Laville, ayant eu dans les premiers jours de février quelques douleurs vagues avait consulté un médecin qui lui avait ordonné, en prévision d'une attaque de goutte, 8 capsules de colchicine par jour, une d'heure en heure (chaque capsule contenant 1/4 de milligramme de colchicine et 20 centigrammes de salicylate de méthyle). Le malade ne prit ses capsules que le 7 février, les douleurs s'étant montrées plus vives ce jour-là, et pour couper court à son accès, au lieu de suivre exactement la prescription de son médecin, il absorba, dans l'espace d'une

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux, séance du 27 février 1903.

heure, 12 capsules, soit 3 milligrammes de substance active. Dès l'absorption de la 12e capsule le malade tomba sans connaissance, ou s'endormit et ne sortit de son sommeil que le lendemain très tard dans la matinée. Il se réveilla très abattu, vit des taches de sang sur son oreiller et sur sa chemise et se mit presque aussitôt à rejeter par la bouche environ deux verres d'un liquide glaireux et sanglant. Toute la journée du 8, le malade continua ainsi à avoir des vomissements peu abondants, consistant en quelques glaires sanglantes.

Les garde-robes ce jour-là furent aussi colorées en noir, probablement par la présence de sang, mais il n'y eut pas de diarrhée, comme cela est signalé dans tous les cas d'empoisonnement par le colchique ou son alcaloïde. Il n'y eut pas non plus de violentes douleurs ni épigastriques, ni abdominales. Ce qui dominait surtout et ce qui persista jusqu'à la fin, c'est l'abattement considérable, la grande faiblesse, la tendance à la torpeur.

Les jours suivants constipation opiniâtre. En outre le malade ne peut absorber aucun aliment autre que le lait sans le rejeter presque immédiatement. Il continue à vomir ou à cracher des glaires sanguinolentes et les urines, légèrement teintées le premier jour, deviennent de plus en plus colorées par le sang qu'elles contiennent. En même temps la sensation de malaise général, de faiblesse, s'accroît. Le malade garde du reste toute son intelligence et se rend très bien compte de son état. Il peut nous donner lui-même tous ces renseignements lors de son entrée dans notre service le 12 février. Dès ce moment nous constatons les signes suivants :

Le teint du malade est terreux. Les extrémités sont froides et cyanosées.

Les lèvres sont sèches et recouvertes de mucosités noirâtres ainsi que les dents. La langue est tapissée d'un enduit épais de sang noir. Cependant à l'examen de la bouche et du pharynx on n'aperçoit aucune ulcération de la muqueuse.

Le ventre est souple, il n'est pas ballonné, seule la région épigastrique est un peu sensible à la pression.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on note peu de signes stéthoscopiques ; à peine perçoit-on l'existence de quelques râles sibilants disséminés dans les deux poumons. Du reste les mucosités glaireuses et sanglantes rejetées par le malade n'ont nullement l'aspect de crachats bronchiques.

A l'auscultation du cœur dont le rythme est régulier, à peine un peu précipité (92 pulsations), on note l'existence d'un bruit de galop très net en même temps qu'une accentuation du deuxième bruit à timbre claqué. Du reste les artères radiales sont dures. Ce qui domine l'état nerveux, c'est la dépression générale. Le malade, en décubitus dorsal, semble avoir de la peine à effectuer le moindre mouvement. Il est en proie à des trémulations presque continuelles, qui s'accentuent à la moindre émotion. La sensibilité générale est très notablement diminuée : le malade sent à peine les piqûres et ne réagit pour ainsi dire pas. Les réflexes rotuliens sont exagérés. On n'observe d'autre part aucune modification des réflexes pupillaires. La température est à peine au-dessus de la normale : 37°6.

Les urines sont abondantes, rougeâtres ; elles ne contiennent pas de caillots et le sang y paraît mélangé dès le rein car elles sont colorées dans leur totalité. L'examen des urines pratiqué par M. Maillard, interne en pharmacie, y décèle la présence de 2 grammes d'albumine par litre dont la plus grande partie est constituée par de la globuline. Enfin — nous tenons à insister sur ce signe, car il est très particulier — l'articulation du coude droit est devenue tout à coup extrêmement douloureuse et un peu empâtée ; les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont si pénibles qu'il est impossible de les provoquer sans arracher des cris de douleur au malade. Cette manifestation articulaire s'est faite très brusquement, car le malade n'éprouvait les jours précédents aucune douleur à ce niveau. La plupart de ces signes le jour de son entrée nous paraissent bien devoir se rattacher à l'absorption de la colchicine, mais étant donné le laps de temps écoulé depuis l'ingestion de cet alcaloïde nous rejetons évidemment comme inutile et dangereuse l'évacuation du contenu de l'estomac par la sonde et notre thérapeutique se borne à mettre notre malade au régime lacté et à faire des lavages fréquents de sa bouche constamment souillée par des mucosités sanglantes.

Le 13 février, l'état du malade est sensiblement le même. Les urines toujours colorées par le sang sont abondantes (3 litres en vingt-quatre heures). Les matières sont solides, moulées ; elles sont jaunes et ne paraissent pas contenir de sang. Mais il existe, en même temps, dans le bassin, du sang pur. L'examen de la région anale montre à ce niveau l'existence de nombreuses ulcérations, petites, arrondies, saignantes, se continuant probablement dans le rectum où elles sont le siège de l'hémorragie qui accompagne chaque défécation et qui souille même les draps entre deux garde-robes. La température reste voisine de 37°5. L'état général du malade ne s'est guère modifié.

La journée du 14 février n'amène aucune amélioration. Le malade reste toujours prostré, somnolent. Les manifestations articulaires du côté du coude droit se sont accentuées. La partie postérieure du coude est globuleuse. Un œdème rouge douloureux masque les saillies normales de l'olécrane, de l'épicondyle et de l'épitrochlée. L'avant-bras est en demi-flexion et en légère pronation. Les divers mouvements de l'articulation sont très limités et provoquent une vive douleur.

Du côté des viscères on n'observe aucun changement ; le malade continue à cracher plutôt qu'à vomir des glaires noirâtres, à évacuer, en même temps que des matières normales, du sang pur, en petite quantité du reste.

L'état du cœur reste satisfaisant. Le pouls est un peu faible. Il n'y a pas de tachychardie (90 pulsations). La température reste voisine de la normale (37°5, 37°8).

Les urines toujours abondantes et rouges contiennent en outre, aujourd'hui, des caillots de sang pur.

Le 15 février, l'abattement a fait des progrès. Le malade de plus en plus affaibli « a mal partout ». Les masses musculaires sont douloureuses à la pression. On note en outre l'existence en divers points du corps de *taches ecchymotiques*, comme si le malade avait subi de légères contusions. Ces ecchymoses siègent sur les membres. Il en existe une sur la cuisse droite à la face externe. Elle est grande comme une pièce de 2 francs. Un peu au-dessus, on en a trouvé de dimensions moindres.

Une tache semblable plus volumineuse existe sur la fesse gauche. Enfin plusieurs petites ecchymoses bleuâtres siègent sur le bras gauche.

Les urines d'autre part sont de plus en plus hématuriques, mais toujours abondantes (2 litres 100 dans les vingt-quatre heures). Dans la poitrine existent toujours quelques sibilances. Le myocarde paraît s'affaiblir : le pouls devient mou, bien que le rythme soit régulier et peu précipité (86 pulsations).

Malgré des piqûres d'éther et des injections sous-cutanées d'huile camphrée, destinées à tonifier le malade, il est de plus en plus défaillant et une de ses parentes étant venue prendre de ses nouvelles, il ne la reconnaît pas tout d'abord, mais seulement au bout d'un quart d'heure. Quant à l'arthrite du coude droit, elle reste stationnaire, quoique moins douloureuse.

Le 16, il semble qu'il y ait une légère amélioration. Le malade est plus éveillé, son intelligence plus nette. Dans la matinée il présente une épistaxis du reste peu abondante.

L'hématurie persiste et la quantité des urines diminue (1600 grammes dans les vingt-quatre heures).

L'état du myocarde paraît s'être légèrement amélioré sous l'influence des injections d'huile camphrée, bien que le nombre des pulsations ait augmenté (96 pulsations).

Il y a en outre une amélioration notable dans l'état du coude droit qui est moins douloureux, moins œdémateux, moins rouge.

Pendant la nuit du 16 au 17 février, le malade est très agité; il se plaint continuellement; ses idées ne sont plus nettes, sa parole est par instants embarrassée. A d'autres moments, il a au contraire toute sa lucidité et se rend fort bien compte de son état.

Dans la journée du 17 l'affaiblissement fait des progrès rapides. Le malade est pris de hoquet. Sa langue est de plus en plus sèche. Il a dans l'après-midi un vomissement plus abondant de liquide jaune clair.

La respiration reste ample, facile (16 mouvements respiratoires à la minute).

La température qui, la veille, était montée à 38°6, est redescendue à 36°9. Le pouls est moins rapide (88 pulsations), mais plus faible. Quant à l'état d'anéantissement, de prostration, il est de plus en plus marqué et la faiblesse va croissant jusqu'à quatre heures du soir, heure de la mort du malade.

L'autopsie est pratiquée le 19 février, quarante-deux heures après la mort du malade. Ce qui domine c'est une congestion intense de tous les viscères.

Le foie, volumineux, est rouge lie-de-vin. Il pèse 2800 grammes. Même congestion au niveau des poumons, au niveau des méninges craniennes très congestionnées. Le cœur est volumineux, sans lésion orificielle; il est surchargé de graisse à la surface, surtout dans les sillons. Mais sa paroi musculaire est plutôt augmentée de volume. Les parois du ventricule gauche ont une épaisseur qui atteint presque le double de l'épaisseur normale. Quelques petites plaques athéromateuses sur l'*aorte*. Aucune trace d'ecchymose sous-péricardique ni sous-endocardique, comme il en a été signalé dans des cas d'intoxication par le colchique.

Quant à l'état des reins, on peut dire que l'on y retrouve les lésions du petit rein rouge contracté, appelé par certains auteurs rein goutteux, poussées jusqu'aux dernières limites.

Des deux reins, le plus malade est le rein gauche. Son poids est réduit à 60 grammes, c'est dire qu'il est excessivement petit. Sa consistance est plus ferme que normalement. Sa surface très irrégulière est mamelonnée, parcourue de sillons. On y aperçoit la saillie de kystes plus ou moins volumineux. La capsule très adhérente se détache difficilement et entraîne des lambeaux de parenchyme rénal. La surface propre du rein apparaît alors granuleuse. La coupe suivant le bord convexe nous montre une cavité centrale ou sinus très agrandie. Le parenchyme n'a pas 2 centimètres d'épaisseur et la couche corticale est réduite à quelques millimètres à peine. Sur la surface de section on aperçoit en outre des pertes de substance variant du volume d'un poids à celui d'une petite noisette : ce sont des kystes intéressés par la section.

Le rein droit pèse 80 grammes; il présente le même aspect que le rein gauche, mais le parenchyme rénal, quoique très malade, a moins souffert et la couche corticale est plus épaisse que dans l'autre rein.

Ce sont là des lésions anciennes de néphrite interstitielle et il est évident que le sujet porteur de ces reins devait présenter une résistance très diminuée aux agents toxiques.

Nos recherches au point de vue des lésions qu'avait pu produire l'absorption de la colchicine ont porté principalement sur le tube digestif.

L'estomac, même avant l'ouverture, apparaît congestionné; mais c'est surtout la muqueuse qui est le siège d'une congestion intense. Elle est irrégulièrement colorée en rouge foncé avec, par places, des extravasations sanguines.

Nulle part, l'examen le plus minutieux ne peut révéler l'existence d'une ulcération, ni même de la moindre érosion. Mêmes lésions congestives sur l'intestin grêle; mais elles sont là localisées sur des portions d'intestin à l'exclusion d'autres portions où la muqueuse apparaît saine. Il existe enfin de la congestion très marquée de la muqueuse du gros intestin, dans la partie correspondant au côlon transverse, sur une longueur de 0m30 centimètres. Mais nulle part, sur l'intestin, il n'existe non plus d'ulcération comme dans le cas de Masbrenier et comme cela arrive fréquemment chez les chiens intoxiqués par la colchicine.

Telles sont les seules lésions que nous ayons retrouvées à l'autopsie. Elles peuvent donc se résumer en ceci : congestion de tous les viscères, mais surtout congestion très prononcée de certaines portions du tube digestif.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation. Les faits d'intoxication par la colchicine sont en effet excessivement rares. En outre, dans le cas présent, il a suffi, par suite de circonstances spéciales (lésions rénales), d'une dose minime de cet alcaloïde pour amener des accidents graves dont la mort a été le résultat.

La colchicine est donc un médicament dangereux qu'il faut employer avec la plus grande circonspection.

Cet alcaloïde fut extrait pour la première fois des semences de colchique d'automne, en 1820, par Pelletier et Caventou et c'est seulement en 1833 que Hesse et Geiger le distinguèrent de la vératrine, principe avec lequel il avait été confondu par Pelletier et Caventou.

En 1884, MM. Laborde et Houdé obtinrent par des procédés différents une colchicine cristallisée moins active mais paraissant aussi moins toxique.

La colchicine est une poudre jaune amorphe; à l'état de pureté elle peut *cristalliser en aiguilles blanches*. Très peu soluble dans l'eau et l'éther, elle se dissout bien dans l'alcool et dans le chloroforme. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que tous les animaux ne sont pas également sensibles à son action. Les plus sensibles sont les carnivores purs; les omnivores et les herbivores résistent mieux; les plus résistants sont les animaux à sang froid. Alors que la dose de 4 à 5 centigrammes suffirait à tuer un homme, que la dose de 1 à 2 centigrammes tue sûrement un chien, il faut de 3 à 5 centigrammes pour tuer un cobaye ou un lapin et jusqu'à 2 centigrammes pour tuer une grenouille.

La colchicine produit en outre des effets différents suivant les espèces animales, ainsi que l'ont observé MM. Laborde et Houdé (1).

Chez la grenouille ce sont surtout des troubles nerveux qui succèdent à l'injection de colchicine : inertie de la patte injectée, puis après une courte période d'excitation, abolition des mouvements respiratoires; à l'accélération du rythme cardiaque succède un ralentissement final et le collapsus précède la mort.

Chez les herbivores (cobaye ou lapin) l'action de la colchicine se porte principalement sur l'appareil respiratoire et sur l'appareil circulatoire. Ici, aussi, après une période d'excitation survient la torpeur. L'animal est anhélant et la mort arrive par asphyxie.

Chez les carnivores, les troubles intestinaux dominent. L'animal présente des vomissements glaireux, des selles diarrhéiques, précipitées, nombreuses, sanguinolentes. Il souffre et se plaint.

Enfin, il tombe dans un état de tristesse, de stupeur profonde et meurt après une période de collapsus plus ou moins longue.

(1) Laborde et Houdé. *Mém. de la Soc. de biol.*, 31 janv. 1885.

Chez l'homme, l'empoisonnement par la colchicine n'a été observé que dans quelques très rares cas. Alors que M. Epagnou Dézille (1) dans sa thèse réunit 17 observations d'intoxication par les diverses préparations de colchique; il ne peut citer d'autre part que quatre cas d'empoisonnement non mortels par la colchicine et le cas de Mme R... qui a fait l'objet de plusieurs rapports médico-légaux. Ajoutons que dans ce cas les experts n'ont pu affirmer que la colchicine fut la cause de la mort (2).

Les symptômes connus sont donc surtout des symptômes dus à l'absorption de teinture ou de vin de colchique. Ce qui domine dans tous les cas d'empoisonnement par le colchique chez l'homme, c'est l'existence, on peut dire constante, des troubles gastro-intestinaux. Presque toujours surviennent, plus ou moins rapidement après l'absorption du toxique, des vomissements fréquents, parfois sanguinolents. Les cinq malades dont l'observation est rapportée par Jules Roux [de Toulon] (3) et qui tous succombèrent à l'absorption accidentelle de 60 grammes de teinture de colchique, présentèrent des vomissements fréquents et des évacuations alvines, mais non sanglantes. On a signalé aussi dans un certain nombre de cas de l'hématurie (4). On note peu de troubles du côté de l'appareil respiratoire. Au contraire, du côté de l'appareil circulatoire, on observe assez souvent de la petitesse du pouls, de l'arythmie, une tendance au collapsus.

Presque dans tous les cas, les troubles nerveux sont très marqués. Les malades intoxiqués présentent de la céphalalgie. Ils éprouvent de violentes douleurs dans l'abdomen et principalement au niveau du creux épigastrique. Les malades sont tout le temps que durent les accidents plongés dans un état d'abattement profond. Enfin, on a signalé dans quelques cas de la cyanose des extrémités. Disons aussi qu'on a vu survenir parfois, pendant l'intoxication, des douleurs violentes dans les articulations (5).

Dans les quelques cas rapportés par MM. Laborde et Houdé, où l'empoisonnement, non mortel du reste, fut causé par l'absorption de colchicine (6), on retrouve à peu près ces mêmes symptômes : violente céphalalgie, pesanteur à l'estomac, vomissements répétés, selles diarrhéiques, horriblement fétides, état lipothymique, tremblement et refroidissement des extrémités. M. Houdé insiste surtout sur la sensation de grande faiblesse qui persista plusieurs jours chez lui-même à la suite de son intoxication accidentelle. Cette grande faiblesse, cet abattement, est le signe qui dominait chez notre malade. Nous retrouvons aussi chez lui les évacuations sanglantes, les vomissements contenant du sang. Mais ces vomissements ne présentaient point chez lui le caractère douloureux signalé par la plupart des auteurs. Chez le nommé L... non plus il n'a existé à aucun moment de la diarrhée. On observa plutôt une sensation douloureuse qu'une véritable douleur à la pression du creux épigastrique. Mais nous avons vu survenir dans les derniers jours des douleurs musculaires si prononcées que la moindre pression des cuisses ou des mollets arrachait des cris au malade.

Le tremblement qu'a présenté le nommé L..., surtout marqué dans les derniers jours, doit-il être mis sur le compte de l'éthylisme avéré ou sur le compte de l'intoxication par la colchicine? Sans vouloir affirmer que l'abus des boissons n'entrait pour aucune part dans l'étiologie de ce symptôme, nous croyons devoir faire remarquer que le malade avait cessé depuis trois ans toute habitude d'éthylisme. Ce tremblement, du reste plus marqué que le tremblement éthylique ordinaire, a d'ailleurs été signalé dans ses observations par M. Houdé, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

De même pour les manifestations articulaires qu'a présentées notre malade, nous croyons que le rôle pathogénique principal revient à l'intoxication par la colchicine, et non à la goutte, dont le malade ne présentait à ce moment plus aucune autre manifestation que quelques tophus au niveau du pavillon des oreilles.

Pour ce qui est des ecchymoses cutanées qui se sont produites vers la fin chez notre malade, nous n'en avons retrouvé aucune indication dans les observations d'intoxication par le colchique, si ce n'est dans un cas de W. Odermatt (1) où il existait sur les quatre membres « des taches rouge foncé ne disparaissant pas complètement à la pression ». S'agissait-il dans ce cas d'ecchymoses comme celles qu'a présentées notre malade?

Comme on le voit, il existe quelques anomalies dans les signes que nous avons observés. A part la prostration très profonde et les hémorragies répétées, les symptômes de l'intoxication étaient plutôt atténués chez le nommé L... A aucun moment il n'a eu de violentes douleurs abdominales, jamais il n'a eu de selles abondantes, diarrhéiques, jamais de sueurs profuses, jamais non plus de troubles cardiaques très marqués. Pourtant, la mort a été le résultat de cette intoxication. Nous croyons pouvoir expliquer ce fait par les considérations suivantes :

Notre malade, nous l'avons dit, n'avait absorbé qu'une dose peu considérable d'alcaloïde, 3 milligrammes. Or, on admet que la dose thérapeutique peut varier entre 4 et même 5 milligrammes par vingt-quatre heures. Koller cite un cas d'intoxication non mortelle par absorption de 0g045. M. Houdé présenta des accidents, graves mais passagers, à la suite de l'absorption accidentelle d'une dose de colchicine évaluée à plusieurs centigrammes. Il est vrai que la colchicine cristallisée obtenue par le procédé de MM. Laborde et Houdé est, nous l'avons dit, moins active et moins toxique. Il faut donc reconnaître que la dose ingérée par le nommé L... était loin d'être excessive. Mais cette dose, qui n'aurait vraisemblablement produit aucun accident chez d'autres malades, a été la cause de la mort chez notre malade dont les reins, tout à fait insuffisants, n'ont pu éliminer l'agent toxique introduit dans l'organisme.

La dose était donc insuffisante à produire les symptômes dramatiques observés chez d'autres malades qui pourtant ont guéri, et cependant capable de produire une intoxication mortelle. L'action funeste de l'état du rein paraît ressortir nettement des quelques recherches auxquelles nous nous sommes livrés avec l'aide de M. Maillard, interne en pharmacie.

On sait qu'il est deux moyens principaux de déceler la présence de la colchicine dans les urines : la réaction par le sulfovanadate d'ammoniaque (réactif de Mandelin), qui donne dans ce cas une coloration vert olive, fugace, passant rapidement au brun violacé, et surtout la réaction par l'acide nitrique de densité 1,4, qui permet de déceler 1/50 de milligramme par la formation d'une coloration violette passant au rouge orangé par addition de potasse.

M. Maillard a eu l'obligeance de pratiquer ces deux réactions sur les urines de notre malade et sur un résidu sec de 1000 grammes de ces mêmes urines épuisé par l'alcool

(1) Epagnou Dezille. *Contribution à l'étude médico-légale du colchique et de la colchicine*, Th. de Paris, 1889.

(2) Relation médico-légale lue à la Société de médecine légale par M. Brouardel au nom de MM. Vulpian, Schutzenberger, Ogier et Pouchet.

(3) Jules Roux. Empoisonnement mortel de cinq personnes par la teinture de colchique, *Union méd.*, 1855.

(4) Vibert. *Toxicologie.*

(5) Vibert. Loc. cit.

(6) Laborde et Houdé. Plusieurs cas d'empoisonnement par la colchicine, *Soc. de biol.*, 31 janvier 1885.

(1) W. Odermatt. Empoisonnement mortel par ingestion accidentelle de colchique, *Corresp. Blatt f. Schwez. Aerzte*, 15 octobre 1893.

dilué (50 centimètres cubes environ), filtré, additionné de 10 centimètres cubes d'eau distillée, évaporé au bain-marie, puis agité avec du chloroforme.

Le résultat obtenu pour les urines et le produit chloroformique a été positif avec les deux réactifs, non seulement le 14 février, mais aussi le 16 février et encore le 17 février, date de la mort du malade. Or il y avait, à ce moment, dix jours que le malade avait absorbé la colchicine.

L'élimination de l'alcaloïde, par suite des lésions rénales, avait donc subi un retard considérable.

En effet, pour vérifier ces faits, l'un de nous a absorbé une capsule de 1/4 de milligramme de colchicine, et nous avons vu les réactions, qui n'existaient pas le 22 avant l'absorption du médicament, apparaître d'une façon intense dans les urines du 22 au 23 février après cette absorption. Les réactions colorées étaient à peine appréciables avec les urines du 23 au 24, et elles avaient complètement disparu dans les urines du 24 au 25. En moins de quarante-huit heures, le toxique a donc été dans ce cas complètement éliminé par les urines, et nous ne croyons pas qu'on puisse nous objecter que nous avons ingéré une dose insuffisante (1/4 de milligramme), puisque la réaction par l'acide azotique est sensible pour 1/50 de milligramme de colchicine.

C'est donc bien par suite de l'existence de lésions profondes du filtre rénal que notre malade a succombé à l'absorption de doses en somme minimes de colchicine.

Il nous paraît donc, et c'est la conclusion pratique de cette observation, qu'il faut être très prudent dans l'emploi de ce médicament. On ne sait jamais, ou plus exactement on sait trop dans quel état déplorable peuvent être des reins de goutteux, et mieux vaut s'abstenir de donner des alcaloïdes aussi actifs, puisqu'ils peuvent tuer à une dose dite thérapeutique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(27 février 1903)

M. Apert a observé des **accidents saturnins** chez des ouvriers dont le métier consiste à sertir des perles fines dans des montures en or. Pour que l'or ne transparaisse pas à travers la perle, ce qui en altère la blancheur, on interpose un enduit blanc qui est fait de gomme arabique et de blanc de céruse. Les deux apprentis observés par M. Apert avaient la mauvaise habitude d'enlever d'un coup de langue l'excès d'enduit débordant la monture.

Chez ces deux enfants, les premières crises douloureuses abdominales avaient été considérées comme des crises d'appendicite, sans que la possibilité d'intoxication saturnine ait été soupçonnée. C'est également avec ce diagnostic que le premier de ces enfants se présenta à M. Apert. Il avait le ventre uniformément dur et douloureux, des vomissements incoercibles et une constipation absolue, ce qui aurait pu faire croire à une péritonite appendiculaire généralisée; mais l'absence de fièvre, le pouls lent, plein et dur, la figure pâle mais sans facies péritonéal, la conservation du bon état général, et l'évolution du mal, les premières douleurs datant de la veille au soir, contredisaient ce diagnostic. L'absence de localisation empêchait, d'autre part, de croire à une appendicite au début. La constatation d'un liséré saturnin fit faire le diagnostic qui fut confirmé par l'enquête étiologique.

M. Apert ayant alors appris qu'un camarade d'atelier de son petit malade venait d'être opéré à froid, après une seconde crise d'appendicite, alla le voir. On avait été très étonné de voir revenir des douleurs abdominales peu après l'opération. La constatation du liséré saturnin éclaira l'origine de ces douleurs.

MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild rapportent une observation de **paralysie faciale congénitale avec agénésie de l'oreille.**

Un nourrisson, dont le développement intra-utérin s'est fait dans des conditions défectueuses et dont la naissance a été prématurée, présente actuellement, à la fois, une paralysie faciale gauche et diverses malformations, en particulier de l'oreille gauche.

La paralysie faciale est à type périphérique. Elle est légère et ne s'accompagne pas de troubles de la contractilité électrique.

Les malformations sont multiples. L'oreille gauche a subi, à une période où le conduit cartilagineux et le pavillon étaient déjà formés, un accolement en haut sur la joue avec soudure des parties libres. Le maxillaire inférieur, dans sa partie gauche, légèrement atrophié, a subi comme une luxation qui porte en arrière et en dehors la branche montante.

Il existe une bride fibrokystique dans la région mentonnière gauche. La suture occipito-pariétale n'est pas ossifiée à gauche. A son extrémité existe un petit os supplémentaire.

On peut supposer qu'au moment où la malformation s'est produite, l'oreille externe était déjà en voie de développement assez avancé. Il s'est agi vraisemblablement de malformation allant de dehors en dedans avec participation sans doute légère de l'oreille moyenne.

MM. Widal et Lemierre rapportent l'observation d'une **endocardite aiguë** ayant évolué en un mois chez une femme de vingt-quatre ans. Malgré l'examen le plus minutieux, il fut impossible de trouver en aucun point de l'organisme le point de départ de l'infection. Un double épanchement pleural dû à la gêne de la circulation pulmonaire survint au cours de la maladie. La malade succomba aux progrès de l'infection et de l'asystolie. L'autopsie permit de reconnaître la présence de lésions ulcéreuses et végétantes siégeant au niveau de l'orifice aortique; de plus une perforation établissant une communication entre les deux cœurs, et on trouva un petit abcès dans le myocarde. L'examen bactériologique des lésions permit d'isoler trois microbes différents : du staphylocoque doré, du colibacille et un grand bâtonnet, probablement un saprogène venu de la bouche. L'ensemencement du sang pratiqué pendant la vie n'avait donné que du staphylocoque doré. Il s'agit donc, en résumé, d'une endocardite ulcéreuse primitive, endocardite déterminée par trois microbes pathogènes, sans qu'il soit possible de dire lequel des trois a été l'agent primitif de l'infection.

Mlle Francillon rapporte un cas de **laryngo-typhus ulcéreux.**

M. Courtois-Suffit lit, en son nom et celui de M. Trastour, une note sur **un cas d'intoxication mortelle par la colchicine à dose thérapeutique.** (Voir plus haut.)

MÉDECINE PRATIQUE

Un moyen pour faire prendre le sulfate de quinine aux enfants.

M. le docteur Borde a trouvé un moyen commode de faire avaler le sulfate de quinine aux enfants de tout âge, *sans qu'ils en ressentent l'amertume.* Le voici tel qu'il le rapporte dans la *Gazette hebd. des sciences méd. de Bordeaux* (1903, n° 9) : 1 gramme de sulfate de quinine est mêlé au mortier avec 8 grammes d'huile d'olive. Vingt gouttes de ce mélange (comptées au moyen du compte-gouttes normal) contiennent 5 centigrammes de sel de quinine. Si, dans une cuillerée à soupe, remplie à moitié de lait froid, sucré de préférence, on verse des gouttes de cette mixture huileuse, on voit l'huile former, au milieu du lait et à sa surface, une lentille. L'enfant avale sans répugnance aucune le lait et l'huile, tout ensemble. En ayant la précaution de lui faire

boire une gorgée d'un liquide quelconque aussitôt après, il ne conservera dans la bouche aucune saveur amère. Si on ne prenait pas cette précaution, il éprouverait, après quelques secondes, une très légère amertume, qui disparaîtrait d'ailleurs rapidement. On peut, du reste, déglutir cette huile toute pure très facilement, l'amertume qu'on en éprouve est légère et de courte durée et peut être évitée si on boit par-dessus, car chaque particule de quinine étant enveloppée d'huile, et glissant comme une pilule sur la muqueuse humide de la bouche, est entraînée par les liquides déglutis après l'huile.

Grâce à ce procédé, dit M. Borde, l'administration du sulfate de quinine aux enfants devient extrêmement facile et ce sel peut leur être donné aussi souvent qu'on le veut chaque jour, sans mettre leur estomac et leur caractère en révolte.

Procédé pour recueillir les crachats chez les jeunes enfants.

M. Variot a décrit à la Société de pédiâtrie, dans sa séance du 20 janvier, un procédé fort pratique pour recueillir les crachats chez les jeunes enfants.

Après avoir abaissé la langue, on provoque un accès de toux en touchant l'épiglotte; le crachat qui vient se coller contre le pharynx est facilement cueilli avec un tampon monté sur une pince.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le docteur Armin Suess, de la policlinique de Vienne, vient de publier un travail sur l'effet thérapeutique de l'aspirine. C'est surtout comme analgésique que ce produit lui a donné des résultats excellents. Il l'a employé comme tel dans des affections les plus variées, dans des algies diverses, coliques néphrétiques, douleurs fulgurantes du tabes, etc... Dans de nombreux cas compliqués d'affections cardiaques ou vasculaires il n'a jamais eu de surprises désagréables quelconques pouvant être attribuées à l'administration de l'aspirine. Partant de cette idée que l'acide salicylique et ses dérivés empêchent le processus de putréfaction, l'auteur a employé l'aspirine dans un cas de diarrhée récidivante qui avait probablement sa cause dans des fermentations intestinales anormales. En trois jours le résultat a été atteint alors que les autres moyens thérapeutiques avaient échoué. Le docteur Suess résume comme suit son expérience sur l'aspirine : « L'aspirine est un excellent analgésique qui présente une grande efficacité non seulement à titre de spécifique dans les affections rhumatismales, mais surtout dans toutes les affections douloureuses déterminées par des proliférations néoplasiques. Le goût du médicament est presque agréable, les troubles stomacaux, les symptômes auriculaires sont rares, jamais on n'observe de troubles sérieux. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 9 AU 14 MARS 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 9 MARS, à une heure. — Médecine opératoire (nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Mauclaire et Cunéo.

3e (oral, 2e partie), *Salle Richet* : MM. Blanchard, Brissaud et Roger; — (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Thouret* (1re série) : MM. Pinard, Rémy et Reclus; — *Salle Vulpian* (2e série) : MM. Tuffier, Wallich et Rieffel; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirugie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Legueu; — (2e série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Hayem, Bezançon et Legry; — M. Desgrez, suppléant.

MARDI 10 MARS, à une heure. — Médecine opératoire (nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Thiéry et Faure.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Vulpian* (1re série) : MM. Le Dentu, Launois et Demelin; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Guyon, Budin et Rieffel; — *Salle Pasteur* (3e série) : MM. Pozzi, Poirier et Bonnaire.

4e, *Salle Thouret* : MM. Proust, Thoinot et Chassevant; — M. Gouget, suppléant.

MERCREDI 11 MARS, à une heure. — Médecine opératoire (ancien régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Walther et Mauclaire.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Pinard, Legueu et Cunéo; — *Salle Charcot* : MM. Kirmisson, Rémy et Potocki; — M. Widal, suppléant.

JEUDI 12 MARS, à une heure. — Médecine opératoire (nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Poirier et Schwartz.

3e (oral, 2e, partie), *Salle Pasteur* : MM. Dieulafoy, Rénon et Guiart.

4e, *Salle Richet* : MM. Pouchet, Wurtz et Vaquez; — M. Rémy, suppléant.

VENDREDI 13 MARS, à une heure. — Médecine opératoire (ancien régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Legueu.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Terrier, Wallich et Cunéo; — (ancien régime), *Salle Corvisart* : MM. Kirmisson, Lepage et Gosset; — M. Thoinot, suppléant.

SAMEDI 14 MARS, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chassevant et Méry.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Poirier, Marion et Potocki; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, Achard et Vaquez; — (2e série, ancien régime) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Dupré; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Guiart, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Martin, conseiller général de la Haute-Marne, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Guerre. — Reçoivent les affectations suivantes :

Médecins-majors de deuxième classe. — Au 8e d'infanterie coloniale, M. Augier; au 24e d'infanterie coloniale, M. Pannetier.

Médecins aides-majors de première classe. — Au 4e d'infanterie coloniale, M. Cavazza; au 7e d'infanterie coloniale, M. Creigneu; au 24e d'infanterie coloniale, M. Grosfillez; au 5e d'infanterie coloniale, M. Braud.

POSTES MÉDICAUX

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 27. — JEUDI 5 MARS 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 5 MARS 1903. — N° 27.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA RANULE PÉTRIFIÉE
(GRENOUILLETTE CALCULEUSE)

Par M. le docteur P. COULHON (de Montluçon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les calculs produits par la salive de la glande sous-maxillaire peuvent affecter des sièges différents par rapport à l'organe et à son canal excréteur.

On les rencontre parfois dans le corps même de la glande au milieu des acini. On les rencontre aussi à l'embouchure de son canal, à l'ostium ombilicale, tel le cas cité par le professeur Duplay.

Mais leur siège le plus fréquent est l'intérieur même du canal de Wharton, dans sa partie moyenne.

Leur forme, leur situation, leur direction oblique, leur volume même leur donnent une ressemblance frappante avec la grenouillette. Aussi les anciens les ont-ils confondus avec cette affection, et n'en reconnaissant ni la nature ni l'origine, ils les ont désignés, en raison de leur consistance, sous le vocable suggestif de *ranule pétrifiée*.

Les calculs du canal de Wharton ne se présentent pas toujours à l'observateur avec le même appareil symptomatique. Des différences sensibles peuvent être signalées, tenant à des causes multiples, mais se rattachant surtout à leur surface plus ou moins polie. Ces différences sont dans certains cas tellement tranchées qu'on peut admettre et décrire plusieurs variétés ou plutôt plusieurs formes cliniques de cette maladie calculeuse.

Dans une première forme, la plus commune, la *forme ordinaire*, le calcul naît, se développe, grossit sans provoquer autour de lui le moindre phénomène inflammatoire. Une sensation de gêne plus ou moins prononcée le fait seule sentir et s'accentue particulièrement au moment des repas, pendant la mastication. De temps à autre, sous l'influence de causes variées, un coup de froid, un mauvais état des voies digestives, la mastication prolongée surtout, cette gêne devient une véritable douleur. Cette souffrance, provenant d'une irritation des parties voisines et peut-être, comme on l'a dit, d'une contraction des fibres musculaires du canal de Wharton (colique salivaire), dure un quart d'heure, une demi-heure pour revenir à la première occasion, aux repas surtout.

Les choses vont ainsi pendant des semaines, des mois, des années, jusqu'à ce que, sous la pression excentrique exercée par la concrétion saline grossissant, les parois du canal se distendent, s'amincissent, s'usent progressivement et finissent par se perforer en un point limité de la cloison qui sépare le canal de la cavité buccale.

La perforation s'élargit et le canal apparaît blanc et lisse, pareil à une pointe d'abcès mur et prêt à percer. Le contact des aliments éveille alors la sensibilité; la mastication devient tout le temps douloureuse et difficile. Les aliments consistants, durs, les boissons chaudes occasionnent une vive souffrance.

Si le chirurgien n'est pas appelé à intervenir, cela dure cinq, six, huit jours, plus ou moins. Après quoi le calcul est rejeté et la solution de continuité de la muqueuse buccale est rapidement cicatrisée.

Dans une seconde forme, la *forme latente*, il y a absence complète de signes révélateurs. Le sujet n'a pas conscience de la pierre qu'il porte sous la langue. Il n'y a ni symptômes objectifs, ni symptômes subjectifs. Le calcul peut atteindre dans ces conditions un volume relativement considérable. Puis un beau jour, au milieu d'un repas, pendant un acte vigoureux de mastication, il fait subitement effraction, s'échappe de son nid et tombe dans la cavité buccale. Le malade — si toutefois on peut employer ce terme — sentant un corps dur entre ses dents, fait un mouvement d'expuition et rejette un caillou dont il ne peut s'expliquer ni la nature ni l'origine. Il prend le corps étranger pour une dent ou un morceau d'os. Il suffit de l'examen du corps du délit par l'homme de l'art pour établir le diagnostic.

Dans une troisième forme, la *forme inflammatoire*, que l'on doit considérer comme une période de l'évolution du calcul, mais qui n'en est pas moins une variété clinique puisque le médecin est toujours appelé et ne l'est même le plus souvent qu'à ce moment, la concrétion calcaire donne lieu à des phénomènes aigus inflammatoires. La douleur est vive,

la muqueuse buccale est rouge, gonflée; le plancher de la bouche est sensible et tuméfié. L'inflammation gagnant l'isthme du gosier et le pharynx, il y a des troubles dans la déglutition et dans la prononciation. De deux choses l'une alors : ou la bouche peut s'ouvrir et permettre l'examen de la tumeur calculeuse et le praticien est fixé ; ou il se fait, par action réflexe, un resserrement de la mâchoire; la bouche reste close et le diagnostic est absolument impossible. Dans ce cas, on traite le malade pour une stomatite ou une angine aiguë, et ce diagnostic est d'autant plus plausible que les accidents locaux s'accompagnent d'un état général avec appareil fébrile plus ou moins intense et prolongé. C'est bien à une stomatite ou à une angine aiguë que l'on a affaire, seulement l'inflammation est symptomatique et due au corps étranger, qui joue le rôle d'épine irritative.

Cet état dure plusieurs jours, puis la pierre use, ulcère les parois de la poche qui le renferme et tombe dans la bouche d'où elle est rejetée avec une certaine quantité de salive.

Les phénomènes morbides cèdent comme par enchantement et le malade est guéri.

Dans d'autres circonstances, l'inflammation est plus violente, elle gagne le cou et produit un phlegmon. L'articulation des sons n'est pas seulement compromise; la respiration s'embarrasse elle-même et la question de la trachéotomie se pose. Le fait est rarissime. On a vu parfois aussi de la suppuration et des fistules consécutives.

Dans une quatrième forme que j'appellerai *pseudo-néoplasique*, la ranule pétrifiée peut être prise pour une tumeur de mauvaise nature. La présence du calcul irrite sourdement les tissus voisins, les tuméfie, les transforme, leur enlève leur consistance, leur couleur, leur forme naturelle, en un mot les désorganise. Il se forme une tumeur fongueuse, saignante, que l'on a prise pour un cancer. Bien que cette forme soit très rare, il faut la connaître, car elle peut induire en erreur le chirurgien le plus éclairé, et cette erreur est préjudiciable au malade en ce sens que la maladie durera très longtemps, inspirera des craintes vives et causera des douleurs prolongées, quand il suffirait d'une opération bénigne pour mettre un terme à toutes ces souffrances.

Les quatre formes cliniques types que je viens d'énumérer, sont réalisées dans les quatre faits suivants :

En juin 1896, un homme de cinquante ans, ouvrier d'usine, le nommé M..., se présente à ma consultation. Il me raconte que, depuis douze ans environ, il s'est développé insensiblement dans sa bouche une grosseur dure. D'abord du volume d'un petit pois, elle a progressivement augmenté de volume. Au moment de l'examen, la tumeur est du volume d'une amande. Elle siège à droite du frein de la langue; elle est oblique en avant et en dedans, et présente une couleur gris rougeâtre dans toute son étendue. Elle donne immédiatement l'idée d'une grenouillette. La partie la plus saillante est en un point d'un blanc de craie et en la touchant avec un stylet métallique, on éprouve une résistance et une dureté pierreuse.

La mastication est possible, mais le contact des aliments solides et des liquides chauds est très douloureux.

Jusqu'à ce jour, il n'y a pas eu de souffrances, sauf quelquefois pendant la mastication ou quand le malade était mal disposé; encore étaient-elles très supportables.

Je rassure le malade qui était inquiet et je lui propose une opération, lui disant que c'était une concrétion calcaire et que l'extraction en serait facile. Il refuse et revient une huitaine de jours après m'apporter son calcul (n° 1) qui pesait près de 4 grammes (3g80).

Dans le même mois de juin 1896, un homme D..., âgé de trente-cinq ans (de Sainte-Angèle), vient m'apporter un corps étranger qui lui est tombé dans la bouche en mangeant une soupe aux choux et au salé. Il crut d'abord que c'était une dent, mais comme il avait toutes ses dents, il pensa que c'était un morceau d'os de porc. Pour se rendre compte, il prit son couteau et essaya de couper le corps étranger; mais ce fut impossible. Il fit, en appuyant fortement, une brèche que l'on peut voir sur le calcul (n° 2), mais ce fut tout. Intrigué par ce fait anormal, il vint m'apporter le corps du délit, me demander des explications que je lui donnai et le nom de la maladie, qu'il tenait à savoir. Il fut content d'apprendre qu'il avait eu un calcul salivaire.

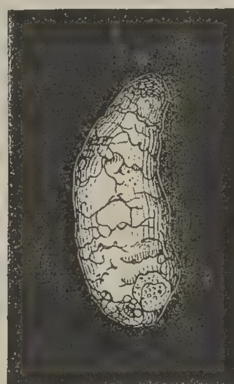

Fig. 1.


Fig. 2.

Le 20 juin 1896, je suis appelé auprès de Mme R..., pour une maladie inflammatoire de la bouche. Cette jeune femme, âgée de vingt-deux ans, est atteinte depuis trois jours d'une douleur vive au-dessous de la langue du côté droit e dans le fond de la gorge. Elle ne peut rien mâcher tellement la douleur est grande pendant la mastication, et elle souffre vivement de la gorge, même quand elle veut avaler sa salive. Elle a la peau sèche, brûlante, de la fièvre et de l'insomnie.

J'examine la gorge; elle est rouge et enflammée; la langue est couverte d'un épais enduit saburral, et au-dessous la muqueuse tuméfiée est d'une sensibilité telle que la malade se refuse à l'exploration. Je prescris un gargarisme émollient et sédatif et un purgatif léger.

Le surlendemain 22 juin, je revois la malade. L'état n'est guère changé; les douleurs sont un peu apaisées; mais l'exploration de la bouche est impossible; il y a un resserrement spasmodique des mâchoires.

Comme toute intervention est impossible, je fais continuer les moyens employés, je conseille une mentonnière doublée d'ouate et je prends congé de la malade.

Le 30 juin, nouvelle visite, je trouve la jeune femme guérie.

La veille, en se gargarisant, elle a senti un corps dur lui tomber dans la bouche. Elle croyait d'abord que c'était une molaire qui s'était détachée du maxillaire; mais en rejetant le corps étranger, elle avait été étonnée de voir tout autre chose qu'une dent, c'était une espèce de petite pierre, longue et mince, couverte d'aspérités, ressemblant à une petite chenille blanche.

Elle me remit l'objet, c'était un calcul salivaire du poids de 0g13 (fig. 3).

Dans le courant de l'année 1896, un des praticiens les plus distingués de la province, M. le docteur Fr. Hue, professeur

à la faculté de médecine de Rouen, présentait, à la Société de médecine de cette ville, un calcul qu'il avait extrait à un homme de soixante-six ans. Ce calcul avait mis dix ans à se développer. Dans le début, il n'y avait qu'un gonflement de la glande sous-maxillaire. Plus tard on constatait un empâtement au niveau du canal de Wharton.

Dix années s'écoulent. Le malade revient trouver M. le professeur Hue, qui constate une tumeur du plancher de la bouche, dure au toucher, très fongueuse et saignant dans sa partie culminante. Il pense immédiatement à un épithélioma et prescrit de l'iodure de potassium.

Les fongosités, au lieu de diminuer, augmentèrent. Elles occupaient toute la surface de la tuméfaction.

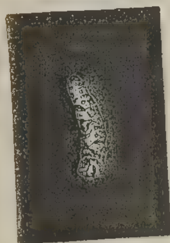

Fig. 3.


Fig. 4.

Il allait porter, dit-il dans sa communication à la Société de médecine (1), un pronostic des plus sombres, quand le malade attira son attention sur une sensation qu'il éprouvait depuis quelques jours. Il lui semblait que ses dents du haut rencontraient parfois comme une pierre dure. Il explora la tumeur avec un instrument métallique et perçut un corps solide donnant le choc de la pierre. Séance tenante il en fit l'extraction avec une pince hémostatique, et le malade fut guéri.

Le poids du calcul à l'état frais était 5gr50, sa longueur était de 4 centimètres, sa largeur de 2 centimètres, son épaisseur 1 centimètre (fig. 4).

Il y a nombre d'années, à l'époque lointaine où j'allais chaque matin ceindre le tablier dans le service du professeur Velpeau, il me souvient d'avoir entendu notre illustre maître faire une réflexion qui est restée profondément gravée dans mon esprit.

On arrivait à la fin de l'année. Depuis longtemps il n'avait pas paru de calculs de la vessie dans les salles.

Successivement, presque coup sur coup, en une quinzaine de jours au plus, il s'en présente trois. C'était une heureuse chance.

Ces trois calculeux eurent des fortunes diverses.

L'un d'eux fut opéré et guérit rapidement. Le second fut longtemps en proie à des accidents néphrocystiques. Il guérit aussi. Le troisième succombait peu de temps après son entrée à des phénomènes d'urémie comateuse. A son autopsie, on trouva la vessie littéralement pleine de calculs blancs, dont six à huit avaient un volume relativement considérable.

(1) M. le docteur Hue a bien voulu m'envoyer la photographie de son calcul, en même temps que le *Bulletin de la Société de Rouen*, pour qu'elle figure dans ce travail. Je lui dois et lui adresse mes vifs remerciements.

En étalant à nos yeux émerveillés le contenu étonnant de cette vessie unique sur la table de l'amphithéâtre, le professeur Velpeau disait qu'il n'avait jamais rien vu de pareil et il appelait l'attention de son auditoire sur l'admission presque simultanée des trois calculeux, dans son service.

« Plus tard, ajoutait-il, dans votre carrière professionnelle, vous ferez probablement une remarque qu'il m'a été donné de faire bien souvent. Vous pourrez rester longtemps, très longtemps, sans rencontrer certaines maladies. Puis, tout d'un coup, il s'en présentera plusieurs fois de suite ou simultanément à votre observation. On peut établir ce phénomène comme une loi. C'est ce que l'on pourrait appeler la loi des séries. Ce que vous avez pu constater pour nos trois calculeux, vous le constaterez certainement pour d'autres maladies. »

Cette observation est l'expression exacte de la vérité. Il est bien peu de praticiens, ayant fait pendant quelques années de la médecine militante, qui n'aient eu l'occasion d'en vérifier l'exactitude, tout en en ignorant la cause et la raison d'être. Dans le courant d'une pratique médicale qui atteindra bientôt un demi-siècle en comptant les années d'études, il m'a été donné d'observer trois cas de rage humaine dans le même trimestre. Je n'en avais pas vu avant, je n'en ai plus vu depuis.

A quelques semaines de distance, trois cas de rupture de l'urètre me tombent sous les yeux.

Dans la même quinzaine, j'observe deux cas de grossesses extra-utérines des plus curieuses. Je n'en ai plus revu depuis plus de vingt ans. Les trois cas de calculs salivaires, dont on vient de lire la relation, sont un exemple remarquable de cette loi des séries. Ils se sont présentés dans l'espace d'un à deux mois. Près de quarante années de ma carrière s'étaient écoulées sans que j'en aie observé un seul. Depuis leur apparition, je n'en ai plus rencontré.

Il me reste à attirer l'attention du lecteur sur quelques particularités relatives à l'étiologie, à la symptomatologie, au pronostic, au diagnostic et au traitement de ces calculs.

Les quatre calculeux dépassaient la vingtième année. Closmadeuc a noté dans sa thèse qu'on n'avait jamais vu de calcul salivaire avant vingt ans. C'est la règle, il y a quelques exceptions connues.

L'appareil symptomatique a été influencé, comme on l'a vu, non pas par le volume de la concrétion calcaire, mais par l'état plus ou moins rugueux de sa surface. Le plus petit calcul a donné lieu aux plus gros symptômes (n° 3) parce qu'il était rugueux, les autres étaient presque lisses; il y avait eu des phénomènes inflammatoires, de la fièvre, et un état général. Hervez de Chégoin a cité un cas semblable.

Le pronostic a été bénin, même dans le cas le plus compliqué; l'ablation du calcul n° 4 a fait disparaître des symptômes qui paraissaient menaçants.

Le diagnostic, d'ordinaire facile, est dans certains cas absolument impossible; s'il y a spasme des mâchoires, on peut par la palpation du plancher de la bouche en dessous sentir une induration ou un empâtement. Mais il faut y penser. Dans un cas de Moissenet on diagnostiqua : adénite scrofuleuse. Dans un autre cas, où il y avait des douleurs vives, on pensa à une périostite du maxillaire. Dans le cas du docteur Hue, on crut à un épithélioma. F. Terrier et Kappeler ont cité chacun un cas de calcul, pris également pour une tumeur néoplasique. Ces faits fournissent une indication que l'on peut formuler ainsi : en cas de tumeur de la région de la glande sous-maxillaire et de son conduit,

la tumeur eût-elle l'apparence d'un néoplasme, il faut penser aux calculs salivaires et pratiquer une acupuncture exploratrice.

Quel est le traitement à suivre dans les cas de calculs du canal de Wharton? On a vu, par les observations que l'on vient de lire, que dans un cas le sujet a refusé l'opération; dans un autre il n'y a eu aucune intervention possible, le calcul s'étant échappé lui-même de sa loge, comme certains fruits s'échappent de leurs capsules déhiscentes; dans le troisième, il n'y a eu de possible qu'un traitement palliatif; dans le quatrième cas, seul, le praticien est intervenu par une incision libératrice. C'est en effet, quand il est possible et accepté, le seul moyen que l'on puisse recommander dans une affection de cette nature.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(3 mars 1903)

Il n'a pas été question d'alcool, ni d'essences, dans cette séance. Elle a été occupée tout entière par deux communications fort intéressantes : M. Lannelongue a entretenu l'Académie de faits très curieux qui ne tendent à rien moins qu'à prouver que la maladie de Paget serait une hérédo-syphilis. Laissons la parole à M. Lannelongue, qui intitule ainsi son travail : **Note sur la syphilis osseuse héréditaire chez les nouveau-nés (maladie de Parrot), chez les enfants et les adolescents, chez les adultes et les vieillards (maladie de Paget).**

La syphilis osseuse héréditaire, nous dit M. Lannelongue, revêt, aux divers âges de la vie, des caractères spéciaux, différents de ceux de la syphilis directement contractée.

Chez les nouveau-nés elle produit des lésions surtout au crâne et aux os longs des membres (maladie de Parrot).

Le type des puéri-adolescents, décrit en 1881, par M. Lannelongue, comprend les déformations caractéristiques aux os longs. Les tibias s'incurvent en avant et en dehors; les fémurs pareillement. Les avant-bras sont convexes en arrière. Le crâne est bossué, asymétrique. Les incurvations des os proviennent de néoformations osseuses et non d'un ramollissement suivi d'inflexion comme on le croyait. On reproduit les tibias les plus déformés de la maladie de Paget en mettant du mastic à mouler sur un tibia normal.

La maladie de Paget, c'est-à-dire des adultes de cinquante ans en moyenne, amène les mêmes déformations précédentes : les mêmes os sont pris et en nombre pareil; les altérations y sont identiques. Le début s'annonce aux deux âges par des douleurs et des hyperostoses; l'évolution est lente et sans troubler la santé générale dans les deux cas. On voit l'identité des deux formes pathologiques qu'un lien de continuité rend plus évidente en suivant les faits d'un âge à un autre.

La maladie de Paget, dont on ignore la cause, serait donc une hérédo-syphilis.

Comme les puéri-adolescents hérédo-syphilitiques ignorent leur état et que, devenus adultes, ils sont exposés à des accidents graves et trompeurs, évitables par un traitement inoffensif, M. Lannelongue prie l'Académie de se prononcer sur la question de savoir s'il ne conviendrait pas de les informer de la nature de leur maladie, sauf à leur en laisser ignorer l'origine. Il se croit, lui, dans l'obligation d'avertir les parents, ou d'informer les sujets adolescents à défaut des parents.

Le travail de M. Lannelongue est aussitôt devenu le point de départ d'une discussion qui se continuera dans la prochaine séance ; M. Lancereaux a d'abord fait observer que, si on examine certains ossements des catacombes de Paris, ossements provenant d'un ancien cimetière de lépreux, on reconnaît sur ces ossements, en particulier sur certains crânes, des altérations nettement syphilitiques. Il a pu faire la même observation dans un ossuaire de Genève. Il ajoute que dans la syphilis acquise les lésions sont généralement circonscrites, tandis qu'elles sont diffuses, au contraire, dans l'hérédo-syphilis. Quant à la maladie de Paget, M. Lancereaux croit que c'est aller un peu loin que de la considérer toujours comme d'origine syphilitique.

A l'appui de cette manière de voir sur la maladie de Paget, M. Robin rappelle que la constitution chimique des os, dans cette maladie, est toute différente de la constitution chimique des os syphilitiques.

M. Lannelongue répond à MM. Lancereaux et Robin que dans les cas dont il a parlé, l'efficacité très rapide des injections sous-cutanées d'huile grise et de l'emploi de l'iodure ne pouvait laisser aucun doute sur la nature syphilitique de l'affection. Il ajoute qu'au point de vue de l'anatomie pathologique macroscopique et de l'histologie, les mêmes altérations sont identiques dans les deux cas, syphilis osseuse et maladie de Paget.

M. Cornil dit que le traitement ne peut agir que contre les lésions osseuses récentes.

M. Berger pose à l'Académie cette question : il y a dix-huit mois, il est consulté par une vieille dame qui présente tous les signes caractéristiques d'une maladie de Paget. Son fils âgé de trente ans présente à son tour, sur ses deux tibias, des altérations semblables à celles que présente sa mère. Est-ce là simplement la maladie de Paget ou de l'hérédo-syphilis? Telle est la question posée par M. Berger, question à laquelle M. Fournier a fait une réponse que nous n'avons malheureusement pas entendue.

M. Chauffard a observé un cas très net d'hérédité de la maladie de Paget. Mère et fille présentent les mêmes altérations osseuses typiques et très nettes.

M. Lannelongue fait observer que cette hérédité serait déjà une porte ouverte à l'hérédo-syphilis.

Cette discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

Arrivons à la communication sensationnelle de M. Budin : dans certains départements du nord de la France, la **mortalité infantile** a considérablement augmenté. Pourquoi? Parce que des compagnies d'assurances belges assurent contre la mort d'enfants nouveau-nés ou de jeunes enfants, c'est-à-dire donnent une prime aux parents dont les enfants meurent en bas âge. Depuis que fonctionnent ces assurances, plusieurs médecins avaient remarqué qu'ils étaient appelés, non pour soigner les enfants, mais pour constater leur décès, sur la prière des parents plutôt joyeux et expliquant qu'ils avaient besoin d'un certificat de décès de leur enfant pour toucher leur prime d'assurance.

Tel est, en deux mots, l'exposé des faits signalés par M. Budin.

A la suite de cette communication, l'Académie de médecine vote à l'unanimité le vœu suivant proposé par M. Budin :

« L'Académie de médecine signale à M. le ministre de l'Intérieur, président du Conseil, les assurances sur le dé-

cès des enfants faites dans le département du Nord par des compagnies étrangères et appelle, sur ces faits, la vigilance du gouvernement. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(25 février 1903)

Dans la dernière séance, M. Quénu a appelé l'attention de ses collègues sur un nouveau procédé qu'il propose pour le **traitement des fractures de la rotule.** M. Quénu a fait un certain nombre d'expériences cadavériques sur les résultats comparés de la suture et du cerclage, d'où il résulte que la suture assure une réunion plus solide que le cerclage. Mais la suture longitudinale des deux fragments rotuliens n'est pas toujours facile en raison de la différence de volume de ces fragments, ou de leur multiplicité. Pour parer à cet inconvénient, M. Quénu propose de faire cette suture transversalement, c'est-à-dire de passer un fil d'argent à travers le fragment supérieur d'un côté à l'autre et de passer le même fil au-dessous du fragment inférieur. C'est, on le voit, une combinaison de la suture et du cerclage. M. Quénu n'a pas encore employé ce procédé sur le vivant, mais il se propose de le faire à la première occasion.

Cette communication est devenue le point de départ d'une discussion qui a occupé toute cette séance.

M. Lejars trouve intéressant ce procédé cadavérique de réunion rotulienne et il est tout prêt à l'employer sur le vivant, mais il choisirait son cas. Toutefois, les arguments invoqués en faveur de ce procédé par M. Quénu ne paraissent pas absolument probants à M. Lejars. Les expériences faites par M. Quénu sur le cadavre et qui reposent sur une question de poids plus ou moins lourd qu'il fait supporter au membre dont la rotule, préalablement fracturée, est ainsi suturée, ne semblent pas de nature à permettre de juger la valeur de cette suture transversale. La question cadavérique ne présente ici qu'un intérêt secondaire.

M. Lejars est nettement partisan du cerclage sans, pour cela, repousser tout à fait la suture. Les raisons qui ont poussé M. Lejars à suivre M. Berger dans cette pratique du cerclage, sont les suivantes : 1° le cerclage est plus simple ; 2° les résultats du cerclage sont égaux à ceux de la suture ; 3° le cerclage est seul applicable dans certaines formes de fractures. Mais pour qu'il donne de bons résultats, il faut que le fil passe dans l'intérieur du tendon rotulien, le plus près possible de sa face antérieure, de façon à ne pas laisser bâiller les fragments ; il faut, en outre, qu'il soit passé exactement au niveau de la base de la rotule ; il faut qu'il encadre exactement ses bords. Ainsi pratiqué, le cerclage est un procédé simple, facile et d'une parfaite efficacité. Les malades ainsi traités peuvent se lever du dixième au quinzième jour. Les fractures comminutives, les fractures avec un grand fragment supérieur et un très petit fragment inférieur sont essentiellement tributaires du cerclage et ne peuvent même être traitées que par ce procédé. On peut enlever l'appareil plâtré le dixième jour. M. Lejars cite l'exemple d'un homme de soixante-quatre ans qui se fractura la rotule dans une chute de bicyclette, qui fut ainsi traité et qui guérit assez bien pour pouvoir remonter à bicyclette. Il cite aussi l'exemple d'une fracture en mosaïque, c'est-à-dire avec de nombreux fragments, qui guérit aussi très bien par le cerclage alors que la suture eût été impossible.

Pour M. Lejars, le traitement des fractures rotuliennes n'est pas seulement une question de réunion, c'est aussi et surtout une question de mobilisation précoce et de massage, ainsi que nous l'a appris M. Lucas-Championnière.

M. Berger ne fait aucune objection au procédé proposé par M. Quénu. Il est en effet assez logique, dans certains cas, de remplacer la suture longitudinale par la suture transversale. Mais il est des cas dans lesquels toute suture est impossible, soit à cause de la petitesse de l'un des fragments, soit à cause de la nature comminutive de la fracture. C'est pour ces cas que M. Berger a proposé le cerclage comme étant une simplification de la suture.

M. Berger croit que c'est une erreur de faire lever les malades trop tôt.

Il faut aussi reconnaître, dit-il, que la suture et même le cerclage peuvent donner lieu à des complications graves ; tuméfaction, hématomes suppurés, arthrites suppurées, ankyloses ; il y en a des exemples. En l'espace de quelques mois, M. Berger a eu connaissance de trois accidents graves, dont l'un s'est terminé par l'ankylose du genou et les deux autres par l'amputation de la cuisse. C'est pourquoi M. Berger est revenu, en partie, aux anciens procédés d'immobilisation et de réunion par des bandelettes de diachylon. Il est d'avis qu'on ne doit pas abandonner complètement ces anciens moyens de réunion rotulienne. Les chirurgiens doivent bien savoir qu'ils risquent parfois d'encourir de bien graves responsabilités, si, après une suture ou un cerclage, vient à se produire un de ces accidents.

Les conseils de M. Berger sont sans doute très sages ; mais seront-ils suivis? Les sutures osseuses, et surtout la suture de la rotule sont devenues, nous semble-t-il, des opérations de chirurgie courante, et il ne faut rien moins que la grande autorité de M. Berger pour décider quelques chirurgiens à abandonner ou tout au moins à employer moins souvent une opération qui, généralement, est assez facile et donne de bons résultats. Du reste, M. Berger n'est pas seul de cet avis.

M. Schwartz partage la même opinion sur les dangers toujours possibles de l'ouverture d'une articulation. Il estime qu'il ne faut pas pratiquer cette ouverture quand on ne peut pas être sûr d'une asepsie absolument parfaite. Il a eu, quant à lui, à déplorer ces accidents assez graves dans les conditions suivantes : il s'agissait d'un mégissier qui, du reste, était aussi sale qu'un mégissier peut l'être. Malgré toutes les précautions qui furent prises, bains répétés, savonnage, lavage à l'alcool, au permanganate, au sublimé, le genou de cet homme qui fut ouvert et dont la rotule fracturée fut suturée, devint le siège d'une suppuration secondaire qui se termina par une ankylose, laquelle, heureusement, finit par s'améliorer avec le temps. Aussi quand M. Schwartz n'est pas sûr d'une asepsie parfaite, il s'abstient de faire la suture ou le cerclage.

Quant au procédé de M. Quénu, M. Schwartz craindrait un peu les effets de cette perforation transversale de la rotule. Il préfère placer deux fils angulairement. Il ne serait pas tout à fait rassuré sur l'avenir de la suture proposée par M. Quénu. M. Schwartz considère le cerclage comme une très bonne opération, mais il y joint toujours la suture des ailerons de la rotule et des tissus périostiques périrotuliens. Quand les fragments sont inégaux, le cerclage est bien certainement préférable à la suture. M. Schwartz ne mobilise ses malades que vers le vingt-cinquième jour, pour être plus sûr d'éviter le bâillement des fragments rotuliens ou leur désunion. En résumé, il considère la suture et le cer-

clage de la rotule comme d'excellentes opérations, à condition qu'on ne les pratique que dans des conditions d'asepsie parfaite et qu'on ne mobilise les opérés que vers le vingt ou le vingt-cinquième jour.

M. Reynier trouve intéressantes les expériences de M. Quénu, mais il ne croit pas qu'elles puissent avoir aucune application pratique. D'ailleurs, dit-il, que l'on passe un fil d'argent ou de platine en long, en travers ou autour de la rotule, c'est toujours un corps étranger qu'on laisse dans l'articulation. Aussi M. Reynier n'emploie plus ces fils. Ce qui importe à ses yeux, c'est l'intégrité des ailerons de la rotule.

Voici le procédé qu'emploie M. Reynier : il met directement à nu le tendon, fait un nettoyage soigné de la plaie et ferme par une suture en surjet au catgut. Les fragments rotuliens se rapprochent d'eux-mêmes et restent rapprochés. Il passe aussi deux gros fils de catgut dans les fragments rotuliens. Les malades sont laissés au repos vingt à vingt-cinq jours ; on ne fait des mouvements de flexion de l'articulation qu'à partir du vingt-cinquième jour. Il est inutile de faire marcher les malades vers le dixième ou douzième jour. En les laissant plus longtemps immobiles, ils n'en marchent que mieux par la suite.

M. Nimier a traité, en 1899, deux cas de fracture de la rotule par un procédé exactement semblable à celui que vient de proposer M. Quénu.

M. Championnière ne trouve pas pratique le procédé préconisé par M. Quénu. En matière de suture de la rotule, la qualité de la substance employée est très importante. M. Championnière met deux gros fils d'argent parallèles. Lister n'employait qu'un seul gros fil médian.

Le point capital, pour M. Championnère, est l'ouverture large de l'articulation. Il a fait 68 fois la suture de la rotule sans jamais avoir eu un accident. Mais il a recours toujours à l'emploi de l'acide phénique pour laver l'articulation. L'asepsie ne suffit pas pour lui ; il prétend que, pour la chirurgie articulaire, il faut conserver l'antisepsie. Il est aussi partisan de la mobilisation précoce, surtout chez les vieux. Depuis la loi sur les accidents de travail, les malades ouvriers ne veulent plus se laisser mobiliser, puisqu'il faut qu'une fracture de la rotule leur rapporte deux ou trois mois d'incapacité de travail. Aussi les malades ne veulent plus bouger, alors qu'autrefois ils n'étaient jamais guéris trop tôt.

M. Championnière est pour les mouvements précoces, mais non exagérés. Il ne fait pas de massage ; celui-ci n'est indiqué que dans les cas d'atrophie musculaire. Pour M. Championnière, l'immobilisation prolongée est une méthode détestable.

Quant à la suture de la rotule, il est bien entendu qu'elle est interdite à ceux qui ne sont pas sûrs de leur antisepsie. Pour ce qui est du mode de réunion des ailerons, il faut, en effet, les réunir, mais pas trop, afin que s'il se produit un peu de liquide, il puisse facilement s'écouler par le tube à drainage.

On a dit que les fils d'argent avaient des inconvénients ; M. Championnière ne le croit pas. Sur 68 cas, il n'a jamais constaté le moindre accident.

A défaut de la suture, que M. Championnière regarde comme le traitement de choix des fractures rotuliennes, il aurait recours au massage dans les cas où, pour une raison quelconque, la suture serait impossible. Donc suture ou massage, mais jamais l'immobilisation prolongée.

Au cours de cette séance, la Société de chirurgie a élu M. Tuffier secrétaire annuel.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Maladie de Little développée consécutivement à la coqueluche. (*Scottish med. Journ.*, 1903, n° 1, p. 39.) — M. W. FOGGIE publie l'observation d'une fillette de deux ans et demi qui présente des phénomènes de rigidité généralisée et de la difficulté à marcher. Bien portante jusqu'à l'âge de six mois, elle eut, à cette époque, la coqueluche. A la suite d'une quinte violente, elle fut prise de convulsions et tomba dans un état comateux qui dura deux semaines. Quand elle sortit de cette période, on put se rendre compte de l'apathie mentale, de l'affaiblissement musculaire et de la rigidité des membres. La guérison s'effectua lentement; la rigidité se relâcha légèrement et l'expression de stupidité du visage s'atténua dans une certaine mesure.

Actuellement, la taille de l'enfant est au-dessous de la moyenne ; la tête est volumineuse, la fontanelle antérieure largement béante. Elle est incapable de se tenir debout et même de se traîner à terre ; elle n'articule que quelques mots élémentaires. Les membres supérieurs sont en extension : sous l'influence d'un effort volontaire, celle-ci s'accentue, les doigts se ferment sur les pouces et les bras se mettent en pronation forcée. La rigidité est moins marquée au niveau des membres inférieurs ; ici, comme au bras, le côté gauche est le moins atteint. Les jambes sont également en extension et les pieds se mettent en varus équin si on tente de faire marcher l'enfant. Les réflexes sont exagérés, mais il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Le réflexe du gros orteil se fait en extension.

Il s'agit donc d'un exemple typique de la rigidité généralisée qui représente une des variétés cliniques de la maladie de Little. Les autres formes, d'après Collier, sont constituées par la rigidité paraplégique, l'athétose bilatérale, la diplégie choréique, ces diverses modalités admettant nombre de types intermédiaires. La plupart des cas sont d'origine congénitale, mais dans quelques circonstances, ils surviennent après une infection telle que la scarlatine, la rougeole, et plus rarement, la coqueluche. Bernhardt, Vorgas entre autres, ont cité des observations où, comme chez le malade de Foggie, la diplégie spasmodique était consécutive à la coqueluche. A. HOUSQUAINS.

Sur le diagnostic et la pathogénie des myélites aiguës. (MORATOFF. *Revue de méd.*, janv. 1903, p. 40.) — Dans un premier cas, il s'agit d'une malade qui présenta une paralysie ascendante ayant évolué en sept jours ; à l'autopsie, névrite parenchymateuse aiguë des nerfs périphériques, pas de lésions des cellules des cornes antérieures de la moelle, mais altération considérable des fibres myéliniques de la moelle, d'où le titre de myélite parenchymateuse aiguë, sous lequel il décrit ce cas.

Dans un second cas diagnostiqué polyencéphalomyélite aiguë, l'on trouva à l'autopsie des thrombo-phlébites, des varices de la pie-mère spinale et des foyers de ramollissement médullaire.

L'auteur propose de classer les myélites aiguës en :

1° Myélites hémorragiques aiguës en foyer;

2° Myélites interstitielles aiguës;

3° Myélite parenchymateuse aiguë ascendante et descendante. P. RAVAUT.

Les nerfs articulomoteurs des membres. (GRASSET. *Revue de méd.*, fév. 1903, p. 81.) — Dans cette étude basée sur des constatations anatomiques et cliniques, M. Grasset montre

que chaque mouvement simple d'une articulation (flexion, extension) a un centre cortical et que les nerfs corticaux des membres sont, non les anciens nerfs anatomiques, mais des nerfs dits *articulomoteurs*.

Il analyse complètement les travaux de Wernicke, de Mann, de Flechsig, etc., qui avaient déjà montré que la distribution musculaire des paralysies cérébrales incomplètes se fait, non par muscle isolé, par territoire de nerf anatomique, mais par groupe musculaire périarticulaire, individualisé et unifié par le but physiologique de son fonctionnement.

P. RAVAUT.

Contribution à l'étude de la déviation du sang de la veine porte dans les cirrhoses du foie, par M. E. ARCOLEO. (*La Riforma medica*, 1903, n° 7, p. 148.) — L'auteur rapporte huit nouvelles observations de malades atteints de cirrhoses veineuses alcooliques, chez lesquels il a pratiqué l'omento-fixation, par le procédé de Pascale. Comme M. Arcoleo le reconnaît lui-même, les résultats qu'il a obtenus ne sont pas très encourageants : trois des malades sont morts peu de temps après l'opération, trois ont été légèrement améliorés, les deux derniers sont restés stationnaires.

L. LE SOURD.

Agglutination du bacille typhique et ictère, par M. G. DADDI. (*Rivista critica di clinica medica*, 1903, n° 7, p. 101.) — Certains auteurs, Grünbaum, Köhler, Eckardt entre autres ont soutenu que le sérum des ictériques pouvait acquérir, en dehors de toute action du bacille d'Eberth, la propriété d'agglutiner ce même bacille, même aux dilutions très fortes de 1/100 et 1/1000 (Eckardt).

M. Daddi a recherché le pouvoir agglutinatif du sérum de huit malades atteints d'ictères par rétention indiscutables (cancer de la tête du pancréas, lithiase biliaire, ictère catarrhal, etc.), en employant les taux de 1/20 et 1/50 pour ses dilutions. Jamais le séro-diagnostic ne fut positif. On devra donc, conclut M. Daddi, se montrer très circonspect à l'avenir, avant d'éliminer la possibilité d'une infection éberthienne chez un ictérique dont le sérum agglutine le bacille typhique.

L. LE SOURD.

Recherche du bacille tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien par la culture sur « sang gélosé », par MM. F. BEZANÇON et V. GRIFFON. (*Bull. de la Soc. de biol.*, 1903, p. 237.) — MM. Bezançon et Griffon apportent les résultats qu'ils ont obtenus par la culture du liquide céphalo-rachidien prélevé pendant la vie dans 10 cas de méningite tuberculeuse de l'adulte. Ensemencé sur « sang gélosé », le liquide a donné des colonies bacillaires dans les dix cas, qu'on ait simplement répandu quelques gouttes à la surface du milieu de culture, ou bien qu'on ait semé le culot obtenu par centrifugation de quelques centimètres cubes. L'addition de glycérine à la gélose (sang gélosé glycériné) n'est pas indispensable, mais elle favorise l'accroissement des colonies. Celles-ci peuvent déjà être visibles à l'œil nu au bout de douze à quinze jours. Examinées au microscope, elles apparaissent, après dissociation et coloration, formées de bacilles isolés ou en amas caractéristiques; inoculées au cobaye ou au lapin, elles se sont montrées très virulentes.

E. RENAUD.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la coqueluche. (*Journ. de méd. interne*, 1902, n° 5.) — M. AUSSET (de Lille) recommande dans la coqueluche :

1° D'irriguer la bouche avec de la liqueur de Labarraque en solution à 25 p. 1000; de faire dans le nez des instillations d'huile mentholée à 200 degrés; de faire évaporer dans la chambre la mixture suivante, et de placer de temps en temps l'enfant au-dessus d'elle :

Acide thymique		1 gramme.
Teinture d'eucalyptus	ãã	30 —
Teinture de benjoin		
Alcool à 95 degrés		100 —
Eau quantité suffisante pour		1 litre.

2° Contre la toux convulsive, le grindelia (supérieur au bromoforme infidèle).

Teinture de grindelia robusta (selon l'âge)	x à xx gouttes.
Sirop de belladone	5 grammes.
Looch blanc, quantité suffisante pour	90 —

A prendre dans les vingt-quatre heures.

3° Contre le catarrhe des premières voies :

Ipéca (si les mucosités sont abondantes et s'il n'y a pas fièvre); — fumigations ci-dessus mentionnées et la potion suivante, à prendre en vingt-quatre heures :

Benzoate de soude	2 grammes.
Sirop de tolu	15 —
Looch blanc, quantité suffisante pour	90 —

L. B.

Le vin de quinquina. (*Répertoire de pharm.*, n° 1, 1903.) — Rien n'est plus variable que la composition du vin de quinquina et chacun sait que, même faite avec le plus grand soin, cette préparation pharmaceutique est susceptible de produire, à mêmes doses et dans les mêmes conditions, les effets les plus différents.

Aussi M. Yvon, après s'être demandé s'il ne serait pas possible de modifier, dans le prochain codex, le procédé de préparation de manière à obtenir, d'une façon régulière, un vin plus riche en principes actifs et de composition plus constante, propose-t-il aujourd'hui la formule suivante :

Quinquina succirubra pulvérisé, non dépoudré	50 grammes.
Alcool à 60 degrés	100 —
Acide chlorhydrique à 1/10	10 —

On laisse macérer pendant six jours, en agitant de temps à autre, et l'on ajoute ensuite :

Vin de Bordeaux	1000 grammes.

M. Yvon a constaté que la quantité d'alcaloïdes dissoute n'augmente pas dans de notables proportions si l'on prolonge le contact de l'alcool acidifié avec le quinquina; un contact de vingt-quatre heures est suffisant; il en est de même pour le contact du mélange de quinquina et d'alcool acidifié avec le vin de Bordeaux.

Avec ce procédé, on peut préparer, en deux jours, un vin de quinquina renfermant régulièrement 87 p. 100 des alcaloïdes contenus dans le quinquina employé, ce qui est impossible avec le procédé du codex actuel.

Le vin obtenu est plus coloré et peut conserver sa limpidité plus facilement que le vin du codex actuel; il ne semble pas perdre son bouquet.

L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de psychiatrie (1), par le docteur ROGUES DE FURSAC.

Dans ce livre, l'auteur s'est efforcé de faire une œuvre pratiquement utile. C'est ainsi qu'il a donné une place relativement considérable à l'étude des troubles psychiques élémentaires (illusions, hallucinations, troubles de la conscience et de l'attention, etc.). Il importait en effet de fixer

(1) In-12 de 314 p., cart. à l'angl. (Collect. méd.) Prix 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

la valeur de ces symptômes constituant, par leur groupement, les affections psychiques proprement dites, et de définir des termes dont le sens exact échappe quelquefois aux médecins insuffisamment familiarisés avec la psychiatrie. Bien que demeurant sur le terrain pratique, il n'a pas cru devoir passer sous silence les explications pathogéniques qui ont été données des troubles mentaux. La plupart des théories relatives à la genèse des hallucinations, des troubles de l'émotivité, etc., sont résumées d'une façon aussi claire que possible.

Obligé de choisir parmi les nombreuses classifications existant, l'auteur adopte celle du professeur Krapelin, considérant avec raison qu'elle a sur beaucoup d'autres l'avantage d'être pratique et de mettre le médecin à même d'établir pour un cas donné un pronostic et un traitement. On trouvera décrites ainsi dans ce livre des affections peu connues en France jusque dans ces dernières années, telles que la *démence précoce* et la *folie maniaque dépressive*. En résumé, ce nouveau Manuel donne, sous une forme concise, un exposé simple et précis de l'état actuel de la science psychiatrique.

L. R.

La puériculture, hygiène et assistance (1), par le docteur G. EUSTACHE, professeur à la Faculté de médecine de Lille, lauréat de l'Académie de médecine.

Si l'enfant, comme tout être vivant, a besoin d'hygiène pour vivre, il a non moins besoin d'assistance et de protection. L'une ne peut aller sans l'autre; elles doivent marcher de pair, être confondues.

Tracer les règles de l'une, montrer les ressources et les moyens de l'autre, tel est le but que le docteur G. Eustache a essayé d'atteindre dans son volume sur la *puériculture*.

Il est divisé en trois parties :

La première traite des conditions préalables à réaliser pour l'engendrement d'enfants sains et bien portants, pour avoir une bonne semence.

La seconde détermine les précautions, soins et assistance, qu'il convient de donner à la femme pendant la grossesse en se plaçant au point de vue de l'enfant à venir : dangers qui menacent l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement; assistance de la femme pendant la grossesse (asiles, refuges pour femmes enceintes, sanatoriums de grossesse, assistance à domicile); assistance de la mère et de l'enfant au moment de l'accouchement (maternités, assistance publique à domicile, sociétés de bienfaisance privée).

La troisième enfin, relative au nouveau-né ou au nourrisson, rappelle ce qui a été fait et indique ce qui reste à faire pour assurer sa survie : causes de la mortalité infantile, hygiène de l'enfant du premier âge; alimentation, allaitement maternel et mercenaire, allaitement artificiel; assistance et protection de l'enfant dans sa famille et hors de sa famille.

L. R.

Manuel de poche du massage [Faschenbuch der Massage (2)], par le docteur Erich EKGREN.

Ce petit manuel est destiné à servir de guide de technique de massage entre les mains des médecins praticiens; il en définit les différentes manœuvres et est illustré de plusieurs figures destinées à montrer les positions spéciales et le mode de faire particulier aux massages du larynx, du thorax, de l'abdomen, du cœur, des reins, de la vessie, etc.

P. VIOLLET.

(1) In-16 de 312 p. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-12 de 90 p. avec 11 fig. — Berlin, S. Karger, 1903.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Contribution à la posologie des ferrugineux. Fer animal ou fer minéral.

Béclard évalue à 5 litres la masse totale du sang en circulation chez un homme de poids moyen; or, ces 5 litres de sang contiennent tout juste 2gr75 de fer sous forme d'hémoglobine.

Il s'ensuit que, dans les cas même graves d'anémie et de chlorose, ayant abaissé de moitié, par exemple, le taux hématimétrique du sang, le déficit métallique sera toujours faible et que la quantité de fer à restituer à l'organisme atteindra rarement plus d'un gramme à 1gr1/4.

Il y a, dès lors, avantage à donner, non des doses massives de ferrugineux plus ou moins assimilés, mais au contraire des doses faibles, d'un médicament de choix, facilement stérilisable.

Claude Bernard disait dans ses leçons : « Le premier effet physiologique de la digestion est d'animaliser en quelque sorte la combinaison ferrugineuse, pour rendre impossibles toutes les précipitations accidentelles qui tendent à annihiler le médicament ferrugineux dans les différents points du tube digestif. »

Si le grand physiologiste avait fait de la thérapeutique, il aurait probablement donné la préférence à un ferrugineux déjà animalisé, afin d'épargner aux organes digestifs un travail de transformation qu'ils ne sont pas toujours aptes à fournir, surtout chez les sujets débilités, ce qui explique d'ailleurs les échecs multipliés de la médication martiale, courante.

Le médecin a sous la main un fer animal de premier ordre, c'est le sang lui-même, qui contient 12 p. 100 d'un sel de fer parfaitement défini, l'hémoglobine ($C^{600}H^{960}Az^{154}O^{179}S^{3}Fe$).

L'examen de cette formule indique combien le fer est dilué dans la matière organique; cependant, un verre de sang de 150 grammes renferme 81 milligrammes de métal, dose supérieure à la moyenne indiquée par les formulaires pour les ferrugineux usuels, savoir :

Citrate de fer..................	1cg1/4 à 12cg1/2.
Tartrate ferrico-potassique.....	6cg à 12cg.
Protochlorure.................	2cg1/2 à 6cg1/2.
Pyrophosphate ferro-sodique...	4cg à 12cg.

Il est regrettable que la plupart des malades aient une vive répugnance pour le traitement par le sang frais pris aux abattoirs. Le mieux, dans ce cas, sera de ne prendre du sang que l'élément utile, l'hémoglobine; c'est ce qu'a fait Dujardin-Beaumetz, qui a été en cela un des promoteurs de l'opothérapie lorsqu'il s'exprimait, en ces termes, à la Société de thérapeutique (22 juillet 1885), sur les résultats obtenus : « Depuis près d'un an, j'emploie dans mon service un sirop d'hémoglobine préparé par un nouveau procédé imaginé par un de mes élèves. Il m'a donné, à la dose de deux à quatre cuillerées à soupe par jour, des résultats véritablement merveilleux dans le traitement des anémies et de la chlorose. J'ai pu constater, à l'aide de la numération des globules, son action très rapide sur leur régénération.

Je ne saurais trop recommander cette préparation, et je la considère comme le plus puissant des ferrugineux. »

Le médecin, désireux de formuler, aura généralement peu de satisfaction des soi-disant hémoglobines cristallisées ou en paillettes du commerce, qui ne sont, la plupart du temps, que du sang desséché à l'étuve avec addition de gomme, par les fabricants de poudres à coller les vins, et où le streptocoque indique bien rarement trace d'hémoglobine véritable.

Le choix d'une bonne préparation a donc, dans ce mode de traitement, une importance capitale.

M. le docteur Naudin signale dans la *Médecine moderne* les services que lui a rendus le *traumatol* dans le traitement des affections vénériennes (chancre mou, chancre induré, etc.) et dans les ulcérations du col utérin.

Dans le pansement des anthrax incisés au thermocautère et dans les vieilles suppurations, le traumatol lui a toujours paru supérieur à l'iodoforme.

Le professeur Jacobi attire l'attention (*Deutsch. med. Woch.*, 1901, n° 52) sur un nouveau sel organique, le rhodanate de chinoline et de bismuth, encore appelé *crurine*, qui donne les meilleurs résultats dans la blennorragie.

C'est un astringent doué de puissantes qualités antiseptiques.

Employée en solution à 0gr5 p. 100, la crurine fait, dit l'auteur, disparaître rapidement la douleur et les sécrétions.

Quant aux complications, elles seraient également moins fréquentes.

QUESTION D'INTERNAT

Complications de la pneumonie franche aiguë.

Les complications peuvent porter sur le poumon lui-même, ou sur les autres organes.

COMPLICATIONS PULMONAIRES. — *Passage à l'hépatisation grise*, surtout chez les alcooliques, les diabétiques, les vieillards (pneumonies du sommet) : pas de défervescence du sixième au huitième jour; grandes oscillations de la température ; gros râles humides au niveau du foyer pneumonique; expectoration jus de pruneau; mort.

Abcès du poumon : la défervescence s'est faite normalement; au bout d'une à deux semaines, toux, frissons, fièvre, matité et diminution du murmure vésiculaire en un point limité correspondant à l'ancien foyer; *vomique*; mort dans l'hecticité au bout d'un temps assez long; guérison possible.

Gangrène pulmonaire : exceptionnelle à la suite de la pneumonie franche.

COMPLICATIONS PLEURALES. — *Pleurésie métapneumonique, purulente*, débutant à la fin de la défervescence; très souvent partielle et cloisonnée (*pleurésie interlobaire*), d'une durée assez courte, se terminant parfois par résorption spontanée (exceptionnellement), et beaucoup plus souvent par *vomique* (très fréquemment) ou par *empyème de nécessité*. Le diagnostic de pleurésie métapneumonique impose une intervention chirurgicale.

COMPLICATIONS CARDIAQUES. — 1° COMPLICATIONS MÉCANIQUES (favorisées par la stase pulmonaire, la congestion veineuse, l'anémie artérielle) : elles sont *très fréquentes* et une des causes de mort les plus importantes à la période d'état de la pneumonie. On observe des signes de *défaillance cardiaque* : faiblesse du pouls (disparition de la récurrence palmaire), fausses intermittences du pouls, affaiblissement des bruits du cœur; dilatation des cavités droites; asystolie. Insister sur l'importance de ces accidents : la maladie est au poumon, le danger est au cœur (Peter); les pneumoniques meurent toujours par le cœur (Jurgensen).

2° COMPLICATIONS INFECTIEUSES : *péricardite à pneumocoque* (assez rare); — *endocardite* (endocardite aortique), assez rare, très grave.

COMPLICATIONS VASCULAIRES. — *Phlébite, artérite* (exceptionnelles).

COMPLICATIONS DIGESTIVES. — Coexistence de symptômes d'embarras gastrique, de catarrhe gastro-intestinal (diarrhée, etc.).

Pneumonies bilieuses de Stoll. — *Pneumonies avec ictère* : ictère dû à une angiocholite ascendante (Gilbert et Grenet); s'observe surtout chez les sujets qui ont un passé hépatique; revêt souvent une forme très grave. — Chez *tous* les pneumoniques; le foie est quelque peu touché (augmentation de volume du foie, urobilinurie, etc).

COMPLICATIONS PÉRITONÉALES. — Péritonite à pneumocoque, fréquente surtout chez l'enfant; ordinairement péritonite subaiguë, ayant tendance à s'*enkyster* et à s'ouvrir à l'ombilic; *diarrhée* abondante; bons résultats opératoires.

COMPLICATIONS URINAIRES. — *Néphrite* : l'albuminurie existe à un degré quelconque chez tous les pneumoniques : il s'agit d'une albuminurie dite fébrile, sans gravité particulière. Si le rein est plus touché, on observe : albuminurie abondante, anasarque; souvent *néphrite hémorragique*.

COMPLICATIONS NERVEUSES. — *Délire* (dû à l'hyperthermie; delirium tremens éclatant souvent chez les alcooliques à l'occasion d'une pneumonie). — *Paralysies* décrites par Boulloche : hémiplégies (vieillards), paraplégies, dues à des troubles vaso-moteurs ou à l'hystérie. Les paralysies s'observent surtout chez l'enfant, où elles guérissent, et chez le vieillard où elles sont d'un pronostic grave. — *Convulsions* : convulsions *sine materia* (chez l'enfant) ou dus à une *méningite pneumococcique*; difficultés du diagnostic chez l'enfant entre la forme méningitique de la pneumonie et la méningite pneumococcique accompagnant la pneumonie (1).

AUTRES COMPLICATIONS. — *Otite à pneumocoque* (très fréquente); *parotidites*, etc.; *arthrites* (non exceptionnelles).

SEPTICÉMIES SECONDAIRES. — Infection pyohémique; associations microbiennes diverses; suppurations multiples, mort.

ASSOCIATIONS DE LA PNEUMONIE ET D'AUTRES MALADIES. — *Fièvre typhoïde* (pneumo-typhoïde); *grippe*; *tuberculose* (tuberculose consécutive à une pneumonie, le poumon se trouvant en état de moindre résistance; — et pneumonie évoluant, normalement le plus souvent, chez un tuberculeux).

PATHOGÉNIE. — Toutes ces complications sont (sauf l'asthénie cardio-vasculaire) des complications infectieuses, dues soit à une localisation extra-pulmonaire du pneumocoque (pneumococcie), soit à des associations microbiennes. Elles sont favorisées par la virulence des microbes, et par le terrain présenté par les malades : les complications nerveuses seront plus fréquentes chez les névropathes, les complications cardiaques chez les individus porteurs d'une lésion ancienne du cœur, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — ORAL. — Séance du 27 février 1903 : Question : « Piliers du diaphragme. — Pleurésie diaphragmatique. »

MM. Israël de Jong, 15 + 23 = 38; Claeys, 15 + 22 = 37; Rigollot-Simonnot, 15 + 21 = 36; Horteloup, 12 + 23 = 35; Sautelet, 12 + 19 = 31; Desmoulins, 9 + 21 1/2 = 30 1/2; Coutelas, 10 + 20 = 30; Baldenweck, 11 + 18 = 29; Carlotti, 9 + 19 = 28; Monier-Vinard, 9 + 17 = 26.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Benzins et Fournier (de Montréjeau), Richaud (de Ginasservis), Simon (Robert) et Virey (de Paris) sont nommés officiers d'Académie.

Concours pour l'internat de l'Asile national des convalescents [ancien Asile de Vincennes, Saint-Maurice (Seine)]. — Il sera ouvert le lundi 23 mars prochain, au ministère de l'Intérieur, salle Telmont, un concours pour l'internat de l'Asile national des convalescents.

On trouvera au secrétariat de l'Asile et chez le concierge de la Faculté de médecine, des exemplaires de l'arrêté ministériel, qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

---

(1) Voir la question : *Méningites cérébro-spinales.* (*Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 24)

Congrès médical de Biarritz. — Le III[e] Congrès de thalassothérapie (cure marine), sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'Instruction publique et sous la présidence effective de M. le docteur Albert Robin, s'ouvrira à Biarritz, le 19 avril prochain. Parmi ses organisateurs, nous citerons : MM. les docteurs Beaudoin, Bouilly, Dalché, Fiessinger, Hamonic, Huchard, Josias, Labadie-Lagrave, Lancereaux, Leredde, Leroux, Mathieu, Rochard, Segond, Sevestre, Seguel, pour Paris. Un comité de Biarritz fonctionne sous le patronage de la municipalité, M. le docteur Lobit en est le secrétaire général et M. Raynaud, pharmacien, le trésorier. Cette manifestation scientifique est assurée d'un plein succès, d'autant plus que le XIV[e] grand Congrès de médecine de Madrid aura lieu quelques jours plus tard et que beaucoup de ses membres doivent assister en passant au Congrès de Biarritz. Plusieurs expositions auront lieu dans le local même de la salle des séances au grand Casino Bellevue et notamment une Exposition internationale corollaire d'hygiène et de sauvetage, produits et appareils intéressant le Congrès : arts médicaux et pharmaceutiques, hygiène générale, alimentation, engins de sauvetage, sports, ambulances, etc. Cette exposition compte, à l'heure actuelle, de nombreux exposants. Tous les produits intéressant le Congrès y sont admis; s'adresser au délégué, M. A. Girard, 31, rue Saint-Lazare, Paris.

Voyages d'études médicales aux eaux minérales de France. — Nous recevons deux intéressantes brochures, l'une de M. Dejace (de Liège), l'autre de M. Laignel-Lavastine (de Paris), relatant le voyage de 1902 aux stations des Vosges et de l'Est.

Le cinquième voyage d'études médicales aura lieu dans la première quinzaine de septembre 1903. Il comprendra les stations du sud-est de la France, *Mont-Pilat*, *Vals*, *Montmirail*, *Lamalou*, *Amélie-les-Bains*, *la Presle*, *Le Boulou*, *Banyuls-sur-Mer*, *Vernet*, *Molitg*, *Ussat*, *Aix-les-Thermes*, *Aulus*, *Salies-du-Salat*.

Ce voyage, comme les précédents, sera placé sous la direction scientifique du professeur Landouzy, qui fera sur place des conférences sur la médication hydro minérale, ses indications et ses applications.

Le programme détaillé paraîtra en mai 1903.

Pour tous renseignements, s'adresser au dévoué promoteur de ces voyages, le docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arnaud (de Montfort-en-Chalosse), Bonamy, médecin en chef des hôpitaux de Nantes; Deschamps, médecin des colonies; Destord (de Sivrac-sur-Dordogne); Pujo (de Berson), Raingeard, chirurgien des hôpitaux de Nantes; Reilhac (de Saint-Nicolas), H. Sainton (de Paris), chevalier de la Légion d'honneur, Théron (de Capestang).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Cartes de circulation à demi-place sur le réseau P.-L.-M.* — Il est délivré des cartes nominatives et personnelles valables pendant six mois ou un an et donnant droit d'obtenir des billets à demi-tarif pour des parcours exclusivement P.-L.-M., soit entre toutes les gares du réseau métropolitain, soit entre toutes les gares d'un même département.

Ces cartes sont délivrées moyennant le paiement préalable des prix suivants :

A. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif de toutes classes : pendant six mois, réseau métropolitain 180 fr., un seul département 60 fr.; pendant un an, réseau métropolitain 240 fr., un seul département 80 fr.;

B. Cartes donnant droit à des billets à demi tarif de 2[e] et 3[e] classes : pendant six mois, réseau métropolitain 120 fr., un seul département, 40 fr.; pendant un an, réseau métropolitain 160 fr., un seul département 50 fr.;

C. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif de 3[e] classe seulement : pendant six mois, réseau métropolitain 75 fr., un seul département 25 fr.; pendant un an, réseau métropolitain 100 fr., un seul département 30 fr.

Il sera perçu, en outre, à chaque voyage, la moitié du prix d'un billet simple (place entière de la classe demandée par le voyageur pour le parcours qu'il veut effectuer).

Ces billets à demi-tarif seront délivrés au titulaire sur la présentation de sa carte au guichet des gares et stations du réseau P.-L.-M.

Consulter le Livret-guide horaire P.-L.-M. vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic des maladies des yeux, des oreilles et des voies aériennes supérieures considérées surtout dans leurs rapports avec le service militaire (Clinique de chirurgie spéciale du Val-de-Grâce), par P. CHAVASSE, médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce, et J. TOUBERT, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce. 1 vol. in-8° de 725 p., avec 80 fig. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Photothérapie et photobiologie, par MM. LEREDDE et PAUTRIER, avec préface du professeur FINSEN. Gr. in-8°. — Paris, C. Naud.

Les maladies de la prostate, par A. VON FRISCH, professeur de chirurgie à l'Université de Vienne; ouvrage traduit de l'allemand par les docteurs Fernand BIDLOT, professeur à l'Université de Liège, médecin des hospices de Liège, et Renard DETHY, ex-assistant des voies urinaires à la policlinique de Bruxelles, chef de service à la policlinique de Liège, avec une préface de M. le docteur J. VERHOOGEN, agrégé de l'Université de Bruxelles, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. in-8° raisin de XVII-208 p. — Prix : 8 francs. — Paris, J. Rousset.

Précis élémentaire d'anatomie, de physiologie et de pathologie (Enseignement des élèves sages-femmes, première année), par P. RUDAUX, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris; avec préface par M. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 (Bibliot. Diamant), avec 463 fig. dans le texte. cart. toile, tranches rouges. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et C[ie].

Précis de technique microscopique de l'œil, par MM. A. MONTHUS, chef du laboratoire de la Clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Paris, et OPIN, préparateur à la Clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 de 270 p., accompagné de 14 fig. dans le texte et de 2 pl. hors texte, avec préface de M. le professeur DE LAPERSONNE. — Prix, cart. : 5 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Petite chirurgie pratique, par M. Th. TUFFIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien à l'hôpital Beaujon; et P. DESFOSSES, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° cavalier, cart. — Prix : 5 francs. — Paris, C. Naud.

La lutte contre le lupus vulgaire, par NIELS R. FINSEN. Gr. in-8°. — Paris, C. Naud.

Complications nerveuses de la grippe, par A. PISSAVY. 1 vol. in-8°, broché. — Paris, Plon, édit.

La médication hémostatique, par P. CARNOT, docteur ès sciences, chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. N° 32 de l'*Œuvre médico-chirurgical* (D[r] CRITZMAN, directeur). 1 broch. gr. in-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et C[ie].

Le Directeur-gérant : D[r] François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les vomiques.

Par le docteur L. INGELRANS, chef de clinique médicale à la Faculté de Lille, médecin-adjoint des hôpitaux.

Les notions cliniques nouvelles émises dans ces derniers temps sur les pleurésies interlobaires, l'étude plus approfondie du mode de terminaison de certaines pyopérihépatites évacuées par voie pleuro-pulmonaire, des vues pronostiques spéciales se rapportant aux empyèmes vidés dans les bronches, tout cela explique que nous ayons pensé à tracer ici une esquisse d'ensemble des vomiques en général. Nous laisserons de côté les détails, pour mettre en relief les grandes lignes d'un symptôme intéressant, à plus d'un titre, la clinique et la pathologie.

I

Définition. — Sous le nom de vomique, on désigne un symptôme qu'on peut ainsi définir : c'est le rejet d'une collection purulente passée par effraction dans les voies respiratoires (Dieulafoy). C'est dans ce sens qu'on doit toujours prendre le terme de vomique lorsqu'il est employé seul. Mais, on en a parfois étendu le sens et, lorsque, par exception, une pleurésie séreuse s'évacue par les bronches, on a affaire à une variété dite vomique séreuse, laquelle est rare. En outre, on dit aussi qu'il y a eu vomique, lorsque le liquide d'un kyste hydatique non suppuré a suivi la même voie pour arriver à l'extérieur. Mais, dans la règle, il s'agit de l'évacuation d'une collection de pus.

Historique. — Les auteurs anciens ne pouvaient ignorer les vomiques, car c'est généralement un accident à grand fracas, ayant toutes chances de ne point passer inaperçu. Il va de soi qu'ils ne pouvaient s'en rendre un compte bien exact, de par l'ignorance où ils étaient de tant de points importants relatifs à ce sujet. Néanmoins, Hippocrate en a laissé une bonne description (1), bien que les regardant comme des abcès des poumons qui pouvaient s'ouvrir dans les plèvres ou les bronches. Il pratiquait l'opération de l'empyème et écrivait : « Ceux qui sont affectés d'empyème à la suite d'une pleurésie guérissent, si la poitrine se purge dans les quarante jours à partir de celui de la rupture, sinon ils tournent à la phtisie. »

Il faut arriver au début du XIXe siècle pour rencontrer des idées nettes sur la pleurésie purulente et les vomiques. Effectivement, Pinel en 1798, confondait encore l'inflammation du poumon avec celle de la plèvre et ce n'est qu'en 1810 que Bayle (1) fit cette distinction. Néanmoins, Corvisart n'était point partisan de la pleurotomie et il fallut la venue de Laënnec pour que la pathogénie des vomiques commençât à s'éclaircir sérieusement.

Laënnec vit combien les abcès pulmonaires sont peu fréquents et il reconnut des pleurésies partielles. Cayol (2) montre qu'il existe des vomiques consécutives à la pleurésie interlobaire. Chomel (3) y trouve un excellent moyen de diagnostic lorsqu'on n'a pu s'assurer par avance de l'existence de cette pleurésie.

En 1856, Marconnet (4) publie un travail d'ensemble où il réunit les faits antérieurs; parmi ceux-ci, quelques-uns offraient un intérêt clinique considérable (5). Vient ensuite la thèse de Guérineau (6) concernant les vomiques dues aux abcès par congestion, puis celle de Damaschino (7) et l'ouvrage de Woillez (8) qui reconnaît que les pleurésies métapneumoniques sont presque toujours purulentes et se terminent assez souvent par vomique. Steiger (de Lucerne) écrit que le mode de guérison naturelle pour l'empyème est la vomique. En 1873, Chenieux soutient sa thèse sur les abcès par congestion ouverts dans les bronches (9). En 1874, paraît celle de Vignes (10); en 1877, celle de Laurent (11); en 1884, celle de Martinelli (12).

(1) HIPPOCRATE. *Aphorismes*, sect. V, n° 15.

(1) BAYLE. *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, Paris 1810.
(2) CAYOL. *Anc. biblioth. méd.*, t. XL.
(3) CHOMEL. Art. PLEURÉSIE du *Dict. en 30 vol.*
(4) C. MARCONNET. *Des vomiques*, Th. de Paris, 1856.
(5) VAN HOOF. Deux observations de vomique, *Ann. soc. méd. d'Anvers*, 1847, p. 75.
(6) GUÉRINEAU. *Sur un mode de terminaison des abcès par congestion*, Th. de Paris, 1859.
(7) DAMASCHINO. *Des pleurésies purulentes*, Th. d'agrég., 1869.
(8) WOILLEZ. *Traité des maladies aiguës des voies respiratoires.*
(9) CHÉNIEUX. Th. de Paris, 1873.
(10) VIGNES. *Étiologie, symptômes et diagnostic des vomiques*, Th. de Paris, 1874.
(11) LAURENT. *La vomique dans la pleurésie purulente*, Th. de Paris, 1877.
(12) MARTINELLI. *La pleurésie interlobaire aiguë; sa terminaison par vomique*, Th. de Paris, 1884.

Trousseau (1) avait consacré une importante leçon aux vomiques péripneumoniques. Mais ce sont surtout les travaux de Netter sur les pleurésies purulentes qui marquent une date dans le sujet qui nous occupe : on en trouvera la substance dans ses articles du *Traité de médecine* et du *Traité des maladies de l'enfance.* L'ouvrage de Bouveret (2), paru en 1888, fixe l'état des connaissances sur les vomiques pleurales. L'année suivante, Tuffier (3), étudiant les fistules rénales, parle des fistules réno-pulmonaires qu'il reprend dans le *Traité de chirurgie*. A partir de ce moment, il faudrait citer tous les travaux relatifs aux pleurésies purulentes, ce qui nous entraînerait beaucoup trop loin. Signalons toutefois les thèses de Borde (4), de Frey (5), de Courtois-Suffit (6), le livre de Comby sur l'empyème pulsatile, l'article de Dupré sur les vomiques, dans le *Manuel de médecine*, celui de Rosenbach (7), la très importante thèse de Cestan (8).

En 1899, paraît une leçon capitale de Dieulafoy (9) sur la pleurésie interlobaire; en 1900, un article de Sergent (10) sur les fausses guérisons par vomique dans la pleurésie interlobaire métapneumonique; en 1901, enfin, la thèse de Roquetanière (11). On doit ajouter à cette liste la chirurgie du poumon de Tuffier, la chirurgie de la plèvre et du poumon de Terrier et Reymond, les mémoires de Béclère sur les rayons de Röntgen dans le diagnostic des affections thoraciques, ainsi que la thèse de de Jægher (12), travaux apportant une notable contribution au diagnostic et au traitement causal des vomiques en général.

II

Description du symptôme. — L'irruption d'un liquide généralement purulent dans les bronches et son rejet à l'extérieur constituent un accident morbide de grande importance, toujours consécutif à la formation préalable d'une collection liquide dont l'existence peut, à la vérité, passer quelquefois inaperçue, mais qui naturellement, dans la règle, a dû fournir des signes particuliers d'ordres divers que nous n'avons point à passer en revue. Il va de soi que, suivant que la vomique relève d'une pleurésie, d'un kyste hydatique, d'un abcès de la rate ou du poumon, etc., ces différentes maladies ont déterminé leur sémiologie particulière et constitué les vrais antécédents du symptôme dont nous parlons.

Quelles qu'aient été la durée et la marche de l'affection qui lui a donné naissance, la vomique peut être subite ou succéder à des prodromes, parfois significatifs.

Cette dernière éventualité se réalise dans les trois cas que voici. Au cours d'une pleurésie purulente, surtout d'un empyème interlobaire, l'évacuation du pus est d'abord précédée de quelques rares crachats fétides, indiquant l'imminente rupture de la poche. Mais avant cela, on a pu, pendant un jour ou deux, percevoir une odeur fétide de l'haleine, témoignant qu'une fistule pleuro-bronchique est en voie de formation [Dieulafoy (1)].

En second lieu, les pyopérihépatites qui s'ouvrent dans l'arbre bronchique entraînent fréquemment à l'avance une expectoration purulente et fétide disant la prochaine rupture de l'abcès dans le poumon.

Enfin, les kystes hydatiques du poumon ou du foie, quand ils tendent à la vomique, communiquent à l'haleine l'odeur de la marmelade de prunes [Eichhorst (2)].

Ces signes directement avant-coureurs peuvent manquer et c'est alors subitement, dans les grandes collections purulentes et les grands kystes hydatiques, qu'un flot de liquide se fraye une issue brutale et peut, par son abondance, asphyxier le malade qui le rejette (3). La quantité ainsi évacuée atteint parfois plusieurs litres (4). Une vomique de quelque abondance, provoquée par un effort ou par une quinte de toux, s'accompagne d'angoisse respiratoire, de tendance à la syncope, de refroidissement des extrémités, de fréquence et de petitesse du pouls. Puis cet état se dissipe et le patient se sent mieux.

La vomique a parfois pu se produire à la suite de la thoracentèse, qui semble alors en être la cause occasionnelle (5); parfois aussi chez l'enfant à l'occasion d'une émotion provoquée par la crainte de la thoracentèse (Rilliet et Barthez).

Après une première évacuation, la vomique reparaît à intervalles indéterminés. Elle recommence souvent tous les jours (6) surtout dans la matinée : quelquefois les intervalles sont plus longs. Si c'est un empyème, son ouverture dans les bronches fait tomber la fièvre, mais entre deux vomiques, la toux et la fièvre augmentent pour diminuer après chaque nouvelle évacuation. Dans cette éventualité, 300 à 400 grammes de pus peuvent être rejetés quotidiennement. Bouveret signale la quantité de 10 litres en une semaine; Legroux, en un espace de temps assez long, a mesuré 43 litres; Trousseau, chez une fillette de six ans, a constaté en six mois l'évacuation de 40 kilogrammes de pus (7).

Les liquides de vomique, après leur rejet, sont fréquemment suivis de mucosités provenant des bronches. Le pus peut, d'autre part, ne pas arriver en totalité à l'extérieur, mais infecter, par la grosse bronche du côté opposé, le poumon qui n'a pas été le siège de la rupture. Il n'y a pas lieu d'insister sur ces points.

(1) Trousseau. *Cliniques*, t. I, p. 856, 5e édit., 1877.
(2) Bouveret. *Traité de l'empyème*, 1888.
(3) Tuffier. *Semaine méd.*, 1889, p. 461.
(4) Borde. *La vomique pleurale considérée comme terminaison favorable de la pleurésie purulente de la grande cavité*, Th. de Bordeaux, 1890.
(5) Frey. *Les abcès pneumoniques*, Th. de Paris, 1891, n° 130.
(6) Courtois-Suffit. *Les pleurésies purulentes*, Th. de Paris, 1891.
(7) Rosenbach. In *Nothnagel. Specielle Pathologie und Therapie*, t. XIV, Vienne.
(8) Cestan. *La thérapeutique des empyèmes*, Th. de Paris, 1898.
(9) Dieulafoy. *Semaine méd.*, 8 nov. 1899.
(10) Sergent. *Presse méd.*, 22 août 1900.
(11) Roquetamère. *Pronostic et traitement de la vomique dans les pleurésies purulentes à pneumocoques*, Th. de Paris, 24 janv. 1901, n° 184.
(12) De Jægher. *Rayons de Röntgen et pleurésie purulente*, Th. de Paris, 1898.

(1) Dieulafoy. *Manuel de pathol. interne*, 10e édit., t. I, p. 484, Paris 1897.
(2) Eichhorst. *Zeitschr. f. klin. Medic.*, t. XVII, Supp. Heft., p. 25.
(3) Cruveilhier. *Dict. en 30 vol.*, art. empyème.
(4) Trousseau. « Le malade me montre, dans un saladier, 5 litres de pus qu'il avait rendus pendant la nuit, » loc. cit., p. 868.
(5) Bristowe. Kyste hydatique du poumon. Aspiration suivie de vomique, *Trans. clin. Soc. London*, 1891, p. 73. — Prunac. Vomique pleurale sans pneumothorax dans une pleurésie purulente le lendemain d'une ponction au vingt-cinquième jour, *N. Montpellier méd.*, 1894, p. 529. — Variot et Roy. Pneumothorax avec vomique au cours d'une thoracentèse, Soc. méd. des hôpit., 11 oct. 1901.
(6) Mercant. Vomica pulmonar recidivante, *Rev. balear. de cienc. med.*, 1900, XIX, p. 321.
(7) Trousseau. Soc. méd. des hôpit., 1854.

Tel est le tableau clinique de la vomique dans sa forme habituelle. Il est pourtant des variétés; ainsi, quand le pus n'est pas très abondant, il arrive qu'il soit craché au lieu d'être vomi, mêlé aux mucosités des bronches, si bien que chez l'adulte ces vomiques fragmentées peuvent être prises pour une simple bronchorrhée (1).

Les enfants, de leur côté, avalent leurs crachats : chez eux, la perforation bronchique est d'ordinaire étroite, la vomique est très fragmentée et la déglutition du liquide évacué est de nature à faire passer la vomique inaperçue.

Le pus, après sa sortie, possède souvent des caractères particuliers permettant d'affirmer sa provenance. Ainsi, en cas d'abcès par congestion, il peut contenir des séquestres osseux; celui des kystes hydatiques renferme des débris d'échinocoque, des crochets. Si le kyste n'est pas suppuré, le liquide est clair comme de l'eau de roche. Le pus des abcès du foie est chocolat ou lie de vin; il peut être mélangé de bile. Si un cancer de l'œsophage avec suppuration s'ouvre dans les bronches, des débris alimentaires passeront dans la vomique. Enfin, l'examen bactériologique sera souvent d'un grand secours pour le diagnostic, en révélant la présence de bacilles de Koch, de pneumocoques, de streptocoques, etc. On retrouvera ces caractères dans l'étude de chaque vomique en particulier.

ÉTIOLOGIE. — Les vomiques ont de multiples origines, mais les collections purulentes de la plèvre constituent leurs causes les plus habituelles. Celles qui proviennent du poumon et du foie viennent ensuite par ordre de fréquence; enfin nous aurons à signaler d'autres sources, moins souvent en jeu, qu'il faut néanmoins bien connaître.

1° VOMIQUES D'ORIGINE PLEURALE. — Ce sont les plus fréquentes de toutes et c'est à elles surtout que s'applique le tableau clinique qui vient d'être tracé. Les pleurésies purulentes peuvent toutes se terminer par vomique, qu'elles soient généralisées à la grande cavité, ou partielles, enkystées. Il y a lieu d'étudier, à ce point de vue, séparément et d'une manière distincte, chaque variété d'empyème, car les faits sont loin d'être univoques.

Avant d'entrer en matière, disons que la pleurésie séreuse elle-même, dans des cas exceptionnels, peut se vider par les bronches : les exemples en sont rares (2).

Un point capital est la date à laquelle les empyèmes s'ouvrent dans les bronches. Tandis que, comme on le verra, les abcès du poumon sont rejetés au plus tard le vingtième jour, ici, c'est du trentième au cinquantième jour de la pleurésie et quelquefois même après que la vomique se produit. Dans la majorité des cas, dit Bouveret, la fistule pleuro-bronchique ne s'établit que dans le cours du second mois, et quelquefois plus tard. Trousseau écrit : « Les abcès qui s'ouvrent le quarantième, le soixantième jour, sont des abcès de la grande cavité pleurale, ou des abcès formés entre les lobes des poumons. Quelquefois leur ouverture ne se fait qu'après quatre mois (3). »

(1) LANDOUZY et LABBÉ. *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, t. VIII, p. 155.

(2) OGIER. Vomique d'une pleurésie séro-fibrineuse. Hydropneumothorax; mort, *Loire méd.*, 1891, p. 213. — RIBAT Y PERDIGO. Pleuresia serosa; rotura pulmonare spontanea; gangrena, curacion., *Rev. de cien. med. de Barcelone*, 1896, p. 340. — TOUSSAINT. Pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse, terminée par vomique, *Arch. prov. de méd.*, 1er oct. 1899. — DUJOL. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1887, p. 264.

(3) TROUSSEAU. Loc. cit., p. 866.

Chez les enfants, la fistule pleuro-bronchique est quelquefois précoce; la vomique se produit alors du quinzième au vingtième jour. Il en est de même chez les femmes en état puerpéral qui peuvent présenter des pleurésies purulentes à formation et à évacuation rapides.

A. *Vomiques dans la pleurésie purulente tuberculeuse.* — L'abcès froid pleural, à sa période d'état, peut acquérir des dimensions considérables. Netter, dans une observation, signale un épanchement de 9 litres. L'état général conserve son intégrité absolue, la fièvre manque et cette situation peut durer de très nombreuses années (1).

L'irruption dans les bronches n'est point le fait de cette variété de pleurésie. Celle-ci offre, en effet, une complication assez fréquente qui montre bien le peu de tendance à la vomique : il s'agit de l'hydropneumothorax. Cet accident est produit par la rupture d'un tubercule à la surface du poumon; l'air passe dans la plèvre, par suite d'un effort du malade par exemple, et cependant Netter, qui a observé cet hydropneumothorax 4 fois sur 15 cas, ne l'a jamais vu précédé, suivi, ni accompagné de vomique. Une fois seulement, le malade a présenté à plusieurs reprises, dans le crachat, un liquide verdâtre assez louche, ayant les caractères du liquide de ces pleurésies.

Cependant la vomique a été vue dans quelques cas d'empyème pulsatile, d'origine tuberculeuse. On sait que l'empyème pulsatile est beaucoup plus fréquent au cours de la pleurésie purulente tuberculeuse que dans n'importe quelle autre. Guillaume de Baillou qui en a donné la première observation l'a vu s'ouvrir dans le poumon (2). Comby écrit que la vomique est fréquente dans l'empyème pulsatile (3), mais on n'ignore pas combien celui-ci est rare et la vomique reste la grande exception dans la pleurésie purulente tuberculeuse.

B. *Vomiques dans les pleurésies purulentes non tuberculeuses.* — Dans ce groupe, la vomique est souvent observée (4), particulièrement chez l'adulte et dans la pleurésie métapneumonique. Pour Dieulafoy, elle est presque la règle dans la variété interlobaire et presque l'exception dans la pleurésie de la grande cavité. L'expression : presque la règle, peut s'appliquer d'ailleurs à tous les épanchements enkystés, interlobaires, médiastins ou diaphragmatiques.

La vomique de la pleurésie interlobaire est plus précoce que celle de la pleurésie de la grande cavité. Après un intervalle qui va de deux à plusieurs semaines, elle est annoncée par des crachats fétides et une odeur particulière de l'haleine, comme nous l'avons dit plus haut. Quelquefois, le pus est fractionné et expulsé sous forme de crachats rappelant la bronchorrhée de la dilatation des bronches ou l'expectoration d'une bronchite fétide.

S'il s'agit, au contraire, d'une vomique de la grande cavité, c'est un flot de pus qui fait irruption, après quoi le malade n'a plus de fièvre pour un temps. Puis celle-ci reparaît suivie d'une nouvelle vomique et le patient crache ainsi à intervalles un ou plusieurs verres de pus, avec des quintes

(1) FAISANS et AUDISTÈRE. Pleurésie purulente datant de quarante ans, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 14 juin 1901, p. 605.

(2) GUILLAUME DE BAILLOU. *Epidemiorum et ephemeridium libri duo*, Paris 1640.

(3) COMBY. *L'empyème pulsatile*, 1895, p. 134.

(4) COMMANDEUR. Pleurésie purulente subaiguë. Perforation du poumon; mort, *Province méd.*, 1893. — LEYDEN. Ausgang der eitrigen Pleuritis durch spontane Perforation, *Wien. med. Blatt*, 1889, pp. 115 et 489.

de toux et cette expectoration peut se répéter de cinq à vingt fois par jour. On a vu ci-dessus quelle quantité de liquide peut ainsi être rejetée.

Au cours des empyèmes enkystés, dont le diagnostic est si souvent difficile, la vomique, lors de son apparition, est maintes fois le signe révélateur de la maladie. Il en sera reparlé au sujet du diagnostic. C'est aussi dans les pleurésies enkystées, que le pus peut être craché et non vomi, d'où parfois une cause d'erreur.

La vomique des pleurésies purulentes peut s'arrêter quelque temps, fort longtemps même (Sergent); puis la cavité se remplit, l'odeur fétide reparaît et la scène recommence.

Il est intéressant de passer en revue la façon dont se comportent, au point de vue de la vomique, les diverses pleurésies purulentes non tuberculeuses, suivant leur cause et leur siège.

α. *Empyème à streptocoques.* — La vomique est rare dans cette forme.

β. *Empyème à pneumobacilles.* — C'est une pleurésie rare et à pronostic grave. Quelquefois, elle est enkystée et peut alors guérir par vomique.

γ. *Empyème à pneumocoques.* — Dans un quart des cas, il est enkysté et le pneumocoque est l'agent pathogène le plus fréquent de la pleurésie interlobaire. La vomique survient en moyenne dans un quart des cas. Chez l'adulte, elle se produit une fois sur deux, tandis que, chez l'enfant, elle ne survient guère plus d'une fois sur dix.

Les trois quarts des pleurésies purulentes chez l'enfant contiennent du pneumocoque et nous répétons qu'à cet âge la perforation bronchique est étroite, ce qui fait que le pus est plutôt craché que vomi. Chez l'enfant, cette pleurésie peut guérir par résorption; l'épanchement se porte assez souvent vers la paroi thoracique, mais on note assez rarement l'apparition spontanée d'une vomique, qui, chez l'adulte, est assez commune (Netter).

Cette vomique survient après trois ou quatre semaines, quelquefois le jour même de la ponction. Elle est, dit-on, très fréquemment suivie de guérison et Sergent écrit que l'on pourrait même dire que la pleurésie interlobaire métapneumonique est le triomphe de la vomique, tant sont fréquents les cas qui paraissent guérir radicalement par ce procédé naturel. Toutefois, cet auteur met en lumière les fausses guérisons par vomique dans ces cas. Le médecin, dit-il, devra toujours tenir pour suspectes les détentes qui suivent la vomique et qui peuvent être assez accentuées pour simuler la guérison complète. Il devra se méfier des fausses guérisons et ne pas oublier que la vomique doit faire la preuve de son efficacité radicale, par la persistance du silence pleural après plusieurs mois. A l'appui de son dire, Sergent publie l'observation d'une malade qui, dix-sept mois après la vomique initiale, fut prise tout à coup d'une quinte de toux épouvantable, au milieu de laquelle elle rendit dans un flot de sang un énorme paquet de glaires et faillit étouffer. De Jægher rapporte l'histoire d'une petite fille qui eut, à la suite d'une pleurésie interlobaire, plusieurs vomiques répétées à des années d'intervalle. Après chacune d'elles, la guérison avait semblé définitive.

La thèse de Roquetanière met en lumière tous ces faits, dans le détail desquels nous ne pouvons entrer; mais il faut savoir que la vomique, si elle est souvent un mode de guérison spontanée de l'empyème à pneumocoques, peut également être néfaste, car elle donne une sécurité trompeuse et laisse le malade dans toutes les conditions désastreuses d'une suppuration insidieuse et prolongée.

En examinant les conséquences des vomiques en général, nous verrons que le pneumothorax en est une suite quasi constante. Or, en cas de pneumococcie et chez l'enfant, ce pneumothorax est l'exception. Sur 23 fistules pleuro-bronchiques chez l'enfant, Mlle Finkelstein (1) a vu le pneumothorax 8 fois. La cavité se vide sans que l'air y entre, par suite de la forme et de la situation de l'orifice et de la flexibilité des côtes.

δ. *Pleurésie putride primitive.* — La vomique ne s'y produit point, à cause sans doute de la trop grande rapidité de l'évolution.

ε. *Pleurésie putride secondaire.* — Dans ces pleurésies putrides, lorsqu'elles sont consécutives à une gangrène pulmonaire, la vomique a parfois lieu.

ζ. *Pleurésie médiastine postérieure.* — Presque toujours à pneumocoques, elle se comporte comme l'empyème interlobaire. Une vomique fétide et peu abondante survient au bout de quelques semaines.

η. *Pleurésie médiastine antérieure.* — Elle peut aboutir à une vomique qui n'implique pas toujours, tant s'en faut, la guérison.

θ. *Pleurésie diaphragmatique.* — Quand cette pleurésie est purulente, elle entraîne d'ordinaire la mort du malade. Mais en cas de vomique, la guérison est possible (2).

ι. *Pleurésie interlobaire.* — Elle est purulente, presque toujours pneumococcique, et il en a été question quelques lignes plus haut. Parfois gangréneuse, elle aboutit également alors à la vomique.

Nous n'insisterons pas davantage sur les vomiques pleurales : ajoutons cependant que certaines conditions favorisent l'élimination du pus hors de la plèvre, ainsi le décubitus du côté opposé à la pleurésie. La fistule occupe effectivement alors une position déclive et s'écoule plus aisément.

2° Vomiques d'origine pulmonaire. — Elles proviennent de la rupture des kystes hydatiques ou des abcès du poumon.

A. *Kystes hydatiques du poumon.* — Ils siègent plus spécialement au lobe inférieur du poumon droit et peuvent acquérir les dimensions d'une tête d'adulte. Ces kystes sont parfois tolérés fort longtemps, mais, dans la règle, ils aboutissent à la rupture et peuvent suppurer avant ou après leur ouverture.

Quand un kyste hydatique du poumon se vide par voie bronchique, le sujet est pris de suffocation. Si la poche n'est pas suppurée, il rejette un flot de liquide clair, salé, où on peut rencontrer des vésicules filles, des échinocoques, des fragments de la membrane feuilletée, des crochets. Si elle est purulente, on trouve un liquide assez limpide (1).

La membrane périkystique étant peu épaisse, les bronches sont refoulées par le kyste et, quand il se rompt, l'ouverture de la bronche est oblique et taillée en biseau. Lors

(1) Finkelstein. *Pleurésie purulente de l'enfance*, Th. de Paris, 1890. — Lambiotte. Pleurésie purulente de l'enfance. Guérison naturelle, *Arch. méd. belges*, 1892, p. 319.

(2) Douillet. *Dauphiné méd.*, 1892, p. 131. — Guéneau de Mussy. *Arch. de méd.*, juillet 1879.

(1) Revilliod. Echinocoque du poumon datant de huit ans ; vomique, guérison, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1891, p. 129. — Miers. Hydatide rompue dans les bronches, *Australasian med. Gaz.*, 1891-1892, XI, p. 409. — Duncan Bird. *Hydatides of the lungs*, Melbourne, 1877.

de la vomique, cette bronche peut s'obstruer par des débris du parasite et la mort survenir. Celle-ci peut également dépendre d'une hémoptysie due à une ulcération de l'artère pulmonaire.

Le rejet du kyste a lieu d'un seul coup ou en plusieurs semaines. La guérison survient ou bien la poche s'infecte. Enfin, il faut être prévenu que souvent le kyste se rompt en même temps dans le poumon et dans la plèvre (1); on observe alors un hydro ou un pyo-pneumothorax.

B. *Abcès du poumon.* — Ces abcès peuvent se diviser en quatre grands groupes : ils sont pyémiques, migrateurs, pneumoniques ou emboliques.

Or, les abcès de la première variété, dits pyémiques, sont de petites dimensions : la pyohémie a une marche trop rapide pour qu'ils aient le temps de s'évacuer par vomique. Il n'en sera donc pas question.

Les abcès migrateurs se terminent habituellement par vomique ; les abcès pneumoniques et les abcès emboliques ont fréquemment ce mode de terminaison.

On se souvient que les abcès du poumon, en général, sont surtout l'apanage des vieillards, des alcooliques, des convalescents, des surmenés, des diabétiques, des infectés (variole, rougeole, etc.).

α. *Abcès migrateurs.* — Il s'agit, dans cette classe, d'abcès uniques et volumineux pour lesquels la vomique est de règle. Ces collections proviennent des organes voisins du poumon ; elles se propagent par les lymphatiques, soit directement de proche en proche, soit en suivant les lymphatiques du médiastin autour des bronches et les ganglions du hile (Mosny).

Les abcès pulmonaires migrateurs qui s'évacuent ainsi par vomique ont leur source dans une pleurésie interlobaire, par exemple, ou un abcès du foie, soit primitif, soit par suppuration d'un kyste hydatique. Le mal de Pott de la région dorsale, une tuberculose costale, un abcès du rein, de la rate, du médiastin peuvent en constituer la cause. De là la présence, dans le pus rejeté, d'hydatides, séquestres osseux, bacilles tuberculeux, etc.

β. *Abcès pneumoniques.* — Parmi les terminaisons anormales de la pneumonie, l'abcès est une des moins fréquentes. En effet, il faut pour qu'il se produise une véritable nécrose du parenchyme hépatisé. L'abcès se forme par confluence de petits foyers suppuratifs et il peut être plus gros qu'une orange, sans membrane pyogène nettement constituée. Si la coalescence des abcès primitifs n'est pas complète, la poche est anfractueuse. Le pus qu'elle contient est épais, cohérent, hémorragique et fétide dans les cas où il y a eu envahissement par des saprophytes.

Ces abcès, nous le répétons, sont rares et spéciaux aux alcooliques et aux personnes débilitées. Ils se forment rapidement, du cinquième au douzième jour de la pneumonie et sont rejetés au plus tard le vingtième jour, point capital pour le diagnostic différentiel d'avec les vomiques d'origine pleurale.

« Lorsque la défervescence sera irrégulière, atypique, lorsque surviendront les frissons, les sueurs, et que les crachats prendront un aspect muco-purulent, on devra soupçonner la suppuration du foyer; mais rien n'est difficile comme le diagnostic des abcès pneumoniques dont les signes physiques se confondent trop aisément avec ceux de certaines pneumonies dites bâtardes aux allures indécises et mal caractérisées » (Mosny). C'est la vomique qui fixe souvent ce diagnostic si difficile : le pus contient du pneumocoque.

La vomique, qui peut manquer, est annoncée par l'exagération des symptômes propres à l'abcès : douleur, dyspnée et hyperthermie. Elle est suivie de l'apparition de signes cavitaires dans le parenchyme pulmonaire (souffle caverneux, respiration amphorique). Dans les jours qui suivent, la guérison est possible : souvent la suppuration se prolonge et les vomiques se succèdent, parfois la gangrène pulmonaire fait son apparition. La pneumotomie sera fréquemment de mise, mais nous n'avons pas à y insister.

γ. *Abcès emboliques.* — Ils surviennent brusquement, peu de temps après les symptômes de l'embolie pulmonaire qui leur a donné naissance. Ils entraînent fréquemment la vomique, à moins qu'ils ne soient petits et multiples comme cela arrive dans les embolies capillaires, microbiennes. Mais les embolies ordinaires, septiques, naturellement, donnent des abcès uniques.

Ils dérivent, par exemple, du fragment détaché d'un caillot de phlébite, de phlegmatia alba dolens, de coagulations intra-veineuses au cours de suppuration des os ou d'escarres diverses. L'endocardite maligne, ulcéreuse ou végétante du cœur droit, fournira aussi ces abcès emboliques.

La vomique, dans cette forme, ne présente rien de spécial. Qu'on se rende bien compte que la vomique est souvent le signe révélateur des abcès du poumon envisagés dans leur généralité. C'est que, comme le dit Dupré, il faut faire la part de la longue tolérance du parenchyme pulmonaire pour l'abcès qui reste une lésion silencieuse tant qu'il ne touche pas à la plèvre ou aux bronches.

Les collections purulentes du poumon qui se traduisent par de la fièvre, des quintes de toux, des douleurs thoraciques, de la dyspnée, offrent une reprise notable de tous ces signes avant la vomique. Après elle, le malade est soulagé et présente des signes physiques dénotant la cavité existant à la place de l'abcès. Même à cette période, le clinicien ne sera pas toujours fixé sur ce qu'il a observé : l'examen du pus pourra être d'un utile secours. La terminaison est d'ordinaire fatale d'ailleurs, sauf pour les abcès de la pneumonie qui peuvent se terminer en laissant après eux de la sclérose pulmonaire avec rétractions.

3° Vomiques d'origine hépatique. — Laboulbène (1) a décrit une fistule broncho-hépatique spontanée, mais ces vomiques sont consécutives aux abcès du foie ou aux kystes hydatiques.

A. *Abcès du foie.* — L'évacuation spontanée de ces abcès se fait à la peau, dans les bronches, dans la plèvre, le péricarde, le péritoine, les viscères abdominaux. La vomique est assez fréquente, étant donné le siège habituel de ces collections purulentes. D'habitude on constate une broncho-pneumonie de la base droite avant le rejet du pus. La fièvre, la gêne respiratoire, la douleur pongitive dans le côté, tous ces signes sont fort variables dans leur intensité.

Le liquide expectoré ou vomi a une couleur chocolat ou une teinte lie-de-vin. D'ordinaire il y en a un 1/2 litre, mais dans certaines circonstances c'est 4 et 5 litres qu'on constate. Toman, à Liverpool, a vu un abcès contenir 18 litres de pus. A côté de la coloration particulière du liquide qu'on vient

(1) Troquart. Congrès de Bordeaux, 10 août 1895.

(1) Laboulbène. *Union méd.*, août 1875.

d'indiquer, notons que le pus peut être bien lié, ou grumeleux, ou verdi par la bile, ou même noirâtre et fétide; dans certaines observations, il avait une odeur un peu ammoniacale. On y trouve des globules blancs et des cellules nécrobiosées, de la graisse, de la cholestérine, etc. (1).

Dès que l'abcès du foie s'est fait jour dans l'arbre bronchique, on constate à la partie inférieure du poumon droit, les signes d'une assez grande cavité. Le pus continue à s'évacuer quotidiennement à la dose de 300 à 400 grammes en moyenne. Quand le sujet est debout, on conçoit que cette quantité se réduise beaucoup, car l'écoulement se fait alors malaisément. De la cholerragie peut apparaître, si les voies biliaires s'ouvrent dans le foyer purulent.

Le pronostic d'une pareille vomique n'est guère favorable. D'ordinaire, la suppuration continue sans arrêt et le malade se cachectise si le chirurgien n'intervient pas pour faire un sérieux drainage.

Il est quelquefois difficile de savoir ce qui en est exactement relativement à ce genre de vomiques. C'est que l'expectoration massive d'un liquide couleur lie-de-vin jointe à des symptômes stéthoscopiques à la base du poumon peut induire en erreur et faire croire à des crachats d'apoplexie pulmonaire. Le diagnostic d'avec l'empyème diaphragmatique ou le pneumothorax sous-phrénique peut être impossible. L'étude histologique du pus viendra fortement en aide si elle décèle des cellules hépatiques, de la cholestérine ou des cristaux allongés, quadrangulaires, incolores, décrits par Netter dans les abcès du foie.

B. *Kyste hydatique.* — Lorsqu'un kyste hydatique du foie, se développant progressivement, est arrivé au contact des organes voisins, il peut s'y rompre. Cette déhiscence peut, dans quelques cas, être aseptique. Le plus souvent, elle est précédée et préparée par la suppuration. L'ouverture supérieure, intra thoracique, est propre aux kystes de la convexité. Elle est facilitée par des lésions du diaphragme, de la plèvre et du poumon. Le diaphragme est seulement aminci, ou bien il est perforé, quelquefois même ulcéré. La séreuse pleuro-péritonéale réagit par un processus inflammatoire. S'il se fait une symphyse entre la poche hydatique et le poumon, c'est dans les bronches que s'ouvre le kyste. D'après Frerichs et Davaine, sur 84 cas, 23 fois l'ouverture s'est faite dans cette direction, on voit qu'elle est par conséquent fréquemment suivie.

Nous avons vu plus haut que cette rupture des kystes suppurés produirait quelques jours à l'avance, une odeur aromatique de l'haleine et de l'expectoration comparable à celle de la marmelade fraîche de prunes.

La vomique est annoncée un certain temps avant sa production par une toux quinteuse, des douleurs, de la gêne respiratoire. Puis, en faisant un effort, le malade vomit un flot de liquide purulent, contenant des débris de la membrane feuilletée et des vésicules semblables à des grains de raisin sucés. Dans certains faits, la présence de la bile est signalée (2). L'abondance de la vomique peut amener une asphyxie mortelle; ailleurs, elle est fractionnée et accompagnée de crachements de sang. La douleur vive, lors de la rupture du diaphragme, est un signe important pour Cadet de Gassicourt (1).

L'ouverture se fait d'habitude à la base du poumon droit, quelquefois exceptionnellement à gauche. Dans un cas de ce genre, rapporté par Latham (2) on avait diagnostiqué une péricardite, dans celui de Rissien Russell (3), le kyste avait pénétré à la fois dans la plèvre droite, le poumon gauche et l'estomac.

Après rupture, on voit apparaître à l'examen une grande caverne pulmonaire.

Des signes amphoro-métalliques naissent dans la région auparavant mate et silencieuse, signes variables suivant l'évacuation plus ou moins complète du liquide (Chauffard). Une fois la fistule hépato-bronchique établie, le drainage de la poche peut être insuffisant à cause de la petitesse de l'ouverture ou de la rigidité des parois du kyste. La gangrène pulmonaire est principalement à redouter. Si bien que la mortalité, dans la vomique hydatique du foie, atteint 57 p. 100 (4). La constatation de membranes ou de crochets dans le liquide rejeté fera souvent établir un diagnostic rétrospectif. D'après Gavas Tervor, la vomique de ces kystes déterminerait la mort subite par asphyxie ou une issue fatale par broncho-pneumonie, et il serait inutile d'intervenir chirurgicalement.

4° Vomiques d'origine périhépatique. — Elles sont produites par les pyopérihépatites. Les périhépatites suppurées, dont nous n'avons pas à faire l'histoire, constituent des collections purulentes généralement situées entre le foie et le diaphragme. Elles sont assez souvent grosses comme une tête d'enfant, formées d'un pus phlegmoneux ou grumeleux. Sa couleur gris sale ou blanc jaunâtre peut devenir verdâtre quand il est mélangé d'une certaine quantité de bile, ou au contraire noirâtre s'il y a du sang épanché (Gilbert et Garnier). L'abcès peut s'ouvrir dans les bronches et non dans la plèvre, si cette dernière est adhérente au poumon. On a alors une vomique qui amène la production consécutive d'une pyopneumopérihépatite (5).

En même temps que le pus fait irruption dans les bronches, il peut perforer l'intestin également [Jayle, Vanlair (6)] ou se faire jour à la fois à l'ombilic et dans le poumon [Chavannis (7)].

Les pyopneumopérihépatites ou abcès gazeux sous-diaphragmatiques ulcèrent quelquefois les bronches et se vident par vomique. Celle-ci est annoncée par des crachats purulents et fétides. Bien entendu, dans cette éventualité, le poumon s'infecte et le pronostic de l'affection est encore aggravé.

5° Vomiques dans les abcès par congestion du mal de Pott. — Les abcès par congestion provenant des dix premières vertèbres dorsales s'ouvrent parfois dans les bronches, d'autres fois simultanément dans les bronches et au pli de

(1) Hussenet. Abcès du foie ouvert dans les bronches, *Gaz. hebd.*, juillet 1898. — Bronier. *Les abcès du foie expectorés*, Th. de Paris, 19 avril 1898. — Fontan. Migrations thoraciques des abcès du foie, *Revue de gynécol.*, 1900, p. 227.

(2) Casella. Kyste hydatique du foie ouvert dans un abcès sous-phrénique, dans le poumon et les voies biliaires, *Arch. gén. de méd.*, juillet 1901.

(1) Cadet de Gassicourt. Th. de Paris, 1856.

(2) Latham. *Lancet*, août 1873.

(3) Rissien Russell. *Med. Times and. Gaz.*, 1873.

(4) Cyr. *Traité des maladies du foie*, p. 822.

(5) Pasturaud. *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 189. — Galliard. Complications thoraciques de la lithiase biliaire, *Médecine mod.*, 23 avril 1895.

(6) Jayle. Ouverture dans la plèvre, le poumon et le duodénum, *Bull. de la Soc. anat.*, 3 mars 1893, p. 148. — Vanlair. *Revue de méd.*, 10 juillet 1893 p 561.

(7) Deschamps. *De la péritonite périhépatique enkystée*, Th. de Paris, 1886.

l'aine, de sorte qu'une injection dans la fistule inguinale peut ressortir par la bouche. Le pus tuberculeux peut ainsi contenir des séquestres osseux rejetés avec la vomique (1).

6° Vomiques d'origine splénique. — Elles sont consécutives aux abcès et kystes hydatiques de la rate.

7° Vomiques d'origine rénale. — Elles sont dues aux kystes hydatiques suppurés du rein, aux pyélonéphrites et aux phlegmons périnéphrétiques.

Bœckel (2) rapporte deux observations de kystes hydatiques qui se sont terminés par vomique et ont entraîné la mort. Cette rupture est exceptionnelle et d'ailleurs le kyste hydatique du rein est lui-même rare. Il renfermerait de l'acide urique, de l'oxalate de chaux, du phosphate de soude, des phosphates ammoniaco-magnésiens, et leur présence pourrait avoir quelque utilité dans le diagnostic.

Une pyonéphrose calculeuse peut se faire jour dans le poumon (Rayer); cette complication, on le conçoit, aggrave notablement le pronostic. Marcé (3) cite un cas où la poche purulente a fait effraction à la fois dans les bronches et dans le côlon.

La périnéphrite suppurée a sa propagation la plus fréquente en haut, du côté de la plèvre et du poumon (24 p. 100); elle détermine alors une pleurésie purulente ou une vomique (Tuffier). Cette dernière donne 40 p. 100 de guérisons. Les fistules réno-pulmonaires sont loin d'être rares, l'ouverture dans le poumon étant une terminaison fréquente d'un abcès périnéphrétique et même d'une pyélo-néphrite. Elles persistent en général assez longtemps, en donnant lieu à une évacuation incomplète, et elles sont l'origine d'abcès à répétition. Tuffier a vu une fistule communiquer avec une cavité sous-pleurale très peu étendue; cette cavité communiquait elle-même avec les lombes, si bien que le liquide injecté par les bronches ressortait par la bouche (4).

8° Vomiques d'origine médiastine. — Elles dépendent de perforations du poumon au cours du cancer de l'œsophage. Cette perforation résulte de la destruction de masses cancéreuses envahissantes, de suppuration ou de gangrène. Le contenu des abcès périnéoplasiques trouve ainsi moyen de s'évacuer par vomique. Galliard a étudié les complications du cancer de l'œsophage (5) et nous n'avons pas à reprendre ce sujet. Les malades toussent, dit-il, rejettent des débris alimentaires, des mucosités, du sang. Maas (6) a autopsié un homme de quarante-deux ans, dont le cancer siégeait à la hauteur de la bifurcation des bronches et dont le poumon droit, sphacélé dans presque toute son étendue, présentait une vaste caverne du lobe inférieur; cette caverne contenait des aliments, du lait, du vin, et communiquait avec l'œsophage. Des observations analogues expliquent la possibilité de vomiques de tout genre. Galliard signale dans un cas, chez un homme atteint de cancer de la partie inférieure de l'œsophage, des quintes de toux suivies de vomiques alimentaires : la perforation aboutissait à la partie postéro-inférieure du poumon droit (7). Dès que le patient avait avalé du lait, il le crachait mélangé de bulles d'air et cette expectoration alimentaire conduisit l'auteur au diagnostic.

(1) Frænkel. *Wien. klin. Woch.*, 12 juillet 1888. — Remy *Journ. de chimie et de thérap. infant.*, 23 juillet 1896. — Bentz. *Presse méd.*, 3 déc. 1902. — Guérineau et Chénieux. Loc. cit.

(2) Bœckel. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1887, p. 49.

(3) Marcé. *Bull. de la Soc. anat.*, 1853, p. 56.

(4) Tuffier. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

(5) Galliard. Les complications du cancer de l'œsophage, *Médecine mod.*, 1896, p. 385.

(6) Maas. *Berlin. klin. Woch.*, 1894.

(7) Galliard. Soc. méd. des hôpit., 17 juillet 1896.

III

Mécanisme. — Le processus qui aboutit à l'ouverture d'une bronche est comparable à celui de la perforation de la peau ou des aponévroses dans les cas de suppurations superficielles ou profondes. En réalité, le mécanisme de l'élimination spontanée du pus est discutable : toutes les raisons données ne satisfont pas l'esprit (1). Les viscères tendent à évacuer leur pus vers la face la plus rapprochée de l'extérieur, sans qu'on puisse en donner une explication satisfaisante (J. Courmont). La forme et les dimensions du trajet fistuleux sont variables : il est parfois très large, d'autres fois étroit et sinueux, particulièrement chez les enfants. Dans ce dernier cas, il peut être difficile à l'autopsie de trouver la fistule; il faut insuffler le poumon, soit à l'air libre, soit dans l'eau. Dans les faits où la vomique n'est pas suivie de pneumothoraux, il existe probablement au niveau de l'orifice un débris membraneux constituant valvule.

Valeur sémiologique. — Une vomique, quelle qu'elle soit, possède toujours, on le conçoit, une importante signification diagnostique et pronostique. Elle dévoile fréquemment une affection jusque-là méconnue, dont elle constitue le premier signe révélateur. C'est un accident qui préside souvent au diagnostic et rarement à la guérison (Sergent).

Marche et durée. — Nous avons montré en passant la longue durée possible des vomiques. En thèse générale, la fistule bronchique a peu de tendance à la cicatrisation spontanée, du moins aussi longtemps que le foyer qui l'a créée continue à sécréter du pus. Elle peut s'oblitérer d'une façon définitive, plus souvent d'une façon transitoire. Le patient, on l'a vu, voit sa fièvre réapparaître et, dans une quinte de toux, présente une nouvelle vomique. Tout cela peut durer pendant des mois. Même une fausse guérison en impose au clinicien si l'occlusion transitoire du foyer purulent parvient à persister aussi longtemps que Sergent l'a observé : dans son observation, qui concerne une pleurésie interlobaire, une première vomique a lieu le 28 juillet 1898 et la seconde n'apparaît que le 25 décembre 1899, à dix-sept mois d'intervalle par conséquent. Parce qu'une vomique vient de se produire, le sort des malades n'est donc pas jugé. La vomique doit faire la preuve de son efficacité radicale par la persistance du silence après plusieurs mois.

Complications. — Une des plus grosses complications est constituée par l'inondation pulmonaire asphyxiant le malade à l'instant même où il fait sa vomique. Nous devons d'ailleurs dire que cette mort subite est fort rare. Mais le pus, en arrivant dans la trachée, peut s'écouler en partie dans l'autre poumon resté sain et l'infecter secondairement. C'est une éventualité qui n'est signalée presque nulle part, malgré son importance.

Conséquences. — La vomique est habituellement suivie de la pénétration de l'air dans la poche qui vient de se vider. S'il s'agit d'une pyopérihépatite par exemple, celle-ci se transforme alors en pyopneumopérihépatite. Au cas ordinaire d'une vomique pleurale, le pyopneumothorax après vomique s'établit. Les signes cavitaires habituels sont faci-

(1) J. Courmont. *Traité de pathologie générale* de Bouchard, t. III, 2e partie, p. 533.

lement reconnus par les moyens d'exploration physique du thorax. Cependant le pneumothorax n'est point fatal; la fistule peut être disposée de telle manière que, permettant le sortir du liquide, elle s'oppose à l'entrée de l'air dans la plèvre (Heyfelder, Cruveilhier, Duroziez, Féréol). Chez l'enfant, M[lle] Finkelstein n'a noté le pneumothorax que huit fois sur vingt-trois perforations pulmonaires : cela est dû à l'étroitesse de la perforation et à la disposition en soupape. Barthez invoque la flexibilité des côtes chez l'enfant, mais Galliard rejette ce mécanisme.

Les vomiques peuvent entraîner à leur suite des hémoptysies par ulcération de rameaux de l'artère pulmonaire. Après rupture des abcès pneumoniques, la gangrène du poumon n'est point exceptionnelle. Dans la vomique du kyste hydatique du poumon, la cavité peut présenter du sphacèle de ses parois, d'où gangrène pulmonaire consécutive (1); de même dans le kyste hépatique rompu.

Parlant des fistules pleuro-bronchiques dues aux empyèmes, Bouveret dit que la mort est la terminaison de beaucoup la plus commune. La suppuration persiste et, avec elle, la fièvre hectique, la dyspnée, la toux, l'anorexie, l'amaigrissement, la perte des forces. Puis apparaissent les symptômes de la cachexie suppurative, l'anémie profonde, les œdèmes, la diarrhée profuse, l'albuminurie, et désormais la mort est inévitable.

Il faut encore, en cas de guérison des vomiques de cette catégorie, faire place à la péricardite purulente parfois consécutive, à la tuberculose pulmonaire qui rencontre un terrain tout préparé, à la sclérose pulmonaire et pleuro-pulmonaire pouvant elle-même créer la dilatation des bronches, à la déformation du thorax, à la rétraction de la paroi costale, à la sclérose possible, à l'amyotrophie de voisinage, etc.

IV

Pronostic. — Tout ce qui précède permet d'être bref sur le chapitre du pronostic. On vient de lire les multiples conséquences des vomiques, leurs suites tant éloignées qu'immédiates : de la nature et de la gravité de ces séquelles dépend l'avenir du malade. Parmi les pleurésies, l'interlobulaire passe pour quasi constamment curable par le mécanisme de la vomique : on a vu l'opinion de Sergent à cet égard. Dieulafoy montre aussi la terminaison fatale de quelques-uns de ces empyèmes si l'opération n'est pas promptement décidée. Dans les abcès du poumon, presque toujours avec ou sans vomique, la terminaison est la mort. La vomique de l'abcès du foie est d'un pronostic sombre; celle du kyste hydatique tue plus d'une fois sur deux. Les périnéphrites avec vomique ont seule des chances de guérison qui font défaut quand leur ouverture a lieu, par exemple, dans le péritoine; encore faut-il compter la longue durée des fistules réno-pulmonaires. Tant y a que toute vomique nécessite un pronostic des plus réservés, étant donné surtout que le diagnostic causal ne peut pas souvent être porté avec certitude absolue.

V

Diagnostic. — 1° Avant la vomique, celle-ci pourra être prédite avec grande probabilité si on a reconnu l'existence d'une pleurésie interlobaire. On pourra la prévoir dans les autres empyèmes enkystés. Lors de rupture imminente, l'odeur spéciale de marmelade de prunes fera prédire l'évacuation d'un kyste hydatique; la fétidité de l'haleine et des crachats annoncera celle d'un abcès périhépatique ou d'une pleurésie interlobaire. Dans cette dernière forme, Dieulafoy dit qu'il a pu ainsi plusieurs fois prédire la vomique trente-six heures à l'avance.

2° Lors de la vomique, le clinicien se demandera si bien réellement ce qui est expectoré a passé dans les bronches par effraction. En effet, les cavités de la bronchectasie et de la tuberculose pulmonaire peuvent renfermer en quantité abondante des liquides que parfois le malade rejette en une seule fois. L'élimination de l'escare des gangrènes pulmonaires pourrait aussi en imposer.

Dans la dilatation des bronches, ce sont des crachats muco-purulents, abondants, rejetés à pleine bouche après des quintes pénibles; leur couleur rappelle celle de la purée de pois. Il sont épais, souvent grumeleux, nummulaires, à odeur de vieux plâtre. Il peut suffire au malade de se placer sur le côté, lors du réveil, pour les expectorer. Le liquide ainsi rejeté se divise en trois couches: l'une superficielle, muqueuse, grisâtre, une autre filante et une dernière sédimenteuse et puriforme. La couche supérieure contient beaucoup de graisse libre. Ce sont là autant de caractères particuliers : il faut y joindre l'installation lente de cette bronchorrhée, tandis que les vomiques sont brutales à leur début.

L'actinomycose, l'aspergillose donnent des bronchorrhées similaires: l'examen microscopique des crachats sera donc toujours de la plus grande utilité. Dans la phtisie avancée, mêmes caractères des crachats, qui peuvent simuler une vomique: on y rencontrera des fibres élastiques du poumon.

L'odeur infecte des crachats de la gangrène pulmonaire est presque caractéristique de l'affection. Dans bien des cas une petite hémoptysie aura précédé l'élimination de l'escare. On connaît les caractères assignés par Traube à l'expectoration dans ces cas et nous ne les rappellerons pas ici. Signalons les bouchons de Dittrich, la présence des fibres élastiques, etc.

Malgré toutes ces différences, il est des causes d'erreur parfois inévitables. Le diagnostic reposera sur les antécédents, les signes physiques, l'aspect de l'expectoration, son odeur, sa fréquence, l'état général du malade, l'absence de pneumothorax si l'on soupçonnait une pleurésie purulente, etc. Néanmoins, il est des cas où le médecin peut être amené à croire à une vomique qui n'a point existé; de même, il peut méconnaître une vomique réelle si elle est très fractionnée ou s'il s'agit d'un enfant qui avale ses crachats.

3° Après la vomique, le premier devoir du clinicien est d'établir sa cause. Cet accident, répétons-le, préside souvent au diagnostic d'une maladie jusque-là indéchiffrable. Il y a lieu d'examiner le liquide rejeté qui peut renfermer des séquestres osseux, des aliments, des crochets d'hydatides, de la bile, etc. Reprendre tout cela par le détail serait s'exposer à des redites inévitables. L'examen bactériologique sera du plus grand secours dans une foule de circonstances : de même, la ponction exploratrice.

S'il s'agit d'une pleurésie, le pyo-pneumothorax après vomique servira utilement au diagnostic, bien que son absence ne prouve rien. Il faudra différencier ce pneumo-

(1) Soupault. Vaste caverne pulmonaire à parois gangréneuses, ayant donné les signes du pyopneumothorax et causée par un kyste hydatique suppuré éliminé par les bronches, *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 273.

thorax d'une cavité pulmonaire relevant d'une vomique pulmonaire et cela ne sera point toujours facile : ainsi, dans un cas de kyste hydatique du poumon ayant laissé une cavité considérable, Méry (1) a eu les signes d'un hydropneumothorax enkysté et a cru à la rupture pleurale, alors qu'elle n'existait pas. Les rayons de Rœntgen seront d'un utile appoint pour le diagnostic des causes de la vomique : bornons-nous à signaler le fait en passant.

VI

Traitement. — Il ne peut être question d'un traitement de la vomique proprement dite ou de la fistule qui a permis sa production. La vomique n'est qu'un symptôme dont on doit constater la cause et les conséquences. Toutefois, en ce qui concerne l'écoulement du pus, Raynaud (2) a conseillé de placer chaque jour le malade sur le bord de son lit, la tête en bas et il rapporte l'observation d'une jeune fille à l'appui de ce procédé.

M. Mongour a rapporté l'observation de trois pleurésies purulentes à streptocoques et staphylocoques associés, compliquées de fistule pleuro-bronchique et guéries rapidement à la suite d'injection de sérum de Marmorek à la dose de 50 à 100 centimètres cubes en plusieurs semaines (3). L'auteur recommande cette médication, sans toutefois porter à l'actif de la sérothérapie antistreptococcique des guérisons obtenues peut-être spontanément.

On a assez envisagé le pronostic des vomiques pour se rendre compte que leur apparition ne peut constituer un obstacle à l'intervention chirurgicale, appliquée aux diverses collections liquides qui leur donnent naissance. L'expectation est souvent de mise, pour s'assurer que l'évacuation par les bronches n'a pas servi de moyen curatif, ce qui n'est pas exceptionnel; mais quand on n'est pas certain que tout soit dit, quand l'écoulement purulent continue, cette expectation deviendrait périlleuse si elle était prolongée.

MM. Mongour, Verdelet et Hassler (4), trouvant mauvais les résultats fournis par l'intervention chirurgicale après les vomiques pleurales, sont d'avis qu'il est à peu près inutile d'opérer. Ce n'est pas l'opinion de Galliard : celui-ci dit que la vomique nous invite à intervenir rapidement, même chez les tuberculeux. Il importe, en effet, d'ouvrir largement les foyers de suppuration et de supprimer ainsi l'expectoration fétide, à condition d'user d'eau bouillie et non d'antiseptiques, car le passage de liquides toxiques, dans les bronches, aurait de graves inconvénients. Landouzy et Labbé écrivent qu'en matière de pleurésies purulentes, sauf exception, le traitement de choix est la thoracotomie. Aussi pensons-nous qu'en fait de vomiques pleurales, il y a lieu de pratiquer une intervention large, pour drainer dans les meilleures conditions un foyer pour lequel un étroit émonctoire est insuffisant (5).

Les vomiques d'autres espèces seront traitées suivant leur cause première. C'est affaire de chirurgie dans la majorité des cas et nous n'avons pas à en parler spécialement. Il serait bon, après vomique, de pratiquer l'examen radioscopique répété pour se rendre compte de l'état des organes (Hassler).

(1) Méry. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888.

(2) M. Raynaud. *Gaz des hôpit.*, 1877, p. 631.

(3) et (4) Mongour, Verdelet, Hassler. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 31 mai 1901.

(5) De Cérenville. Traitement chirurgical des vomiques, *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande*, 1886, p. 229. — Cestan. *La thérapeutique des empyèmes*, Paris, 1898. — Markham, Skeritt. *Brit. med. Journ.*, juil. 1878. — Bouveret. Loc. cit., p. 399. — Spillmann et Haushalter. Traitement des abcès du poumon consécutifs à la pneumonie, *Revue méd. de l'Est*, 1888, p. 633.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(4 mars 1903)

Nous revenons à la **prostatectomie**. Depuis que cette question est à l'ordre du jour, M. Tuffier a pratiqué 6 fois cette opération, deux fois par la voie hypogastrique, quatre fois par la voie périnéale, elle lui a paru difficile par la voie hypogastrique; la voie périnéale lui semble bien préférable. Il a eu recours à la technique décrite par Gosset et Proust, technique très bien comprise mais qui, aux yeux de M. Tuffier, ne nécessite pas l'instrumentation spéciale que ces auteurs ont imaginée. Cette instrumentation est d'ailleurs commode, mais elle n'est pas indispensable. M. Tuffier n'a recours au morcellement que quand il ne peut pas faire autrement. Il le considère comme un pis-aller. Il a toujours ouvert l'urètre. Les malades qu'il a opérés étaient des rétentionnistes chroniques, dont la rétention datait de deux à dix ans. Chez tous, elle était compliquée, soit par suite de la difficulté ou même de l'impossibilité du cathétérisme, soit par suite de lésions douloureuses. Chez tous ces malades, le résultat de l'opération fut satisfaisant. En somme, pour M. Tuffier, l'ablation de la prostate est une bonne opération mais qui ne doit être pratiquée que dans ces cas compliqués.

Il y a quelque temps, assez longtemps même, M. Quénu a fait une intéressante communication sur l'examen de l'air **des salles d'opérations** (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1902, n° 141, p. 1391). A ce moment, plusieurs membres demandèrent la parole, mais comme on était en pleine discussion sur l'appendicite, on renvoya celle-ci à la suite; cette suite s'est tellement fait attendre que la plupart des orateurs qui avaient demandé la parole y ont renoncé ne se rappelant peut-être plus exactement ce qu'ils auraient si bien dit au moment de la communication de M. Quénu. Il en est un cependant qui a répondu à l'appel de son nom d'autant plus volontiers que les recherches de M. Quénu confirment dans une certaine mesure une doctrine qui lui est chère et à laquelle il reste fidèle envers et contre tous, c'est M. Lucas-Championnière. Il commence par remercier M. Quénu de lui avoir fourni l'occasion de tirer une petite vengeance des dénigrations, de l'abandon même dans lequel est tombé le spray. Il y a longtemps qu'on a parlé des germes de l'air pouvant être dangereux pour les plaies. Le grand mérite de M. Quénu est d'avoir mesuré ces germes et, conséquemment, d'avoir bien mis en évidence leurs dangers.

Quelle est la conclusion à tirer de ces faits? C'est que plus une salle est encombrée, plus elle contient de germes. Quel est le moyen de les combattre? L'antisepsie. Et voilà comment c'est de M. Quénu, l'un des plus ardents promoteurs de l'asepsie, que vient la lumière sur les bienfaits de l'antisepsie. Tel est le raisonnement de M. Lucas-Championnière.

C'est, dit-il, dans les salles d'hôpital que les germes sont le plus funestes. Ainsi à la suite de ses opérations, M. Lucas-Championnière n'observe pas d'infections primitives, mais des infections secondaires, infections produites sous un pansement mal fait ou simplement par suite de la présence de ces germes dans la salle. La pulvérisation serait donc beaucoup plus nécessaire dans les salles d'hôpital que dans les salles d'opération où, suivant M. Championnière, l'antisepsie des mains, des instruments, des objets de pansement, suffit. Mais, dans les salles de malades, la pulvérisation s'impose et M. Lucas-Championnière espère que la

communication de M. Quénu portera les chirurgiens et surtout les élèves à revenir à une méthode qu'il a toujours considérée comme excellente.

Dans sa communication, M. Quénu a vanté les bons effets de l'eau oxygénée en pulvérisations. Ici, encore, M. Championnière s'estime heureux de voir M. Quénu partager son opinion sur ce puissant antiseptique. Il faut croire que lorsqu'il a, après d'autres, préconisé son emploi, il a été suivi par la plupart de ses collègues, puisque, avant sa communication à l'Académie, l'Assistance publique n'avait employé, dans une année, que 200 litres d'eau oxygénée, tandis qu'après elle en a employé 16000 litres. C'est un succès.

M. Bazy rend hommage à la patience et à la conscience de M. Quénu. Il trouve que sa communication est surtout rassurante à ce point de vue que, si elle démontre qu'il y a beaucoup de microbes dans nos salles, il y en a peu de pathogènes.

Suit une série de rapports; M. Broca analyse sommairement une observation de M. Molinier (de Marseille), sur un cas de **thrombose phlébitique du sinus latéral consécutive à une otite**. Il s'agit d'un adulte qui, à la suite d'une grippe et d'un érysipèle, eut une otite aiguë s'étant rapidement compliquée de mastoïdite. M. Molinier trépana et, d'un coup de curette, perfora le sinus latéral. Il dénuda alors largement le sinus et malgré une thrombose avec phénomènes septiques parvint à guérir le malade.

M. Tuffier a fait un rapport sur deux observations de **corps étrangers des voies digestives**, adressées par deux chirurgiens d'Athènes. Dans un cas il s'agissait d'un sou retiré de l'œsophage par le panier de Græfe, dans l'autre d'une fourchette extraite de l'estomac par la gastrotomie. Guérison dans les deux cas.

A propos d'un cas présenté par M. Launay, M. Lejars étudie et discute la question des **résections orthopédiques pour luxations anciennes du coude**.

Dans le cas de M. Launay il s'agissait d'un homme de soixante-six ans qui portait une luxation complète du coude en dehors datant de deux mois. M. Launay pratiqua une résection orthopédique du coude par une grande incision postérieure avec section du triceps. Il fit la résection complète, c'est-à-dire qu'il supprima les extrémités des deux os de l'avant-bras et de l'humérus. Il ne mit pas d'appareil et commença la mobilisation dès le sixième jour. On sait que dans ces cas les résultats fonctionnels ne sont jamais rapides.

L'arthrotomie simple ne donne pas de bons résultats. D'ailleurs la plupart de ces cas sont compliqués de fractures. C'est à la résection qu'il faut donner la préférence. Beaucoup de ces malades, en effet, s'ils ne sont opérés, se trouvent ankylosés dans des positions vicieuses, dans la rectitude par exemple. Ils ne peuvent en rien se servir d'un pareil membre. Les réductions par les procédés de force sont abandonnées avec raison; c'est donc la résection qui s'impose. M. Lucas-Championnière a appris qu'il fallait faire ces résections très larges. C'est ce qu'a fait M. Launay. Le triceps étant l'agent actif du bon fonctionnement du coude, il est très important de conserver une bonne attache tricipitale. Enfin il ne faut pas oublier que la mobilisation précoce joue aussi un grand rôle dans les résultats fonctionnels définitifs.

M. Lucas-Championnière est d'avis qu'en présence d'une luxation ancienne il vaut mieux recourir d'emblée à la résection que de tenter la réduction. Il faut, comme l'a dit M. Lejars, que la résection soit très large, que l'ouverture soit grande, par conséquent, c'est pour cela qu'il vaut mieux préférer l'incision médiane.

M. Quénu a aussi adopté l'incision médiane qui a l'avantage de permettre l'interposition musculaire.

M. Nélaton a obtenu de bons résultats de la résection semi-articulaire d'Ollier qui permet de respecter l'olécrane.

M. Morestin présente deux jeunes malades auxquelles il a enlevé une tumeur du sein par une incision dissimulée dans l'aisselle. Ce procédé fait partie des **opérations esthétiques** dont M. Morestin a publié ici même des exemples. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 44, p. 425.)

Question à l'ordre du jour de la prochaine séance. — Pluralité des néoplasmes : MM. Potherat, Quénu, Terrier, Lejars.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — ORAL. — Séance du 3 mars 1903 : Question : « Artère sylvienne. — Diagnostic de l'hémiplégie de cause cérébrale. »

MM. Magitot, 13 + 21 = 34; Labonnette, 7 + 17 = 24; Billon, 7 + 17 = 24; Jullich, 11 + 21 = 32; Marsan, 9 + 15 = 24; Sauphar, 13 + 16 = 29; Leenhardt, 14 + 21 = 35; Le Louët, 8 + 20 = 28; Perrin, 12 + 17 = 29.

— Séance du 4 mars 1903 : Question : « Vaisseaux du rectum. — Symptômes et diagnostic du cancer du rectum. »

MM. Siegel, 17 + 22 = 39; Le Jemtel, 15 + 19 = 34; Walter, 13 + 17 = 30; Blairon, 11 + 20 = 31; Denéchau, 16 + 24 1/2 = 40 1/2; Dreyfus, 15 + 21 1/2 = 36 1/2; Demanche, 10 + 20 = 30; Ledoux, 8 + 16 = 24; Bory, 6 + 16 = 22; Trouvé, 9 + 18 = 27.

— Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le mardi 21 avril 1903, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, au secrétariat, du lundi 16 mars au 31 du même mois.

— Un concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert, le lundi 20 avril, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Se faire inscrire au secrétariat, de midi à trois heures, du 16 au 28 mars.

— Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hopitaux de Paris sera ouvert, le lundi 30 mars 1903, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les inscriptions seront reçues au secrétariat, de midi à trois heures, du lundi 2 au samedi 14 mars.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la huitième semaine 1040 décès, au lieu de 972 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1173.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 11).

La rougeole a causé 11 décès (moyenne 16); la scarlatine a causé 3 décès (la moyenne est 4); la coqueluche a causé 4 décès (la moyenne est 8); la diphtérie a causé 14 décès (moyenne 11).

La variole n'a pas causé de décès; le nombre des cas nouveaux est de 15 (moyenne 28).

La diarrhée infantile a causé 18 décès de 0 à 1 an (moyenne 26).

En outre, 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 194 décès (moyenne 219).

La phtisie pulmonaire a causé 236 décès; la méningite tuberculeuse, 17 décès; la méningite simple, 18 décès. En outre, 17 décès ont été attribués à la grippe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'alcoolisme et la lutte contre l'alcool en France, par M. le docteur ROMME, préparateur à Faculté de médecine de Paris. 1 vol. petit in-8. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

NUCLÉNAL BOUTY

ACCROISSEMENT
DÉVELOPPEMENT
REPRODUCTION

Nucléine Phosphoglycérates

3 à 4 Dragées par 24 heures, au moment des repas. — 1, Rue de Châteaudun, PARIS.

VIN ECALLE

KOLA-COCA
1 Gr. 1 Gr.
par verre à madère.

Degré alcoolique très faible.

Facilite et Stimule la Digestion.

CONDITIONS S ÉCIALES POUR MM. LES MÉDECINS

PEPTONE VASSAL

Sèche Agréable au Goût

REPRÉSENTE 14 FOIS SON POIDS DE VIANDE

PRIX MODÉRÉ

ECHANTILLON GRATIS PAR L. DANJOU Ph^ien LILLE

AFFECTIONS PULMONAIRES

traitées par la **CRÉOSOTE** *à hautes doses*

le Thiocol Roche

est soluble dans l'eau, insipide et inodore.

Calculé chimiquement : **1 gr. THIOCOL contient 0 gr. 52 de** *Gaïacol actif.*

DOSE : 2 à 8 gr. par jour.

HERRMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, Paris.

L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour

L'APIOL des DOCT^rs JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

PHARMACIE G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, Paris (*Place du Théâtre Français*) et toutes Pharmacies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique 2 à 4 cuillerées p^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^ies.

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant

Remplace ***Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,*** surtout les ***Bains de mer.***

Exiger Marque de Fabrique. — PHARMACIES, BAINS

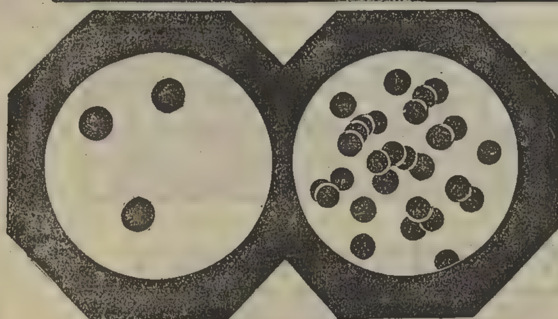


NOUVEAU BANDAGE

Accepté à la Société de Chirurgie de Paris.

Le *seul* recommandé par tous les médecins et chirurgiens. Cet appareil en forme d'arbalète est *invisible* sur le corps, supprime le ressort du *dos* et le *sous-cuisse*. Le malade peut se livrer à tous les travaux sans éprouver de gêne. Par sa pression constante, il fait disparaître la hernie et mène à la guérison. Méfiez-vous des contrefaçons et n'achetez pas de bandage sans vous en faire *garantir la contention*. Euvoi du catalogue. **MEYRIGNAC** fabricant, **229, Rue Saint-Honoré, Paris.**

HÉMOGLOBINE DESCHIENS



Fer Organique Vitalisé

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT, NEURASTHÉNIE

SIROP, 2 à 4 cuil.; VIN, 2 verres à madère.
ÉLIXIR (15°) 2 verres à liq.; DRAGÉES, 4 à 8.

ÉCHANTILLONS AUX MÉDECINS.
ADRIAN, Paris.

N° 29. — MARDI 10 MARS 1903. 76e ANNÉE. MARDI 10 MARS 1903. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL BEAUJON

LA BACILLÉMIE TUBERCULEUSE SUBAIGUE (1)

Par le professeur Debove.

C'est avec une grande réserve que je prononce le mot de *bacillémie tuberculeuse* aiguë, car il s'agit d'une maladie qui n'est pas décrite, dont je ne puis vous donner qu'une observation et encore est-elle incomplète. Mais il en est forcément ainsi quand on observe des faits nouveaux, soit parce qu'on n'est pas guidé par des observations antérieures, soit parce que le diagnostic comme chez notre malade n'a été fait qu'à l'autopsie. Avant de vous exposer son histoire je veux entrer dans quelques considérations générales.

Les microbes peuvent donner lieu à des accidents locaux en se multipliant dans un point déterminé ou bien à des accidents généraux en pénétrant dans le sang et en provoquant des réactions générales d'origine infectieuse. C'est ainsi que peuvent agir pour ne citer que deux exemples : le streptocoque et le pneumocoque.

Le streptocoque peut amener des accidents locaux d'érysipèle ou de lymphangite, ou bien, pénétrant dans le sang et s'y multipliant, il peut donner lieu à une septicémie streptococcique.

De même le pneumocoque peut donner lieu à des manifestations locales dont la plus commune est la pneumonie, mais il peut aussi pénétrer dans le sang, s'y multiplier et provoquer une septicémie pneumococcique.

De même, pour revenir au sujet qui nous occupe, la phtisie peut donner lieu à des accidents locaux ou à une infection tuberculeuse. Nombreuses sont les manifestations locales de la tuberculose. On peut dire qu'aucun organe, aucun tissu n'y échappe. Une des tuberculoses locales que nous observons le plus souvent dans les services hospitaliers est la phtisie pulmonaire, les tuberculoses locales ont ordinairement une marche chronique.

D'autres fois, la phtisie est aiguë, sa marche clinique a été très rapide, caractérisée par des phénomènes rappelant ceux d'une infection telle que la fièvre typhoïde et à l'autopsie on trouve nombre d'organes farcis de granulations tuberculeuses; il semble s'être produit une véritable éruption de ces petites nodosités. Il est très vraisemblable que le sang a été la voie par laquelle les lésions se sont généralisées et qu'il y avait *bacillémie*.

La chose est si vraisemblable qu'elle est aujourd'hui presque démontrée et elle le sera certainement, grâce à un procédé inventé par notre chef de laboratoire, M. Jousset; ce procédé a été récemment publié, c'est l'inoscopie dont je veux vous dire quelques mots.

Il est très difficile de mettre en évidence des bacilles tenus en suspension dans un liquide fibrineux, parce que la fibrine emprisonne les microbes et les empêche de tomber au fond du vase conique dans lequel vous aurez placé le liquide suspect; pour le même motif vous ne pourrez pas davantage les isoler en les soumettant à la centrifugation. Mais si vous fluidifiez la fibrine en la faisant digérer dans un liquide antiseptique, vous pourrez ainsi remettre les microbes en liberté et même, s'ils sont très peu nombreux, les recueillir par centrifugation. Ce procédé, précieux pour mettre en évidence les bacilles d'un épanchement pleurétique, l'est bien davantage encore pour déceler les bacilles du sang.

Sur plusieurs phtisiques arrivés à une période avancée de la maladie, M. Jousset a pu trouver le bacille dans le sang, ce qui tendrait à démontrer que la lésion locale peut donner lieu à une infection générale et il est vraisemblable que le même procédé appliqué à la phtisie aiguë donnerait des résultats positifs. Si j'emploie ici des termes conditionnels c'est que je parle de faits vraisemblables mais non pas certains et qui seront, je l'espère, confirmés par les observations ultérieures.

Mais en dehors de la phtisie aiguë, il y a peut-être des infections sanguines d'origine tuberculeuse. Il nous arrive assez souvent, en effet, d'observer des malades pour lesquels nous posons le diagnostic de maladie infectieuse et cependant ni la clinique ni l'anatomie pathologique ne vont nous renseigner sur la véritable nature de cette infection; il est possible qu'un certain nombre d'entre elles se développent sous l'influence du bacille de Koch ; c'est ce que

(1) Leçon clinique recueillie et rédigée par M. Jean Ferrand, chef de clinique adjoint.

je veux essayer de vous démontrer par l'observation d'une malade.

F..., âgée de trente-quatre ans, journalière, qui était couchée au n° 23 de la salle Béhier, entra dans notre service le 12 janvier et mourut peu de jours après son entrée. Elle ne nous a donné aucun renseignement sur la santé de ses ascendants ou de son mari qui puisse présenter le moindre intérêt dans le cas particulier.

Depuis quelques années, elle est sujette à des rhumes mais sans hémoptysies et les indispositions qu'elle a eu sont légères puisqu'elle n'a pas été obligée de s'aliter avant le mois de juillet 1902. A ce moment, elle fut prise subitement de douleurs vagues dans les jambes et il faut croire que son état était bien alarmant, car un médecin appelé, qui ne fit vraisemblablement pas de diagnostic, déclara qu'elle était perdue et depuis ce temps elle a continué à maigrir sans pouvoir quitter son lit.

J'ai supposé que le médecin qui l'a vue à cette époque n'a probablement pas fait de diagnostic. Nous aurions fait comme lui et nous pouvons même avouer que notre diagnostic n'a été fait qu'après l'autopsie.

Ce qui domine chez elle à son entrée à l'hôpital c'est la cachexie extrême dans laquelle elle se trouve. Elle repose dans le décubitus dorsal, respirant péniblement et pouvant à peine répondre aux questions qui lui sont posées, et cela non seulement parce que tout effort même léger comme celui de la parole est pour elle une fatigue, mais parce qu'elle est dans un état de semi-torpeur dont il est difficile de la tirer. Ses réponses sont vagues, elle se plaint de douleurs et de fièvre et cependant sa température n'est pas élevée, car elle n'atteint jamais 38 degrés, même dans les légères exacerbations vespérales. L'amaigrissement est considérable, la pâleur est très marquée sur tout le corps. Il y a un peu d'œdème malléolaire, attribuable à l'état cachectique.

Rien dans les signes jusqu'ici constatés ne permet de faire un diagnostic. Voyons si nous serons plus heureux en interrogeant les trois grands appareils, digestif respiratoire, et circulatoire.

Appareil digestif. — L'anorexie est prononcée; la malade peut tout au plus absorber quelques tasses de lait; elle ne vomit pas, mais elle est atteinte d'une diarrhée qui donne lieu à des garde-robes très rapprochées et qui n'ont jamais été sanguinolentes.

Le foie est gros et déborde les fausses côtes d'environ deux travers de doigt; on perçoit son bord antérieur mousse; il n'est le siège d'aucune irrégularité ni bosselure. Il est très douloureux à la palpation; cette douleur est provoquée dans toute la zone où le foie est accessible sans qu'elle ait de foyer particulier. Il n'y a jamais eu d'ictère ni de subictère.

La rate est également grosse; non seulement on le constate en la percutant, mais on sent son extrémité inférieure en palpant l'hypocondre gauche.

Appareil respiratoire. — L'examen du poumon faisait constater l'existence d'une bronchite qui se traduisait par les signes d'auscultation habituels et par une expectoration muco-purulente qui n'avait rien de caractéristique.

Appareil circulatoire. — Le cœur est un peu augmenté de volume; sa pointe est abaissée et déviée à gauche. A la palpation on perçoit nettement un frémissement systolique. A l'auscultation on entend un souffle systolique se prolongeant vers l'aisselle. Ce souffle est même précédé d'un roulement présystolique. Mais nous n'avons pu constater de dédoublement du second temps. L'ensemble de ces signes nous a fait poser le diagnostic d'insuffisance avec rétrécissement mitral.

Les urines ne sont pas abondantes, elles ne dépassent pas le volume d'un litre; elles sont foncées et contiennent une grande quantité d'albumine.

La cachexie s'accentua rapidement et la malade mourut au bout de quelques jours sans avoir présenté d'autres phénomènes que ceux énoncés précédemment.

J'ignore si un médecin autre que nous aurait fait un diagnostic, mais je déclare que l'ensemble symptomatique ne me le permettait pas et que cette histoire serait restée fort obscure si l'autopsie n'avait pas été pratiquée.

Nous commencerons par l'examen anatomique de la rate, car c'est elle qui nous révélera la véritable nature du mal. La rate est augmentée de volume; son poids dépasse 500 grammes, sa surface présente des zones pâles de tissu nécrosé à côté de zones normales. A la coupe certaines parties semblent rouges et normales, mais il y a de nombreuses granulations ayant subi la dégénérescence caséeuse; d'autres, d'un volume beaucoup plus considérable, sont formées à la périphérie d'une matière caséeuse assez ferme, tandis que leur centre est rempli d'une bouillie grisâtre. Cette rate rappelle par ses caractères l'aspect que nous observons sur la rate d'un grand nombre de cobayes qui succombent à une tuberculose expérimentale.

En raison de la diarrhée constatée, nous avons examiné l'intestin avec un soin particulier, mais il ne présentait pas d'ulcérations tuberculeuses. Il faudra donc pour expliquer la diarrhée admettre une autre interprétation.

Quand on trouve des tubercules dans un organe quelconque, il est rare de n'en pas trouver dans le poumon; mais cette règle n'est pas sans exception, comme vous allez le voir. Les poumons sont emphysémateux. Il y a un peu de congestion aux deux bases; la pression fait sourdre de tous les orifices bronchiques une grande quantité de matière spumeuse très aérée. Le parenchyme paraît sain et surnage dans l'eau. Les sommets sont aussi sains que le reste de l'organe, ne présentent aucune altération tuberculeuse; il n'y a pas trace d'adhérences pleurales.

Arrivons maintenant à l'examen du cœur qui, vous le savez, avait été supposé atteint d'insuffisance et de rétrécissement mitral. Le myocarde est un peu pâle. Le cœur droit ne présente aucune altération. A gauche, sur la grande valve de la valvule mitrale, on trouve des végétations nombreuses et agglomérées. Elles sont sessiles, implantées par leur base sur la valve et se dirigent vers la cavité ventriculaire. Leur tissu est mou et leur aspect en chou-fleur permet de dire qu'elles ne remontent pas à une période éloignée, elles caractérisent une endocardite aiguë ou subaiguë, elles expliquent bien les signes stéthoscopiques perçus à l'auscultation.

Ici, encore, nous ne nous sommes pas contentés d'un examen macroscopique; nous avons cherché si l'on ne pourrait pas dans ces végétations constater la présence du bacille de la tuberculose. Cette recherche a été positive et nous avions affaire à une endocardite tuberculeuse.

Nous avons également prélevé une certaine quantité de sang dans l'intérieur des cavités cardiaques et, en appliquant son procédé inoscopique, M. Jousset a pu constater l'existence de bacilles dans le sang; il s'agissait d'une bacillémie tuberculeuse.

Je ne saurais trop vous dire combien je regrette que cet examen du sang n'ait pas été fait du vivant de la malade, mais à ce moment nous n'avions aucune raison de le pratiquer : nous ne soupçonnions pas l'existence de la bacillose. A l'avenir nous sommes, je crois, autorisés par cette exemple, à pratiquer l'inoscopie dans les cas où la tuberculose pourra être soupçonnée.

Comment les lésions se sont-elles produites ou plus simplement quel est le tissu primitivement atteint? Je l'ignore et nous ne pouvons sur ce sujet nous livrer qu'à des hypothèses, et vous savez qu'il est toujours permis de faire des hypothèses à la condition de ne jamais les confondre avec les faits.

Je crois que la lésion initiale est celle du sang, que la bacillémie tuberculeuse a précédé les lésions viscérales, que c'est elle qui a d'abord amené ces troubles généraux donnant l'idée d'une maladie infectieuse. Je ne saurais dire quelle en a été la porte d'entrée, car la porte d'entrée d'une infection peut être bien petite et échapper facilement aux investigations. Nous observons souvent des streptococcies et des pneumococcies sur l'origine desquelles il nous est impossible de nous prononcer.

La bacillémie a été la cause des autres lésions; elle a entraîné la tuméfaction et la dégénérescence de la rate, organe sur lequel la plupart des maladies infectieuses ont un retentissement marqué. Il suffit de rappeler l'état de la rate chez le cobaye auquel on a injecté des matières tuberculeuses. Si la rate n'est ordinairement pas altérée chez les phtisiques, c'est que ses lésions restent localisées, mais la tuméfaction est habituelle dans la phtisie aiguë, qui est probablement une bacillémie. Je dis probablement, parce que les recherches inoscopiques de M. Jousset ne sont pas assez nombreuses pour considérer la chose comme matériellement démontrée.

La bacillémie nous explique facilement l'existence de l'endocardite tuberculeuse. Il est bien remarquable que le poumon ne présente pas de lésions tuberculeuses; mais il présente des lésions de bronchite et vous savez combien la bronchite est fréquente dans les maladies infectieuses. De même l'intestin n'est pas atteint par les lésions tuberculeuses, mais vous savez bien que la diarrhée sans lésion locale est un phénomène fréquemment observé dans les infections.

Arrivés à la fin de cet exposé, vous me demanderez s'il n'a pas été publié d'autres faits semblables à celui dont je viens de vous entretenir; je n'en connais pas d'identiques, mais il en est cependant qu'on peut en rapprocher utilement. Tel est, le cas de Scharoldt que je vous citerai textuellement tel qu'il est rapporté dans l'excellente Revue générale sur la tuberculose de la rate de M. Xavier Bender (*Gazette des hôpitaux*, 1900, n°s 38 et 41).

« Cet homme, âgé de vingt-quatre ans, a été pris brusquement d'un frisson violent accompagné d'une fièvre très élevée et de sueurs profuses. Le malade est en proie à une grande faiblesse et à un abattement extrême; il se plaint de maux de tête insupportables, principalement à la région frontale. La toux est fréquente et accompagnée d'une expectoration catarrhale. Au niveau des poumons on ne trouve que quelques râles fins disséminés. Les bruits du cœur sont clairs et nets. L'abdomen présente un météorisme léger; il n'est pas douloureux à la pression, le foie est normal, la rate est très grosse, elle déborde les fausses côtes; elle est très facilement accessible à la palpation.

L'état s'aggrave rapidement; la céphalalgie augmente, la face se congestionne, sa coloration variant depuis le rouge jusqu'au bleu intense ; des épistaxis se produisent que suivent bientôt de la diarrhée et de la rétention d'urine. Le délire s'installe, permanent, d'abord tranquille, puis accompagné de carphologie, de factation générale avec tentative d'évasion du lit et le malade succombe sept jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouve une rate extrêmement hypertrophiée présentant à peu près trois fois son volume normal et contenant aussi bien à la surface de la capsule que dans le parenchyme de nombreux tubercules miliaires. La rate se décortique très difficilement et l'on arrive avec peine à détacher la capsule presque adhérente et soudée au parenchyme.

Les innombrables tubercules miliaires se trouvent partout appliqués contre les vaisseaux; le parenchyme de la rate lui-même est ferme et gorgé de sang.

Voici un malade qui, durant sa maladie, présenta les signes d'une granulie et à l'autopsie on ne trouva de granulations que dans la rate. Rien dans les phénomènes observés ne pouvait mettre sur la voie du diagnostic et les cas analogues sont probablement méconnus. »

Pour mon compte, si j'observais un cas de ce genre, je m'empresserais d'examiner le sang par le procédé inoscopique de M. Jousset et si cette recherche était positive j'en conclurais qu'il s'agit d'une *bacillémie tuberculeuse aiguë*, exactement comme il s'agit d'une *bacillémie tuberculeuse subaiguë* dans le cas que je viens de vous exposer.

FAITS CLINIQUES

Placenta prævia central.

Par M. le docteur Georges Dupont (d'Yzernay).

Le samedi 24 janvier 1903, j'étais appelé dans une ferme de Saint-Hubin-Baubigne (Deux-Sèvres), près d'une femme de trente ans, enceinte pour la seconde fois, et arrivée au huitième mois de sa grossesse. Cette femme, qui, jusque-là, s'était très bien portée, venait de faire une perte sans motif et sans colique. Le fœtus, très mobile, se trouve en position transversale, tête à gauche, siège à droite, ventre en bas, ainsi que le révèle un palper discret. Le col, encore long, admet à peine, dans son orifice externe, la pulpe de l'index. On ne sent, au toucher, aucune partie fœtale; mais à travers le cul-de-sac gauche, on a, très nettement, au bout du doigt, la sensation du gâteau placentaire. Il s'agit donc d'un placenta prævia. L'hémorragie ayant été assez minime, et étant d'ailleurs complètement arrêtée, je conseille, seulement, de garder le repos absolu, de prendre, chaque jour, une ou deux injections vaginales, bien chaudes, et de venir me chercher à la moindre alerte.

Quinze jours après, le samedi 7 février 1903, je suis appelé en hâte, près de la jeune femme, qui a une nouvelle hémorragie. A mon arrivée l'écoulement sanguin a cessé; mais il a été considérable. Le fœtus est en position longitudinale, siège en bas, dos à droite. Le col est presque complètement effacé et permet facilement l'entrée de l'index. Celui-ci reconnaît, sans peine, la masse placentaire, qu'il ne peut délimiter à gauche; à droite, au contraire, il arrive sur le bord placentaire, et peut même sentir au-delà, mais très haut, les deux pieds du fœtus. Battements du cœur

fœtal très rapides; mouvements actifs exagérés. Persuadé que la temporisation ne peut qu'amener de graves accidents, je demande l'assistance de mon confrère, le docteur Perrault, de Nueil-les-Aubiers (Deux-Sèvres). Celui-ci partage mon avis, et introduit, à deux heures trois quarts, un ballon de Champetier, lequel entre, dans un ressaut, après avoir éprouvé une certaine résistance. Un flot de sang jaillit; nous nous pressons de gonfler le ballon, l'hémorragie semble s'arrêter; mais les contractions utérines tardent à s'établir, et le sang recommence à suinter assez abondamment. Il nous faut faire des tractions assez énergiques et continues sur le ballon, pour assurer le tamponnement du segment inférieur. Encore le suintement ne s'arrête-t-il pas tout à fait, et la malade, bien que le pouls reste calme, ample et régulier, est fort pâle, et dans un état d'anxiété qui nous inquiète; nous nous demandons même, un moment, si nous n'allons pas retirer le ballon pour procéder à la dilatation manuelle du col. Enfin, vers cinq heures, alors que les contractions s'établissent régulièrement, le sang cesse tout à fait de couler; et la parturiente n'éprouve plus aucun malaise anormal. Mais les battements du cœur fœtal ne sont plus que très vaguement perceptibles.

La dilatation se fait sans incident, mais bien trop lentement à notre gré. A huit heures et demie, le ballon tient toujours; mais constatant que la dilatation est suffisante pour mener à bien l'extraction, nous retirons du ballon une centaine de grammes d'eau; et l'instrument est aussitôt expulsé : il ne s'écoule ni sang ni eau.

Je m'aseptise, de mon mieux, pendant que mon confrère rend, pour la deuxième fois, le même service à notre malade qu'il met en position obstétricale.

J'introduis alors la main droite, et arrive sur le placenta qui obstrue complètement le col, dans lequel il tend fortement à s'engager; je le traverse : un flot d'eau et de sang jaillit avec force. J'atteins les pieds de l'enfant qui ballotte, au-dessus du détroit supérieur, dans la position déjà décrite; j'amène ces deux pieds à la vulve, et je termine l'extraction, allant chercher, l'un après l'autre, les deux bras relevés sur la tête, et dégageant celle-ci par la classique manœuvre de Mauriceau. Malgré la très grande rapidité de l'opération qui n'offrit pas de difficulté sérieuse, l'enfant était complètement exsangue et en état de mort... réelle.

Le placenta fut facile à cueillir; mais je dus aller dégager les membranes, retenues, en haut, dans une sorte de diverticule formé, par les contractions inégales des fibres utérines, dans la corne droite de l'organe.

La femme, une fois délivrée, ne perdit plus de sang, et nous la laissions, en parfait état, vers dix heures et demie.

Suites de couche normales et absolument apyrétiques.

Le placenta, examiné, présentait deux déchirures, l'une petite, marginale, évidemment due à l'introduction du ballon, ce qui explique le flot de sang qui jaillit et le ressaut éprouvé par l'opérateur; l'autre plus grande, tout à fait centrale, allant raser le cordon et produite par le passage de la main, à l'aller et au retour, dans son voyage intra-utérin, et par le fœtus qu'elle entraînait à sa suite. Le cordon, contrairement à la loi de Levret, est presque central.

Cette observation ne comporte guère que l'intérêt qui s'attache toujours, pour le praticien, à un cas qui met en danger la vie d'une opérée et la responsabilité de l'opérateur.

Cependant, il est à remarquer que le ballon de Champetier a tardé à amener les contractions utérines et n'a pas, contre sa coutume, rempli suffisamment le rôle d'un bon tampon; c'est ce qui a causé, croyons-nous, la mort de l'enfant.

Aurions-nous mieux réussi en tentant la dilatation manuelle du col? Peut être; cependant, cette manœuvre eût amené un large décollement placentaire et, par suite, une hémorragie plus forte, quoique moins prolongée, en somme aussi fatale pour le fœtus probablement.

Aurions-nous mieux réussi par l'expectation armée du tamponnement vaginal? Je ne le crois pas du tout, car il se fût vraisemblablement produit, à un moment donné, une hémorragie formidable et très probablement, en l'absence de secours immédiat, une catastrophe complète.

En somme, je crois que notre conduite a été irréprochable, et, le cas échéant, je recommencerais, à moins qu'il ne me semble certain que la dilatation manuelle serait facile et très rapide, auquel cas j'y aurais recours.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(6 MARS 1903)

MM. Edgar Hirtz et Louste présentent un malade répondant au type décrit par M. Pierre Marie sous le nom de **dysostose cléido-cranienne héréditaire**.

C'est un homme de quarante-neuf ans, bien proportionné, mesurant 1m45 et présentant des troubles d'ossification au niveau du crâne, de la face et des clavicules.

La suture métopique est représentée par une dépression frontale, la fontanelle antérieure n'est pas soudée, le lambda semble l'avoir été tardivement et irrégulièrement. Le rebord orbitaire supérieur est déprimé laissant les yeux à fleur de tête. Arrêt de développement des zygomatiques qui font paraître la face petite et aplatie latéralement. Dépression de la racine du nez, prognathisme du maxillaire inférieur. La voûte palatine est très ogivale, avec un sillon médian indice du défaut de soudure des palatins.

Les dents, à part deux incisives et une molaire, sont méconnaissables, irrégulièrement implantées, elles n'ont jamais été au complet.

Les épaules sont étroites, tombantes, donnent au malade avec les autres déformations l'attitude du pingouin.

Les deux clavicules sont arrêtées dans leur développement et n'existent que dans leur moitié sternale, mesurant 4 à 5 centimètres.

La clavicule droite est encore cartilagineuse.

Tous les mouvements du membre supérieur sont d'ailleurs conservés.

Les autres pièces du squelette paraissent normales ainsi que les viscères.

Les auteurs n'ont rien trouvé dans les antécédents du malade qui puisse expliquer ces anomalies. Les renseignements qu'ils ont pu recueillir du sujet permettent de penser que, comme dans les observations de M. Pierre Marie, il y a anomalie héréditaire.

M. Variot présente un enfant atteint d'une forme anormale **d'achondroplasie**. Sa tête est normalement conformée, sans trace d'hydrocéphalie; ce sur quoi on peut s'appuyer pour formuler ce diagnostic, c'est l'absence de déformations du thorax qui est très long relativement à ses membres inférieurs. Ce qui domine chez elle, c'est la disproportion qui existe entre les différents segments du membre. Son humérus est beaucoup plus court que son radius; de plus les fémurs

sont très courts relativement au tibia et au péroné; enfin la forme des mains et des pieds est très spéciale.

La main est comme carrée par suite de l'allongement de l'index qui est presque aussi long que le médius; le pied aussi est tout à fait ramassé. Cet aspect très particulier a permis à M. Variot de faire le diagnostic d'achondroplasie.

M. Lamy, à propos du procès-verbal, revient sur le **diagnostic de l'appendicite par l'examen du sang.**

Les recherches de Curschmann, de Sonnenburg et Feddermann, de Cazin montrent que la leucocytose n'appartient pas exclusivement aux formes suppurées de l'appendicite. Dans les formes légères ou moyennes qui se terminent par la résolution, le nombre des globules blancs s'élève à 15000, 20000 par millimètre cube au moment de la crise aiguë. Cette hyperleucocytose est très éphémère; elle peut ne durer que deux, trois ou quatre jours. Au contraire, dans les formes graves, au moment où la suppuration s'établit, le nombre des leucocytes dépasse 25000, atteint 30000, 40000 et davantage; et elle persiste longtemps. En tout cas, la leucocytose initiale est de règle dans toutes les formes (sauf dans les cas de septicémie suraiguë); si bien que l'on est presque autorisé à mettre en doute le diagnostic d'appendicite, quand elle fait défaut dans plusieurs examens successifs.

M. Mendel présente la description et les résultats du **traitement de la tuberculose par les injections trachéales médicamenteuses**, traitement appliqué par lui dans le service de M. le professeur Brissaud à l'Hôtel-Dieu. La pratique de l'injection est extrêmement simple, car elle ne nécessite nullement le dispositif laryngologique qui était de rigueur auparavant. En effet, des multiples expériences sur le cadavre, sur les animaux et sur l'homme prouvent que si la langue est maintenue en dehors de la bouche, tout liquide versé dans le sillon glosso-épiglottique descend spontanément sous la seule action de la pesanteur dans le conduit laryngo-trachéal, sans que le patient réagisse en rien.

Ce mode de traitement consiste le plus souvent en injection quotidienne de 9 centimètres cubes d'une solution à 5 p. 100 d'essence d'eucalyptus dans l'huile d'olive stérilisée : la durée du traitement est d'un mois; après une période de repos de quelques semaines, il peut être repris et ainsi de suite; il ne présente rien de pénible pour les malades qui le réclament d'eux-mêmes, ni aucun inconvénient. Les résultats sont remarquables. On note, dans la plupart des cas, l'amélioration de la respiration, la diminution ou la cessation de la toux et de l'expectoration, et l'amendement considérable des signes stéthoscopiques.

Enfin l'état général est le plus souvent très amélioré et le poids augmente.

Enfin, M. Le Gendre rapporte une observation de **cholécystite lithiasique suppurée simulant les vomissements de la grossesse et terminée par le syndrome de la méningite cérébro-spinale.**

MÉDECINE PRATIQUE

Pansement des vésicatoires.

M. J. Davezac rapporte, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1903, n° 9), un pansement qui lui a donné les meilleurs résultats depuis deux ans dans son service de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux.

« Le vésicatoire, dit-il, étant levé de *haut en bas* au moment opportun — et j'ai toujours soin de le prescrire recouvert d'un papier de soie imbibé d'huile camphrée, grâce auquel aucune cystite n'est observée — je fais appliquer à sa place un large cataplasme de farine de graine de lin entre deux mousselines préparé de la façon suivante :

Créoline ou crésyl	2	grammes
Glycérine	5	—
Eau distillée	120	—

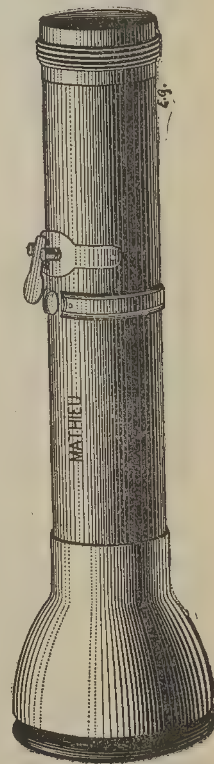
M. p. us. ext.

Une cuillerée à soupe de cette mixture est mise dans un litre d'eau bouillie, et c'est avec ce mélange que sont préparés d'abord le cataplasme, puis les compresses qui vont suivre.

Les bulles, s'il y en a déjà, étant fendues avec des ciseaux passés à l'eau bouillante, on met en place le cataplasme, qui reste appliqué pendant quatre à six heures. Au bout de ce temps, on le lève à son tour, et l'on fend ainsi que précédemment la ou les bulles qui se sont développées. On recouvre la plaie de vaseline *tiède*, et on applique dessus une *large* compresse de coton hydrophile bien taillée, qu'on recouvre sur la face cutanée de gaze boriquée ou bien encore de mousseline de ménage, imbibée complètement et exprimée de la même dilution créolinée *chaude* qui a servi à faire le cataplasme. Ces compresses humides sont séparées du bandage de corps par une flanelle épaisse ou double, qui en conserve à la fois la chaleur et l'humidité. Le premier jour, on renouvelle ce dernier pansement toutes les huit heures, ensuite seulement matin et soir. » L. G.

L'excitateur de la pupille de M. Dupont.

Les travaux de M. Babinski et de ses élèves ont attiré l'attention sur la relation causale qui unit la syphilis du système nerveux au signe d'Argyll-Robertson, c'est-à-dire à la perte du réflexe lumineux pupillaire avec conservation du réflexe accommodateur à la distance. Il est donc nécessaire d'examiner les pupilles de tous les syphilitiques, car le signe d'Argyll peut être le premier en date des symptômes de la syphilis cérébro-spinale, tabes, paralysie générale, etc. En outre, la perte unilatérale du réflexe pupillaire à la lumière dans le tabes se comporte d'une manière très particulière quant au réflexe consensuel, ainsi que l'a montré M. Babinski (voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 149, p. 1433, Cestan et Dupuy-Dutemps, le signe d'Argyll-Robertson). Or, dans certains cas, il peut être très difficile, sans chambre noire, de rechercher le réflexe pupillaire à la lumière et surtout d'étudier le réflexe consensuel. L'ingénieux appareil de M. Dupont rendra cette recherche très facile. C'est une pile sèche, qui porte à une de ses extrémités une petite lampe au fond d'un miroir concave réflecteur et dont les rayons lumineux sont concentrés par une lentille plan convexe. Un bouton permet d'allumer la lampe, qui s'éteint spontanément dès que le doigt n'appuie pas sur ce bouton. Enfin un embout permet d'adapter exactement l'appareil au rebord orbitaire. Dès lors, la recherche du réflexe lumineux direct est facile à obtenir en éclairant l'œil par le champ temporal ou nasal, et tenant l'appareil à une certaine distance de l'œil étudié afin de pouvoir observer les contractions de l'iris.



D'autre part, en appliquant l'appareil exactement contre le rebord orbitaire d'un œil, il devient très facile d'étudier le réflexe consensuel lumineux de l'œil du côté opposé; cette manœuvre a en outre l'avantage de pouvoir se pratiquer en pleine lumière. On obtient ainsi d'excellents résultats; aussi avons-nous cru utile de signaler l'excitateur de la pupille de M. Dupont. L. G.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 16 AU 21 MARS 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 16 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Rieffel et Cunéo.

3e (oral, 1re partie), *Salle Richet* (1re série) : MM. Pinard, Rémy et Legueu; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Tuffier, Retterer et Lepage; — *Salle Vulpian* (3e série) : MM. Delens, Reclus et Wallich; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirugie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Mauclaire; — (2e série) : MM. Terrier, Broca (Aug. et Gosset; — (2e partie, ancien régime) : MM. Hayem, Gaucher et Legry; — M. Bezançon, suppléant.

MARDI 17 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Poirier et Launois.

1er (oral, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Berger, Thiéry et Rieffel; — (2e partie), *Salle Richet* : MM. Dieulafoy, Rénon et Guiart.

4e, *Salle Vulpian* : MM. Proust, Thoinot et Chassevant; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Faure et Auvray; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Joffroy, Thiroloix et Méry; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Desgrez, suppléant.

MERCREDI 18 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Rieffel et Cunéo.

2e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Mauclaire, Retterer et Gosset.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Charcot* : MM. Kirmisson, Rémy et Lepage.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Joffroy et Wurtz; — M. Richaud, suppléant.

VENDREDI 20 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Rieffel et Cunéo.

1er (oral, nouveau régime), *Salle Broussais* : MM. Tuffier, Retterer et Mauclaire; — M. Thoinot, suppléant.

5e (chirugie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Walther et Legueu; — M. Widal, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Wurtz, suppléant.

SAMEDI 21 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Launois et Marion.

3e (oral, 2e partie), *Salle Béclard* : MM. Chantemesse, Jeanselme et Guiart; — (1re partie), *Salle Thouret* : MM. de Lapersonne, Bonnaire et Thiéry; — (2e série) : MM. Schwartz, Albarran et Potocki; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, Achard et Thiroloix; — (2e série) : MM. Hutinel, Dupré et Gouget; — M. Vaquez, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — La séance de samedi dernier n'a pas eu lieu; la prochaine séance se tiendra demain mardi, à quatre heures et demie.

Écoles de médecine. — *Clermont-Ferrand.* — Un concours s'ouvrira le 10 novembre 1903, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Distinctions honorifiques. — M. le médecin de première classe de la marine Pervès et M. le médecin de deuxième classe de la marine Marchenay sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Guerre. — Un concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales s'ouvrira, le 1er décembre 1903, à Paris.

Marine. — M. le médecin de première classe Bertrand est nommé aux fonctions de directeur de l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

A la mémoire de Panas. — Les collègues, les amis et les élèves du professeur Panas ont décidé d'ouvrir une souscription en vue de perpétuer par un souvenir durable la mémoire de ce maître regretté.

Le Comité se propose de faire graver une médaille et de placer un monument dans la grande salle de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu où, pendant vingt-deux ans, Panas a professé avec tant d'éclat et s'est dévoué aux soins des malades.

Tous les souscripteurs d'une somme au moins égale à 25 francs recevront un exemplaire de la médaille.

Les souscriptions devront être adressées avant le 15 avril prochain à l'un des secrétaires : M. Monthus, 41, rue Godot-de-Mauroi, et M. Scrini, 51, avenue Bugeaud, ou à MM. Rodocanachi et Cie, banquiers, 42, avenue Gabriel, qui sont chargés de réunir les fonds.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gilles (de Saint-Marcel-d'Ardèche) et Jules Codet (de Lamballe).

Erratum. — No 27, p. 272, 2e col. : 13e ligne, au lieu de « stérilisable » lire « vitalisable », et 4e avant-dernière ligne, au lieu de « streptocoque » lire « spectroscope ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de l'avortement, par le docteur Moïse MISRACHI, membre correspondant de la Société impériale de médecine de Constantinople et de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, médecin du consulat de France à Salonique; préface de M. le docteur J.-A. DOLERIS. In-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, F. R. de Rudeval.

IIe Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, tenu à Paris du 12 au 18 août 1900. Comptes rendus publiés par les soins des docteurs BÉRILLON et Paul FAREZ. — Paris, Vigot frères.

Le dogme du secret médical (essai de réfutation), étude de médecine légale, d'hygiène sociale et de morale professionnelle, par le docteur J.-Th. DUPUY. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, F. R. de Rudeval.

Intérêts professionnels du médecin de campagne. Les propharmaciens, leurs droits, leurs devoirs. Conditions de l'exercice de la pharmacie par les médecins autorisés, par le docteur Ch. LEGENDRE. 1 vol. in-8° de 64 p. — Prix : 2 francs. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17


AK

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

STÉNONITE A BACILLES DE KOCH AU COURS D'UNE TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par MM. Henri CLAUDE, médecin des hôpitaux,
et Paul BLOCH, interne des hôpitaux.

Si certaines lésions bucco-pharyngiennes de la tuberculose sont bien connues, telles les ulcérations de la langue, des lèvres, de la joue, de l'isthme du gosier, le lupus de la voûte palatine, les abcès froids de la langue, il n'en est pas de même des localisations du bacille de Koch sur les glandes salivaires. Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Laënnec une malade atteinte de sténonite probablement tuberculeuse, compliquant une tuberculose chronique et dont voici l'observation :

Il s'agit d'une cuisinière âgée de quarante-sept ans, entrée à l'hôpital Laënnec le 17 septembre 1902. Ses antécédents ne sont nullement chargés : son père est mort d'accident, sa mère d'une maladie de foie; elle a des frères et sœurs bien portants. Elle déclare n'avoir jamais été malade. Mariée à vingt et un ans, elle a eu six enfants, dont un est vivant. Elle tousse un peu tous les hivers depuis plusieurs années.

Au mois d'août dernier, la malade accuse une toux plus opiniâtre avec rejet de crachats muco-purulents; elle a des hémoptysies pendant plusieurs jours. Elle perd l'appétit, des sueurs nocturnes et un amaigrissement progressif s'installe.

A l'examen, on constate des signes cavitaires au sommet droit, des signes de ramollissement au sommet gauche.

Rien d'anormal dans les autres viscères. Pas de bacillose laryngée. La température oscille autour de 39 degrés.

Peu de jours après son entrée à l'hôpital, elle appelle l'attention « sur une petite grosseur qu'elle sent dans sa joue droite ». On y constate, en effet, une petite tumeur bien limitée, nettement arrondie, des dimensions d'une noisette, siégeant au niveau de la deuxième molaire supérieure. Cette tuméfaction a évolué tout à fait sournoisement, et ce n'est que son volume qui a révélé sa présence à la malade. Aucune rougeur, aucune surélévation sur la surface extérieure de la joue. En saisissant cette tumeur entre deux doigts, on la sent incluse et immobilisée dans l'épaisseur même de la joue. Elle est rénitente, ne présente aucune crépitation gazeuse. En la refoulant avec le pouce de dehors en dedans, pendant qu'avec les autres doigts on découvre la face muqueuse, on détermine une vive douleur *en même temps qu'on voit sourdre du pus par l'orifice du canal de Sténon*. L'abcès occupe donc la partie terminale du canal de la parotide; il est indépendant du reste du canal et de la glande elle-même, car on ne sent en amont de lui aucun cordon douloureux, aucun gonflement de la glande. L'orifice du canal de Sténon ne paraît pas enflammé : il n'y a aucune rougeur, aucune dilatation ni aucune saillie à ce niveau. Certaines molaires inférieures sont cariées; mais les dents du maxillaire supérieur sont par contre en parfait état. La langue est saburrale, mais ne présente pas de muguet. Le voile du palais est pâle. Il n'y a pas de salivation, pas de tension de la tumeur après le repas. Aucune adénopathie.

Le pus qui s'écoule par la pression de l'abcès est verdâtre, un peu épais; il ne présente pas de grumeaux, ne contient pas de calculs. L'exploration avec le stylet est impossible; ce dernier ne peut guère pénétrer au delà de quelques millimètres. Ce pus étalé sur lame et examiné au microscope présente de très rares éléments microbiens; il contient des cellules épithéliales et de nombreux polynucléaires. La coloration au Ziehl ne décèle aucun bacille de Koch. Ensemencé sur bouillon, sur gélose, il ne donne naissance à aucune colonie. L'inoculation au cobaye est concluante : au bout d'un mois apparaît au point d'inoculation un chancre dans le pus duquel on trouve des bacilles de Koch. L'animal se tuberculise progressivement.

Une semaine environ après la constatation de cet abcès sténonien, on remarque, sur la surface extérieure de la joue, une légère voussure en même temps qu'une légère rougeur à ce niveau; la fluctuation y est très manifeste. On incise alors la tumeur par la voie buccale : elle s'affaisse et dès lors il ne persiste plus qu'une nodosité dure, fibreuse, laissant sourdre par la pression un liquide simplement séreux.

La tuberculose pulmonaire évolue pendant ce temps assez rapidement avec fièvre irrégulière et persistante. La malade se cachectise de jour en jour et meurt le 30 novembre. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Cette sténonite paraît bien de nature tuberculeuse.

L'inoculation positive au cobaye permettait d'éliminer

l'inflammation sténonienne due aux pyogènes vulgaires et l'ensemencement négatif du pus recueilli aseptiquement sur milieux ordinaires paraît en faveur d'une lésion uniquement tuberculeuse. Toutefois il faut reconnaître que, n'ayant pu faire l'étude histologique de la lésion, nous ne sommes pas en droit d'affirmer qu'elle soit sous la dépendance absolue du bacille de Koch. Celui-ci a pu pénétrer secondairement dans un abcès vulgaire du canal de Sténon. Mais l'évolution de l'affection n'est pas celle d'une inflammation suppurative aiguë.

Les cas de tuberculose salivaire sont à coup sûr fort rares.

Mollière parle d'abcès glandulaires dont l'évolution rappellerait celle d'abcès tuberculeux.

Valude (Congrès sur la tuberculose, Paris 1888) détermine le premier, sur des lapins, des lésions tuberculeuses des glandes salivaires par inoculation directe du virus tuberculeux dans le parenchyme. Il explique la rareté de la tuberculose buccale en invoquant soit la qualité chimique de la salive mixte (car l'action isolée de chaque salive sur le bacille est nulle), soit plutôt l'antagonisme opposé au bacille de Koch par les microbes normaux de la salive, fait à rapprocher de la rareté de la tuberculose conjonctivale que cet auteur réussit à provoquer expérimentalement en inoculant le virus dans le tissu sous-conjonctival à l'abri du liquide lacrymal.

Fusier (Th. de Paris 1892) signale des inflammations sténoniennes en dehors de la présence de calculs, mais ne parle nullement d'inflammation tuberculeuse.

Stubenrauch en 1894, Paoli en 1895 publient : le premier un cas, le second deux cas, de tuberculose des glandes salivaires.

Legueu et Marrien, en 1895 (Société de biologie, 1895), ajoutent une nouvelle observation de tuberculose d'une glande parotide chez une jeune fille de treize ans. Le pus était amicrobien. L'examen histologique de la tumeur extirpée décèle des cellules géantes avec bacilles de Koch et une infiltration embryonnaire très marquée autour des canaux excréteurs.

O'Zoux (*Archives cliniques de Bordeaux*, 1897) donne enfin deux nouvelles observations de sous-maxillites tuberculeuses chez des enfants, l'une à marche aiguë, l'autre à marche insidieuse et chronique, et semblant toutes deux primitives. Il voit la raison du peu de fréquence des lésions tuberculeuses dans la bouche dans l'impossibilité où se trouve le bacille de s'y fixer, entraîné qu'il est sans cesse par les mouvements de déglutition.

Dans notre cas la sténonite est survenue secondairement à une tuberculose pulmonaire. Elle a évolué insidieusement, à la façon d'un véritable abcès froid, sans être accompagnée de lésions tuberculeuses de la bouche ou de l'arrière-gorge. Il est difficile d'expliquer pourquoi le bacille a localisé son action uniquement sur le canal de Sténon du côté droit; on ne peut en effet nullement invoquer une inflammation antérieure de ce canal ou la présence d'un calcul ayant préparé le terrain à la pullulation du microbe spécifique.

Notre cas montre en outre sur le vif, pour ainsi dire, l'infection ascendante du bacille de Koch. Les beaux travaux de Claisse et Dupré, de Girode ont bien mis en lumière le rôle primordial de l'infection canaliculaire dans les parotidites, infection qui quelquefois peut rester limitée au seul canal excréteur. Les sialodocites, qui relèvent le plus ordinairement des microbes banaux de la suppuration, peuvent donc être produites aussi, notre cas en est un exemple, par le bacille de la tuberculose.

C'est là une nouvelle confirmation de l'opinion émise par MM. Gilbert et Claude au sujet de la possibilité de l'infection tuberculeuse du foie par la voie ascendante canaliculaire.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS ET DE LA BLENNORRAGIE AU POINT DE VUE SOCIAL

DANS LES CONSULTATIONS PUBLIQUES

D'après M. Lemasson-Delalande (1).

M. Fournier a bien des fois déjà fait le procès des consultations actuelles de vénériens. Loin de répondre au double but qu'elles se proposent, de guérir le malade et de l'empêcher de contagionner d'autres personnes pendant toute la phase virulente du mal, elles favorisent plutôt la contamination publique parce qu'elles sont encombrées, d'un accès difficile pour le malade, onéreuses et non gratuites, désobligeantes, inconvenantes, inhumaines et révoltantes.

Elles sont *encombrées*, et tous ceux qui les ont fréquentées savent que le chef de service ne peut faire autrement que d'expédier rapidement les consultants, « dans l'obligation où il se trouve de n'accorder à chacun d'eux qu'une moyenne d'une ou deux minutes à peine. Or, les diagnostics, dans ces genres d'affections, sont extrêmement simples ou très difficiles. Comment, en aussi peu de temps, reconstituer l'histoire pathologique du malade, l'histoire indispensable pour le traitement? Comment s'occuper du moral du vénérien qu'il est utile d'effrayer parfois, de rassurer souvent, d'instruire toujours...? Comment aussi faire de la science dans ces conditions et instruire des élèves? »

Les consultations sont d'*accès difficile* et *pécuniairement onéreuses* pour les malades. Elles sont d'accès difficile à cause de la longue attente qui est nécessaire pour arriver à leur tour d'examen, et de l'autre attente pour obtenir les médicaments. Elles sont onéreuses parce que cette double attente représente pour eux la perte de la demi-journée, soit, pour les travailleurs, 2 à 4 francs, et, pour les ouvrières, 75 centimes à 2 francs.

Les consultations sont *désobligeantes*, *inconvenantes*, *inhumaines*, *révoltantes*. « Ces consultations, a dit M. Fournier, vous les connaissez tous et je n'ai pas besoin de vous les décrire. C'est le déshabillage et le rhabillage en public; c'est aussi et surtout, en ce qui nous concerne, la confession en public de la syphilis, l'aveu ou la reconnaissance de la syphilis devant vingt, trente consultants qui, groupés autour du malade, regardent, écoutent, épient et comprennent. Or, inutile de dire ce que peut avoir de désobligeant une telle façon de faire, ce qu'elle peut avoir de choquant, d'humiliant pour quelques malades et spécialement pour les femmes. Nous n'avons pas à nos consultations que des filles, les professionnelles qui se soucient peu d'être convaincues de syphilis en public; nous y avons aussi des femmes de toutes catégories, des ouvrières qui, pour n'être pas toujours des modèles de vertu, n'en ont pas moins un reste de pudeur à respecter; nous y avons des femmes demi-honnêtes ou même honnêtes telles que des femmes mariées, de braves mères de famille qui tiennent la syphilis de leurs maris et pour qui doit être singulièrement vexante, humiliante, injurieuse, cette énonciation publique d'un mal qu'elles tiennent pour honteux, infamant. »

(1) Th. de Paris, 1902.

Tout ce scandale, toute cette humiliation, ne sont que la conséquence d'un préjugé. « Il n'y a pas plus de maladie honteuse, dit M. Lemasson-Delalande, qu'il n'y a de maladie noble. Toute souffrance est digne de pitié, car elle est moralement involontaire. Il est pour le moins ridicule d'incriminer son semblable d'un mal dont il est la victime, et quiconque a traversé sa jeunesse sans risquer de contracter ces affections qui sont comme la rançon du plaisir, n'est qu'un incomplet, qui, par pusillanimité, frigidité ou scrupule religieux, a manqué à l'accomplissement d'une de ses fonctions naturelles, de la moins vile peut-être. Ces vérités, redites inlassablement, finissent par être admises par tous, et un jour viendra, nous l'espérons, où sans hâblerie cynique, comme sans stupide vergogne, on dira : « J'ai eu la vérole « à vingt ans », comme on dit aujourd'hui : « J'ai été envoyé « trois mois dans la montagne pour des crachements de sang. » Mais, en attendant, le vénérien souffre du préjugé, quelquefois plus que du mal lui-même, et son moral a besoin de gros ménagements. Pourquoi, dès lors, n'accorde-t-on pas aux jeunes gens que l'amour a éclopés les mêmes garanties de discrétion dont les privilégiés de l'intelligence et de la fortune se montrent si exigeants? Les consultations sont quelquefois *désastreuses*, pour les malades qui, en apprenant leur syphilis, concluent, à tort ou à raison, que cette syphilis leur a été communiquée par la femme avec laquelle ils vivent, et arrivent alors à des actes extrêmes, meurtre ou suicide, comme dans un cas rapporté par l'auteur. Enfin il est inutile d'insister longuement sur ce qu'ont de *dangereux* pour les malades leur entassement dans un espace restreint, les frôlements répétés de leurs corps plus ou moins nus. Aussi, peut-on dire, avec M. Fournier, que les consultations, telles qu'elles sont pratiquées actuellement, constituent un contre-sens prophylactique, que tout le monde y perd, la vérole seule y gagnant.

Les *projets de réforme* des consultations publiques des vénériens sont peu nombreux. Cependant, dès 1854, M. Yvaren conseillait déjà la création de dispensaires spéciaux destinés au traitement des maladies vénériennes. Plus tard, MM. Jeannel (1868) et Mireur insistèrent de nouveau dans le même but. M. Mireur proposait comme exemple aux municipalités les dispensaires privés et gratuits des docteurs Clerc et Langlebert, à Paris, qui donnaient jusqu'à 5000 consultations par an, et le dispensaire de Lyon, fondé par le docteur Mumaret et subventionné par la ville. Enfin M. Fournier a préconisé la création de dispensaires qui devraient être : *spéciaux pour le traitement des maladies vénériennes; officiels; multiples et méthodiquement répartis dans Paris; ouverts à jours et heures propices aux malades. Les médicaments y seraient délivrés gratuitement et l'on remettrait aux malades une prescription portant au verso une instruction élémentaire propre à éclairer le consultant sur les dangers de son mal pour lui-même et les autres; enfin les consultations seraient individuelles, privées et secrètes; elles seraient données par des médecins spéciaux nommés au concours.* M. Lemasson-Delalande approuve ces différentes propositions, auxquelles il ajoute seulement celle-ci : *les dispensaires des vénériens doivent être réservés aux malades pauvres.*

Comment donner à ce projet une réalisation pratique? Pour l'auteur, le local des dispensaires doit se contenter de deux pièces : une salle d'attente assez vaste et un cabinet pour le médecin. Une troisième chambre n'est pas indispensable, mais elle rendrait de réels services : elle servirait de salle de pansement et le chef de consultation pourrait y faire déshabiller un à un les malades qu'il est nécessaire de voir nus.

Le matériel serait des plus simples. Dans la salle d'attente et la salle des pansements, des bancs, et, suspendus aux murs, quelques tableaux instructifs rédigés clairement et simplement. Dans le bureau de la surveillante, deux chaises, une table et des casiers où seraient classées les fiches propres à chaque malade. Dans le cabinet du médecin, une table, un fauteuil, trois ou quatre chaises, un lit à spéculum, une lampe puissante ou un bec électrique mobile et une armoire-vitrine contenant les instruments indispensables pour ce genre de consultation : des abaisse-langue en bois semblables à ceux qu'on emploie à Saint-Louis, une trousse garnie, un spéculum, deux écarteurs, un jeu de sondé urétrales, une loupe.

Deux bons poêles et trois becs de gaz ou d'électricité suffiraient au chauffage et à l'éclairage sans nécessiter de grosses dépenses.

Des tableaux extérieurs annonceraient au public les jours et les heures des consultations. Ils porteraient en en-tête : *Consultations des maladies de la peau et des maladies spéciales.*

Le nombre des dispensaires institués dans Paris devrait être de vingt-cinq environ, soit de deux pour chacun des dix arrondissements populeux et cinq pour les quartiers riches.

A raison de trois séances par semaine, les vingt-cinq dispensaires donneraient 75 consultations, qui, jointes aux treize séances de l'hôpital Saint-Louis, aux sept de Ricord, aux six de Broca et aux huit des services de MM. Darier à la Pitié, Gaucher à Saint-Antoine et Jacquet à La Rochefoucauld, formeraient un total de cent deux séances par semaine. Sagement répartis, les consultants fourniraient une moyenne de quarante à cinquante malades environ par consultation. Ce chiffre n'est pas excessif et permettrait, croyons-nous, de les examiner et de les traiter dans les conditions de temps et de confortable que nous avons exposées plus haut et que nous réclamons instamment pour eux.

Le personnel médical devrait se composer de deux docteurs : un titulaire et un adjoint. Il y aurait avantage à donner ces fonctions aux médecins de l'assistance médicale gratuite qui habitent généralement l'arrondissement, qui en connaissent les indigents et qui se contenteraient d'une rémunération modeste. Le personnel hospitalier devrait appartenir, autant que possible, à l'Assistance publique.

Pour la distribution gratuite des médicaments, deux procédés différents peuvent être essayés. Ou bien une pharmacie est installée auprès de la salle des consultations comme cela a lieu à Saint-Louis et à Ricord où, sur la présentation de l'ordonnance du médecin, les remèdes prescrits sont délivrés aux malades, ou bien ceux-ci se rendent chez un pharmacien de leur choix qui leur donne les médicaments et se fait rembourser par la ville selon un tarif convenu à l'avance. On ne saurait dire lequel de ces deux procédés est le meilleur et présente la plus grande économie. Les statisticiens de l'Assistance publique pourront l'établir.

Enfin il serait urgent de contrôler les malades, afin d'éviter que des personnes capables de payer ou même riches viennent, ainsi que cela se pratique couramment, chercher à ces dispensaires une consultation gratuite. Le jour où l'Assistance voudra créer ces dispensaires, ou simplement donner aux bureaux de bienfaisance les moyens de soigner la syphilis, un progrès énorme sera accompli dans la prophylaxie des maladies vénériennes.

L. B.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(10 mars 1903)

On se rappelle qu'au cours de la discussion sur les **essences** et les **alcools** plusieurs propositions ont été renvoyées à la commission. En l'absence de M. Laborde retenu chez lui par une maladie que nous espérons devoir être peu grave et de courte durée, c'est M. Joffroy qui est venu, au nom de la commission, proposer à l'Académie de nouvelles conclusions beaucoup plus radicales encore que celles de M. Laborde. Voici ces conclusions :

« 1° L'Académie déclare que toutes les essences naturelles ou artificielles sans exception, ainsi que les substances extraites, incorporées à l'alcool ou au vin, constituent des boissons dangereuses ou nuisibles.

2° L'Académie déclare que, le danger de ces boissons résultant tout à la fois des essences et de l'alcool qu'elles renferment, elles mériteraient, quelle que soit leur base, d'être proscrites, et que tout au moins il y a lieu de les surtaxer de telle manière que la surtaxe devienne en quelque sorte prohibitive.

3° L'Académie signale, en particulier, le danger des apéritifs, c'est-à-dire des boissons à essence et à alcool prises à jeun. Le fait que ces boissons sont prises avant les repas rend leur absorption plus rapide et leur toxicité plus active.

4° L'Académie émet le vœu qu'il soit pris des mesures efficaces pour diminuer le nombre des débits de boisson. »

Ces conclusions et ce vœu votés par la grande majorité des membres présents, nous le craignons bien, n'auront guère qu'une portée purement théorique ; c'est bien là, d'ailleurs, l'opinion de l'Académie elle-même, à en juger par les bruits de couloir ; elle ne se fait évidemment pas de grandes illusions sur l'issue d'une lutte avec une puissance électorale comme celle des marchands de vin et d'apéritifs.

Au début de la séance, M. Perier a fait une communication, sans doute très intéressante, sur la **recherche des projectiles dans le crâne** avec démonstrations sur un tableau qui se trouve placé précisément au-dessous de la tribune occupée par la presse, de telle sorte que nous n'avons pu rien entendre, ni rien voir. Voilà plusieurs fois que ce fait se produit. Il semble qu'on ait volontairement cherché la place la plus défectueuse pour y placer le tableau noir et qu'on ait choisi le coin de la salle le plus défavorable pour les représentants de la presse.

Nos revendications ont, paraît-il, paru légitimes à la majorité des membres du bureau ; mais au lieu d'aviser tout de suite et de nous donner au moins un semblant de satisfaction, on a envoyé notre demande à je ne sais quelle commission de physique chargée d'étudier les moyens d'améliorer l'acoustique. Pour quiconque connaît les habitudes des académies, on sait ce que veulent dire ces renvois à des commissions qui ne siègent jamais.

Le temps se passe, nos fonctions deviennent de plus en plus difficiles ; et nous commençons tous à nous lasser de la situation on ne peut plus désagréable dans laquelle on nous a mis et où on nous laisse. Cette lassitude s'est fait aujourd'hui bruyamment sentir au moment de la communication de M. Perier et nous avons tous quitté notre banc, si l'on peut appeler ainsi le bout de planche sur lequel nous sommes assis.

Individuellement, chacun des membres de l'Académie et même ceux du bureau, sauf un, reconnaissent la parfaite justesse de nos plaintes — et puis c'est tout. Ne s'élèvera-t-il jamais une voix pour plaider notre cause ?

A la fin de cette séance, M. Pinard a fait un compte rendu du dernier congrès de gynécologie à Rome.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Chute brusque de la température au septième jour de la fièvre typhoïde. (*Médecine orientale*. 10 déc. 1902.) — M. Remlinger (de Constantinople) attire l'attention sur cette particularité, signalée autrefois par Wunderlich et qu'il a eu l'occasion d'observer trois fois de façon très nette. Au septième ou au huitième jour de la fièvre typhoïde, on peut voir la température, qui jusque-là oscillait entre 39 et 40, descendre subitement à 37 degrés et même à 36°8, sans que rien dans l'état du malade puisse donner la raison de cette défervescence. Cette chute thermique dure quelques heures, puis la température remonte à 40 et l'affection poursuit sa marche régulière. Cette petite particularité est intéressante à connaître, car elle peut éviter des erreurs de diagnostic et de pronostic. Wunderlich ne l'a décrite que dans les fièvres typhoïdes bénignes. M. Remlinger l'a vu, se produire une fois dans un cas grave. La pathogénie de cette défervescence demeure très obscure. L. GAYARD.

Endocardite blenorragique avec identification du gonocoque dans le sang durant la vie. (*Bull. of the Johns Hopkins' Hosp.*, 1902, n° 139, p. 236.) — MM. Harris et Johnston décrivent un cas d'endocardite rhumatismale survenu chez un nègre de vingt ans. Un an auparavant, le sujet avait eu une urétrite qui avait guéri sans traitement ; ayant contracté de nouveau la blennorragie depuis cinq semaines, il entre à l'hôpital accusant des frissons, de la céphalalgie, des vertiges et une prostration générale. A cinq reprises différentes, au cours de la maladie, on pratique des cultures du sang. A chaque épreuve le gonocoque est mis en évidence.

Les auteurs, à ce propos, insistent sur ce fait que, pour obtenir les cultures en question, il n'est pas nécessaire d'effectuer une dilution aussi considérable que pour rechercher le pneumocoque ou le bacille d'Eberth. En effet, quand le sang est très dilué on n'obtient pas de culture : il semble que dans ce cas les microorganismes ne trouvent pas en proportion suffisante les éléments nécessaires à leur nutrition. Les milieux liquides sont plus efficaces que les milieux solides. A. HOUSQUAINS.

Une épidémie de paralysie infantile. (Painter. *Boston med. and surg. Journ.*, 1902, n° 24, p. 633.) — Un certain nombre d'épidémies de paralysie infantile ont été signalées depuis que Colmer décrivit, en 1843, une épidémie de « paralysie de la dentition ». Elles surviennent ordinairement en été ou au commencement de l'automne. Celle dont il s'agit a été observée à Gloucester, ville de 25 000 habitants. L'auteur n'a pu personnellement observer tous les cas, mais, sur les 38 cas signalés, il est parvenu, d'une façon plus ou moins complète, à réunir les observations de 30 sujets : le plus jeune avait treize mois, le plus âgé dix ans ; 21 malades étaient âgés de trois ans et au-dessous. Dans aucun cas, la guérison ne fut complète ; on eut à constater un décès. Une enquête sévère fut faite pour établir l'origine de l'infection : le lait, la glace et la viande, en particulier, furent l'objet d'investigations méthodiques, mais il fut impossible d'incriminer ces denrées.

Cette épidémie est une des plus importantes qu'on connaisse, étant donné qu'elle a évolué dans un périmètre très restreint et durant une période de deux mois à peine.

A. HOUSQUAINS.

Deux cas de chylurie d'origine filarienne. (*Arch. de parasitol.*, 1er fév. 1903.) — MM. Remlinger et Hodara-bey ont eu l'occasion d'observer à Constantinople deux cas de chylurie due à la filaire du sang. C'est la première fois, semble-t-il, que ce parasite est signalé dans la capitale de l'empire otto-

man. Les auteurs attirent particulièrement l'attention sur les particularités suivantes :

1° *L'absence d'hématurie.* — Signalée dans presque tous les cas de chylurie parasitaire, elle faisait complètement défaut chez les deux malades.

2° *La consistance de l'urine*, tellement épaisse qu'on pouvait la couper au couteau, renverser complètement le vase sans qu'elle vînt à s'écouler. La coagulation est moins complète d'ordinaire. C'est à un sirop épais, tout au plus à une gelée molle que la plupart des auteurs comparent les urines chyleuses.

3° *La faible teneur de l'urine en matières grasses.* — L'examen microscopique ne décelait que de rares granulations. L'analyse chimique ne révélait pas plus de 2 grammes de graisse par litre. Les matières albuminoïdes paraissaient jouer, au même titre que la graisse émulsionnée, un rôle dans la production de la lactescence.

4° *L'éosinophilie* (70 p. 100 chez un malade; 75 p. 100 chez l'autre). — Il y avait en même temps surcharge granuleuse des leucocytes et essaimage de granulations.

5° *La longue durée de la maladie et la bénignité du pronostic.* — L'un des malades était atteint de chylurie depuis cinq ans et son état général ne paraissait se ressentir en aucune façon de la déperdition considérable d'albumine subie par son organisme (18 grammes par litre). Le deuxième, âgé de cinquante ans, avait eu une première atteinte de chylurie à l'âge de vingt-six ans et porteur d'énormes varices lymphatiques inguinales. Il semblait bien être depuis cette époque sous la dépendance de la filariose.

6° *La guérison de la chylurie par la térébenthine à l'intérieur et les lavages de la vessie au nitrate d'argent.* — Une amélioration immédiate a suivi l'institution de ce traitement et la guérison a suivi de près; la guérison de la chylurie s'entend, car celle de la filariose est encore au-dessus des ressources de la science. L. GAYARD.

Atrophie du cervelet et sclérose en plaques. (A. THOMAS. *Revue neurol.*, 15 février 1903, p. 121.) — Le malade qui fait le sujet de cette observation présentait cliniquement une symptomatologie très analogue à celle de la sclérose en plaques; à l'autopsie on constata : 1° l'atrophie symétrique de l'écorce cérébelleuse plus prononcée sur les hémisphères que sur le vermis, contrastant avec l'intégrité relative des noyaux gris centraux; 2° l'atrophie presque totale de la substance grise du pont et la dégénérescence presque totale du pédoncule cérébelleux moyen; le pédoncule cérébelleux supérieur est au contraire bien conservé; 3° l'atrophie très prononcée des olives inférieures des noyaux juxtaolivaires, des noyaux circiformes, la dégénérescence des fibres arciformes externes et du corps restiforme. P. RAVAUT.

CHIRURGIE

Contribution à la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente. Bassinets et uretères des nouveau-nés. (*Revue de chir.*, 1903, n° 1, p. 1.) — M. F. BAZY a eu l'occasion d'étudier un certain nombre de cas d'hydronéphrose intermittente et a cherché à en donner une explication pathogénique.

Pour lui, cette affection a son origine dans une disposition congénitale du bassinet et de l'uretère; donc certains sujets seuls pourraient en être atteints. De ses examens sur de nombreux nouveau-nés, il conclut que ce sont les bassinets à type horizontal ou surtout coudé, type heureusement rare, qui prédisposent le plus souvent à l'hydronéphrose. Les rétrécissements, plicatures, torsion de la partie supérieure de l'uretère, n'ont qu'une importance secondaire. L'hydronéphrose peut être conséquence du rein mobile, mais pour M. Bazy la ptose rénale serait plus souvent due à cette hydronéphrose.

Sur un sujet congénitalement prédisposé, la moindre cause produira la stagnation de l'urine; le rein augmentant ainsi de poids pourra devenir mobile.

Cette hydronéphrose d'intermittente pourra finalement devenir définitive, à la suite de productions d'adhérence, par exemple. ÉTIENNE LE SOURD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

En simple application à l'aide d'un pinceau, puis revêtement du membre douloureux d'une couche d'ouate, le mésotane agit merveilleusement comme analgésique local. C'est un sédatif puissant de l'action douloureuse nettement cantonée du rhumatisme aigu. On arrive à juguler, à coup sûr, la manifestation franche du rhumatisme articulaire aigu avec 15 grammes de mésotane et 12 grammes d'aspirine. Le médicament externe, mésotane, voit son action complétée par l'ingestion de 3 cachets de 1 gramme d'aspirine chaque jour. Le docteur Edme Genglaire déclare qu'à l'Hôtel-Dieu de Coucy-le-Château, où il emploie ce traitement, il obtient régulièrement des succès nets, francs par cette méthode.

QUESTION D'INTERNAT

Symptômes et diagnostic du croup.

SYMPTOMES. — Les symptômes du croup, ou laryngite diphtérique, sont dus les uns à la localisation de la diphtérie au larynx, les autres à l'intoxication générale. — Prendre comme type le croup consécutif à une *angine* diphtérique de moyenne intensité.

PREMIÈRE PÉRIODE. — *Altérations de la voix et de la toux.* — Décrire rapidement le début de l'angine diphtérique. — Au bout de deux ou trois jours, signes indiquant l'envahissement du larynx : petite *toux* quinteuse, *rauque*, *sourde* et sèche, comparable à l'aboiement lointain d'un jeune chien (Trousseau); — altérations de la *voix* (voix *voilée*); — douleur nulle ou presque nulle. Insister sur les altérations de la voix et de la toux.

DEUXIÈME PÉRIODE. — Apparition des *troubles respiratoires* : 1° *Gêne de la respiration se produisant par accès.* — Accès se produisant surtout la nuit, sous l'influence de la moindre excitation ou émotion, d'abord assez éloignés les uns des autres, puis se rapprochant de plus en plus. — L'enfant se lève brusquement, s'accroche aux barreaux de son lit, met en jeu tous ses muscles inspirateurs; *inspiration* sifflante et convulsive, expiration bruyante et pénible : le bruit laryngé permet presque à lui seul de faire le diagnostic; — *tirage* : le vide se faisant dans le thorax à chaque inspiration, il se produit, si l'orifice glottique est insuffisant, un appel concentrique de toutes les parties limitant la cavité thoracique; — aspiration du diaphragme produisant une dépression épigastrique : *tirage sous-sternal*; — aspiration et affaissement des parties molles du cou (creux sus-claviculaire) : *tirage sus-sternal* (c'est le plus caractéristique, le tirage sous-sternal pouvant s'observer à un certain degré dans les broncho-pneumonies). — Dans le croup, la respiration est pénible, mais *non sensiblement accélérée* (à moins de complications pulmonaires). — Chaque accès dure de cinq à dix minutes, souvent plus; — entre les accès, la respiration est presque normale (très léger sifflement laryngé). — Ces accès sont imputables surtout au spasme glottique. Ils apparaissent surtout la nuit.

2° *Gêne de la respiration se produisant progressivement.* — Commence surtout la nuit; inspiration pénible et sifflante; expiration difficile; parfois, au moment de l'expiration, *bruit de drapeau*, dû à l'ébranlement d'une fausse membrane, et perceptible à l'auscultation du larynx (Barth); — *tirage*

sus et sous-sternal. — Les symptômes sont analogues à ceux décrits plus haut, mais moins bruyants au début et augmentant progressivement d'intensité.

Le plus souvent la *dyspnée continue* (due à l'obstruction du larynx par les fausses membranes) s'établit à la suite de plusieurs accès spasmodiques.

Parfois, sous l'influence de la suffocation, quinte de toux aboutissant à l'expulsion d'une fausse membrane : rémission temporaire des accidents (croup intermittent).

La *toux* devient de moins en moins bruyante et de plus en plus *sourde*; la *voix* devient complètement *voilée* et *éteinte*.

Cette seconde période dure de trois à huit jours; la guérison peut survenir à ce moment.

TROISIÈME PÉRIODE. — *Asphyxie*. — Calme trompeur, souvent pris pour une rémission : l'enfant ne réagit plus. Pâleur de la face (asphyxie blanche); — mort dans le collapsus ou dans un dernier accès de suffocation; — quelquefois thrombose pulmonaire.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX. — Signes de l'intoxication diphtérique en général; — fièvre variable; adénopathie sous-maxillaire due à l'angine; teint plombé; albuminurie.

FORMES. — *D'après la gravité de la diphtérie*. — Croup dans une diphtérie d'intensité moyenne (pris comme type de description); prédominance des phénomènes mécaniques; dure de cinq à huit jours; — *Croup toxique et hypertoxique* (*infectieux*) : symptômes du croup réduits au minimum, mort rapide par intoxication diphtérique associée ou non à l'infection streptococcique.

D'après l'étiologie : *Croup secondaire* (*rougeole*, coqueluche, etc.); marche ordinairement rapide et fatale.

D'après la marche : *Croup d'emblée* assez rare; — *croup descendant*, fréquent (consécutif à une angine ou une *rhinite* diphtérique); — *croup ascendant*, rare (consécutif à une bronchite pseudo-membraneuse).

TERMINAISON, PRONOSTIC, COMPLICATIONS. — Pronostic toujours grave; mort par phénomènes mécaniques ou par intoxication diphtérique; guérison fréquente surtout à la première période; exceptionnelle à la phase asphyxique; — *Complications* : *broncho-pneumonie*, extrêmement fréquente (en rappeler rapidement les principaux signes) souvent consécutive à la trachéotomie; — trachéo-bronchite pseudo-membraneuse.

DIAGNOSTIC. — I. DIAGNOSTIC CLINIQUE. — Apparition du croup au cours d'une épidémie de diphtérie, chez un enfant atteint d'angine diphtérique; — signes physiques très difficiles à constater : examen laryngoscopique ordinairement impossible (réveillerait le spasme), quelquefois, chez le jeune enfant, on peut voir l'épiglotte recouverte d'une fausse membrane (Variot). — Insister sur la toux et la voix éteintes,

Confusion possible avec : 1° *Dyspnées pulmonaires* (broncho-pneumonies) : pas de tirage sus-sternal, respiration expiratrice, respiration accélérée, signes physiques; reconnaître l'apparition de la broncho-pneumonie chez un enfant atteint de croup.

2° *Dyspnées laryngées* : *Spasmes de la glotte* : spasme primitif; spasmes secondaires (adénopathie trachéo-bronchique) : évolution différente; apyrexie; bon état général entre les accès.

Laryngite striduleuse : début brusque, la nuit, chez un enfant un peu enrhumé, sans angine; — toux rauque et *bruyante*, voix *non éteinte*; apyrexie; bon état général entre les accès.

Laryngites aiguës : *laryngite ulcéreuse de la rougeole* : diagnostic souvent très difficile; rappeler que le croup diphtérique est une complication fréquente de la rougeole.

3° *Abcès rétro-pharyngiens* : songer à l'abcès rétro-pharyngien; voix de canard, cornage, dysphagie; toucher pharyngien.

II. DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE. — Rappeler *rapidement* l'aspect et les caractères des fausses membranes; frottis de fausses membranes; ensemencements; examen des cultures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — ORAL. — Séance du 10 mars 1903 : Question : « Veines azygos. — Symptômes et signes physiques d'une pneumonie franche lobaire aiguë évoluant sans complication. »

MM. Tixier (Léon-Joseph), 10 + 17 = 27; Benoit, 9 + 20 = 29; Simon, 9 + 18 = 27; Lebret, 13 + 22 = 35; Eschbach, 15 + 20 = 35; Deglas, 11 + 24 = 35; Barbier (Maurice), 10 + 19 1/2 = 29 1/2; Deniker, 12 + 20 = 32; Chartier, 16 + 21 = 37.

Colonies. — Le *Journal officiel* du 10 mars publie un décret réglementant l'exercice de la profession de sage-femme à la Guadeloupe.

Radiologie médicale. — *Cours de vacances, par le docteur Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine*, tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 5 au samedi 11 avril.

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie. — Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques. — Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le *dimanche 5 avril à dix heures du matin* dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 6 avril dans le laboratoire du docteur Béclère. En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.

Programme du cours théorique. — Première conférence : Les rayons de Röntgen. — Deuxième conférence : L'énergie électrique et les mesures électriques usuelles. — Troisième conférence : Les ampoules radiogènes. — Quatrième conférence : La machine statique et la bobine d'induction. — Cinquième conférence : Les interrupteurs. Le choix d'une installation. — Sixième conférence : La radioscopie et l'orthodiagraphie. — Septième conférence : La radiographie simple et stéréoscopique. — Huitième conférence : Les radiodermites et la radiothérapie.

Programme des exercices pratiques de radioscopie. — Lundi : Les images du thorax normal. — Mardi : Examen de la cage thoracique et du diaphragme. — Mercredi : Examen des plèvres. — Jeudi : Examen des poumons. — Vendredi : Examen du cœur et des gros vaisseaux. — Samedi : Examen de l'œsophage et de l'estomac.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comment on défend sa colonne vertébrale, la lutte contre ses déviations, dos voûté, scolioses, mal de Pott, torticolis, ankylose vertébrale, par le docteur CHIPAULT (de Paris), 1 broch. in-8° de 48 p. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale mutuelle.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 31. — SAMEDI 14 MARS 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 14 MARS 1903. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE MÉDICALE

DIAGNOSTIC DE L'ANGINE DIPHTÉRIQUE ET DES ANGINES AIGUES

(*Leçons faites au Pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades.*)

Par le docteur A.-B. MARFAN.

Le diagnostic de l'angine diphtérique est d'une extrême importance. De toutes les localisations de l'infection, elle est la plus fréquente et, le plus souvent, elle précède ou accompagne les autres. Aussi, en pratique, dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic de la diphtérie est-il lié à celui de l'angine diphtérique.

De nos jours, la découverte du bacille de la diphtérie a apporté un élément nouveau à ce diagnostic; et, de ce fait, le problème a pris un caractère spécial qu'il importe de vous signaler tout de suite, pour vous faire comprendre où résident les difficultés de l'étude que nous entreprenons aujourd'hui.

I

Jusqu'aux environs de 1890, le diagnostic de l'angine diphtérique était fondé sur la donnée suivante : une angine aiguë, primitive, caractérisée par la production de fausses membranes bien nettes, est de nature diphtérique. Toutefois on savait que cette règle comportait des exceptions et qu'elle ne permettait pas toujours un diagnostic certain : telle angine pseudo-membraneuse semblait trop bénigne pour être diphtérique; telle autre, qui n'avait pas au début l'aspect des angines pseudo-membraneuses, finissait par évoluer comme une angine diphtérique. On savait aussi que l'angine herpétique peut déterminer la formation, sur la gorge, de couennes fibrineuses et qu'alors il est difficile, parfois impossible, de la différencier de l'angine diphtérique.

Après les études de MM. Roux et Yersin, sur le bacille de la diphtérie, c'est-à-dire après 1890, on appliqua l'analyse bactériologique à l'étude de ces cas obscurs et, au bout de quelque temps, on en arriva à proclamer que l'examen clinique, en particulier la recherche des caractères des exsudats de la gorge, ne permet pas de préjuger si le bacille diphtérique est la cause de la maladie; que la diphtérie peut se présenter sous la forme d'angine lacunaire, et que bon nombre d'angines pseudo-membraneuses primitives ne sont pas dues au bacille de la diphtérie.

On en conclut que, dans tous les cas, l'examen bactériologique est nécessaire pour établir avec certitude le diagnostic de diphtérie, et que, sans cet examen, la thérapeutique et la prophylaxie ne peuvent avoir une direction assurée. Somme toute, disait-on, la découverte du bacille de la diphtérie a compliqué le diagnostic, mais elle l'a rendu absolument précis.

Jusqu'en 1894, c'est-à-dire jusqu'au moment de l'introduction de la sérumthérapie dans la pratique, cette exigence d'un examen bactériologique, pour établir dans tous les cas un diagnostic certain, ne fut guère discutée, parce que la thérapeutique ne souffrait pas beaucoup d'une erreur. Mais lorsque nous fûmes en possession d'un remède efficace, nous nous demandâmes si, vraiment, nous devions attendre le résultat de la culture pour injecter du sérum.

Ce diagnostic bactériologique exige environ vingt heures; ce délai n'est-il pas bien long dans une maladie si grave et dont la marche est parfois si rapide? D'autre part, cet examen bactériologique est quelquefois impossible, par exemple à la campagne, loin de tout laboratoire; alors, quelle sera la conduite du médecin, s'il est vrai que l'examen clinique ne permet ni un diagnostic certain, ni même un diagnostic probable? Telles sont les questions qui se posèrent alors et qui jetèrent le trouble en beaucoup d'esprits. Chacun y répondit suivant sa nature. Les uns, et je fus de ceux-là, dirent : « Toutes les fois que le diagnostic de diphtérie est seulement probable, il faut injecter du sérum sans attendre le résultat de l'examen bactériologique. » D'autres, quand la situation ne leur paraissait pas grave et qu'ils pouvaient surveiller le malade, attendaient le résultat de la culture pour agir, même lorsque les caractères cliniques rendaient très probable la nature diphtérique du mal. D'autres, enfin, profitèrent de cette situation pour ne faire ni examen bactériologique ni injection de sérum.

Mais ce qui a augmenté le trouble, ce sont les critiques qui ont été adressées au diagnostic bactériologique lui-même.

Tel qu'on le fait généralement, a-t-on dit, c'est-à-dire lorsqu'on le fonde sur un seul ensemencement, ce diagnostic n'est pas infaillible. Si cet unique ensemencement est stérile, il n'est pas absolument probant; si la culture est positive, il est des cas où son interprétation est difficile et peut induire en erreur, en raison de l'existence de ce groupe de bactéries qu'on désigne sous le nom de bacilles pseudodiphtériques; M. Grancher (1) a été jusqu'à dire que le diagnostic bactériologique n'est ni plus rapide ni plus sûr que le diagnostic clinique.

Lorsque, il y a deux ans, je pris la direction du pavillon de la diphtérie dans cet hôpital, je me proposai particulièrement d'étudier cette question du diagnostic des angines. Pour cela, la méthode suivie a été la suivante : on a relevé avec soin et avec toute la précision possible, les caractères objectifs des exsudats de la gorge et on les a confrontés avec les résultats de l'examen bactériologique, qui, lorsqu'un doute surgissait, était répété et complété par des inoculations aux animaux, inoculations que nous avons contrôlées, lorsque cela nous a paru nécessaire, par l'emploi du sérum antidiphtérique. Plus de 2000 cas ont été examinés ainsi et ce sont les résultats de ces recherches qui serviront de fondement à ces leçons. Je veux remercier ici les collaborateurs grâce auxquels cette longue enquête a pu être poursuivie : au premier rang, M. le docteur Deguy, chef de laboratoire du pavillon, qui a acquis une grande compétence dans le diagnostic bactériologique; puis mes internes, M. Benjamin Weill et M. Lenhardt, mon ancien externe, M. Gauquelin, qui a trouvé dans ces recherches la matière de sa thèse sur *Le bacille court diphtérique* (2), et enfin M. Bourcart, un stagiaire que je veux louer de son zèle et de son intelligence.

Cette enquête, poursuivie pendant deux ans et portant sur un très grand nombre de cas, nous permet de conclure que le désaccord entre les résultats de l'examen clinique bien fait et ceux de l'examen bactériologique également bien fait est plus rare qu'on ne l'avait dit d'abord; que souvent, ce désaccord n'est qu'apparent et qu'il est dû à un jugement erroné ou trop précipité soit du clinicien, soit du bactériologiste.

Nous avons vu que, s'il y a des cas où l'examen clinique laisse le diagnostic en suspens et doit forcément être complété par la culture des exsudats, ils ne sont pas les plus nombreux. Le plus souvent, on peut, d'après les caractères cliniques, accepter ou rejeter le diagnostic de diphtérie, sinon avec une certitude absolue (jusqu'ici l'absolu en médecine reste à l'état d'exception), tout au moins avec une telle probabilité qu'elle équivaut à une certitude. Quant au diagnostic bactériologique, s'il est vrai qu'il n'est pas absolument infaillible, cependant, quand il est fait dans de bonnes conditions et par une personne exercée, il lève presque toujours les doutes que laisse parfois subsister l'examen clinique.

Nous avons pu déduire de ces recherches que, sauf quelques cas assez rares, l'indication de la *première* injection de sérum pouvait être posée sans examen bactériologique, et c'est là d'ailleurs le but principal de ces leçons : « Etablir, autant que possible, dès le premier examen clinique, et avant de connaître le résultat de l'examen bactériologique, l'indication de la première injection de sérum. »

(1) Grancher. Le diagnostic bactériologique et le diagnostic clinique de la diphtérie, *Bulletin méd.*, 14 mars 1897, nº 21, p. 239.
(2) Th. de Paris, 1902.

II

Une angine aiguë se reconnaît par l'inspection de la gorge et je rappelle tout de suite un précepte qu'il ne faut jamais oublier en médecine de l'enfance. Chez l'adulte, on ne regarde la gorge que lorsque le sujet accuse de la douleur et de la dysphagie pharyngée ou lorsqu'on y est amené par une particularité de l'histoire clinique, lorsqu'on soupçonne la syphilis par exemple.

Chez les enfants, surtout chez les petits enfants, il ne faut pas attendre d'y être invité pour pratiquer cet examen; il faut toujours regarder la gorge, quels que soient les troubles pour lesquels on nous demande un conseil; et, cette exploration provoquant ordinairement des cris et de l'agitation, elle doit être faite à la fin de l'investigation clinique.

Pour bien examiner la gorge d'un enfant, il faut procéder avec méthode et douceur. Une seule personne suffit pour maintenir le sujet dans l'immobilité nécessaire; voici comment elle doit s'y prendre : elle s'asseoit, prend l'enfant sur ses genoux, entre lesquels elle serre un peu les jambes du patient; avec la main gauche, elle maintient les deux mains de l'enfant; sa main droite placée sur le front du sujet appuie et fixe la tête de celui-ci sur sa poitrine. Si l'enfant est trop indocile, on l'enveloppe dans une couverture de laine, bras dedans, et ainsi on le maintient plus facilement. Il importe d'être très bien éclairé; durant le jour, la bouche de l'enfant devra être placée en face d'une fenêtre recevant largement la lumière; durant la nuit, le médecin s'éclairera à l'aide d'une bougie tenue dans la main gauche avec une cuiller faisant réflecteur.

Le sujet étant maintenu en bonne position et bien éclairé, il s'agit d'ouvrir la bouche, d'abaisser la langue et de regarder la gorge. Ordinairement, l'enfant serre ses dents; ne vous impatientez pas; appuyez l'abaisse-langue ou le manche de la cuiller sur la limite des incisives supérieures et des incisives inférieures et attendez; attendez avec calme; attendez le temps qu'il faut; évitez avant tout un mouvement brutal; il arrivera un moment où l'enfant desserrera légèrement les dents; saisissez ce moment et faites pénétrer l'abaisse-langue; poussez-le doucement sur la langue *jusqu'à la base de celle-ci*, de manière à provoquer un mouvement de nausée; c'est ce mouvement qui découvrira la gorge et les amygdales et qui permettra l'inspection de la région. Habituez-vous à regarder vite. Vous ferez en général deux examens successifs; le premier pour apprécier l'ensemble des altérations, le second pour vérifier certains détails. Exercez-vous à pratiquer cet examen avec méthode et douceur; commencez par regarder la gorge des enfants un peu grands, car elle est beaucoup plus facile à voir. Plus tard, vous vous exercerez à regarder la gorge des nourrissons qui est beaucoup plus difficile à découvrir, parce que, dans le premier âge, l'isthme du gosier est situé profondément et qu'entre le voile du palais et la langue, il n'y a que peu d'espace.

En cas d'angine aiguë, l'examen de la gorge montre de la rougeur et du gonflement de la muqueuse, qu'accompagnent souvent des exsudats (muqueux, puriforme ou fibrineux, lacunaires ou diffus) et plus rarement des ulcérations, parfois avec adhérence de tissu sphacélé, comme dans l'angine ulcéro-membraneuse ou chancriforme. En même temps, les malades, sauf lorsqu'il s'agit d'enfants très jeunes, accusent de la douleur de la gorge, particulièrement au moment

de la déglutition; une fièvre plus ou moins vive, un malaise plus ou moins prononcé complètent la série des symptômes communs à toutes les angines aiguës.

L'angine diphtérique est généralement caractérisée par la présence sur la gorge d'exsudats pseudo-membraneux. Mais toutes les angines pseudo-membraneuses ne sont pas diphtériques et, d'autre part, on a avancé que la diphtérie pouvait revêtir toutes les formes anatomiques de l'angine aiguë. Il nous faut donc passer en revue toutes ces formes et, pour chacune d'elles, il nous faudra rechercher s'il est vrai qu'elle puisse être déterminée par la diphtérie et, dans l'affirmative, à quels signes on peut reconnaître, ou tout au moins soupçonner sa nature. Je serai ainsi conduit à faire la critique de la nosologie des angines aiguës; mais je la limiterai aux points essentiels.

Pour la commodité de cette discussion, nous diviserons les angines aiguës en deux catégories; nous placerons dans un premier groupe celles qui ne déterminent pas sur la gorge la production d'enduits blanchâtres, et que nous appellerons angines rouges; dans un second groupe, nous mettrons les angines qui s'accompagnent de la formation d'enduits blanchâtres et que nous désignerons sous le nom d'angines blanches.

III

Dans le premier groupe, celui des *angines rouges*, les altérations consistent surtout dans l'hyperémie et l'hypersécrétion catarrhale (angines érythémateuses ou catarrhales). Les amygdales sont tuméfiées et rouges; leur surface est parfois vernissée d'un enduit muqueux, presque translucide. Les piliers, le voile du palais, la luette sont rouges, gonflés et présentent parfois de l'œdème (angine œdémateuse). La paroi postérieure du pharynx montre des follicules lymphatiques plus gros et plus saillants; elle est assez souvent recouverte de mucosités qui témoignent de la participation du cavum pharyngien et de la partie postérieure du nez à la phlegmasie de la gorge.

Les causes de ces angines rouges sont diverses; ce n'est pas ici le lieu de les énumérer; je me borne à dire que, dans leurs formes primitives, elles sont fréquentes et sans gravité.

La question que nous devons aborder est celle-ci : l'angine diphtérique peut-elle revêtir la forme de l'angine catarrhale? On a répondu affirmativement en se fondant sur deux arguments.

On a d'abord fait remarquer que, dans les croups dits d'emblée, alors qu'il n'y a aucun exsudat, aucun enduit sur la gorge, alors qu'il n'y a qu'un peu de rougeur, cependant en ensemençant le mucus qui recouvre les amygdales, on obtient fréquemment le bacille de la diphtérie. Ce fait est exact, encore qu'il ne soit pas la règle. Mais il s'explique aisément : au moment de la toux, des parcelles de l'exsudat laryngé se détachent et s'arrêtent sur le pharynx. Il ne prouve pas qu'il existe une diphtérie catarrhale, pas plus que la présence possible du bacille de la tuberculose dans la salive d'un phtisique qui n'a pas de lésions de la bouche ne prouve qu'il existe une tuberculose buccale. Ces microbes se trouvent présents dans la bouche ou dans la gorge d'une manière accidentelle, après une expectoration; mais ils n'y ont point fait œuvre de microbes pathogènes.

On a avancé d'autre part que l'angine diphtérique débute par une phase érythémateuse qui précède la phase pseudo-membraneuse. Quelques médecins ont affirmé avoir observé la maladie à cette phase initiale, avant l'apparition des exsudats fibrineux. Ces affirmations doivent viser des cas exceptionnels, car, pour ma part, je n'en ai pas observé; en dehors de la scarlatine, je n'ai pas rencontré une angine rouge qui ait été suivie le lendemain ou le surlendemain d'une angine pseudo-membraneuse; je ne dis pas que cela ne puisse se rencontrer; mais je crois que le fait doit être fort rare. Quoi qu'il en soit, si, par hasard, il vous était donné d'observer un cas de ce genre, il est infiniment probable que votre erreur ne durerait pas longtemps et qu'au bout de quelques heures, un jour au plus tard, un exsudat se produirait et vous ferait penser à la diphtérie. Mais il est si rare qu'on puisse assister à cette période catarrhale de l'angine diphtérique, qu'en présence d'une angine rouge, on peut, sans scrupule, écarter la diphtérie. C'est ce que j'ai fait jusqu'ici et je n'ai pas eu à le regretter.

IV

Pour le diagnostic de la diphtérie, le groupe des angines aiguës le plus important est celui des angines qui déterminent la formation sur la gorge d'enduits blanchâtres. En ne les envisageant qu'au point de vue des caractères objectifs de leurs enduits, nous les classerons de la manière suivante : 1° angines pseudo-membraneuses; 2° angines pultacées; 3° angines lacunaires; 4° angines ulcéro-membraneuses; 5° angines à enduits blancs ambigus ou indéterminés.

Ce qui caractérise les *angines pseudo-membraneuses*, c'est la production d'un exsudat fibrineux, qui se concrète pour former une sorte de croûte blanchâtre, de couenne, qu'on appelle une fausse membrane. L'angine diphtérique revêt le plus souvent la forme pseudo-membraneuse et c'est alors que les exsudats fibrineux sont le plus typiques. On voit sur la gorge des concrétions blanchâtres, étalées, dont l'étendue est variable; elles forment où des îlots séparés, ou des bandes allongées, où des taches diffuses; elles se montrent d'abord sur les amygdales ou sur la paroi postérieure du pharynx, particulièrement sur ses parties latérales. Ces exsudats sont remarquables par leur tendance à l'extension; ils se réunissent et peuvent finir par former une couenne continue, qui recouvre les amygdales, les piliers, le voile, la luette qui est engainée comme par un doigt de gant, et la paroi postérieure du pharynx. Sauf au début et à la fin de l'angine, ils sont tres adhérents; ils font corps pour ainsi dire avec la muqueuse et on ne peut les arracher sans la faire saigner. Ils sont solides, cohérents, difficiles à déchirer, et ne se dissocient pas dans l'eau. Blancs d'abord, ils passent ensuite au jaune, ou au vert ou au brun.

Examiné au microscope, l'exsudat de ces angines se montre constitué par de la fibrine, des cellules épithéliales plus ou moins déformées, plus ou moins ramifiées, des leucocytes, des débris cellulaires et des microbes très nombreux.

Quand une angine revêt ces caractères, surtout quand elle est extensive, il y a beaucoup de chances pour qu'elle soit diphtérique; il n'y a guère que la scarlatine qui puisse, dans quelques cas, en déterminer de semblables. Mais l'angine pseudo-membraneuse diphtérique n'est pas toujours extensive et alors on peut la confondre avec les angines pseudo-membraneuses de nature diverse qui donnent des exsudats limités. Cependant, ces angines pseudo-membraneuses non diphtériques ont, pour la plupart, des causes faciles à définir et partant elles n'exposent pas beaucoup à

commettre des erreurs. Nous allons passer en revue ces diverses formes d'angines pseudo-membraneuses non diphtériques, dont voici l'énumération :

1° Angines scarlatineuses; 2° angines herpétiques et autres angines vésiculo-fibrineuses; 3° angines syphilitiques; 4° couenne du phlegmon amygdalien; 5° angines traumatiques ou thérapeutiques (amygdalotomie, raclage et cautérisation de la gorge); 6° angines pseudo-membraneuses de causes rares ou hypothétiques.

1° Après la diphtérie, la *scarlatine* est la cause la plus importante et d'ailleurs assez souvent méconnue des angines pseudo-membraneuses.

Examinons d'abord ce qui se passe dans la scarlatine commune.

L'angine est constante et précoce dans la scarlatine. Dès le début, avant l'éruption, on voit sur les amygdales, le pharynx et les joues, une teinte rouge sombre, qui contraste avec l'épais enduit blanc qui recouvre la langue et vous savez qu'une angine aiguë s'accompagnant d'une fièvre intense doit toujours faire penser à la scarlatine. Au troisième ou quatrième jour de l'éruption, alors que la langue se dépouille de son épithélium et prend l'aspect rouge framboise, la gorge se recouvre, assez souvent, mais non toujours, d'enduits puriformes, cryptiques ou diffus, le plus souvent transitoires. Voilà ce qu'on constate dans les scarlatines communes. Il n'y a rien là qui puisse faire penser à la diphtérie.

Mais, dans certains cas, l'angine scarlatineuse revêt la forme pseudo membraneuse, soit dès le début, soit au cours, soit au déclin de la maladie. Ces angines pseudo-membraneuses de la scarlatine avaient exercé la sagacité des anciens observateurs; les uns les considéraient comme étant le résultat d'une diphtérie associée ou secondaire, les autres ne leur reconnaissaient aucun lien avec la diphtérie. Les études bactériologiques permirent d'aborder le problème avec fruit. Un des premiers travaux faits dans ce sens est dû à MM. Wurtz et Bourges. De leurs recherches, ces auteurs se crurent en droit de tirer la conclusion suivante : les angines pseudo-membraneuses précoces de la scarlatine ne sont presque jamais diphtériques; les angines pseudo-membraneuses tardives le sont presque toujours (1). Si ces conclusions euesent été vérifiées, elles auraient donné une règle simple pour la thérapeutique : en attendant le résultat de l'examen bactériologique, ne pas injecter de sérum dans le cas d'une angine pseudo-membraneuse précoce; en injecter toujours dans le cas d'une angine pseudo-membraneuse tardive.

Malheureusement, les conclusions de MM. Wurtz et Bourges n'ont pas été vérifiées par la suite. En 1895, nous avons examiné, avec M. Apert, la gorge de plus de 400 scarlatineux, et nous n'avons jamais trouvé le bacille de la diphtérie pas plus au commencement qu'à la fin de la maladie, pas plus lorsque l'angine était pseudo-membraneuse que lorsqu'elle était érythémateuse ou pultacée (2). MM. Variot et Roy ont observé 41 cas d'angine pseudo-membraneuse sur 339 cas de scarlatine; 21 fois, l'angine était due au bacille de Löffler et ces diphtéries s'étaient montrées aussi bien au début qu'à la fin (3). Au pavillon de la diphtérie où s'égarent assez souvent des scarlatines commençantes, nous avons ainsi pu voir que les angines pseudo-membraneuses du début pouvaient être dues au bacille de Löffler, bien que cela soit assez rare. Que conclure de ces faits? C'est que les angines pseudo-membraneuses de la scarlatine sont assez rarement diphtériques; mais que lorsqu'elles le sont, on ne peut reconnaître leur nature que grâce à l'examen bactériologique. Dès lors, quelle doit être la conduite du médecin? Attendre, pour injecter le sérum, le résultat de l'examen bactériologique si l'angine est peu étendue, si elle s'accompagne d'une adénopathie légère, si elle ne coexiste pas avec du coryza et de la laryngite, si elle n'est pas survenue dans un milieu épidémique. Mais dès qu'une de ces conditions est réalisée, l'injection de sérum sera pratiquée tout de suite, sans attendre le résultat de l'examen bactériologique (1).

2° Une seconde variété d'exsudats pseudo-membraneux non diphtériques est représentée par les couennes qui succèdent parfois à l'*angine herpétique*. Lorsqu'il est évident qu'une couenne fibrineuse est la conséquence d'une angine herpétique, il est permis de considérer comme démontré qu'elle n'est pas due au bacille de la diphtérie. Seulement, il n'est pas toujours facile de discerner l'origine herpétique d'un exsudat fibrineux.

L'angine herpétique est due au développement sur la gorge de vésicules assez grosses, qui se rompent très vite, en quelques heures, et sont remplacées par de petits disques blancs, fibrineux, pseudo-membraneux, disques circulaires, mais à bords un peu dentelés. Si on a la chance d'assister à la phase du début, à la phase vésiculeuse, il est facile d'établir la nature herpétique de la couenne. Mais la phase vésiculeuse est très courte; elle ne dure que quelques heures et le plus souvent le médecin ne voit l'affection qu'à la phase couenneuse. Dans ce cas, si l'herpès n'est pas très confluent, si les disques sont bien séparés, on peut, à leur forme bien circulaire, à leur égalité, reconnaître leur origine. Si l'herpès a été confluent, et si les disques fibrineux se sont réunis, il est presque impossible de se prononcer. A la vérité, on pourra quelquefois soupçonner l'herpès à la forme polycyclique des contours de la couenne; mais il sera bien difficile sur ce caractère d'affirmer la nature herpétique de l'exsudat. Certains symptômes généraux doivent, en tout cas, faire penser à l'herpès pharyngé. L'angine herpétique est remarquable par son mode d'invasion; elle commence brusquement par un frisson violent et unique, par une grosse fièvre, une céphalalgie si marquée qu'elle va parfois jusqu'au délire, une courbature généralisée très intense.

La coexistence de vésicules d'herpès sur les lèvres, le nez, la face ou les oreilles a été invoquée à tort en faveur de la nature herpétique de l'angine; car l'herpès labial ou cutané est loin d'être rare dans l'angine diphtérique.

Si on a la certitude que l'angine est herpétique, on n'injectera pas de sérum. Si on a des doutes, on fera une injection, lorsque les symptômes concomitants permettent de considérer la diphtérie comme plus probable que l'herpès (engorgement ganglionnaire très marqué, coryza suspect, laryngite, milieu épidémique), dans le cas contraire,

(1) Bourges. *Les angines de la scarlatine*, Th. de Paris, 1891.
(2) Apert. La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1895. Soc. méd. des hôpit., 8 mai 1896.
(3) Variot et Roy. Nouvelles recherches cliniques sur le processus angineux dans la scarlatine chez les enfants et sur ses irradiations, Soc. méd. des hôp., 2 mai 1902.

(1) Nous avons laissé de côté les angines blanches consécutives à la rougeole, à la fièvre typhoïde et à d'autres maladies infectieuses; d'abord parce qu'elles sont rares; ensuite parce qu'elles sont plus souvent ulcéreuses que véritablement pseudo-membraneuses; enfin parce que, lorsqu'elles sont nettement pseudo-membraneuses, elles sont presque toujours diphtériques et rentrent dans la règle.

on attendra, pour injecter, le résultat de l'examen bactériologique.

Il est vraisemblable que certains cas d'angine pseudo-membraneuse dans lesquelles on ne trouve pas le bacille de la diphtérie et qu'on attribue au streptocoque sont en réalité des angines herpétiques méconnaissables. Mais ce que nous pouvons dire, c'est que, si on la sépare, comme il convient, de l'angine lacunaire, l'angine herpétique, à caractères assez nets pour qu'on puisse affirmer ou soupçonner sa nature, est assez rare. Chez l'enfant, elle est même tout à fait exceptionnelle. Au-dessous de quinze ans, nous n en avons rencontré qu'un cas et encore dans la pratique de la ville. Chez l'adulte, elle nous a paru un peu plus fréquente.

On a avancé que le bacille de la diphtérie pouvait être trouvé dans l'exsudat de l'angine herpétique. Nous ne nions pas la possibilité de pareils faits, bien que ceux qui ont été rapportés ne soient pas à l'abri de la critique. Mais nous nous demandons si on ne s'est pas trouvé alors en présence d'une association d'herpès et de diphtérie. En tout cas, nous ne pensons pas qu'on puisse conclure de cette constatation que l'angine diphtérique peut revêtir la forme de l'angine herpétique.

Dans quelques cas exceptionnels, des bulles de *varicelle* peuvent se développer sur le pharynx et, après leur rupture, être remplacées par des disques de fibrine. L'origine de ceux-ci est facilement reconnue; ils sont presque toujours isolés et séparés, et ils coexistent avec une éruption de varicelle.

La variole peut sans doute déterminer une troisième variété d'angine vésiculo-fibrineuse; mais il y a trop longtemps que je n'ai pas observé de cas de cette maladie pour que je me permette d'en parler.

3° Les *angines pseudo-membraneuses de la syphilis* représentent une troisième variété d'angines couenneuses non diphtériques. Nous n'en avons pas rencontré d'exemple chez l'enfant, mais nous en avons vu plusieurs cas chez l'adulte, et, chaque fois, ces angines avaient donné lieu à des erreurs. Deux sortes de lésions syphilitiques de la gorge peuvent se recouvrir de fausses membranes fibrineuses semblables à celles de la diphtérie; le chancre primitif de l'amygdale et les plaques muqueuses pharyngées. MM. Bourges et Boulloche qui ont étudié ces accidents n'ont pu y découvrir le bacille de la diphtérie (1).

Lorsque c'est l'accident primaire qui provoque une exsudation fibrineuse, comme il peut exister de la fièvre et de l'anorexie, de l'abattement, de l'anémie, une adénopathie parfois considérable, il semble que l'erreur est assez facile; en réalité, dans ces cas, l'unilatéralité habituelle de la fausse membrane et de l'adénopathie mettront sur la voie et devront plutôt faire penser à l'angine ulcéreuse chancriforme dont nous parlerons un peu plus tard. L'inefficacité du sérum antidiphtérique et le résultat de l'examen bactériologique, montrent qu'il ne s'agit pas de diphtérie. L'apparition de la roséole vient plus tard révéler l'existence de la syphilis et la nature de l'angine.

Quand les fausses membranes se sont développées sur des plaques muqueuses de la gorge, comme la lésion est bilatérale, comme elle s'accompagne d'une double adénopathie bien appréciable, l'erreur est plus facile à commettre. Cependant, dans un des cas qu'il m'a été donné d'observer, le diagnostic pouvait être fait du premier coup. Il s'agissait d'un jeune Espagnol qui habitait depuis quelques mois dans un hôtel parisien; il avait contracté la syphilis et se faisait soigner par un spécialiste. Un jour, celui-ci examina sa gorge, donna des marques d'inquiétude, le renvoya à l'hôtel, vint le voir et finalement lui déclara qu'il avait la diphtérie, qu'il fallait qu'il entrât à l'hôpital et qu'il allait prévenir l'hôtelier d'avoir à faire désinfecter sa chambre. Le jeune homme, qui ne se sentait pas malade et qui venait de déjeuner de très bon appétit, fut très surpris, alla chez son correspondant qui me le conduisit. J'examinai sa gorge sans savoir qu'il avait la syphilis. Elle était couverte d'une couenne épaisse; mais aux limites de celle-ci, on voyait des contours très nets de plaques muqueuses érosives; je vis ensuite des plaques muqueuses sur la lèvre inférieure; je fis déshabiller le sujet et je constatai sur sa peau des papules squameuses syphilitiques; ses glandes inguinales et axillaires étaient aussi engorgées que celles du cou; sur la rainure du gland, une petite induration, vestige du chancre. Étant donné le bon état général du sujet et l'existence incontestable de la syphilis, je repoussai le diagnostic de diphtérie et portai celui d'angine pseudo-membraneuse syphilitique; l'examen bactériologique me donna raison. Mais il y a des cas où le diagnostic n'est pas aussi facile. En voici un exemple instructif. Un jeune homme de dix-huit ans vint me consulter pour un mal de gorge qu'il avait depuis plus de deux mois et pour lequel il avait déjà vu deux médecins. Le premier, médecin de sa famille, sur le vu de sa gorge, lui avait immédiatement injecté du sérum et avait faire l'examen bactériologique de l'exsudat pharyngé; celui-ci fut négatif et le sérum ne modifia nullement l'état de la gorge. Le malade s'adressa alors à un autre médecin qui fit des attouchements avec divers topiques (acide salicylique, acide phénique); ils n'eurent aucun résultat favorable. La gorge restait recouverte de fausses membranes. Malgré cela, l'état général restait excellent; l'appétit était bon; il n'y avait pas de fièvre; et le malade sortait et vivait comme s'il eût été bien portant. Il n'avait qu'un peu de gêne à la déglutition. Quand le malade s'adressa à moi, je fus tellement frappé de l'aspect de la gorge que, malgré ce qu'il racontait, je lui demandai de faire faire encore un examen bactériologique et, s'il était négatif, d'en faire refaire un second; les deux examens furent négatifs. Je pensai à la syphilis; mais il n'en présentait aucun signe; il niait avoir eu une maladie vénérienne quelconque; il niait même avoir jamais eu de rapports sexuels. C'est alors que je l'adressai à un spécialiste, M. Lubet-Barbon, en le priant de me donner son avis. Celui-ci conseilla d'essayer malgré tout le traitement antisyphilitique. Le malade y fut soumis; sa gorge se détergea rapidement; quand les fausses membranes furent tombées, on vit qu'elles recouvraient de véritables plaques muqueuses. Plus tard, il y eut d'autres manifestations syphilitiques et le jeune homme finit par avouer qu'il avait eu des relations sexuelles et une érosion de la verge.

Ces faits sont très instructifs. Ils portent à croire que quelques cas d'angines pseudo-membraneuses considérées comme non diphtériques, attribuées à tel ou tel microbe, hôte normal de la bouche et de la gorge, angines qu'on caractérise par leur ténacité et leur bénignité, n'étaient que des angines syphilitiques.

Quand on trouve chez un syphilitique avéré une angine

(1) Bourges. Les angines diphtéroïdes de la syphilis, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1892, n° 15, p. 170.

Voir aussi : Petgès. Diagnostic entre les angines pseudo-membraneuses de la syphilis et l'angine diphtérique, *Arch. de méd. milit.*, 1902.

pseudo-membraneuse, il y a donc de grandes chances pour qu'elle ne soit pas diphtérique. Cependant, dans un cas de ce genre, il faut toujours faire pratiquer l'examen bactériologique, car la diphtérie peut survenir chez un syphilitique, comme le docteur Petgès en a rapporté des exemples. Et il serait au moins aussi dangereux de méconnaître la diphtérie que d'ignorer l'existence de la syphilis.

4° Je forme un quatrième groupe des exsudats fibrineux qui ont pour origine un traumatisme ou une cautérisation des amygdales. Ces angines *pseudo-membraneuses* « *thérapeutiques* » ou « *traumatico-chimiques* » sont importantes à connaître, car elles donnent souvent lieu à des erreurs.

Des fausses membranes se montrent toujours sur la gorge après l'*amygdalotomie* et voici ce qui arrive souvent en pareil cas. Des parents conduisent un enfant à une clinique spéciale où on sectionne ses amygdales hypertrophiées; dans les jours qui suivent, si le petit sujet a du malaise, on appelle le médecin de la famille, à qui on n'ose pas dire qu'une opération a été exécutée, parce qu'elle a été souvent décidée en dehors de lui; presque toujours celui-ci pense à la diphtérie; s'il fait faire un examen bactériologique, il peut arriver qu'on lui affirme à tort la présence du bacille de Löffler, car le pseudo-diphtérique se trouve assez souvent dans la couenne de l'amygdalotomie. Nous avons relevé des histoires de ce genre au pavillon de la diphtérie, où les parents. affolés, racontent ce qui est arrivé. A défaut de l'anamnèse il y a un aspect spécial de la gorge qui doit faire penser à l'amygdalotomie : la fausse membrane est régulièrement et strictement limitée à la surface amygdalienne aplanie par la section.

Jusqu'en ces derniers temps, je n'aurais pas hésité à vous dire que, étant établie l'existence d'une amygdalotomie antérieure, il n'y a pas lieu de penser à la diphtérie. Mais en médecine, tout peut s'observer, et nous venons de voir un enfant chez lequel la diphtérie s'est développée après l'amygdalotomie : dans ce cas la diphtérie avait gagné le larynx et c'est le croup, dont les signes apparurent une semaine après l'opération, qui détermina l'entrée de l'enfant à l'hôpital, où nous avons trouvé un bacille virulent dans les couennes de la gorge.

Je dois maintenant vous signaler d'une manière toute particulière l'existence des couennes qui se produisent à la suite des raclages de la gorge, surtout quand ils sont suivis d'applications caustiques. Avant l'emploi du sérum antidiphtérique, toute angine un peu suspecte, voire même l'angine lacunaire la plus simple, était généralement traitée par des badigeonnages avec des pinceaux trempés dans des solutions antiseptiques fortes, c'est-à-dire caustiques (solutions phéniquées, fortes le plus souvent); en règle générale, plus le badigeonnage était énergique, plus la solution employée était forte, et plus l'exsudat se reproduisait rapidement et s'étendait; le traumatisme et la cautérisation enflammaient la muqueuse et provoquaient la formation d'un exsudat nouveau, exsudat non infectieux, mais tout de même de nature fibrineuse le plus souvent. Il arrivait ainsi qu'un médecin, par sa faute, prenait pour une angine diphtérique une angine lacunaire ou pultacée, ou bien faisait succéder à des couennes diphtériques des exsudats non diphtériques. Depuis l'emploi du sérum, le traitement local de l'angine diphtérique consiste presque exclusivement en gargarismes ou en grandes irrigations bucco-pharyngées et ces faits sont devenus exceptionnels. Pour ma part, dans les angines aiguës, je ne prescris presque jamais ces badigeonnages qui sont souvent difficiles et douloureux; les irrigations et les gargarismes me paraissent suffire. En tout cas, la connaissance de ces lésions traumatico-chimiques vous permettra d'éviter l'erreur, souvent commise, qui consiste à les prendre pour une angine diphtérique.

5° Une autre variété d'exsudat pseudo-membraneux est la couenne qui se forme souvent sur l'amygdale atteinte de phlegmon. L'*abcès amygdalien* se manifeste par une tuméfaction considérable d'une des deux amygdales qui vient faire une grosse saillie dans l'isthme du gosier; parfois, à la surface de cette amygdale tuméfiée se produit un exsudat fibrineux qui ne renferme pas le bacille de Löffler. Mais il est deux signes qui décèlent le phlegmon amygdalien et permettent d'écarter la diphtérie : l'unilatéralité de la lésion et le trismus. Ce dernier signe est pathognomonique; il indique la formation du pus; une angine qui s'accompagne de contracture de la mâchoire est une amygdalite phlegmoneuse. A coup sûr, il ne faut pas nier la possibilité de la coexistence de la diphtérie et de l'abcès amygdalien; mais, en tout cas, elle doit être bien rare, puisque nous ne l'avons jamais recontrée au Pavillon, où affluent toutes les formes d'angines aiguës blanches, sans en excepter les angines phlegmoneuses.

Quand on a pu établir que les fausses membranes de la gorge ne dépendent pas de la scarlatine, de l'angine herpetique, du phlegmon amygdalien ou d'un traumatisme thérapeutique, on n'a pas beaucoup de chances de se tromper si on conclut à l'existence de la diphtérie, car alors le cercle des erreurs possibles est devenu très étroit. Voici en effet les résultats de notre statistique, qui, il est vrai, ne porte que sur des sujets âgés de moins de quinze ans et dans laquelle il ne se trouve aucun cas de syphilis pharyngée ni d'herpes évident. Sur 100 cas d'angines nettement pseudo-membraneuses, 90 étaient de nature diphtérique; 5 étaient dus à une autre cause (scarlatine, traumatismes thérapeutiques, ou phlegmon de l'amygdale), et enfin 5 ne pouvaient être rattachés ni à la diphtérie, ni à une des causes connues et déjà énumérées de pseudo-membranes pharyngées (1).

Encore ce chiffre de 5 p. 100 pourrait-il sans doute être réduit. Sans parler des angines diphtériques dont la nature a pu être méconnue, malgré les soins qui sont apportés à l'examen bactériologique, il y a probablement des cas où les couennes sont dues à l'intervention du médecin (sur laquelle nous n'avons pas toujours des renseignements suffisants), d'autres où elles sont peut-être le fait d'une angine herpétique dont la nature ne peut être discernée, d'autres enfin où elles sont dues à une scarlatine impossible à diagnostiquer. Ce dernier point mérite de nous arrêter; il nous est arrivé quelquefois de donner des soins à des angines pseudo-membraneuses dans lesquelles le bacille de la diphtérie faisait défaut et qui ne s'accompagnaient d'aucune éruption appréciable; cependant, après le quinzième jour, nous avons pu nous assurer que le sujet présentait une desquamation du cou, des mains et des pieds, qui ne laissait aucun doute sur l'existence d'une scarlatine anté-

(1) On pourra reprocher à cette statistique d'avoir été faite au Pavillon de la diphtérie où l'on n'envoie que les cas qui ont été considérés comme étant cliniquement diphtériques, les autres étant admis au Pavillon des douteux. Un pareil reproche prouverait en tout cas que le diagnostic clinique de diphtérie peut être établi avec assez de probabilité. Mais en fait, nous recevons au Pavillon presque tous les cas d'angine aiguës à enduit blanc un peu étalé qui se présentent à l'hôpital.

rieure; mais comme nous savons que cette desquamation peut faire défaut ou être extrêmement peu marquée, il en résulte que quelques cas d'angines pseudo-membraneuses sans causes appréciables étaient dus probablement à la scarlatine.

Quoi qu'il en soit, on est autorisé à penser qu'il existe des angines pseudo-membraneuses qui ne sont engendrées ni par le bacille de la diphtérie, ni par une des causes que je vous ai indiquées. Ce groupe est encore obscur. A la vérité, vous verrez, dans vos livres classiques, qu'il y a des angines pseudo-membraneuses dues au *streptocoque*, au *pneumocoque*, au *bacterium coli*, au *diplo-bacille de Friedländer*, au *tétragène*, etc. Or, il faut remarquer que la plupart de ces microbes sont des hôtes permanents ou transitoires de la bouche ou de la gorge normale et que, même à l'état de santé, on peut les y trouver virulents; il ne suffit donc pas d'obtenir des cultures dans lesquelles ils sont prédominants ou même à l'état de pureté et doués de virulence, pour qu'on soit autorisé à conclure que l'angine a été causée par eux et rien que par eux : *angine à streptocoque n'est pas synonyme d'angine par streptocoque*; pour pouvoir affirmer que l'angine est due à un de ces microbes, hôtes de la gorge normale, il faut d'autres preuves que leur prédominance dans les cultures ou même que leur pouvoir virulent. D'après quelques recherches faites au Pavillon, nous serions portés à faire jouer un rôle, dans ces angines pseudo-membraneuses, de cause indéterminée, à certaines levures pathogènes, voire même à certains leptothrix. Mais la question appelle de nouvelles recherches; je ne veux pas l'aborder aujourd'hui.

En définitive, le nombre de ces angines pseudo-membraneuses de cause indéterminée étant très petit, il en résulte que lorsque, en présence d'une couenne fibrineuse de la gorge, on peut écarter la scarlatine, l'angine herpétique, la syphilis, le phlegmon amygdalien et les traumatismes thérapeutiques, on n'a que très peu de chances de se tromper si on conclut à la diphtérie. On devra donc alors injecter tout de suite du sérum antidiphtérique, et, si on gardait quelques doutes, l'examen bactériologique, qu'il faudra faire faire par la suite toutes les fois qu'on le pourra, viendra les lever et montrer quelle ligne de conduite il faudra suivre ultérieurement. Mais, en attendant, il faudra, tant au point de vue du traitement que de la prophylaxie, agir comme s'il s'agissait de diphtérie. (*A suivre.*)

FAITS CLINIQUES

Traumatisme de l'abdomen. Mort par inhibition.

Par le docteur LE ROY DES BARRES, professeur à l'École de médecine d'Hanoï.

Il s'agit d'un individu vigoureux, bien constitué, qui, au cours d'une rixe, reçut un coup de poing au niveau du creux épigastrique; il tomba alors sans connaissance, sans avoir poussé aucun cri, et quand on s'empressa autour de lui il était mort.

L'autopsie pratiquée quatre heures après la mort donna les renseignements suivants :

Nulle part il n'existe de traces de violence, sauf au niveau du vertex où l'on note une légère bosse de la largeur d'une pièce d'un franc.

La paroi abdominale antérieure ne présente pas de traces de contusion, il n'y a pas de suffusions sanguines sous-péritonéales à son niveau. Seul le grand épiploon, à deux travers de doigt environ au-dessous du milieu de la grande courbure stomacale, offre une ecchymose de la dimension d'une pièce de cinquante centimes; la région correspondante de la paroi abdominale est absolument indemne de toute lésion.

La cavité péritonéale n'est le siège d'aucun épanchement.

L'estomac est distendu et contient environ un litre de matières alimentaires à peine digérées (riz, débris végétaux).

La muqueuse en est fortement rosée, mais ne présente pas d'érosion ni de suffusion sanguine; la paroi de l'organe est normale.

Les intestins sont indemnes de toute lésion.

Les chylifères sont apparents et les ganglions mésentériques, assez gros, sont résistants et sans trace de caséification ou de suppuration.

Les autres organes abdominaux ou thoraciques sont absolument sains.

Les téguments étant décollés au niveau du crâne, on voit à leur face profonde au niveau du vertex une suffusion sanguine correspondant à la bosse sensible sur la face externe. Le péricrâne à ce niveau est également le siège d'une légère ecchymose. Mais il n'existe aucun trait de fracture ni à la surface extérieure du crâne, ni à la surface intérieure. L'encéphale est normal.

La colonne rachidienne et la moelle ne sont le siège d'aucune lésion.

En résumé, l'autopsie n'a révélé aucune altération pathologique, aucune lésion traumatique par laquelle on puisse au premier abord expliquer le décès.

Les lésions du crâne sont insignifiantes, et comme aucun coup n'a été porté sur la tête, elles se sont donc produites lors de la chute. La connaissance des commémoratifs permet également d'écarter l'hypothèse d'un empoisonnement.

Reste la possibilité d'une mort subite par inhibition traumatique, et c'est à cette idée que nous nous sommes rallié. Il y a eu coup porté au niveau de la région épigastrique chez un individu en pleine période digestive d'un copieux repas, conditions rencontrées dans les cas semblables rapportés par les auteurs; de plus, la suffusion sanguine, au voisinage de la grande courbure, démontre que le coup a été donné avec une grande violence.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(12 MARS 1903)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le **traitement des fractures de la rotule.** M. Bazy préfère la suture au cerclage. Il attache une grande importance, dans le traitement sanglant des fractures de la rotule, au nettoyage de l'articulation, à l'évacuation des caillots qu'elle contient. Ce nettoyage doit être fait, non avec les doigts, mais avec une compresse aseptique montée sur une pince. Cette pratique a l'avantage de mieux assurer une bonne coaptation des fragments et de mieux assurer un bon résultat fonctionnel; dans certains cas, on peut obtenir de bons résultats avec le traitement par les appareils et un bon massage. M. Bazy présente un malade qui a été ainsi traité et chez lequel le résultat fonctionnel obtenu est très satisfaisant.

M. Moty estime qu'il vaut mieux mettre trois fils que deux. Il fait, en outre, une suture périarticulaire.

M. Quénu estime que le rapprochement direct des fragments est le traitement de choix des fractures de la rotule.

Aussi a-t-il été étonné d'entendre dire à M. Berger qu'on pouvait obtenir d'aussi bons résultats avec les anciennes méthodes. M. Berger tire des contre-indications au traitement chirurgical de l'état général et de l'âge des malades. Au point de vue de l'état général, tous les chirurgiens s'abstiendront en présence d'un cachectique diabétique ou albuminurique. Quant à l'âge, il faudrait préciser; à quel âge M. Berger pense-t-il qu'on ne doive plus tenter la suture? MM. Championnière, Lejars, M. Quénu lui-même ont eu des succès à soixante, soixante et un et soixante-trois ans. Il faudrait donc préciser la limite à laquelle on doit s'abstenir. En principe, M. Quénu ne considère pas l'âge avancé comme une contre-indication à la suture. Il en est de même pour lui de la profession; dans toute profession, ou même sans profession, on a toujours besoin d'une bonne rotule.

Quant à l'application des autres méthodes que l'opération sanglante, M. Quénu ne l'admet que dans des cas où il y a très peu d'écartement, 1 centimètre ou 1 centimètre et demi au plus. Dans ces cas, le massage peut donner de bons résultats. Mais revenir, d'une façon générale, au traitement des fractures de la rotule par les appareils serait, aux yeux de M. Quénu, un recul. Il ne partage donc pas à ce point de vue l'opinion de M. Berger. Par contre, il est de son avis quand il dit que la suture rotulienne est une opération de grande chirurgie. Il est certain que les grandes séreuses, le péritoine, la plèvre se défendent mieux que les synoviales. Une arthrotomie est toujours plus dangereuse qu'une laparotomie. La peau joue aussi un grand rôle dans l'opération de la suture de la rotule. Il n'y a pas de peau plus difficile à aseptiser que celle du genou. La profession, la saleté habituelle interviennent ici d'une façon très fâcheuse. C'est pourquoi on a plus de chances d'avoir des accidents dans la pratique hospitalière que dans celle de la ville. Quand M. Quénu a affaire à un genou sale, il attend quatre ou cinq jours de savonnage et de sudation avant d'opérer. La première préoccupation du chirurgien doit donc être de bien nettoyer la peau du genou. Il doit aussi redouter la présence de phlyctènes. Enfin, comme M. Berger, M. Quénu est d'avis qu'il ne faut pas mettre les doigts dans l'articulation. Il faut s'abstenir de tout contact digital. Les gants sont de mise ici.

S'adressant à M. Championnière, M. Quénu déclare qu'il ne fait pas d'antisepsie pour la suture de la rotule. Il fait de l'asepsie et pas de drainage. Sur 15 opérations de suture de la rotule, il n'a eu qu'un seul accident de raideur consécutive, parce que la veille du jour où il fit cette suture de la rotule, il avait fait une opération septique.

Comme soins consécutifs, M. Quénu estime qu'il n'y a pas d'avantage à faire lever les malades trop tôt; il ne les fait lever que vers le quinzième jour et fait de bonne heure le massage, non du genou, mais des muscles de la cuisse et de la jambe. Il pense aussi qu'il ne faut pas abuser de la mobilisation précoce. M. Quénu termine sa communication en défendant le procédé qu'il a présenté dans la dernière séance.

M. Delagenière (du Mans) communique une observation d'**hépaticotomie** : il s'agit d'une femme de quarante et un ans, qui avait subi déjà la résection de l'épaule gauche et qui fut prise, après, de coliques hépatiques avec ictère; elle vomissait tout et ne pouvait plus rien supporter. M. Delagenière fit une incision au niveau de la vésicule biliaire, libéra les voies biliaires, ne trouva rien dans le cholédoque, se porta du côté du hile du foie, suivit le canal cystique, trouva deux calculs dans le canal hépatique, qu'il put extraire en incisant directement sur le tissu hépatique, il referma à l'aide d'une aiguille fine et de fils de chanvre. La vésicule fut également refermée, drainée. Les suites furent simples; la fistule biliaire était refermée après quinze jours

M. Schwartz présente un malade auquel il a fait une arthrodèse pour **tarsalgie avec pied plat**. Au lieu d'une suture, il a fait l'agrafage des surfaces osseuses.

M. Walther présente un malade dont l'histoire est fort intéressante : c'est une femme de cinquante-deux ans qui, atteinte d'une petite **tumeur abdominale** prise pour un fibrome, fut soumise au traitement par l'électrisation. Ce traitement ne donna pas de résultats : et cette malade, bientôt après, rendait des matières fécales par la vessie. On fit des lavages de la vessie. Bientôt après on constatait une masse énorme dans le ventre. Comme la communication entre l'intestin et la vessie persistait, M. Walther se décida à intervenir; il fit une laparotomie médiane, trouva un bloc énorme d'adhérences anciennes, enleva l'utérus et les annexes et pratiqua un tamponnement; puis il se proposa de transformer la fistule intestino-vésicale en fistule intestino-cutanée. La fistule vésicale se ferma. Puis après un certain temps, cette malade rendit de nouveau des matières par la vessie. Nouvelle intervention, dans laquelle M. Walther trouva une perforation sur une anse d'intestin grêle et une autre perforation sur le gros intestin; il fit la résection de l'intestin grêle et réunit les deux bouts l'un à l'autre en faisant pénétrer une certaine étendue de l'anse supérieure dans l'anse inférieure. Cette malade est actuellement complètement guérie.

M. Delbet rapporte un cas analogue : un homme de trente-cinq ans, qui ne s'était plaint jusqu'ici que de simples coliques, rendit un jour des gaz par la vessie; il en résultat une cystite. Un chirurgien de province chercha à boucher cette fistule par la vessie. Le résultat fut un agrandissement de la fistule et le passage non plus seulement des gaz, mais des matières par la vessie; nouvelle intervention et nouvelle tentative, cette fois encore, par la taille hypogastrique; il en résulta une fistule hypogastrique et une nouvelle aggravation. Le malade se mit à déféquer par un méat hypogastrique. M. Delbet pratiqua alors une intervention par la voie abdominale; il ferma la fistule hypogastrique et fit la laparotomie; il trouva l'S iliaque adhérent à la face inféro-postérieure de la vessie. M. Delbet fit la séparation complète de l'intestin et de la vessie et les sutura chacun séparément. L'intestin présentait des épaississements considérables. Les suites furent simples, il ne fut pas possible de laisser une sonde à demeure; et M. Delbet fut obligé de rouvrir le méat hypogastrique. Après quinze jours, il sortait de nouveau des gaz par la vessie et des matières par la plaie abdominale.

M. Delbet pensa alors qu'il s'agissait d'une lésion d'origine syphilitique, d'une sorte de gomme intestinale. Il aurait donc fallu instituer le traitement spécifique. En effet, il survint une tuméfaction sur le cordon qui, en très peu de temps, disparut complètement sous l'influence d'injections sous-cutanées d huile bi-iodurée. Après cela, l'état de ce malade s'améliora rapidement; mais il présenta toujours une fistule intestino-vésicale.

M. Tuffier cite également un cas analogue, dans lequel l'origine de la lésion était aussi syphilitique.

M. Terrier, dans un cas analogue, proposerait d'établir d'abord très haut un anus artificiel et de fermer complètement toute communication entre le bout supérieur et le bout inférieur, de dévier ainsi le cours des matières intestinales et d'agir ensuite sur le bout inférieur, pouvant alors être aseptisé.

M. Lejars présente une malade à laquelle il a pratiqué une **pylorectomie** pour ulcère calleux de la région pylorique. MM. Terrier et Ricard font remarquer que, si la conduite de M. Lejars a été légitime comme indication opératoire, ils n'approuvaient pas la technique suivie; le procédé

de Kocher étant inférieur aux procédés de Billroth, première ou deuxième manière.

M. Ricard présente une **volumineuse varice** de la veine saphène interne, qu'il sut enlever par une seule incision, sur un malade dont la peau amincie et transparente menaçait de se rompre.

REVUE DES THÈSES

Des ulcérations tuberculeuses de l'estomac, par le docteur F. Arloing. (Th. de Paris, 1903.)

Fait sous l'inspiration de M. Tripier (de Lyon), ce travail est consacré à l'étude clinique, expérimentale et anatomo-pathologique des ulcérations tuberculeuses de l'estomac. Voici à quelles conclusions il arrive : la rareté de ces ulcérations tient à ce que l'estomac est admirablement protégé contre l'infection tuberculeuse d'origine alimentaire par sa constitution anatomique et ses propriétés physiologiques. L'action destructive exercée par le suc gastrique sur le bacille de Koch, incontestable *in vitro*, est faible *in vivo*. Ce bacille, introduit fréquemment et à doses notables dans l'estomac, est donc une menace continuelle d'infection pour l'organisme. Expérimentalement, l'on peut reproduire, mais seulement en injectant les bacilles ou les toxines dans la voie sanguine, toutes les variétés d'ulcérations tuberculeuses de l'estomac rencontrées chez l'homme. Les lésions trouvées dans ces cas montrent la résistance de la musculeuse et de la muqueuse à l'envahissement par les tubercules, et la constance des altérations d'endartérite tuberculeuse. C'est qu'en effet, c'est le plus souvent par la voie sanguine que se produit l'infection. Les bacilles et les toxines, circulant dans le sang des tuberculeux, engendrent des lésions qui deviennent facilement ulcéreuses à raison du processus d'endartérite créé par l'infection tuberculense.

De fort belles planches et une bibliographie très soignée complètent ce travail fort original, fort intéressant, et que nous devions signaler à nos lecteurs. L. Babonneix.

Réflexions critiques sur la puériculture. La puériculture et la pratique médicale, par M. le Dr Ch. Dévé. (Th. Paris, 1903.)

Les femmes ne sont nullement préparées à leur rôle de mères. Qui les en instruit? Les vieilles femmes, les voisines et de bonne heure les crèches. Aussi les enfants sont-ils nourris d'une façon tout à fait défectueuse.

En conséquence, sans parler des reliquats que gardent bon nombre des survivants devenus adultes, les jeunes enfants succombent dans des proportions énormes, entre 0 et 2 ans. Le pourcentage de mortalité infantile, qui reste stationnaire ou même diminue dans certains départements, va en augmentant dans un très grand nombre.

Pour remédier à ce déplorable état de choses, beaucoup de procédés ont été indiqués et essayés. L'auteur en a envisagé plusieurs, après les avoir un peu artificiellement groupés en procédés extra-médicaux et procédés où le rôle du médecin est prépondérant.

Parmi les procédés extra-médicaux, il en est que l'on peut simplement citer :

Les mesures préventives, *refuges*, *refuges-ouvroirs*, *asiles* pour femmes enceintes, qui ressortissent au domaine de l'assistance sociale bien plutôt qu'au domaine médical.

D'autres ont paru d'une utilité contestable à M. Dévé :

Les *primes d'élevage*;

Le *certificat médical obligatoire pour les nourrices et les mères*;

Après avoir dit quelques mots de la *charité privée*, cette mine inépuisable de bonne volontés et d'aides généreuses, l'auteur s'est attaché plus spécialement à l'étude critique de quelques procédés, dont la mise en pratique s'impose cependant, de quelques organisations dont l'absolue nécessité est évidente ;

L'*assistance de la mère*, dont le but est : « que l'enfant ne soit pas séparé de sa mère ; »

Les *distributions de lait stérilisé*, qui doivent s'organiser dans les moindres bourgs, mais fonctionner, nous semble-t-il, sous les réserves que nous avons formulées;

Les *prospectus de vulgarisation* des règles de l'allaitement appelés, sans nul doute, à rendre quelques services, mais qui, pour beaucoup de femmes, remplaceront les conseils du médecin, et cela au grand détriment de la santé des nourrissons;

Les *crèches*, qui viennent au secours des mères obligées de travailler hors de chez elles, mais où la science de la puériculture est trop souvent à l'état rudimentaire; elles méritent en effet, en grand nombre, cette sévère appréciation de M. Variot : « Les crèches sont des pépinières d'enfants atrophiques ; »

Les *pouponnières*, véritables crèches réservées aux mères sans domicile particulier, mais dont l'entretien engloutit des sommes d'argent considérables, peu en rapport avec le petit nombre d'enfants secourus;

Les *crèches d'usine* qui viennent en aide aux mères-nourrices qui travaillent à l'atelier, et sauvegardent en même temps les droits imprescriptibles de l'enfant à sa mère;

Les *crèches de sevrage* et les *garderies*, grâce auxquelles seront en partie évitées les fautes grossières commises par les parents au moment du sevrage et dans les premiers temps qui suivent le sevrage;

Les *hospices pour enfants abandonnés*;

La *loi Roussel*, expression d'un admirable élan de charité et de solidarité humaines, mais dont les effets ne répondent nullement à la pensée généreuse de son éminent promoteur et des Chambres qui l'ont votée; la loi est trop souvent tournée, beaucoup trop d'enfants échappent à sa surveillance, et l'action du médecin est infiniment trop restreinte : pour cette dernière raison, l'auteur range la loi Roussel au nombre des procédés extra-médicaux :

Les formations médicales n'ont pas la même multiplicité; ce sont les :

Consultations de nourrissons ;

Gouttes de lait;

Consultations patronages

et autres formations similaires, quelles que soient les dénominations. Leur principe est unique : surveiller régulièrement les nourrissons pendant toute la première enfance, conduire leur alimentation d'une façon méthodique par la direction des mères-nourrices et la distribution éclairée de bon lait.

Leurs avantages sont positifs; parmi ceux-ci, M. Dévé mentionne : conseils (sensés cette fois) dictés par la science et l'expérience médicales; — heureux résultats dus à l'émulation maternelle; — sevrage prématuré évité ou retardé; — maladies prises à leur début et, par là même, plus facilement enrayées, la gastro-entérite et la syphilis congénitale notamment.

Les résultats statistiques, très encourageants, montrent bien l'efficacité des formations médicales.

« Nous avons essayé, ajoute M. le docteur Dévé dans ses conclusions, de montrer que le reproche, adressé à quelques organisations médicales, d'encourager l'allaitement artificiel, au détriment de l'allaitement maternel, est injuste, lorsqu'il est formulé de cette façon; que pour comprendre les différences qui existent dans les proportions d'allaitement naturel et artificiel — et partant dans les statistiques de morbidité et de mortalité — il faut tenir un grand compte des différences souvent profondes que l'on rencontre dans les clientèles des diverses organisations médicales existantes.

Toutefois, il faut reconnaître que certains médecins pensent — à tort, à notre avis — qu'il n'est pas nécessaire de faire venir aux consultations et gouttes de lait les enfants nourris au sein : cette opinion permet d'expliquer, dans de certaines limites, la prédominance, très marquée dans quelques cas, de l'allaitement artificiel sur l'allaitement maternel.

Peut-être aussi les médecins pourraient-ils combattre avec plus d'opiniâtreté les tendances qu'ont beaucoup de mères à se décharger, sans raisons absolument plausibles, de tout ou partie des charges de la Maternité.

L'affluence même de la clientèle nous paraît être une condition fâcheuse pour permettre au médecin de diriger pour le mieux l'alimentation de tant de petits êtres, de persuader les mères et d'amener, au besoin par des encouragements palpables, nombre d'entre elles à nourrir, qui semblaient disposées à ne pas le faire.

C'est pourquoi nous avons songé à proposer le morcellement des grandes consultations et gouttes de lait, en autant de formations indépendantes, auxquelles nous avons donné le nom de « consultations individuelles de nourrissons ».

En donnant à notre projet de puériculture pratique le nom de consultation individuelle de nourrissons, nous avons voulu indiquer, d'une part, que cette formation aura surtout pour but de *conseiller les mères*, et, accessoirement, de distribuer du bon lait aux nourrices insuffisantes et aux femmes mises, pour des raisons irréfutables, dans l'impossibilité de nourrir au sein leurs enfants; que, d'autre part, chaque médecin pourrait avoir sa consultation de nourrissons.

L'organisation matérielle exige un emplacement peu considérable que chaque médecin a à sa disposition. Le mobilier et le matériel indispensables seraient peu coûteux, car le nombre des enfants — parce que restreint — ne nécessiterait que des appareils petits et des « accessoires » en petit nombre. La charité privée viendrait indubitablement au secours du médecin pour aider aux dépenses d'installation première et subvenir aux frais de fonctionnement, que ne couvriraient pas les versements effectués par les bénéficiaires de la consultation individuelle.

Le fonctionnement, qu'une description fait nécessairement paraître compliqué, serait, en pratique, d'une assez grande simplicité.

Pour qu'il s'effectue régulièrement, il faut un ordre parfait, une bonne discipline, faite à la fois de douceur et de fermeté.

Parmi les objections que soulève ce projet, il en est une au moins de très grande valeur, et devant laquelle nous devons nous incliner : la consultation individuelle suppose, chez le médecin, une connaissance approfondie de la science de l'allaitement, et la foi dans l'importance d'une hygiène alimentaire scrupuleuse : or, nous déplorons d'avoir à constater que peu de médecins, relativement, possèdent et cette science et cette foi.

C'est pourquoi, en terminant, dans notre ardent désir de voir les enfants sauvés en grand nombre et les mères consolées, nous demandons l'institution, dans les Facultés, d'un enseignement complet sur la puériculture, et, dans les hôpitaux, d'un enseignement pratique, par un stage obligatoire dans les consultations de nourrissons qui fonctionnent actuellement dans quelques-uns d'entre eux. »

R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — ORAL. — Séance du 11 mars 1903 : Question : « Nerf moteur oculaire commun. — Zona du tronc. »

MM. Bathélemy, 11 + 22 = 33; Omiécinski, 9 + 17 = 26; Dupré, 9 + 17 1/2 = 26 1/2; Chazarain, 9 + 18 = 27; Burgaud, 12 + 21 = 33; Lutaud, 12 + 22 1/2 = 34 1/2; Landowski, 14 + 20 = 34; Jardry, 15 + 21 = 36; Herbinet, 14 + 16 = 30; Delille, 16 + 20 1/2 = 36 1/2.

Concours du prix de l'internat. — *Chirurgie et accouchements.* — La séance d'ouverture du concours, qui devait avoir lieu le jeudi 12 mars à l'Hôtel-Dieu, est reportée au vendredi 20 mars à quatre heures à la Charité.

Guerre. — MM. les médecins aides-majors de première classe auxiliaires Navarre, Percheron et Lacour sont nommés médecins aides-majors de première classe dans le corps de santé des troupes coloniales.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la neuvième semaine 1035 décès, au lieu de 1040 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1182. Les maladies de l'appareil respiratoire continuent a être assez rares.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès (moyenne 13).

La rougeole a causé 9 décès (moyenne 21); la scarlatine a causé 2 décès (moyenne 4); la coqueluche a causé 2 décès (moyenne 10); la diphtérie a causé 13 décès, chiffre identique à la moyenne.

La variole n'a causé que 1 décès.

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an au lieu de 18 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 30.

En outre, 28 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 182 décès au lieu de 194 pendant la semaine précédente et au lieu de 243, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 22 décès (au lieu de la moyenne 18); bronchite chronique, 10 (au lieu de la moyenne 33); pneumonie, 31 (au lieu de la moyenne 63); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 129 (au lieu de la moyenne 119), dont 46 sont dus la congestion pulmonaire et 60 à la broncho-pneumonie En outre, 12 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 233 décès; la méningite tuberculeuse, 18 décès; la méningite simple, 23 décès, les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

EXTERNE DES HOPITAUX, *ayant son 5e, ferait remplacements.* — M. LANDRY, 24, rue du Dragon, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'éditeur E. Flammarion vient de mettre en vente une nouvelle édition extrêmement documentée des **Sciences occultes** du docteur DUPOUY, le livre classique de tous ceux qui s'intéressent aux phénomènes de la force psychique et aux mystères de l'au-delà. C'est la démonstration, par la science expérimentale, de la survivance de l'homme. (In-18. Prix : 3 fr. 50.)

Les agents physiques de la cure de la tuberculose, par le docteur BARADAT. Gr. in-8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 32. — MARDI 17 MARS 1903. 76e ANNÉE. MARDI 17 MARS 1903. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 16 mars 1903.

LA CRISE DE L'AGRÉGATION

Les agrégés de toutes les facultés, y compris Paris, viennent de se réunir dans le local de la Société de chirurgie pour y discuter de nouveau leurs anciennes revendications. Nos lecteurs savent depuis longtemps combien la condition qui leur est faite dans les facultés est contraire aux intérêts de l'enseignement, à ceux de la science, et même au simple bon sens. Malheureusement on ne peut guère réformer sans demander quelque subvention au budget : telle a toujours été, semble-t-il, la pierre d'achoppement (1). Les organisateurs de la réunion dont nous venons de parler ont pensé qu'il ne servirait à rien d'élaborer un nouveau projet que l'administration enfermerait soigneusement dans ses cartons : puisqu'il faut de l'argent, il convient de s'adresser directement à ceux qui en disposent, c'est-à-dire aux membres du Parlement. La plupart ignorent les règlements surannés et absurdes qui régissent l'agrégation : en les leur faisant connaître, on pourrait peut-être les intéresser au sort des agrégés, et comme, d'autre part, ceux-ci ont toujours rencontré, auprès de l'administration supérieure, une bienveillance et des encouragements constants, il n'est pas défendu d'espérer que le concours de toutes ces bonnes volontés pourrait aboutir à un résultat satisfaisant. Telle est la pensée qui a inspiré les promoteurs de la réunion : elle se résume, en somme, à seconder la bonne volonté de l'administration en faisant dans le Parlement une propagande que celle-ci ne peut se permettre. Cette conception avait paru recevoir l'approbation de toutes les sociétés d'agrégés. Le petit parlement qui s'est réuni dans le local de la rue de Seine l'a repoussée au contraire à une forte majorité et dès le début de ses séances. Dès lors, les délégués en étaient réduits à discuter et à mettre debout un nouveau projet.

(1) Il ne faut pas oublier cependant qu'à Paris, un projet ne comportant pas d'augmentation de dépenses a échoué tout aussi bien que les précédents.

Le but de la réunion se trouvait donc complètement modifié : au lieu d'étudier pratiquement les voies et moyens propres à réaliser les desiderata intégraux des agrégés, elle passait son temps à formuler un programme restreint plus ou moins semblable aux nombreux projets élaborés dans ces dernières années, avec la préoccupation dominante de toucher le moins possible à ce qui existe actuellement. M. Cazeneuve, député de Lyon et professeur à la Faculté de médecine, a bien voulu assister à l'une des séances du Congrès qui a finalement élaboré un programme, reproduction presque intégrale de celui qui avait été apporté par les délégués des agrégés de Lyon. Ce projet comporte : 1° la pérennité de l'agrégation, c'est-à-dire de l'agrégation carrière; 2° la division des agrégés en deux catégories : ceux qui appartiennent aux sciences dites accessoires pour lesquels la pérennité serait intégrale; ceux de médecine et de chirurgie pour lesquels elle serait nominale en quelque sorte, puisqu'elle ne comporterait qu'un traitement minimum de 500 francs.

Nous nous bornerons pour aujourd'hui à faire remarquer ce qu'a d'illogique une conception qui met en état d'infériorité les agrégés médecins et chirurgiens, c'est-à-dire ceux dont l'enseignement légitime l'existence même des facultés de médecine.

L. I.

DU RÉGIME ALIMENTAIRE DANS L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Par le docteur FROUSSARD, ancien interne des hôpitaux de Paris médecin consultant à Plombières-les-Bains.

Dans la cure de l'entéro-colite muco-membraneuse le régime alimentaire joue un rôle important. Grâce à une diète spéciale on voit, en effet, non seulement s'atténuer les différents symptômes de l'affection, mais aussi s'améliorer l'état général. Les malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse ont une nutrition compromise par suite des troubles de l'absorption intestinale et de la mauvaise élaboration digestive des aliments. Ils sont en état de dénutrition plus ou moins grave, comme le prouvent la diminution du poids, les sensations de fatigue, de faiblesse extrême, les vertiges, les malaises, qui cessent rapidement, mais temporairement, après l'ingestion d'aliments.

Bien des malades virent leurs forces revenir, leur adynamie diminuer, dès qu'un régime approprié et substantiel est venu remplacer le régime lacté absolu auquel ils ont été soumis de longs mois !

Théoriquement le régime, qui convient à cette catégorie de malades, est facile à établir. Les aliments choisis doivent être en effet :

1° D'une richesse suffisante en matières azotées, en hydrates de carbone, en matières grasses et minérales, pour assurer leur ration d'entretien dans tous les cas; et, dans quelques cas particuliers, permettre la suralimentation ;

2° D'une composition telle que les chances d'auto-intoxication, d'origine intestinale, soient écartées ou tout au moins réduites au minimum ;

3° Ils doivent, en outre, ne laisser qu'un résidu facilement mobilisable sous l'influence des mouvements péristaltiques intestinaux, et peu excitant pour la muqueuse de l'intestin de façon à éviter, dans la mesure du possible, la production de spasmes réflexes.

Pratiquement, il est impossible, d'après ces *desiderata*, de dresser une liste des aliments convenant à tous les malades indifféremment. Le pouvoir digestif des sécrétions gastriques, hépatiques, pancréatiques et intestinales, varie dans des proportions considérables non seulement d'un sujet à l'autre, mais aussi d'une période à l'autre chez le même individu. Or, en fait de régime chez un dyspeptique quelconque, la première règle à observer est de n'autoriser *que les aliments qui sont régulièrement et entièrement digérés.*

Vis-à-vis d'un malade, atteint d'entéro-colite muco-membraneuse, tout régime préfixe, rigoureusement établi d'après des théories préconçues, est à rejeter d'emblée. Ce n'est qu'après avoir pratiqué l'examen minutieux du tube digestif et de ses annexes, et souvent même qu'après plusieurs tâtonnements, que l'on peut fixer le régime qui lui conviendra.

Les récits des malades sont d'une très grande utilité. Poussés à trop s'analyser, par leur tendance à l'hypocondrie, ils racontent avec complaisance, trop de complaisance même, les phénomènes subjectifs occasionnés par tel ou tel mets, de même qu'ils font la nomenclature détaillée des aliments retrouvés intacts dans les garde-robes.

Non seulement le médecin doit guider son malade dans le *choix des aliments*, mais aussi dans celui de la *préparation culinaire*. Les recommandations à ce sujet sont peut-être les plus importantes : *la digestibilité d'un aliment étant en grande partie subordonnée à son mode de cuisson et d'assaisonnement.*

Nous nous occuperons donc successivement : 1° du choix des aliments ; 2° du choix de la préparation culinaire.

1° Choix des aliments. — a. *Viandes.* — Toutes les viandes de boucherie, de basse-cour et de venaison peuvent être autorisées, à condition qu'elles soient fraîches, tendres, non coriaces, non infiltrées de graisse. Bien que les viandes blanches soient, en général, d'une digestion plus facile, il n'y a aucune raison pour interdire la viande rouge dont la valeur nutritive est plus grande.

Par contre, on exclura la viande provenant d'animaux vieux, non élevés ou soignés dans le but de l'alimentation ; les chairs infiltrées de graisse (viande de porc, poulardes, oies, etc.), les viandes conservées (charcuterie, gibier faisandé, salaisons, fumaisons, etc.). Ces mets ont déjà subi une décomposition partielle qui doit faire craindre des fermentations intra-intestinales anomales et des phénomènes d'auto-intoxication consécutifs.

Le maigre de jambon fait exception à cette règle générale et, dans la pluralité des cas, semble être parfaitement digéré.

b. *Graisses.* — Les graisses, ou, en général, les corps gras employés en France comme assaisonnement indispensable à la préparation culinaire sont très mal digérés. Non seulement on les retrouve en nature dans les fèces, mais aussi en présence des sels biliaires, ils forment des savons et de la glycérine, substances qui augmentent la contraction intestinale d'une façon fâcheuse.

Le beurre frais, exempt bien entendu de toute sophistication, absorbé tel que, sans avoir subi de cuisson préalable avec les aliments, semble être le seul corps gras facilement digestible.

c. *Poissons.* — Les poissons à chair maigre (alose, colin, merlan, limande, sole, truite, brochet, turbot, etc.) doivent être recommandés. Leur digestibilité plus grande que celle de la viande permet de les préférer à cette dernière dans certains cas de dyspepsie gastrique.

d. *Crustacés et coquillages.* — Tous les crustacés et coquillages sont à rejeter à cause de leur chair coriace, ainsi que des condiments et des épices que nécessite leur préparation.

Il y a peut-être lieu de faire une exception en faveur de l'huître.

e. *Légumes* : 1. *Légumes verts.* — Malgré les bons résultats obtenus par l'usage des légumes verts dans certains cas de constipation, on ne saurait les admettre *a priori* dans le régime alimentaire de l'entéro-colite muco-membraneuse. Quels que soient, en effet, les artifices auxquels on a recours dans leur préparation culinaire, ils sont, en général, fort mal digérés et retrouvés en nature dans les selles.

2. *Légumes féculents.* — Ces légumes, riches en amidon, consommés soit frais, soit après dessiccation, sont d'une grande utilité dans l'alimentation de l'énorme majorité des malades qui nous occupent actuellement.

Quelques-uns de ces légumes, en dehors de l'amidon, contiennent encore du sucre et des matières azotées dans des proportions variables (manioc, sagou, châtaignes, haricots, lentilles). Ils sont donc particulièrement recommandables dans les nombreux cas où la digestion de la viande est difficile.

f. *Céréales.* — Industriellement les graines de céréales sont employées pour la fabrication de farines, qui peuvent fournir, comme nous le verrons, différents mets. Leur facilité de digestion ainsi que leur pouvoir nutritif sont à retenir.

Ces farines donnent lieu à la fabrication de pain, de pâtes alimentaires dont nous étudierons ultérieurement les usages.

g. *Lait, laitages en général.* — Les bons effets de l'usage du lait, dans certaines dyspepsies gastriques, ont fait prescrire ce liquide éminemment nutritif, d'une façon trop arbitraire, et surtout trop exclusive, chaque fois que les fonctions digestives paraissent altérées. Or, dans bien des cas, comme cela arrive, en particulier, *très souvent* dans l'entéro-colite muco membraneuse, il est mal digéré et augmente les symptômes morbides.

Cette accusation ne concerne, bien entendu, que le régime lacté absolu, en dehors des crises paroxystiques et des cas spéciaux, dont l'appréciation est laissée forcément à la sagacité du praticien.

Si le lait, pris seul et en grande quantité, ne convient pas toujours, il n'en est pas de même quand il sert de véhicule à d'autres produits alimentaires.

Certaines de ses substances constituantes sont d'une très grande utilité. Nous nous sommes déjà occupé du beurre.

La caséine, d'autre part, sert à la préparation de fromages. Quelques-uns d'entre eux, les fromages cuits et secs non en voie de fermentation (exemple : gruyère, hollande), peuvent être tolérés, lorsqu'ils ne sont pas devenus durs et coriaces par suite d'une conservation par trop longue.

h. *Fruits.* — Les fruits *bien mûrs* sont en général sans inconvénients; dans quelques cas même ils sont utiles contre la constipation. Cependant certains d'entre eux sont à rejeter, vu leur richesse en tanin (fraises, mûres, coings, etc.).

Nous passons sous silence, de parti pris, certaines substances qui n'entrent dans notre alimentation qu'en tant que condiments (oignons, échalottes, ail, persil, cornichons, champignons, etc.). Toutes ces substances sont à rejeter en masse.

Enfin toutes les conserves alimentaires sont aussi à exclure du régime d'un dyspeptique.

Boissons. — De toutes les boissons, celle à laquelle nous donnons la préférence, est l'eau pure de source.

Le vin est trop riche en alcool ou en tanin.

Dans quelques cas cependant, un peu de vin de Bordeaux blanc, ou de la bière de pays, fabriquée sur place, peuvent être autorisés.

Le café et le thé sont peu recommandables; ils seront remplacés avantageusement par des infusions de camomille, tilleul, feuilles d'oranger. Quant aux boissons alcooliques (cognac, liqueurs douces, apéritifs), elles doivent être toutes défendues; rien n'est plus funeste que leur usage.

2° Choix de la préparation culinaire. — Bien que nous n'ayons pas l'intention d'écrire un chapitre de livre de cuisine, il nous paraît utile de donner ici quelques renseignements sur les préparations culinaires qui nous semblent le mieux appropriées aux malades qui nous intéressent.

a. *Préparation des viandes.* — Les viandes de boucherie seront rôties ou grillées; les viandes de basse-cour et le gibier à plume seront rôtis.

Sauf pour les viandes blanches, qui demandent à être très cuites, les grillades et les rôtis seront ou saignants et seulement saisis, ou cuits à point (suivant le goût du malade), mais, dans aucun cas, ils ne doivent être desséchés. Les parties qui ont été en contact direct avec le feu seront exclues de l'alimentation.

Bien entendu les ragoûts, les viandes accommodées avec de la graisse, les sauces, les vinaigrettes seront défendues.

Le bouillon sera dans bien des cas mal digéré; d'ailleurs son pouvoir nutritif est infime, aussi ne peut-on guère s'en servir que comme véhicule pour certains potages.

Dans quelques circonstances, il faudra avoir recours à la *viande crue.* Pour cet usage, on ne doit employer que de la viande rouge (bœuf, mouton, cheval si on peut, toutefois, être assuré de la provenance et de l'âge de la bête). La viande, avant toute préparation, sera soigneusement débarrassée de ses peaux, tendons, aponévroses, nerfs et vaisseaux. Elle sera alors finement hachée ou mieux pulpée, c'est-à-dire râclée avec un couteau à tranchant émoussé. Cette pulpe de viande peut être mangée telle quelle, ou mêlée à du sucre en poudre, à des confitures. Le dégoût que cette préparation inspire à quelques malades peut être surmonté, en faisant absorber la pulpe de viande crue mélangée à un peu de bouillon tiède (purée de viande) ou à de la purée d'un légume farineux.

b. *Préparation des poissons.* — La meilleure préparation pour l'assaisonnement des poissons est le court bouillon peu riche, du reste, en condiments. Quelques personnes préfèrent les manger ainsi, froids ou chauds, sans l'adjonction de sauce. Mais, au moment de les servir, on peut déposer dans le plat, chauffé d'avance, un morceau de beurre frais; on peut aussi, dans certains cas, autoriser la sauce à la crême.

Quelques poissons, à peau épaisse, comme la sole, peuvent être servis frits; il est bon, avant de les jeter dans la poêle, de les rouler dans de la farine de façon à éviter tout contact entre la chair et la graisse. La peau sera soigneusement enlevée et rejetée au moment de l'absorption.

c. *Préparation des légumes verts.* — Les *crudités* sont défendues. Les légumes seront cuits à l'eau et au sel, hachés finement, puis passés au tamis, et servis ainsi dans un légumier très chaud. Au moment seulement de les manger, on y ajoutera, suivant les indications spéciales, du beurre très frais ou de la crême.

L'usage des légumes verts sera surveillé de très près, vu leur peu de digestibilité dans les cas d'entéro-colite mucomembraneuse.

d. *Préparation des légumes farineux.* — Ceux-ci servent à la préparation de potages, de purées, de soufflés. De même que les légumes verts, les légumes farineux seront cuits à l'eau et au sel, puis écrasés, passés à l'étamine. Pour les potages, on délayera une petite quantité de cette purée dans du lait; on pourra, au besoin, y ajouter un jaune d'œuf.

Les *purées* diffèrent des potages par leur consistance plus grande et par l'adjonction de beurre frais.

Les *soufflés* se préparent surtout avec de la semoule. Cette dernière, après avoir cuit longtemps avec du lait, est additionnée d'un jaune d'œuf, de sucre en poudre et gratinée légèrement au four.

c. *Préparation des farines.* — Celles-ci peuvent être utilisées directement, ou après avoir subi préalablement une préparation industrielle qui les a transformées en *pain* ou en *pâtes alimentaires.*

Dans le premier cas, les farines de blé, d'avoine, d'orge, de maïs, etc., servent à la préparation de potages, de bouillie, par leur cuisson avec du lait, avec adjonction, ou non, d'un jaune d'œuf. On peut aussi y ajouter du sucre ou du cacao en poudre.

La farine de blé sert aussi à la préparation de gâteaux soit de ménage, soit « de pâtissier ». Quelle que soit leur provenance, ces pâtisseries sont à rejeter du régime; leur pâte est trop grasse, trop compacte pour être facilement digérée. Cependant, on prépare aussi avec de la farine, du beurre, des jaunes d'œuf et du sucre, des gâteaux secs, dont l'usage peut être toléré.

Industriellement, la farine de froment, avec on sans gluten, avec ou sans adjonction d'œufs, sert à la préparation de pâtes alimentaires dites : pâtes d'Italie, pâtes de Naples, pâtes d'Auvergne, macaroni, nouilles, etc.

Toutes ces pâtes peuvent, suivant leurs dimensions, servir à la préparation de potages au lait, ou de soufflés dont la confection est la même que pour ceux faits avec les légumes farineux, sauf qu'ici il est inutile d'avoir recours à l'écrasement.

On peut également les faire cuire très longtemps (une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure, suivant leur épaisseur) à l'eau et au sel, et les manger telles que, bien

égouttées, et mêlées extemporanément avec du beurre frais ou de la crème.

Le pain de froment est le seul qui convient à notre régime, encore devra-t-il être pris en minime quantité, bien cuit, débarrassé de sa mie, *grillé* ou *desséché au four*. Ainsi préparé, le pain est bien toléré, et peut remplacer les pains spéciaux, biscottes, swisbacks, qu'il est assez souvent difficile de se procurer.

f. *Préparation des fruits.* — Les fruits sont un excellent aliment. Cependant, il faut choisir des fruits très mûrs, à texture lâche (raisin, cerises, reines-claudes, pèches, abricots). Rarement, on pourra les autoriser crus. Il faudra alors les faire cuire et les servir sous forme de compotes, de marmelades. Cette dernière préparation est la seule autorisée pour les poires et les pommes.

Les confitures et les gelées de ménage peuvent aussi être tolérées.

g. *Préparation des laitages, des œufs.* — Comme nous l'avons vu, le lait ainsi que les jaunes d'œuf entrent dans beaucoup de préparations culinaires.

Avec des jaunes d'œuf, du lait et du sucre en poudre, on peut préparer des crèmes liquides ou cuites au four qu'il sera loisible d'aromatiser avec de la vanille, du chocolat ou du café.

Les œufs peuvent aussi être consommés sous forme d'œufs brouillés, pochés, à la coque ou durs, mais alors râpés.

En résumé, la cuisine, recommandée aux malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse, doit être très simple et se composer de viandes grillées ou rôties, de poissons, de pâtes alimentaires, de farineux. Les jaunes d'œuf et le beurre très frais, ajoutés extemporanément, doivent remplacer les graisses d'origine animale ou végétale en usage ordinairement dans la cuisine.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(13 mars 1903)

L'orchite n'est pas une complication fréquente de la fièvre typhoïde. M. Bergounioux a pu en observer trois cas, dont l'analyse minutieuse conduit aux conclusions suivantes :

La constitution des trois malades était bonne. Ils n'accusaient, dans leurs antécédents personnels, aucune maladie grave; mais tous les trois présentaient les attributs du tempérament lymphatique. Le testicule s'est aussi bien enflammé dans un cas léger de fièvre typhoïde que dans les deux cas très graves, d'ont l'un était une fièvre typhoïde à forme thoracique et l'autre à forme ataxique. C'est même dans le cas le moins sérieux que l'orchite a été plus intense et plus grave. Dans les trois cas, l'apparition s'est faite au cours de la convalescence. La cause a été un léger choc, sur le bord d'une chaise, et dans les deux autres cas, un frottement du testicule entre les deux cuisses. Dans un seul cas le sérodiagnostic a été fait; il a montré qu'il s'agissait bien d'une fièvre typhoïde légitime, et la bactériologie a démontré l'existence d'un bacille ayant tous les caractères du bacille d'Eberth; mais, chose remarquable, on a trouvé aussi dans ce cas le bacille de Koch et, pour la première fois peut-être, on a rencontré réunis le bacille de la fièvre typhoïde et celui de la tuberculose. La clinique et la radioscopie ont confirmé, sur ce dernier point, le renseignement bactériologique. Une seule fois sur les trois cas, la terminaison s'est faite par suppuration, avec fonte testiculaire consécutive à une élimination du parenchyme de la glande, persistance d'une induration de l'épididyme et formation d'une fistule. Il y aura donc lieu dorénavant, même dans la fièvre typhoïde la plus légitime, de songer à la possibilité du développement d'une tuberculose du testicule, à laquelle on ne pensait guère que dans les cas de tuberculose aiguë à forme typhoïde.

M. H. Claude rapporte une observation de **cholécystite calculeuse et d'angiocholite suppurée**, dans laquelle il insiste sur la valeur diagnostique de l'examen du sang : dans ce cas, c'est la constatation d'une leucocytose notable avec 90 p. 100 de polynucléaires qui fit décider l'intervention.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

DU 5 MARS 1903

La plus grande partie de la séance a été consacrée à la **discussion du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien.** En réponse à la communication faite dans la précédente séance par MM. Delille et Camus, de nouveaux faits ont été apportés par MM. Widal, Sicard et Ravaut. Ces auteurs, sur 37 cas de tabes examinés, ont constaté 36 fois une lymphocytose soit confluente, soit directe, mais toujours indiscutable. Voici, au surplus, les statistiques apportées au cours de cette séance. Dans 8 tabes, le professeur Brissaud a trouvé 7 fois une lymphocytose évidente et 1 fois une lymphocytose discrète; dans 8 tabes, M. Ballet l'a constatée 5 fois; dans 3 tabes, M. Dupré l'a constatée 3 fois, mais 1 fois discrète; M. Gombault sur 11 tabes a trouvé 8 fois une lymphocytose évidente, 2 fois une lymphocytose discrète et 1 fait négatif.

M. Froin a trouvé la lymphocytose 7 fois sur 7; MM. Marie et Crouzon 20 fois sur 20, M. Babinski 10 fois sur 10, M. Vaquez 3 fois dans 3 cas de tabes fruste, malades qui étaient venus le consulter pour une lésion aortique.

M. Widal insiste dès lors sur la nécessité d'une technique rigoureuse pour mettre parfois en évidence une lymphocytose discrète qui pourrait passer inaperçue, recueillir le liquide céphalo-rachidien directement dans un tube très effilé à centrifuger, bien égoutter le tube en le renversant avec un tube capillaire, recueillir le dépôt centrifugé, enfin étaler ce dernier sur deux lames, mais sur une très faible surface, 2 ou 3 millimètres carrés.

En réponse, MM. Armand Delille et Jean Camus reprennent point par point les différents temps de leur technique et démontrent qu'il ne peut y avoir d'erreur ni dans la centrifugation, ni dans la fixation, ni dans la coloration : reste la question de l'étalement; ils font remarquer à ce propos que leur étalement plus grand est justifié en partie par ce fait qu'ils prennent le double de liquide de M. Widal, et que, d'autre part, en cherchant sur toute l'étendue de certaines préparations, ils n'ont trouvé que quelques rares lymphocytes : ces cas resteraient négatifs même avec un étalement plus petit, peut-être quelques autres rentreraient-ils, en étalant moins, dans ceux de M. Widal classe actuellement comme cas de *lymphocytose discrète*, il serait donc nécessaire d'établir la ligne de démarcation entre la *lymphocytose discrète* de certains cas de tabes, et la *lymphocytose extrêmement discrète* qui, d'après M. Widal, peut se rencontrer chez des individus normaux, en terminant, ils citent un cas inexpliqué de lymphocytose nette chez une malade ne présentant aucun symptôme de lésion nerveuse organique.

« Pour déterminer la cytologie du liquide céphalo-rachidien, réplique M. Widal, nous avons exposé avec MM. Sicard et Ravaut, une technique que l'on doit suivre avec exactitude. Je pense qu'une des raisons pour lesquelles MM. Armand Delille et Camus ont obtenu des résultats différents des nôtres, tient à ce que ces auteurs ont employé

un résidu de centrifugation beaucoup trop considérable, puisqu'ils ont pu l'étaler sur une étendue large comme deux fois une pièce de cinquante centimes. Le culot que l'on obtient en suivant ponctuellement notre technique ne permet pas d'étaler sur plus de quelques millimètres carrés. Tout le secret de cette technique consiste à concentrer, sur le plus petit espace possible, les quelques éléments épars dans une quantité donnée (3 à 4 centimètres cubes) de liquide céphalo-rachidien.

Si après avoir ainsi opéré, en cherchant aussi scrupuleusement que possible on ne trouve que de loin en loin 1 ou 2 lymphocytes par champ de l'objectif à immersion, le liquide céphalo rachidien est normal. En cas de lymphocytose pathologique discrète, il faut pour conclure, avons-nous dit, trouver au moins 6 à 10 éléments par certains champs de l'objectif à immersion et de la sorte, nous sommes sûrs d'être encore au-dessus de la vérité. C'est en se conformant à cette règle formulée par nous que les nombreux auteurs que vous venez d'entendre ont pu facilement constater la réalité de la lymphocytose du tabes. Dans le cas qu'a cité M. Armand Delille en terminant la lymphocytose témoigne certainement d'une irritation méningée que n'avaient pu révéler les symptômes cliniques. »

M. Monier-Vinard communique l'observation d'une malade du service du docteur Ballet. Au mois de février 1902, se développa au niveau de l'index droit une ostéomyélite de la première phalange, qui nécessita au bout de deux mois l'ablation des deux premières phalanges. Actuellement l'examen direct du membre supérieur droit révèle toute une série de troubles. Tandis que les réflexes tendineux sont très forts aux membres inférieurs et au membre supérieur gauche, ils sont au contraire absents au niveau du membre supérieur droit. En même temps, on observe une diminution de la contractilité musculaire sans réaction de dégénérescence et des troubles vaso-moteurs (cyanose légère) de la main, avec perte de l'élasticité des téguments et diminution de la réaction sudorale. Il semble que ces troubles doivent être rapportés à **une réaction à distance de la lésion périphérique sur la moitié droite de la moelle cervicale.**

M. Marie a, d'ailleurs, observé des faits semblables avec douleur au niveau des nerfs témoignant de la possibilité d'une névrite ascendante, avec plus tard des signes de gliose syringomyélique de la moelle, de telle sorte qu'il estime que certaines syringomyélies auraient pour point de départ une névrite ascendante toxi-infectieuse.

MM. Pierre Marie et Georges Guillain présentent une **lésion destructive corticale de toutes les circonvolutions de la face externe de l'hémisphère gauche**, ayant entraîné la dégénération du faisceau de Turck, du faisceau interne et du faisceau moyen du pédoncule ainsi que du pes lemniscus. La pyramide bulbaire a presque totalement disparu, ainsi que toute la voie pyramidale médullaire; mais on ne constate que de l'atrophie et non pas de la sclérose. Les dégénérations secondaires du faisceau pyramidal se comportent donc différemment dans l'hémiplégie infantile et dans l'hémiplégie de l'adulte.

Le pied du pédoncule, la pyramide bulbaire, tout le faisceau pyramidal du côté sain est hypertrophié.

MM. Marie et Guillain insistent sur ce fait que leur malade, malgré ces vastes lésions destructives, malgré l'absence du faisceau pyramidal, ne présentait qu'un minimum de symptômes paralytiques. Tous les mouvements du membre supérieur et du membre inférieur étaient faciles. Aussi soutiennent-ils de nouveau cette opinion que le faisceau pyramidal n'est pas indispensable à la transmission des mouvements volontaires, que des voies motrices existent dans la calotte du pédoncule et de la protubérance, et que les suppléances sont faciles à la voie pyramidale détruite.

Il résulte des recherches de MM. Marie et Vaschide que la **mémoire immédiate** des chiffres, des syllabes, des sons, des mots est sérieusement atteinte chez les sujets aphasiques. Elle était limitée à la répétition spontanée du mot, de la syllabe et du chiffre prononcé. En moyenne, ils ne pouvaient plus retenir que trois ou — maximum atteint très rarement d'ailleurs — quatre chiffres, quatre syllabes, etc.

Parmi les mots dont l'évocation était plus facile et plus rapide, les verbes occupent la première place. Les adverbes, les interjections et les pronoms indéfinis, et tous les éléments linguistiques empreints psychologiquement des éléments émotifs et intellectuellement indéfinis, paraissent pouvoir se fixer plus facilement dans la mémoire des aphasiques. Chez un sujet atteint d'aphasie traumatique, la mémoire immédiate était excellente par rapport aux autres aphasiques, tout en étant réellement diminuée.

MM. P. Marie et Crouzon étudiant la **forme tabétique flasque des scléroses combinées** ont cherché quels étaient les signes permettant de faire le diagnostic de cette forme des scléroses combinées qui est le plus souvent une trouvaille d'autopsie, alors que la forme spasmodique de cette même affection correspond à une description précise et peut être souvent diagnostiquée.

La démarche d'un de leurs malades était caractéristique : il ne présentait pas d'incoordination, mais avançait ses jambes lentement en les traînant derrière lui comme s'il avait eu à tirer un poids lourd. Les auteurs ont retrouvé cette démarche avec traînement de jambes chez un malade atteint d'hérédo-ataxie cérébelleuse. L'autopsie du premier malade a montré des lésions des cordons postérieurs combinées à des lésions du faisceau cérébelleux direct.

Les auteurs attribuent aussi une grande importance diagnostique à la paraplégie compliquant le tabes. Ce signe mentionné pour la première fois par Leyden et Bouchard en 1863 et en 1865 semble avoir été perdu de vue. Les auteurs ont pu vérifier son exactitude dans plusieurs autopsies.

Le phénomène des orteils de Babinski chez les tabétiques a pu leur permettre de faire dans plusieurs cas le diagnostic de sclérose combinée. Ils ont pu, par une autopsie, vérifier dans un cas la valeur de ce signe.

Les auteurs signalent la fréquence de la cécité dans la sclérose combinée; ils signalent enfin chez un de leurs malades un début subaigu qui présentait les signes d'une infection cérébrospinale.

MM. Marie et Crouzon ont pu, par l'ensemble symptomatique qu'ils décrivent, dépister quatre fois la sclérose combinée chez cinquante-cinq tabétiques de l'hospice de Bicêtre, soit dans une proportion de 1/13.

Cette affection est donc plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

MM. Pierre Marie et Georges Guillain présentent les coupes microscopiques d'un **ramollissement limité au locus niger du pédoncule gauche.** Ce ramollissement intéresse quelques fibres de la capsule du noyau rouge, quelques fibres profondes du pied du pédoncule et le faisceau de Turck. Dans la protubérance, on observe la dégénération du faisceau de Turck; une atrophie rétrograde du ruban de Keil, celle-ci due aussi à la dégénération des fibres descendantes du pes lemniscus profond. On observe une dégénération diffuse et une atrophie de toute la voie pyramidale gauche. Ce cas est intéressant parce que, d'une part, l'on peut se demander si la dégénération de la voie pyramidale est sous la dépendance de fibres venant du locus niger qui se mêleraient à elle, dans un trajet bulbaire et protubérantiel.

D'autre part, et cette opinion est plus probable, il est possible que ce soit la lésion des fibres isolées du pied du pédoncule qui ait déterminé la dégénération diffuse de la pyramide bulbaire, car MM. Marie et Guillain ont déjà insisté sur ce fait que les lésions limitées du faisceau pyramidal dans la capsule interne par exemple entraînaient une dégénération diffuse de celui-ci.

BOUILLY

Les chirurgiens des hôpitaux de Paris viennent de perdre un des plus estimés d'entre eux : Bouilly est mort samedi.

C'était le bon chirurgien parmi les bons. D'une honorabilité parfaite, d'une droiture impeccable, Bouilly jouissait de l'estime et de l'affection de tous ceux qui l'avaient approché. Il avait de la dignité professionnelle la plus haute opinion; jamais on ne l'eût vu derrière une affaire louche ou tant soit peu douteuse. Aussi, la calomnie n'eut-elle jamais prise sur lui; Bouilly est mort laissant derrière lui une réputation d'intégrité que nul soupçon n'osa effleurer.

Bien qu'il se fût créé, par ses qualités personnelles, son habileté et son talent, une des situations chirurgicales les plus en vue, Bouilly était resté l'homme simple, modeste et serviable à tous, tel qu'il était à ses débuts.

Ce n'était pas un bavard; il ne remplissait pas la Société de chirurgie de communications incessantes; mais lorsqu'il prenait la parole il était écouté. Son verbe un peu froid et quelque peu incisif dédaignait les périodes sonores; avec une certaine bonhomie d'allures, Bouilly allait droit au but; avec autorité et compétence, il disait bien ce qu'il voulait dire et tout ce qu'il voulait dire. Il parlait en chirurgien qui voit net et ne s'embarrasse pas dans les à-côtés. Doué d'un jugement sain et sûr, observateur de premier ordre, Bouilly était devenu un des maîtres incontestés de la gynécologie française.

Depuis plusieurs mois, il souffrait du mal terrible qui devait l'emporter; mais il n'interrompit ni son service d'hôpital, ni sa clientèle, ni sa présidence à la Société de chirurgie. Tous ses collègues admiraient son énergie et sa mâle impassibilité lorsque le hasard des ordres du jour mit en discussion les résultats décevants de la thérapeutique contre le mal dont il se savait atteint. Bouilly conserva jusqu'au bout son affabilité coutumière. Quand, terrassé par la douleur, il dut abandonner le service qu'il dirigeait depuis dix-sept années à l'hôpital Cochin et pratiquer l'opération qu'il savait être la dernière, ce fut avec une émotion touchante qu'il fit ses adieux et déposa le bistouri pour ne plus le reprendre.

Il y a quelques semaines, Bouilly présidait encore la Société de chirurgie; malgré sa vaillance, il ne put assister à la séance annuelle qui clôturait sa présidence. Demain, ses collègues lèveront, en signe de deuil, la séance hebdomadaire de la Société; ce ne sera pas seulement pour obéir à un antique usage, car, ce jour-là, le deuil sera dans le cœur de tous.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 23 AU 28 MARS 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 23 MARS, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Landouzy, Blanchard et Roger.

2e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Tuffier, Reclus et Retterer.

3e (oral, nouveau régime, 1re partie), *Salle Broussais* (1re série) : MM. Pinard, Walther et Rieffel; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Terrier, Rémy et Lepage; — (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Charcot* : MM. Kirmisson, Legueu et Wallich; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, nouveau régime, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Mauclaire; — (2e partie, ancien régime, 1re série) : MM. Hayem, Dejerine et Bezançon; — (2e série) : MM. Brissaud, Gaucher et Legry; — M. Richaud, suppléant.

MARDI 24 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Launois et Auvray.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Desgrez et Jeanselme.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Budin, Pozzi et Marion; — (nouveau régime), *Salle Richet* (1re série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Bonnaire; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Berger, Demelin et Rieffel; — (2e partie) : MM. Hutinel, Rénon et Guiart.

4e, *Salle Thouret* : MM. Proust, Gilbert et Thoinot ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie, nouveau régime), *Charité* : MM. Guyon, de Lapersonne et Faure; — (ancien régime) : MM. Cornil, Vaquez et Méry; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Joffroy, Achard et Thiroloix; — M. Dupré, suppléant.

MERCREDI 25 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Rieffel et Cunéo.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Joffroy et Richaud.

1er (oral, nouveau régime) : MM. Mauclaire, Retterer et Gosset.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* (1re série) : MM. Kirmisson, Rémy et Lepage; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Tuffier, Retterer et Wallich ; — M. Widal, suppléant.

JEUDI 26 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Poirier et Rémy.

1er (oral, nouveau régime) : MM. Albarran, Rieffel et Auvray.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. de Lapersonne, Launois et Potocki.

4e, *Salle Charcot* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — M. Renon, suppléant.

VENDREDI 27 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Rieffel et Cunéo.

2e (nouveau régime), *Salle Broussais* : MM. Gariel, Richet et Retterer; — M. Thoinot, suppléant.

5e (chirugie, nouveau régime, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Walther; — (ancien régime, 2e série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Gosset; — (3e série) : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire; — M. Wurtz, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 28 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Poirier et Launois.

1er (oral, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Berger, Schwartz et Thiéry.

3e (oral, ancien régime, 1re partie) : MM. Le Dentu, Faure et Potocki; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, Achard et Thiroloix; — (2e série) : MM. Hutinel, Vaquez et Dupré; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Guiart, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — ORAL. — Séance du 13 mars 1903 : Question : « Nerfs récurrents. — Abcès du sein pendant l'allaitement. »

MM. Naudrot, 13 + 22 = 35; Lemoine (F.), 10 + 17 = 27; Rouhier, 12 + 22 = 34; Broc, 15 + 22 1/2 = 37 1/2; Friedel, 13 + 19 = 32; Ripart, 13 + 19 = 32; Pillet, 13 + 24 = 37.

— Séance du 15 mars 1903 : Question : « Vésicule biliaire (sans l'histologie ni la physiologie). — Colique de plomb. »

MM. Chochon-Latouche, 12 + 18 = 30; Vincent (Clovis), 12 + 17 = 29; Raymond, 13 + 15 = 28; Pappa, 11 + 19 = 30; Pelletier, 11 + 18 = 29; Camus, 15 + 19 = 34; Froget, 8 + 18 = 26; Jeannel, 14 + 23 = 37; Patry, 10 + 18 = 28; Planson, 8 + 19 = 27.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE. — HOTEL-DIEU DE LYON

ACTINOMYCOSE FESSIÈRE D'ORIGINE RECTALE

VASTE PHLEGMON ACTINOMYCOSIQUE DE LA FESSE ET DE LA PARTIE POSTÉRO-EXTERNE DE LA CUISSE GAUCHES (1)

Par le professeur A. PONCET.

Messieurs,

J'ai eu l'occasion de vous entretenir, plusieurs fois, pendant ce semestre, de manifestations actinomycosiques, occupant de préférence, comme cela est la règle, la région cervico-faciale. Vous avez vu, dans le service, des phlegmons, ligneux, suppurés, des régions temporo-maxillaire et angulo-faciale, dus au champignon rayonné. Récemment encore, vous avez observé un malade porteur d'une infiltration actinomycosique de la partie inférieure du sterno-mastoïdien gauche, infiltration scléro-phlegmoneuse, d'origine œsophagienne, qui simulait, à s'y méprendre, une gomme syphilitique.

Aujourd'hui, je vous présente un malade qui est atteint d'une actinomycose, de siège relativement insolite. Les lésions occupent toute la fosse iliaque externe. Elles ont nettement, pour point de départ, la partie terminale du gros intestin, l'ampoule rectale, d'où le diagnostic, que nous allons justifier, de : *phlegmon actinomycosique d'origine rectale.*

(1) Leçon recueillie par M. le docteur L. Thévenot, qui présenta ce malade à la Société de médecine de Lyon. (Séance du 12 janvier, et *Lyon méd.* du 25 janvier.)

A. M..., âgé de cinquante-sept ans, est entré le 9 janvier dernier à la Clinique, salle Saint-Philippe, n° 12. Né dans un petit village de la Haute-Loire, il exerce, depuis des années, la profession de terrassier.

Nous ne trouvons, dans ses antécédents héréditaires et dans son passé, aucune particularité intéressante. Il aurait eu, à deux reprises, quelques accidents broncho-pulmonaires, dont il guérit complètement.

C'est au mois de juillet 1901 qu'apparut, sans traumatisme antérieur, et sans cause appréciable, au niveau de la partie supérieure de la région fessière gauche, au voisinage du grand trochanter, une tuméfaction, d'abord de petit volume, indolente à la pression, et s'accompagnant parfois de douleurs spontanées, lancinantes. Dans l'espace de trois semaines, la tumeur acquit le volume du poing. Elle était alors dure, résistante ; la peau était devenue rouge et tendue, sans ouverture, cependant, à l'extérieur. A ce moment, du reste, pas plus qu'auparavant, il n'existait des troubles, de la gêne de la défécation. Interrogé avec soin, le malade répondait qu'il n'avait eu, ni diarrhée, ni constipation, qu'aucune douleur n'avait appelé son attention du côté de la région ano-rectale.

Le 19 août 1902, il entra dans le service, conduit uniquement par le gonflement de la région fessière gauche. Le diagnostic fut, à ce moment, celui d'abcès chaud, sans autre indication particulière, et mon assistant, le docteur Delore, pratiqua une large incision cruciale de la région enflammée. Cette incision donna issue à une certaine quantité de pus, qui n'attira pas l'attention d'une façon spéciale. On nota, cependant, que contrairement à ce que l'on aurait pu supposer, il n'existait, nulle part, de point osseux dénudé, qu'il ne pouvait être question d'un abcès ossifluent. La plaie fut pansée à plat, avec des chiffons de gaze iodoformée, recouverts de gaze stérilisée, et lorsque, trente-sept jours après son entrée à l'hôpital, A. M... quittait la Clinique, la guérison était loin d'être complète. Il restait, au niveau de la cicatrice opératoire, plusieurs fistules, qui fournissaient un liquide, séreux, séro-sanguinolent, parfois purulent.

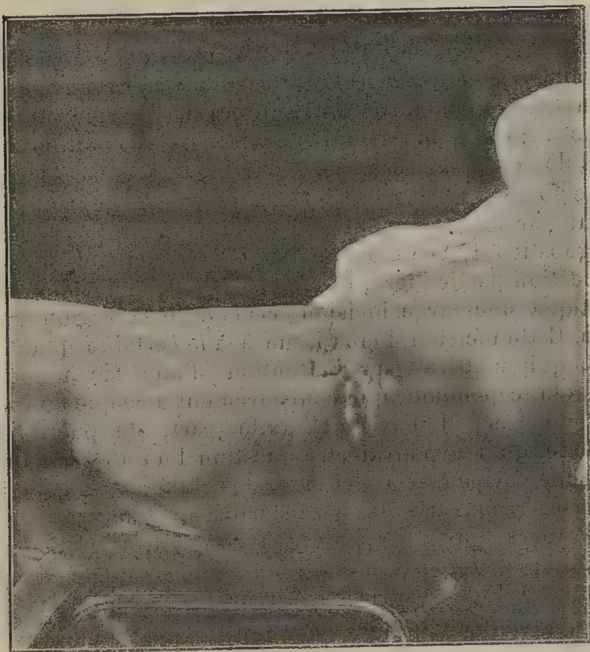
En même temps qu'il incisait le phlegmon de la fesse, M. Delore avait ouvert un abcès du volume d'un petit œuf, qui semblait d'origine ganglionnaire, et qui, occupant la partie moyenne du bras, siégeait au-dessous du bord inférieur du biceps, au niveau de la gaine vasculo-nerveuse. Le pus qui s'en écoula ne donna lieu également à aucune remarque. La plaie se ferma aisément, et, aujourd'hui, on constate une cicatrice, de coloration encore rougeâtre, mais témoignant d'une cicatrisation complète.

Le malade sorti de l'Hôtel-Dieu, les lésions de la fesse s'accrurent progressivement. En même temps que, par les

fistules tapissées à leurs orifices, de mauvais bourgeons charnus, s'échappaient du pus, du sang et des sérosités inflammatoires, la tuméfaction s'étendait, en surface et en profondeur. Il se formait, au niveau de la fesse gauche, une sorte de carapace qui, non seulement, entraînait de la gêne dans les mouvements du membre correspondant, mais qui était le siège de phénomènes douloureux, et le point de départ d'une altération de l'état général. A. M... maigrissait, perdait ses forces. A ses accidents locaux, venaient s'ajouter de la toux, de la bronchite diffuse, avec une expectoration muco-purulente abondante. C'est dans ces conditions, Messieurs, qu'il est entré, de nouveau, à l'Hôtel-Dieu, ce qui me permet d'analyser devant vous ce cas pathologique, d'allure bizarre.

Couché, d'une façon à peu près constante, sur le côté droit, le malade a, par la position qu'il garde obstinément dans son lit, et par la déformation du membre inférieur gauche, en adduction et en flexion très marquée, l'habitus d'un coxalgique.

Il signale immédiatement à notre examen la région fessière gauche. A ce niveau, vous constatez un gonflement des plus apparents qui occupe toute la fosse iliaque externe. Il s'étend, depuis l'épine iliaque antéro-supérieure, jusqu'à l'articulation sacro-iliaque, en haut; il descend en bas, à trois ou quatre travers de doigt, au-dessous du grand trochanter. La peau qui le recouvre a, sur la largeur sensiblement des deux mains, une coloration bleuâtre, rouge vineux au centre, se transformant, à mesure que l'on s'éloigne de la cicatrice répondant à l'ancienne incision cruciale, en une teinte rosée, ardoisée. Cette couleur des téguments ne manque pas d'une certaine valeur diagnostique. Au milieu, plus ou moins séparés les uns des autres par des tissus enflammés, s'ouvrent huit orifices fistuleux, les uns masqués



Actinomycome suppuré de la fesse et de la partie postéro-externe de la cuisse gauches.

par des bourgeons exubérants, d'aspect blafard, sarcomateux, les autres, formant comme des taupinières, recouvertes d'une sorte de pellicule épidermique, constituée uniquement par une couche de liquides, visqueux, desséchés à eur surface. Au-dessous de ce vernis, apparaissent de petites masses, orangées, gris jaunâtre, qui ont bien, aussi, leur importance clinique. Par quelques-unes des fistules s'écoule un liquide séreux, par d'autres, un pus plus ou moins mal lié, de coloration roussâtre, sans odeur spéciale (1).

A ces signes objectifs qui éveillent déjà l'idée de l'actinomycose, il faut ajouter un empâtement diffus, qui bombe toute la fosse iliaque externe et donne à la fesse gauche une forme éléphantiasique, d'autant plus suggestive, qu'on la palpe méthodiquement. Si, en effet, en certains points, au niveau des fistules, et dans la zone voisine, on a une sensation de rénitence et de fluctuation, on trouve, dans le reste de la tuméfaction, une induration massive, qui occupe tous les tissus sous-jacents et qui, en quelques endroits, semble faire corps avec le squelette. Cette masse ligneuse fait songer immédiatement à un néoplasme, à un sarcome périostique par exemple. A mesure que l'on s'éloigne du centre de la lésion, où les accidents inflammatoires sont dominants, les téguments qui, sur une certaine étendue, étaient épaissis, œdémateux, reprennent leurs caractères normaux, et on constate que, recouverte par une peau saine, la tumeur, formant toujours un bloc dur, se prolonge du côté de l'ischion, de l'espace ischio-rectal gauche, pour gagner le rectum.

Vous le voyez, Messieurs, nous avons sous les yeux une association d'accidents inflammatoires et de lésions scléreuses, à forme néoplasique. Si, chez A. M..., faisant abstraction de son passé pathologique, des signes cliniques dont je viens de vous parler, vous étiez appelés à palper la région malade, les yeux fermés, vous pourriez croire facilement à une tumeur maligne. Eh bien, ce mélange de lésions, inflammatoires, suppuratives, et de tissus sarcomateux, constitue, ainsi que je vous l'ai fait remarquer bien souvent, une très grande probabilité en faveur d'un actinomycome.

Soit dans notre *Traité clinique de l'actinomycose humaine* (2), soit dans diverses communications à l'Académie de médecine, aux Sociétés savantes de Lyon, où plus de cent actinomycosiques ont été montrés, soit dans de nombreuses thèses et publications de nos élèves, nous avons, depuis dix ans, MM. Bérard, L. Dor et moi, insisté beaucoup, quitte à nous répéter, sur la haute valeur diagnostique de cette association de néoplasie et d'inflammation. Elle est telle que, lorsque vous la rencontrez, lorsque vous pourriez croire, entre autres suppositions, à un néoplasme qui suppure, vous devez, avant tout, penser à l'actinomycose. Ce faisant, vous serez, 99 fois sur 100, dans le vrai. Aujourd'hui que l'actinomycose est bien connue dans ses diverses formes et localisations, vous n'auriez pas, en la méconnaissant, l'excuse des maîtres passés. Ils avaient été souvent intrigués par certains néoplasmes qui suppuraient, qui guérissaient, quelquefois spontanément, et aussi sous l'influence de l'iodure de potassium, administré à haute dose. Nous savons aujourd'hui qu'il devait s'agir, en pareils cas, d'accidents actinomycosiques. Ces diagnostics rétrospectifs ne sont pas sans intérêt.

De nos jours encore, de pareilles erreurs sont volontiers commises par des médecins très éclairés. Ils n'ont pas vu d'actinomycosiques et surtout, omettant de s'inspirer des recherches de ces dernières années, ils ne songent pas à l'actinomycose.

(1) Le pus, les sécrétions des vieux foyers actinomycosiques, ont fréquemment une odeur *sui generis*, de levain, de masses sébacées fermentées, odeur nauséabonde, sur laquelle j'ai déjà eu l'occasion d'insister.

(2) A. Poncet et L. Bérard. *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, Paris 1898.

Sous le nom de syphilome, de tuberculose anormale, etc., on voit publier, de temps à autre, des faits fort intéressants, qui, pour un lecteur avisé, ne sont autres que des cas d'actinomycose.

La confusion avec la syphilis est d'autant plus facile, que les actinomycomes sont également justiciables du traitement spécifique, en particulier de l'iodure de potassium. Ils peuvent, comme des syphilomes, disparaître rapidement sous l'action de cette médication, surtout lorsqu'ils ne sont pas suppurés, et lorsque, actinomycomes fermés, ils ne sont pas le siège d'autres infections microbiennes.

Un point important dans l'examen local de notre malade vise le prolongement du bloc fessier, du côté de la fosse ischio-rectale correspondante. Cette région est également le siège d'une induration, mal limitée, s'étendant à la paroi rectale. A l'œil, on ne constate rien du côté de l'anus; pas de traces de fistules, d'hémorrhoïdes, mais si l'on pratique le toucher, on sent nettement un véritable blindage à gauche, se confondant avec l'ischion, et se continuant avec le placard fessier. La pression à ce niveau n'étant pas douloureuse, on se rend compte aisément de l'intégrité relative de la muqueuse qui, plus lisse qu'à l'état normal et comme étalée, semble, néanmoins, glisser sur les plans sous-jacents. L'examen direct par le spéculum ne révèle ni fistules, ni ulcération; toutefois, la muqueuse, très vasculaire, saigne aisément. Le malade raconte qu'il aurait eu, il y a huit jours, de la diarrhée, et, dans ces derniers temps, un peu de gêne de la défécation. Il n'a jamais souffert de ténesme, les selles n'ont été ni glaireuses, ni sanguinolentes. A aucune époque n'auraient existé de troubles de l'appareil digestif. L'absence de rétrécissement véritable rend bien compte de cette intégrité fonctionnelle.

Ajoutons qu'on ne sent aucune autre masse indurée dans le petit bassin et que les fosses iliaques sont complètement libres.

Enfin, il existe, dans la région inguino-crurale du même côté, une pléiade de ganglions, durs, mobiles, indépendants les uns des autres, du volume d'une noisette à celui d'une petite amande. Ils sont notablement plus nombreux et plus apparents qu'au pli de l'aine droit.

Tel est, Messieurs, le résultat d'une enquête locale, aussi complète que possible, et qui relève d'un premier examen clinique, sans autres modes d'investigation. D'ores et déjà, d'après cet exposé symptomatique, le diagnostic de phlegmon actinomycosique de la fesse s'impose, j'ajouterais d'origine rectale.

On ne voit point, en effet, avec quel autre genre de lésions : tuberculeuses, syphilititiques, néoplasiques, etc., l'affection actuelle pourrait être confondue. Si vous voulez bien tenir compte de la description de ce processus, d'aspect si particulier, qui est presque pathognomonique pour les cliniciens habitués à rencontrer et à dépister l'actinomycose, vous admettrez que de tels diagnostics différentiels ne sont guère justifiés.

J'ai hâte d'ajouter que, malgré toutes les présomptions, nous ferions, toutefois, certaines réserves, si nous n'avions pas la démonstration absolue, par la constatation de nombreux grains jaunes dans le pus et les sérosités qui s'échappent des fistules, de la nature même de la maladie.

Dans ce cas, comme dans tous les autres que nous avons observés, et que nous avons publiés, nous n'avons jamais affirmé la nature actinomycosique du mal, sans avoir ce dernier critérium. Il est bon de remarquer, cependant, en passant, que l'actinomycose se présente en clinique avec des signes aussi caractéristiques que beaucoup d'autres infections locales, telles que les lésions bacillaires, syphilitiques, le mycosis fongoïde, le mal plantaire perforant, etc., pour le diagnostic desquelles on ne demande pas habituellement le contrôle par l'agent pathogène. Ce dernier ne fait-il pas, du reste, défaut dans nombre d'infections dont la nature, cependant, n'est pas douteuse? Telles, par exemple, les *toxi-tuberculides*, qui, plutôt que les *tuberculides bacillaires*, forment, très probablement, la grande classe des lésions que j'ai décrites, depuis peu, sous le nom de : *rhumatisme tuberculeux*. Il importe également de savoir que la recherche des grains jaunes n'est pas toujours féconde, qu'il faut parfois, pour les trouver, des investigations répétées des liquides des fistules, du pus, des fongosités, etc., enfin que, dans les vieilles suppurations actinomycosiques, le champignon rayonné peut avoir disparu, cédant la place à d'autres microbes.

Chez notre malade, les grains jaunes ont été recueillis en abondance. Je vous les ai montrés, s'échappant des orifices fistuleux au voisinage desquels je pressais avec les mains; vous les avez vus charriés par les liquides qui maculaient la peau, les pièces de pansement. Mon chef de laboratoire, M. le docteur L. Dor, en a fait immédiatement des préparations histologiques. Il en a reconnu, séance tenante, la nature parasitaire. Voici, Messieurs, un tube de verre dans lequel ont été recueillies quelques gouttes de pus, qui se sont étalées sur ses parois. A l'œil nu, mieux encore avec la loupe, vous apercevez de petits grains, gris perle, jaunâtres, comparables à des grains de sable, de semoule, ou encore à des lentes de pediculi pubis. Ces grains sont, vous le savez, caractéristiques. Ils sont constitués par le parasite lui-même, par le champignon rayonné, dont le mycélium central et les massues périphériques deviennent des plus apparents, sous le champ du microscope, par la coloration avec le picrocarmin. Cet étalage des liquides infectés sur une lame de verre, plus volontiers encore, sur la paroi d'un tube à essai, permet de trouver facilement les grains jaunes. Ils se détachent d'autant mieux, qu'on examine la préparation par transparence, ou en plaçant encore le verre au-dessus d'une étoffe sombre, telle la manche d'un habit noir.

Dans tous les cas, l'examen microcrophique est nécessaire, car il y a grains jaunes et grains jaunes dans les tissus enflammés. Ne savons-nous pas qu'il existe diverses formes de pseudo-actinomycoses, et que tous les grains jaunes ne sont pas constitués par des actinomyces?

Ces grains sont si nombreux, chez notre actinomycosique, qu'on les aperçoit, vous ai-je fait remarquer, sur la peau, souillée par le pus des fistules. Leur nombre est certainement en rapport avec leur virulence. Il témoigne d'une prolifération active du champignon, de métastases faciles et, par cela même, d'un pronostic plus sévère. On doit, en pareille occurrence, redouter la forme pyohémique de l'actinomycose. Nous les avons rencontrées plusieurs fois, ces métastases purulentes, nous les avons constamment vues mortelles.

Il faut maintenant, Messieurs, rechercher quelle a été, dans le cas présent, le mode de contamination, quelle voie a suivie le parasite pour donner lieu à ce vaste phlegmon profond et superficiel. Je n'hésite pas à incriminer l'ampoule rectale. Quelques mots suffiront, je crois, pour vous faire partager cette conviction.

L'actinomyces peut pénétrer dans l'organisme par trois

portes d'entrée, différentes, et aussi, d'inégale fréquence. Nous connaissons les actinomycoses, cutanées, sous-cutanées, dues à une effraction de la peau, avec inclusion, surtout, de corps étrangers, échardes de bois, débris de végétaux, etc., servant de véhicule au champignon. Nous savons également, que l'infection par la voie pulmonaire se produit à la suite d'inhalations de poussières végétales ou autres, chargées du parasite, après la pénétration dans les voies respiratoires d'épis, de barbes de graminées, etc., contaminés. Les observations d'actinomycose thoraco-pulmonaire, dépendant de ce mécanisme, ne sont pas rares. Mais la grande voie de l'infection, ici encore, comme pour la plupart des empoisonnements, quelle qu'en soit la nature, est le tube digestif, dans toute sa longueur, depuis la bouche jusqu'à l'orifice anal. Si vous voulez bien vous reporter à notre *Traité clinique de l'actinomycose humaine* (loc. cit.), vous verrez quel chapitre étendu nous avons consacré à l'actinomycose abdominale, toujours symptomatique d'une actinomycose intestinale. Laissez-moi, à ce propos, vous rappeler la règle que nous avons établie avec M. Bérard, et qui vise le siège des manifestations actinomycosiques. Cette règle qui, dans l'espèce, est presque une loi pathologique, nous l'avons formulée ainsi : *les différentes portions du tractus digestif sont d'autant plus fréquemment atteintes que les aliments ou les matières y stationnent davantage.* Ce qui revient à dire, que le point de départ de l'infection actinomycosique est le plus habituellement, après la cavité buccale, dans le cæcum et l'appendice, et que l'ampoule rectale constitue aussi un lieu d'élection.

Si maintenant, Messieurs, vous tenez compte de cette remarque : que la tumeur de la fesse a des connexions intimes avec la paroi rectale ; que, d'autre part, comme l'a bien établi, dans son récent et intéressant mémoire de la *Revue de chirurgie*, mon chef de clinique, le docteur Thévenot (1), l'inoculation ano-rectale se fait surtout par infection descendante, — vous verrez chez notre malade une nouvelle victime de ce mode de contamination.

Par quel mécanisme cette dernière s'est-elle produite, quel a été le véhicule du parasite, comment s'est-il greffé sur la muqueuse rectale? Nous ne pouvons répondre à ces diverses questions que par des hypothèses. Dans des travaux antérieurs, nous nous sommes longuement étendu sur les causes et les modes de pénétration des actinomyces. Le seul fait certain, c'est que, séjournant avec le bol fécal dans l'ampoule du rectum, ils ont trouvé des conditions de stagnation favorables à leur culture dans les tissus, qu'ils les aient envahis à la suite d'une effraction de la muqueuse, ou bien que, cultivant en surface sur cette muqueuse et dans l'intérieur de ses glandes, ils aient traversé les tuniques de l'intestin, sans laisser traces de leur passage. Ce mode de pénétration a, du reste, été constaté maintes fois. Nous en avons donné des exemples pour d'autres portions du tube intestinal, avec lésions actinomycosiques, profondes, graves, des tissus ambiants. Cette dernière supposition d'une migration à travers une paroi saine est, ici, d'autant plus acceptable que A. M... n'a jamais présenté de signes de rectite, et que, sur la muqueuse et au pourtour de la région anale, on ne trouve ni fistules ni ulcérations.

Cette intégrité de la muqueuse primitivement contaminée ne se rencontre-t-elle pas, du reste, la plupart du temps, pour la muqueuse buccale, dans les actinomycomes cervico-faciaux ?

Il s'agit donc, ainsi que je vous l'ai indiqué dès le début, d'un phlegmon actinomycosique de la région fessière et de la partie postérieure de la cuisse gauche d'origine rectale.

Cette infiltration actinomycosique diffuse offre, comme particularité, d'occuper, à peu près exclusivement, la fosse iliaque externe, de n'envoyer aucun prolongement lointain dans la cavité pelvienne, dans les fosses iliaques, etc. Une palpation méthodique de la cavité abdominale, combinée avec le toucher rectal, ne donne, en effet, aucune sensation pathologique.

Il est loin d'en être toujours ainsi pour l'actinomycose ano-rectale, avec ou sans fistules extérieures. Dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Delacroix (1), dans le mémoire de M. Thévenot auquel j'ai déjà fait allusion, et qui porte sur 15 observations, le plus ordinairement les masses actinomycosiques enserrent le rectum, elles le rétrécissent, elles fusent, plus ou moins loin, dans le petit bassin, d'où elles sortent volontiers par la grande échancrure sciatique, pour donner naissance à de vastes abcès de la cuisse. Dans le cas présent, rien de semblable. Les lésions sont, avant tout, extra-pelviennes.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, combien le pronostic de l'actinomycose ano-rectale est sombre, dans sa forme diffuse, et surtout intra-pelvienne. Sur les 15 cas réunis par M. Thévenot, il compte 7 morts, 4 issues inconnues, 3 malades momentanément guéris, 1 en traitement depuis trois ans. Le pronostic est donc des plus graves puisque, suivant la remarque de l'auteur, on ne signale pas une observation de guérison. La mort est alors due à des suppurations prolongées, et aussi, très vraisemblablement, à une intoxication spéciale par le parasite, dont le nombre témoigne d'une plus grande virulence.

Chez A. M..., le pronostic sera aussi des plus réservés. Quoique non cavitaires, les lésions n'en sont pas moins des plus étendues. Les muscles, les espaces intermusculaires, etc., sont envahis au loin, et, à en juger par la purulence d'une certaine partie de la tumeur, des infections pyogènes se sont surajoutées au processus essentiellement scléreux provoqué par le parasite. L'expérience nous a appris, en outre, que, chez de tels actinomycosiques, les désordres sont encore souvent plus grands qu'on ne peut le supposer, d'après le seul examen clinique. Ce processus infectieux par continuité est d'autant plus redoutable qu'il ne respecte aucun organe, aucun tissu, et que, dans les conditions actuelles où nous l'observons, il peut être le point de départ de greffes métastatiques. Nous connaissons trop l'actinomycose à forme pyohémique, fatalement mortelle, pour ici n'en pas tenir compte.

Notre malade est, d'autre part, déjà cachectique. Il est pâle, amaigri, sans avoir, toutefois, le masque que nous avons appelé actinomycosique et qui est caractérisé chez les sujets profondément touchés par une teinte, bistrée, jaune sale, terreuse, de la peau du visage, masque vraiment différent des autres masques pathologiques. Il a été atteint aussi, comme je vous l'ai déjà indiqué, d'un abcès du bras droit, survenu en même temps que l'abcès pré-trochantérien. Il semble bien qu'à ce moment il ait eu un double foyer actinomycosique, qui a été, du côté du bras, complètement éteint par une intervention chirurgicale plus

(1) L. Thévenot. De l'actinomycose ano-rectale, *Revue de chir.*, 10 août 1902.

(1) Delacroix. *De l'actinomycose ano-rectale*, Th. de Lyon, 1898-1899.

complète. La température monte, en outre, chaque soir, de quelques dixièmes, elle dépasse, le plus souvent, 38 degrés. L'examen des urines dénote une quantité notable d'albumine, comme on l'observe fréquemment dans des états infectieux. Enfin, Messieurs, A. M... a une expectoration muco-purulente abondante et l'auscultation permet de constater chez lui des signes de bronchite chronique des deux côtés.

Quelle est la nature de ces accidents broncho-pulmonaires qui n'ont rien certainement de bacillaire, à en juger par les signes sthétoscopiques et aussi par l'examen des crachats? Depuis la thèse de notre élève Naussac (1), notre attention est éveillée sur l'actinomycose pulmonaire, et, dans le cas présent, nous songeons, tout de suite, à des lésions actinomycosiques de l'appareil respiratoire, d'autant mieux que les sécrétions broncho-pulmonaires ont bien l'aspect qui a été décrit chez de tels infectés. Elles exhalent également une odeur fade, nauséeuse, qui doit mettre en garde sur l'existence des actinomyces, mais, il nous manque, pour être affirmatif, la présence des grains jaunes et, en leur absence, du mycélium, tel qu'on le rencontre, dans l'actinomycose pulmonaire, la plupart du temps sans massues. M. le docteur L. Dor a vainement cherché dans les crachats le champignon rayonné. A son défaut nous devons rester dans le doute.

Ces recherches négatives n'infirment pas, cependant, complètement le diagnostic d'actinomycose, car le parasite est souvent difficile à déceler, il peut, d'autre part, avoir cédé la place à d'autres agents pathogènes. En faveur d'accidents pulmonaires d'origine actinomycosique, j'ajouterai, comme renseignements complémentaires, que cet homme tousse depuis plusieurs mois, que les accidents pulmonaires paraissent remonter à la même date que les infections actinomycosiques locales, qu'il n'a jamais eu d'hémoptysies...

Cet ensemble de symptômes témoigne d'un état général fâcheux, d'une imprégnation actinomycosique diffuse, que le traitement habituel de ce genre de lésions sera probablement incapable de modifier.

Quelles sont donc les indications thérapeutiques à remplir? Ces indications relèvent d'un double traitement, médical et chirurgical. Ici, comme dans tous les accidents actinomycosiques, du reste, l'iodure de potassium sera donné méthodiquement, et à doses progressivement croissantes, pour arriver, suivant la tolérance du malade, à 6 à 8 grammes par jour. L'action résolutive de l'iodure de potassium en pareils cas n'est pas douteuse et, sans que ce médicament ait la même spécificité que dans les lésions syphilitiques, il n'en est pas moins l'agent thérapeutique le plus actif dont nous disposons, jusqu'à ce jour, chez de tels malades. Je tiens, toutefois, à vous faire remarquer, qu'il est d'autant plus efficace que la maladie est de date plus récente et surtout qu'il s'adresse à des actinomycomes fermés, non suppurants, actinomycomes indemnes d'infections secondaires, qui en aggravent singulièrement le pronostic.

Le traitement mercuriel combiné, autrement dit le traitement mixte, semble avoir donné, dans ces derniers temps, de bons résultats. Je suis tout disposé, chez notre malade, suivant les éventualités qui se produiront, à associer le mercure à l'iodure de potassium.

Nous aurons peut-être également recours au traitement par l'iodipine en injections sous-cutanées, dont on a récemment, en Allemagne, vanté les bons effets. L'iodipine s'injecte sous la peau, du ventre par exemple, ou sous la peau voisine des lésions, à la dose commençante de 3 à 4 centimètres cubes, tous les trois à quatre jours (solution à 25 p. 100); puis, à dose plus forte et quotidienne, suivant la tolérance.

(1) Naussac. *De l'actinomycose pulmonaire*, Th. de Lyon, 1896.

Là ne doit pas se borner le traitement, et l'intervention chirurgicale combinée est susceptible de rendre de grands services. Cette intervention sera économique. Ce qui revient à dire qu'il faut se contenter d'ouvrir largement, de drainer les abcès, les foyers actinomycosiques, mais qu'il faut bien se garder de traiter l'affection locale comme un néoplasme et, dans des formes aussi diffuses, essayer d'en pratiquer l'ablation. L'expérience nous a montré que ces opérations, malgré tout, incomplètes, étaient le point de départ de fusées, étendues, profondes, de généralisation, parfois, de la maladie, en un mot, qu'elles étaient plus dangereuses qu'utiles. Il faut aussi proscrire les grattages, les curetages, etc., pour les lésions qui ne sont pas en surface. Les fistules forment, en effet, de véritables tunnels, des galeries souterraines, parfois très lointaines, et la curette, non seulement ne dépasse pas les limites du mal, mais, elle l'ensemence dans les tissus voisins, jusqu'alors indemnes, elle ouvre des voies nouvelles à la dissémination éloignée de l'infection parasitaire (1).

Ces considérations thérapeutiques ont été bien mises en lumière par M. Thévenot (loc. cit.), qui conclut : *Dans les actinomycoses, cavitaires, profondes, lorsque les lésions ne peuvent être abordées de front et délimitées, il faut savoir s'en tenir à la simple ouverture nécessaire des abcès et s'abstenir de manœuvres chirurgicales prolongées, de curetages, d'évidements, etc., on ne fait alors que donner un coup de fouet à un processus plus ou moins torpide, et hâter un dénouement fatal.*

La question du pansement post-opératoire et des pansements consécutifs a, cela va sans dire, une grande importance. C'est le cas, ou jamais, de faire de la chirurgie à ciel ouvert, de laisser, comme je le dis souvent, portes et fenêtres ouvertes, pour l'expulsion du parasite et des autres agents pathogènes qui l'accompagnent. Après l'opération, on doit s'abstenir de toute suture. Cette remarque peut paraître banale. Que de fois, cependant, nous avons vu des réinoculations se produire au niveau de la ligne cicatricielle d'anciennes sutures qui, pour un esprit non prévenu, semblent d'autant plus justifiées, que précisément la réunion s'obtient aisément au voisinage des foyers mycosiques et dans les foyers eux-mêmes! N'avons-nous pas dit, que l'actinomyces était essentiellement plastique, sclérogène, et n'est-ce pas un des caractères essentiels de ces lésions, de laisser, tout au moins, pendant une certaine période, le diagnostic hésitant entre un néoplasme et une lésion infectieuse?

Dans la suite, les pansements doivent être fréquents, réguliers. Ils exigent, sans qu'il soit besoin d'insister, la plus grande propreté chirurgicale. Les lavages, les irrigations antiseptiques, avec la solution phéniquée à 25 p. 1000, avec la solution de permanganate de potasse à 0,25 p. 1000, etc., seront utilement employés. Je me suis très bien trouvé des larges badigeonnages de la plaie et de son pourtour, avec la teinture d'iode. Jusqu'à la complète cicatrisation, les pansements seront toujours faits à plat. On emploiera, de préférence, des chiffons de gaze iodoformée,

(1) A. Poncet. Actinomycose d'apparence néoplasique du maxillaire inférieur, *Revue de chir.*, 1902.

poussés dans tous les coins et arrière-coins des foyers actinomycosiques. Ces pansements ouverts permettront de surveiller toute récidive, et d'y parer, soit par l'emploi des moyens déjà indiqués, soit par quelques coups de curette sur les bourgeons douteux, soit, encore, par des injections de teinture d'iode dans des fistules naissantes.

Le traitement général a, naturellement, une grande importance. Le malade sera envoyé à la campagne, à la mer, à la montagne, suivant les circonstances. Il évitera tout travail pénible, toute fatigue, il se suralimentera pour accroître sa force de résistance. J'ai vu bien souvent, dans des milieux sociaux privilégiés, l'emploi méthodique de ces divers moyens donner des résultats inespérés et une guérison définitive.

En terminant, je désire, Messieurs, vous présenter une dernière réflexion.

L'actinomycose, dont je vous ai parlé longuement, est en France une maladie beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Cette fréquence est, depuis quelques années, et avec juste raison, mon : *Delenda est Carthago* (1).

Les lésions actinomycosiques peuvent revêtir des modalités diverses, de siège, de forme, etc. Elles offrent des signes cliniques très nets qui, en dehors de la constatation des grains jaunes, toujours à rechercher, doivent, sinon permettre de l'affirmer, tout au moins, y faire sérieusement songer. Méfiez-vous des phlegmons aigus et chroniques, qui s'accompagnent d'un plastron induré, de masses ligneuses, qui donnent lieu à des fistules multiples, en pomme d'arrosoir, etc., tout particulièrement lorsque les lésions occupent la région cervico-faciale, première porte d'entrée du parasite, et aussi le voisinage du reste du tube digestif, que les accidents inflammatoires se rencontrent sur le ventre, dans la région ano-rectale, dans l'excavation pelvienne, etc.

Le diagnostic devient encore d'autant plus probable que les trajets fistuleux ne conduisent pas sur des parties osseuses dénudées, l'actinomycose osseuse primitive n'existant pas, et les altérations squelettiques, alors secondaires, ne survenant que tardivement, par continuité.

Rappelez-vous qu'il n'est plus permis aujourd'hui, en face de lésions qui n'ont pas des signes cliniques bien classiques, et qui, de prime abord, déroutent le clinicien, de conclure *nécessairement* à la syphilis. Les manifestations du champignon rayonné ressemblent parfois beaucoup à celles de la vérole, et comme les deux maladies sont justiciables du traitement ioduré, on ne saurait lui demander d'en établir, dans la suite, le diagnostic.

(1) Depuis la publication de notre *Traité de l'actinomycose* nous avons, avec M. Bérard, insisté maintes fois sur la nécessité de plus en plus grande, en raison de sa fréquence, de sa gravité etc., de savoir diagnostiquer l'actinomycose.

Je vous rappellerai nos communications à l'Académie de médecine :

A. Poncet et L. Bérard. *De l'actinomycose humaine pendant ces deux dernières années* (1898-1899), mars 1900.

A. Poncet et L. Bérard. *De l'actinomycose humaine en France. Sa fréquence, son pronostic éloigné* (avril 1902)

Et sans parler d'autres travaux sur le même sujet, provenant de la clinique, les thèses que nous avons inspirées :

Michoiloff. *Actinomycose des voies urinaires*, Th. de Lyon, 1899-1900.

Mileff. *Actinomycose mammaire*, Th. de Lyon, 1900-1901.

Pourpre. *De l'actinomycose cutanée primitive de la face*, Th. de Lyon, 1902.

Henriot. *De l'actinomycose des organes génitaux*, Th. de Lyon, 1902.

Duvau. *Pronostic éloigné des différentes formes cliniques de l'actinomycose humaine. Statistique*, Th. de Lyon, 1902.

Autour. *Actinomycose du cœur et du péricarde*, Th. de Lyon, 1903.

FAITS CLINIQUES

Corps étranger du tube digestif.

Par M. le docteur Georges Dupont (d'Yzernay).

M..., enfant de douze ans, m'est amené, le mardi 20 janvier dernier. Il vient, me dit-on, d'avaler une épingle.

L'examen de la partie supérieure du tube digestif ne donnant aucun résultat, j'en conclus que, nouveau minotaure, le corps du délit s'est déjà enfoncé dans le labyrinthe gastro-intestinal, où je ne suis pas en état de le poursuivre *manu militari*. Me souvenant alors d'une leçon de l'un de mes très vieux maîtres de l'école de Nantes, je prescrivis le repos et un véritable gavage à la purée épaisse de pommes de terre. On obtiendrait ainsi, m'avait-on assuré jadis, un magma résidual, susceptible d'envelopper le corps vulnérant et de distendre l'intestin, ouvrant largement les voies de dégagement et éloignant les parois de la pointe meurtrière.

L'enfant, très alarmé, suivit le traitement en conscience et réussit à absorber jusqu'à quinze à vingt gros tubercules par jour.

Traitement raisonné et ingénieux (??) ou pure coïncidence heureuse (???) — libre à chacun d'apprécier le fait à sa guise. Toujours est-il que, cinq jours après, le dimanche 25 janvier, le monstre était expulsé de son repaire, sans avoir pu causer le moindre accident.

Et ma foi, malgré les progrès de la chirurgie, il vaut mieux se bourrer de pommes de terre que de se faire ouvrir le ventre, fût-ce le plus aseptiquement et le plus artistement possible.

L'épingle avalée était une épingle à grosse tête blanche, mesurant 0,045 de longueur.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(17 mars 1903)

Un débat très vif vient de s'engager à l'Académie entre les membres de la commission de l'**hygiène de l'enfance**. L'année dernière, M. Porak, au nom de cette commission, faisait un rapport dans lequel il insistait particulièrement sur cette conclusion : Toute femme, se plaçant comme nourrice, doit certifier qu'elle a nourri son propre enfant au moins trois mois. Or, d'après l'article 8 de la loi Roussel, ce n'était pas trois mois, mais bien sept mois qu'une femme voulant se placer comme nourrice devait allaiter son propre enfant. La majorité des membres de la commission avait adopté cette sorte d'amendement à la loi Roussel. Mais au sein même de cette commission, un membre protesta énergiquement contre cette façon d'interpréter cette loi : ce fut M. Pinard, qui vient renouveler sa protestation devant l'Académie.

Cette discussion se poursuivra dans la prochaine séance et nous en attendons la fin pour la résumer.

Parmi les présentations, nous signalerons un travail de MM. Maget et Planté (de Toulon), analysé par M. Lucas-Championnière et qui a trait à l'emploi des vapeurs d'eau **oxygénée** comme moyen antiseptique. Il résulte des recherches expérimentales de ces auteurs que, contrairement à ce qu'on avait cru jusqu'ici, l'eau oxygénée bouillie ne perd pas son action et, qu'en second lieu, elle jouit d'un pouvoir microbicide très réel.

M. Courtade dépose un travail sur l'emploi, en laryngologie, d'un nouvel ansthésique local, l'**anesthésine** (éther para-amidobenzoïque). Il s'agit d'un dérivé de l'orthoforme, peu soluble dans l'eau, très soluble dans la glycérine, les corps gras, etc. Sa toxicité est nulle, ce qui lui donne un grand avantage sur la cocaïne, et son action beaucoup plus prolongée que celle de ce dernier corps. M. Courtade l'a employé en particulier chez des malades à qui des ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques rendaient la déglutition impossible et qui, parfois, après une seule application d'anesthésine en poudre, ont pu s'alimenter sans éprouver de souffrance.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Immunisation relative contre la vaccination observée chez des nourrissons dont les mères avaient été vaccinées au cours de leur grossesse. (*British med. Journ.*, 27 novembre 1902, p. 1743.)

Les faits suivants, rapportés par des auteurs différents, paraissent établir qu'il faut attendre une époque plus ou moins éloignée de la naissance pour vacciner efficacement un enfant si la mère a été elle-même vaccinée pendant la gestation.

J. Stretton ayant vacciné une femme enceinte de quatre mois vaccina également l'enfant de celle-ci dans la semaine qui suivit sa naissance; l'inoculation demeura sans effet. Trois semaines après, même opération suivie du même insuccès. C'est seulement à l'âge de trois mois qu'une piqûre vaccinale détermina l'apparition de la pustule caractéristique. Comme le vaccin de génisse utilisé, prélevé chaque fois dans des conditions identiques, s'était montré efficace chez d'autres sujets, il semble que la vaccination pratiquée chez la mère ait eu une influence sur l'enfant, sans toutefois le rendre complètement réfractaire.

V. Raske vaccine au mois de juillet une femme enceinte de sept mois. L'enfant naît à terme, et quand, un mois après la naissance, on tente de le vacciner à son tour, au moyen de vaccin de génisse reconnu actif à l'égard d'autres enfants, l'inoculation reste stérile.

Ce n'est qu'à l'âge d'un an qu'on peut obtenir quatre pustules assez petites laissant après elles des cicatrices peu apparentes.

H. Fulton a fait des observations analogues; cependant, il n'a jamais constaté que les enfants vaccinés dans ces conditions fussent réfractaires au delà de dix-huit mois ou deux ans.

A. HOUSQUAINS.

La leucocytose de la rougeole et de la rubéole. (*Arch. de méd. des enfants*, mars 1903.) — La formule hémo-leucocytaire de la rougeole, déjà étudiée par MM. Combe et Renaud, vient d'être l'objet de nouvelles recherches de la part de M. Platenca (de La Haye).

De ses observations, l'auteur conclut que, dans la rougeole, il existe, à la phase d'incubation, une hyperleucocytose marquée, portant sur les polynucléaires neutrophiles. Cette hyperleucocytose est suivie, pendant les derniers jours de l'énanthème et pendant l'exanthème, d'une hyperleucocytose portant sur les mêmes éléments. A côté de cette hyperleucocytose, et pendant la même période, il existe quelquefois une forte lymphocytose, lymphocytose qu'accompagnent toujours une violente diarrhée et une adénopathie générale. Après la fin de l'exanthème, le nombre de leucocytes revient à la normale, sauf complications. Les mêmes modifications du sang se produisent dans la rubéole. L'analyse hématologique ne peut donc servir à différencier rougeole et rubéole.

L. BABONNEIX.

MÉDECINE E PÉRIMENTALE

Expériences avec le liquide de Locke sur l'utérus gravide hors de l'organisme. (*Rousski Wratch*, 1903, n° 52-53.) — Depuis que Locke a démontré la possibilité de ranimer pour un temps relativement long un viscère extrait de l'organisme en y faisant circuler un liquide voisin du sérum sanguin, une ère nouvelle semble avoir commencé pour la médecine expérimentale.

Sous l'inspiration du professeur Kravtov, M. Kourdinovsky appliqua ce procédé pour l'étude du phénomène de la parturition. Voici la technique suivie par lui :

L'animal (lapine) étant chloroformisé et laparotomisé, on liait le bout central de l'aorte au-dessous de l'origine des rénales et l'on introduisait dans l'aorte une canule, reliée par un tube en caoutchouc à un réservoir rempli de liquide de Locke maintenu à 38 degrés (solution de sels inorganiques dans la proportion dans laquelle ils se trouvent dans le plasma du sang de lapin). Le liquide passait sous une faible pression dans les vaisseaux utérins qu'il lavait, puis sortait par une canule introduite dans la veine cave inférieure. Ce lavage terminé, on extirpait l'utérus avec les annexes et le tissu cellulaire voisin, les ligaments larges et un fragment de l'aorte et de la veine cave et l'on transportait ces organes dans une chambre humide à double paroi dans laquelle circulait de l'eau à 40 degrés; l'utérus avec les annexes placé sur de l'ouate on y faisait circuler le liquide de Locke tiède et chargé d'oxygène, le faisant entrer par la canule aortique et sortir par la veine cave. D'autre part un appareil enregistreur adapté à l'utérus permettait de se rendre un compte exact des contractions de l'organe.

Voici maintenant le résultat des nombreuses expériences faites par M. Kourdinovsky dans ces conditions. Le laps de temps nécessaire au bout duquel on arrive à ranimer l'utérus est variable; en moyenne il faut pour cela une heure; en outre dans un utérus gravide les contractions reviennent généralement plus vite que dans un utérus vide et les contractions sont le plus souvent plus énergiques.

Si on observe, dans les conditions favorables de température, d'humidité, de nutrition, etc., un utérus gravide, *on peut suivre, dans la chambre humide, pas à pas, le travail de la parturition jusques et y compris l'expulsion du produit.* Les contractions des cornes et celles du corps ne sont pas simultanées; les premières sont vermiculaires et les secondes produisent des étranglements; elles se produisent avec des intervalles réguliers. Au bout d'une heure environ l'organe fatigué passe à la période de repos, suivie d'une période de travail. L'apport de l'oxygène est indispensable; dès qu'il cesse et que toute provision en est épuisée les contractions cessent.

La température de choix est de 39-40 degrés; à 41-42 degrés les contractions sont plus fréquentes et plus intenses. Les excitations électriques produisent des contractions de même intensité que les excitations mécaniques. Les ligaments larges prennent part à la contraction utérine.

Ayant étudié l'utérus dans ces conditions pendant quelques heures, l'auteur le transportait dans un vase rempli de liquide de Locke et entouré de glace. On a pu constater que dans ces conditions l'utérus pouvait toujours être ranimé le lendemain et continuer à vivre pendant un à deux jours et dans un cas d'utérus gravide quarante-neuf heures quarante minutes. Peut-être cette survie sera-t-elle plus longue, lorsque la technique sera perfectionnée.

Deux fois l'auteur a pu suivre pas à pas le travail de la parturition, par conséquent non seulement l'utérus est capable de vivre, dans des conditions appropriées, hors de l'organisme, mais même d'y expulser le produit de la conception absolument de la même façon, ou du moins on peut le supposer, que lorsqu'il est dans l'organisme.

On voit les fœtus propulsés peu à peu, par des contractions lentes et régulières se rapprocher du vagin, à ce moment interviennent les ligaments larges pour la contraction « transversale », qui exprime en quelque sorte le contenu de l'utérus. Finalement les fœtus sont complètement expulsés un à un.

On voit tout l'intérêt de ces expériences; l'auteur étudie en ce moment de visu, sur l'utérus ainsi extirpé et préparé, l'influence de diverses substances médicamenteuses.

S. BROÏDO.

MÉDECINE LÉGALE

Sur la docimasie hépatique, par le professeur J. SECGEN. (*Wien. Klin. Wochens.*, 26 fév. 1903, n° 9, p. 237.) — Lacassagne a désigné sous le nom de docimasie hépatique, une méthode qui consiste à doser la quantité de sucre et de glycogène contenue dans le foie et qui donne des renseignements précieux sur la façon, dont est mort le sujet examiné. Il a posé les règles suivantes : 1° L'absence complète de glycogène et de sucre (docimasie négative) est l'indice d'une mort lente à la suite d'une maladie prolongée ; 2° La présence de sucre et de glycogène (docimasie positive) est l'indice d'une mort brusque par traumatisme, empoisonnement ou asphyxie ; 3° La présence de sucre, sans glycogène (docimasie positive incomplète), indique une mort survenue subitement, par une cause intercurrente, pendant une maladie.

Secgen critique la technique de Lacassagne et soutient qu'avec des procédés plus précis, il est toujours possible de retrouver du sucre et du glycogène dans le foie des individus ayant succombé à des maladies prolongées.

Il est d'accord, du reste, avec Lacassagne, sur ce fait que les quantités de ces substances retrouvées dans ces cas sont extrêmement inférieures à celles trouvées dans le foie des sujets morts de mort subite. Il est en désaccord avec lui en ce qui concerne les asphyxies. Chez deux individus ayant succombé à une intoxication par l'oxyde de carbone et chez un troisième mort rapidement par compression de la trachée, il a vu que la quantité de sucre et de glycogène contenue dans le foie était extrêmement faible et comparable à celle qu'on trouve après les maladies de longue durée. Des recherches expérimentales lui ont montré le même phénomène chez les animaux. Enfin, il a trouvé chez ceux-ci la teneur en sucre du sang augmentée dans des proportions considérables.

Tout en admettant, en principe, les conclusions de Lacassagne, Seegen insiste donc sur le groupe exceptionnel constitué par les morts rapides par asphyxie.

R. LEMIERRE.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi des compresses alcoolisées dans les inflammations des séreuses. (*Wratch. Gazetv*, 1903, n°s 3, 4, 5 et 6.) — Depuis que le professeur Filatov a fait connaître les résultats favorables qu'il a obtenus en traitant une appendicite par les compresses alcoolisées, le professeur SAVELIEV a entrepris une série d'observations pour étudier l'action de ces pansements dans les inflammations du péritoine, de la plèvre et des articulations.

Les compresses imbibées d'alcool éthylique sont couvertes de parchemin, car le taffetas gommé est préparé avec un mastic qui se dissout dans l'alcool, de sorte que le tissu perd rapidement sa qualité d'imperméabilité. Le pansement doit être renouvelé souvent de façon à le maintenir constamment humide.

Depuis deux ans l'auteur a très souvent eu recours à ce mode de traitement et en a toujours obtenu d'excellents résultats.

On ne doit pas oublier de prévenir les malades fumeurs d'être prudents car on a vu dans un cas le pansement prendre feu à l'allumette allumée pour la pipe.

S. BROÏDO.

Traitement de la névralgie faciale par l'électricité. (*Arch. de neurol.*, n° 86.) — Il est peu d'affections aussi douloureuses et aussi rebelles au traitement que la névralgie faciale. On a épuisé contre elle toute la série des analgésiques et des antispasmodiques sans obtenir autre chose que des améliorations temporaires, et la plupart des médecins la considèrent aujourd'hui comme absolument incurable.

Aussi faut-il louer M. ZIMMERN d'avoir songé à appliquer à la névralgie faciale le traitement préconisé, dès 1897, par Bergonié. Ce traitement qui consiste à faire passer, au niveau des régions malades, des courants de haute intensité (50, 80 milliampères et même davantage), a été légèrement modifié par M. Zimmern qui emploie des courants beaucoup moins forts (3 à 12 milliampères), mais prolonges pendant trois quarts d'heure à une heure au moins. Avec cette méthode très simple, et absolument inoffensive, on arrive à améliorer, et même souvent à guérir définitivement la névralgie faciale, ainsi que le montrent les très intéressantes observations annexées au travail de l'auteur.

L. BABONNEIX.

VARIÉTÉS

Hygiène des constipés : idée, déduite de la physiologie comparée, d'une sangle à défécation.

Par le docteur Louis VIDAL (de Nissan).

Lors d'une de mes récentes vacations de simple observateur, il m'a semblé que le chien pouvait nous donner, par l'exemple, une leçon de thérapeutique au moyen des exercices physiques, à la mode actuellement. J'ai pensé que, dans l'espèce, comme on dit au Palais, nous pourrions être, sans fausse honte, des *snobs* du chien.

Un jour donc, comme, selon l'expression du bon Horace,

Ilam forte, viâ sacrâ, sicut meus est mos,

j'aperçus, au bord de la chaussée, un chien se livrant, à l'occasion de sa défécation, à des mouvements dont la vue piqua ma curiosité.

Il était, certes, très constipé. Il exhibait, en effet, dans un plan normal à mon rayon visuel, sa double région fessière; or, le boudin stercoral en voie d'expulsion frappait par sa dimension.

La tentative usuelle dut être infructueuse, car, à certain moment, le sujet arcbouta, solidement et en avant contre le sol, son membre antérieur droit, tandis que le membre antérieur gauche étayait le corps en sens opposé. Etant bien prise cette position, le chien recourba en flexion la ligne de ses vertèbres dorsales, de telle sorte que sa paroi abdominale vint appuyer sur le membre antérieur gauche. Ce commencement de compression, auxiliaire de la contraction des muscles abdominaux, ne dut point suffire, car, après quelques minutes le défécateur détacha du sol et souleva, en le fléchissant, son membre postérieur droit puis, successivement, le postérieur gauche, de telle sorte que, à ce moment précis de la manœuvre, le poids du corps, contenu, d'autre part et dès le principe, par le membre antérieur droit, ne reposait plus, par le plan de la paroi abdominale, que sur le membre antérieur gauche disposé comme en bandoulière en avant de cette paroi et tangentiellement à elle.

Le résultat final, un suprême effort d'expulsion étant réalisé avec éclat, ne tardait pas à se parachever par la délivrance de ce chien ingénieux.

Les médecins-vétérinaires possèdent, j'imagine, dans cet ordre d'idées et de faits, des observations et des théories, car le cas doit être d'observation courante.

Dans la question de savoir si cette pratique, littéralement cynique, dérive de l'histoire ancestrale du chien ou de la suggestion, directe ou indirecte, je déchire ma compétence; mais l'idée même m'en a paru bonne à en exprimer une conclusion au point de vue du génie orthopédique, ainsi que nous le dirons.

La constipation chez la femme, chez celle du monde surtout, est l'infirmité régnante et l'on sait toute la honte que nous éprouvons, sinon à avouer notre trop fréquente impuissance à cet égard, du moins à être convaincus de l'inanité de notre arsenal thérapeutique.

A telle enseigne que les patientes affectées de cette infirmité ont sollicité et provoqué les spécialités dont elles pouvaient être les justiciables-nées, et par ces temps de spécialisation — je ne dis pas de spéculation — à outrance, Dieu sait jusqu'à quel point a pu s'aventurer la fécondité inventive de quelques confrères. Je pourrais citer le cas de Mme X : elle a reçu, dans un institut qui existe, à Cracovie si je ne me trompe, et dont le personnel soutient, paraît-il, un imperturbable sérieux, une série d'une trentaine de lavements électriques. L'indication était, lui avait-on dit, de donner le branle aux neurones qui innervent les tissus élémentaires des organes qui concourent à la défécation : le résultat en fut d'ailleurs absolument nul. Mme Y développe, à obtenir une selle hebdomadaire, une laboriosité très pénible. Un professeur, dont la compétence et la conscience sont indiscutables, opine pour une dilatation forcée, sous le chloroforme, du sphincter anal.

La douche ascendante, que sa vogue arrivera peut-être à faire administrer à ses amateurs disposés, en cas d'encombrement au Hammam, comme à la file indienne, ne vous laisse-t-elle pas un peu sceptique?

En l'état, pourquoi ne prendrions nous point une piste que je ne sache pas encore très courue? Il était, en ces dernières années, très bruyamment question, chez les spécialistes des maladies de la nutrition, de sangles abdominales contre les ptoses viscérales, autres maladies à baptême, sinon à naissance, de fraîche date; la sangle de Glénard, du nom de l'un des protagonistes de cette école, est classique. Les ceintures hypogastriques ont pris beaucoup de vogue pour le soutien, à travers la paroi abdominale, d'un utérus déplacé ou dévié à l'occasion d'une grossesse ou pour toute autre cause.

L'orthopédie a été, en un mot, requise de créer et perfectionner nombre d'engins.

Voici donc le rêve, dans sa forme si peu poétique soit-elle, que j'ébauchais et soumets au lecteur. On pourrait, à l'intention de la dame aux détentes intestinales par trop pénibles, installer dans son *buen-retiro*, accrocher à l'un des murs latéraux de la cellule, une sangle souple, de tissu analogue à celui des ceintures hypogastriques et pouvant, à l'autre extrémité, s'agrafer à un arrêt disposé à la paroi opposée. Si la défécatrice n'était pas secourue, en temps utile, par la pression de sa paroi abdominale contre ses membres inférieurs mal disposés à ces fins, elle doublerait cette paroi naturelle par la sangle, paroi postiche sur laquelle elle pèserait. Elle se servirait, en termes plus justes que galants, de la sanglecomme de la sous-ventrière d'un harnais.

Que si, à la clinique du chirurgien, au cabinet de l'électricien, au hall hydrothérapique, l'on agit, en grande ou faible partie, au moyen du *tape-l'œil*, ici nous procéderions plus utilement du *tape-ventre*.

Je ne sais si Florian ou La Fontaine, pour ne parler que des nôtres, qui ont prêté la parole au chien en de si multiples circonstances, ont jamais songé à cette leçon de choses que cet ami de l'homme eût pu donner à ce dernier; ils en eussent fait, en l'occurrence, un *canis... dicendi vel agendi peritus*. Le chien est donc, sinon un vulgarisateur par la conférence, mieux un propagandiste par l'acte. Mais, en ce chapitre de la thérapeutique de la constipation, il a des précurseurs. L'histoire de la médecine nous raconte, en effet, que la chèvre enseigna les premiers éléments des purgatifs au berger Ménandre, qui, l'imitant, purgea avec de l'hellébore les filles d'Argus atteintes de folie et les guérit par cette dérivation sur le tube digestif. Ainsi une cigogne, peut-être mieux un ibis, constipé, se serait injecté, avec son long bec, de l'eau dans son rectum paresseux : de là l'idée-mère du lavement.

Les auteurs animaliers peuvent donc revendiquer, en l'honneur de leurs sujets, la priorité d'invention des agents et des engins de l'exonération intestinale.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le docteur Paul Rosenthal (*Therap. d. Gegenw.*, décembre 1902) recommande vivement un nouvel antiseptique urinaire, l'helmitol, dans la cystite, la prostatite, l'urétrite blennorragique, etc... L'helmitol est un sel dans la composition duquel entrent du formaldéhyde, de l'acide citrique et de l'hexaméthylènetétramine. Il dégage très facilement son formaldéhyde et développe une action désinfectante très énergique. Il communique à l'urine une réaction acide. L'auteur a traité vingt cas avec succès. Dans un seul cas de blennorragie chronique, l'helmitol a échoué au début pour procurer cependant dans la suite le résultat cherché. Le docteur Rosenthal termine son travail en déclarant que, bien que ses expériences ne soient pas assez nombreuses pour juger complètement de la valeur thérapeutique de l'helmitol, elles sont cependant si favorables qu'il recommande vivement l'essai de ce produit.

QUESTION D'INTERNAT

Signes physiques de l'insuffisance aortique.

I. INSUFFISANCE AORTIQUE D'ORIGINE ENDOCARDIQUE (maladie de Corrigan). — Les signes physiques sont : *a*. cardiaques, *b*. vasculaires.

A. **Signes cardiaques.** — INSPECTION : a. *abaissement du choc de la pointe*, qui bat dans le sixième ou le septième espace intercostal gauche; b. *augmentation de la force de ce choc*; c. parfois *voussure précordiale*. Ces trois signes sont en rapport avec l'hypertrophie du ventricule gauche.

PALPATION : *a*. exceptionnellement *frémissement diastolique* au niveau du deuxième espace intercostal droit, frémissement traduisant le reflux diastolique du sang à travers l'orifice aortique; b. *augmentation de la force du choc de la pointe*, laquelle donne à la main, à chaque systole, la sensation d'une boule se durcissant sous la main (*choc en dôme* de Bard, caractéristique, pour cet auteur, de l'I. A.).

PERCUSSION. *Augmentation de la matité verticale du cœur*, due à l'hypertrophie du ventricule gauche.

AUSCULTATION. 1. Souffle diastolique de la base. a. *Moment* : ce souffle commence *au début même de la diastole et se prolonge plus ou moins pendant le grand silence, en s'affaiblissant progressivement*; b. *Timbre* humé, *aspiratif*, caractère capital, exceptionnellement rude, râpeux [*I. A. traumatique*, due à la rupture d'un anévrysme valvulaire ou d'une valvule (v. Barié, *Traité pratique des maladies du cœur*, p. 427)]; c. *Tonalité élevée*; d. *Siège* : *partie interne du deuxième espace intercostal droit* ou mieux *derrière le troisième cartilage costal droit*; de là, le souffle se *propage en descendant le long du bord droit du sternum* jusqu'à l'appendice xyphoïde où, pour C. Paul, il serait plus fort même qu'à l'orifice aortique.

Quelquefois ce souffle s'entend mieux à la pointe, ce qui

serait dû à une disposition particulière de l'orifice aortique, disposition dirigeant l'ondée sanguine rétrograde vers la pointe (Potain).

2. Autres souffles. a. Le *souffle systolique de la base*, d'ailleurs exceptionnel, a été attribué à un rétrécissement aortique concomitant : en réalité, c'est, le plus souvent, un souffle cardio-pulmonaire (Potain); b. *Souffle systolique de la pointe* lié quelquefois à une insuffisance mitrale organique concomitante, mais, le plus souvent, à une insuffisance fonctionnelle par dilatation extrême du ventricule gauche; c. *souffle présystolique* de la pointe dû soit à un rétrécissement initial organique surajouté, soit plutôt à un rétrécissement mitral fonctionnel : l'ondée sanguine aortique vient, dans son trajet rétrograde, refouler la grande valve de la mitrale vers l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et produit ainsi un rétrécissement momentané, diastolique, de cet orifice (Samson, Potain).

Cause du souffle diastolique de la base : reflux de l'ondée aortique dans le ventricule gauche à chaque diastole ventriculaire. Ce reflux se traduit à la main par un frémissement, à l'oreille par un souffle.

B. **Signes artériels.** — 1. Danse des artères : s'observe surtout au niveau des artères de la tête et des membres supérieurs : battements tumultueux, rythmiques, perçus par le malade.

2. En rapprocher les secousses rythmiques de la tête (*signe de Musset*), secousses systoliques (coïncidant avec la diastole artérielle), composées d'une oscillation principale et d'oscillations secondaires, signe important, mais non pathognomonique [Fraënkel (1)].

3. Le pouls est *ample*, *bondissant* puis *dépressible*, *régulier* (pouls de Corrigan), caractères *qu'exagère l'élévation du bras* du malade (Stokes) et qui se traduisent, au sphygmographe, par α. une *ligne d'ascension verticale* très haute, β. un *crochet* en angle très aigu reliant la ligne d'ascension à la ligne de descente. Ce crochet est important, mais non pathognomonique : il se retrouve dans tous les cas où coïncide, avec une tension artérielle diminuée, une énergique systole ventriculaire (fièvre typhoïde, infections puerpérales, hémorragies graves, Quinquaud; anévrismes de l'aorte, etc.). Contrairement à ce que l'on a admis longtemps, la *tension artérielle est augmentée*, par spasme réflexe des vaisseaux périphériques.

4. Pouls capillaire : le rechercher au niveau du front (friction) et des ongles (pression) : alternatives de rougeur et de pâleur coïncidant, la première avec la systole, la seconde avec la diastole ventriculaire. Ce pouls peut s'observer au niveau de l'isthme du gosier (amygdales, luette), où il s'accompagne quelquefois de battement des amygdales (*s. de Fréd. Müller*). Il n'est pas pathognomonique et on peut le retrouver dans la chlorose, le mal de Bright, le saturnisme, etc.

5. Au niveau des artères du cou, *suppression du second bruit normal* (M. Raynaud).

Artère fémorale : *double ton* (Traube) : le premier normal, le second plus faible, coïncidant également avec la diastole artérielle; *double souffle intermittent crural* (Duroziez) : par compression de la fémorale, deux souffles, le premier dû à la compression de l'artère, le second, plus faible, dû à la différence de tension en deçà et au delà du point comprimé (v. Barié, *loco citato*, p. 635). Ce signe, très important, n'est pas pathognomonique : on l'observe dans le saturnisme, la dothiénentérie, la chlorose, etc. (Duroziez).

II. **insuffisance aortique d'origine artérielle.** — **Percussion**, α. *Dilatation constante de l'aorte*, qui se caractérise par ce fait que la matité aortique, contrairement à ce qu'on observe à l'état normal, dépasse de 1 à 3 centimètres le bord droit du sternum.

β. *Hypertrophie du ventricule gauche.*

Palpation. — Le doigt introduit derrière le manubrium perçoit les battements de l'aorte; surélévation des sous-clavières.

Auscultation. α. Le premier bruit est remplacé par un souffle rude, râpeux, d'aortite; le deuxième bruit par un souffle également *râpeux*, quelquefois il prend un retentissement *clangoreux*, *tympanique* (G. de Mussy).

Artères : dures, flexueuses, en tuyau de pipe; pouls hypertendu. Pas de double ton ni de double souffle crural.

(1) Voir : Des secousses rythmiques de la tête chez les aortiques, *Gaz. des hôp.*, 1902, n° 91.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Oral. — Séance du 17 mars 1903 : Question : « Cordon spermatique. — Varicocèle. »

MM. Favreul, 7 + 18 = 25; Blondin, 12 + 23 1/2 = 35 1/2; Gimbert, 7 + 19 = 26; Chaix, 12 + 21 = 33; Hubert (Camille), 9 + 18 = 27; Corlieu, 8 + 19 = 27; Tassin, 14 + 19 1/2 = 33 1/2; Ferlé, 9 + 18 = 27; Bloch, 16 + 22 = 38; Tanon, 15 + 24 = 39.

— Le jury du concours d'ophtalmologie est provisoirement composé de MM. Morax, Brun, de Lapersonne, Dieulafoy et Campenon.

MM. Brun et Dieulafoy n'ont pas fait connaître leur acceptation.

La discussion sur l'état sanitaire de l'armée au Sénat. — Cette longue discussion, sur laquelle les journaux politiques se sont longuement étendus, a pris fin vendredi soir. Différents ordres du jour étaient déposés.

Ordre du jour du docteur Léon Labbé :

« Le Sénat, insistant auprès du ministre de la Guerre sur la nécessité de montrer la plus grande sévérité dans le choix des hommes au moment du recrutement, et prenant acte de ses engagements, l'invite à poursuivre avec la plus grande rigueur les mesures ayant pour objet l'amélioration de l'état sanitaire dans l'armée, et passe à l'ordre du jour. »

Les docteurs Treille et Clemenceau proposaient l'ordre du jour suivant :

« Le Sénat, convaincu que, dans l'intérêt de la patrie et de la force réelle de l'armée, le chiffre du contingent annuel doit être proportionné à la population et qu'il ne faut appeler sous les drapeaux que des hommes robustes, confiants dans la fermeté du gouvernement pour assurer l'observation des règlements militaires et dans sa vigilance pour rehercher ou prendre toutes les mesures nécessaires à la santé du soldat, passe à l'ordre du jour. »

Le ministre de la Guerre a accepté celui de M. Léon Labbé qui a été voté par le Sénat après une assez vive opposition de M. Clemenceau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène alimentaire du nourrisson (allaitement, sevrage), par le docteur E. Maurel, chargé de cours de l'Université de Toulouse. In-8° de 216 p. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

La garde-malade et l'infirmière, rôle professionnel et programme d'enseignement, par le docteur G. Carrieu. 1 broch. in-8°. — Paris, J. B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 34. — SAMEDI 21 MARS 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 21 MARS 1903. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE MÉDICALE

DIAGNOSTIC DE L'ANGINE DIPHTÉRIQUE ET DES ANGINES AIGUES (1)

(*Leçons faites au Pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades.*)

Par le docteur A.-B. Marfan.

V

Les *angines pultacées* sont caractérisées par la présence sur l'amygdale d'un enduit blanc ou gris blanc, à limites peu nettes, sans adhérences, très friable, mou, semi-liquide, d'apect crémeux, puriforme; le contact de l'extrémité de l'abaisse-langue suffit souvent à le détacher et à le dissocier en partie. Ces caractères, surtout le défaut d'adhérence et de cohésion, distinguent ces enduits pultacés des couennes pseudo-membraneuses. Une autre différence réside dans le peu de tendance à l'extension de l'angine pultacée; bien qu'elle puisse s'étendre sur les piliers antérieurs et sur le voile du palais, le plus souvent elle ne franchit guère les limites de l'amygdale.

Au microscope, l'enduit pultacé se montre composé de leucocytes et de microbes mêlés dans une masse de mucus avec des débris épithéliaux : tandis que les concrétions pseudo-membraneuses sont surtout fibrineuses, les enduits pultacés méritent, par leur constitution histologique, le nom d'exsudats *puriformes*.

L'angine pultacée succède quelquefois à une angiue lacunaire : les exsudats, d'abord cryptiques, s'étalent alors à la surface de l'amygdale. Mais ce début n'est pas la règle; dans d'autres cas, l'enduit pultacé se développe d'emblée sur la surface de l'amygdale. L'angine pultacée se voit surtout chez des sujets cachectiques; elle semble due à une infection secondaire banale; sans gravité par elle-même, elle révèle le plus souvent un état général grave.

D'angine présentant nettement les caractères que nous venons d'assigner à l'angine pultacée et due à la diphtérie, nous n'en avons pas rencontré. Aussi lorsqu'on trouvera sur les amygdales un enduit blanc, crêmeux, puriforme, semi-liquide, que le seul contact de l'abaisse-langue détache et dissocie, on pourra exclure la diphtérie.

La seule difficulté de l'angine pultacée consiste à la distinguer du *muguet* du pharynx. Les deux affections s'observent généralement chez des sujets cachectiques. Mais, dans le muguet, on voit des grains blanchâtres, pareils à des grumeaux de lait, faciles à reconnaître surtout s'ils sont isolés. Cette matière est généralement plus abondante au voile du palais et à la voûte palatine qu'aux amygdales, à l'inverse de l'exsudat pultacé qui a pour siège principal l'amygdale; le muguet du pharynx coexiste ordinairement avec le muguet buccal. Enfin, comme les grains de muguet se détachent facilement, l'examen microscopique pourra en être fait si on a des doutes; il y montrera la présence de l'*oïdium albicans*.

VI

Dans sa forme commune, d'ailleurs très fréquente, l'*angine lacunaire* (encore appelée cryptique ou folliculaire) est caractérisée par la formation d'un exsudat puriforme dans les cryptes de l'amygdale. L'aspect de la gorge est alors caractéristique; la surface amygdalienne, rouge et gonflée, est parsemée de points blancs; chacune de ces petites taches représente l'orifice d'une crypte comblée par l'exsudat. Celui-ci n'a généralement pas de tendance à l'extension; il reste presque toujours limité aux lacunes amygdaliennes; ce n'est que bien exceptionnellement qu'il s'étale à la surface pour y déterminer un enduit pultacé. Si on presse légèrement l'amygdale avec le doigt aseptique ou avec un stype d'ouate, comme on le faisait au temps où les traitements locaux un peu rudes étaient encore en faveur, cette matière blanche jaillit et les cryptes se vident plus ou moins complètement, ce qui permet de s'assurer que l'exsudat n'est pas adhérent et qu'il est très friable, car il s'écrase et se dissocie avec facilité, parfois en répandant une odeur fétide. Au microscope, il se montre assez semblable à l'enduit pultacé; il est puriforme. *Cette angine lacunaire est confondue par beaucoup de médecins avec l'angine herpétique dont elle est pourtant bien distincte*; *elle est aussi fréquente que l'angine herpétique vraie est rare*. Dans sa forme commune que nous venons de décrire, l'angine lacunaire détermine souvent de la fièvre et des symptômes généraux; mais elle est ordinairement sans gravité et elle guérit en quelques jours.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 31, p. 305.

Ces points établis, nous voici en présence d'une des questions les plus délicates du diagnostic de l'angine diphtérique. *La diphtérie laryngée peut-elle quelquefois revêtir la forme lacunaire?* Cela n'est pas douteux; la chose n'est pas fréquente, mais elle est. Voici comment les phénomènes évoluent en pareil cas. L'exsudat fibrineux que détermine le bacille de Lœffler commence exclusivement par les cryptes au lieu de se développer d'abord sur la surface de l'amygdale. Mais cet exsudat, quand il est fibrineux et diphtérique, ne reste pas longtemps limité aux cryptes; en moins de vingt-quatre heures le plus souvent, la fibrine se répand à la surface de l'amygdale et le point lacunaire devient une petite tache pseudo-membraneuse, adhérente, solide, qui s'agrandit progressivement, ce qui la distingue des exsudats puriformes. Donc si on laisse évoluer la maladie toute seule sans injecter de sérum, la diphtérie, d'abord lacunaire, deviendra très vite pseudo-membraneuse.

De la connaissance de ces faits découle la règle suivante : en cas d'angine lacunaire aiguë, il faudra examiner la gorge du sujet deux fois par jour pendant les quarante-huit premières heures; si l'exsudat reste bien nettement lacunaire, il est à peu près sûr qu'il n'est pas diphtérique; et il est inutile d'injecter du sérum et même de faire un examen bactériologique.

Cependant, il est des cas où cette conduite n'est pas de mise et où, sans attendre d'avoir pu suivre l'évolution, on doit tout de suite injecter du sérum et isoler le malade rigoureusement jusqu'au moment où on connaîtra le résultat de la culture; ce sont ceux dans lesquels, dès le premier examen, on constate que l'angine lacunaire est survenue dans des circonstances ou s'accompagne de quelques signes qui permettent de craindre la diphtérie. On injectera immédiatement du sérum : 1° quand l'angine lacunaire s'est montrée dans un milieu diphtérique; 2° quand elle s'accompagne de laryngite, même légère; 3° quand elle s'accompagne d'une adénopathie assez marquée; 4° quand elle coexiste avec un coryza dont les caractères rappellent ceux de la diphtérie nasale (enchifrènement, jetage séro-sanguinolent, rougeur de la narine prédominant d'un côté). L'injection faite, on attendra le résultat de l'examen bactériologique pour savoir s'il faut la répéter et faire cesser un isolement rigoureux du malade (1).

VII

On peut distinguer trois variétés d'*angines ulcéreuses* : les angines *ulcéreuses proprement dites* dans lesquelles la destruction du tissu de la muqueuse est suivie immédiatement de l'élimination de la partie détruite; les angines *ulcéro-membraneuses*, qu'il me paraît préférable d'appeler *sphacélo-membraneuses*, dans lesquelles la muqueuse nécrosée reste adhérente aux tissus sous-jacents sous forme d'une membrane blanche; les grandes angines *gangréneuses* ou *noma de la gorge* qui détruisent en peu de temps tout le pharynx, dont la forme primitive ne s'observe plus dans nos hôpitaux d'enfants, mais dont on rencontre quelquefois des cas à la suite de la diphtérie ou de la scarlatine. Au point de vue du diagnostic de la diphtérie, une seule de ces angines nous intéresse, c'est l'angine sphacélo-membraneuse.

Avant de vous en parler, il me paraît utile de rappeler les caractères des processus ulcéreux qui peuvent s'observer dans l'angine diphtérique.

Les ulcérations de la gorge se montrent presque exclusivement dans les formes malignes de la diphtérie, dans celles qui semblent dues à une association du bacille de Lœffler avec un diplostreptocoque spécial; elles apparaissent au moment de la chute des fausses membranes, au-dessus desquelles elles se sont développées; elles sont en général superficielles et saignent très facilement. Beaucoup plus rarement, la diphtérie peut se compliquer de véritables gangrènes qui creusent et détruisent parfois plus ou moins complètement le voile, la luette, les piliers et les amygdales; ce phagédénisme pharyngé se montre aussi au moment de la chute des fausses membranes; il ne se voit qu'après les diphtéries malignes et se termine toujours par la mort.

Les angines pseudo-membraneuses de la scarlatine peuvent pareillement être suivies d'ulcérations qui sont en général superficielles et qui comportent un pronostic beaucoup plus bénin que celles qui succèdent aux couennes diphtériques.

Ces processus ulcéreux, précédés de processus nettement pseudo-membraneux, qu'ils soient dus à la diphtérie ou à la scarlatine, ne comportent pas de difficultés d'interprétation.

Mais l'angine *ulcéro-membraneuse* ou mieux *sphacélo-membraneuse* peut, au premier abord, simuler plus ou moins une angine fibrineuse et être une cause d'erreur. La connaissance de ses caractères permet cependant de la reconnaître avec facilité, au moins quand elle revêt sa forme typique. Signalée par Rilliet et Barthez, par Bergeron, décrite par Peter, l'angine ulcéro-membraneuse a été considérée par les auteurs comme la localisation pharyngée de la stomatite ulcéro-membraneuse; or cette conception, comme nous le verrons, n'est nullement démontrée. De nos jours, cette angine a été l'objet de travaux intéressants de la part de M. Vincent.

Au Pavillon de la diphtérie, nous en observons au moins une dizaine de cas tous les ans (soit au moins 1 p. 100 des cas admis). Ce qui la caractérise, comme la stomatite qui porte le même nom, c'est la production d'un sphacèle plus ou moins étendu de la muqueuse, sphacèle qui reste ensuite adhérent pendant quelques jours aux tissus sous-jacents et se présente sous la forme d'une membrane blanchâtre, molle, pulpeuse, dont la surface est inégale, irrégulière, parfois d'aspect comme filamenteux et donnant nettement l'impression qu'elle repose sur une excavation. Cette angine est le plus souvent unilatérale et elle a une prédilection pour le côté droit; elle est ordinairement limitée à l'amygdale et à la partie adjacente du pilier antérieur; quand elle atteint les deux amygdales elle prédomine nettement sur l'une d'elles; d'un côté les altérations sont profondes et étendues, de l'autre elles sont minimes. Son caractère ulcéreux et son siège unilatéral ont valu à cette angine l'épithète de *chancriforme*.

Dans ses formes typiques, l'angine chancriforme est bien distincte de l'angine pultacée et de l'angine pseudo-membraneuse. L'enduit que forme la muqueuse nécrosée se distingue de l'exsudat pultacé par son adhérence aux parties sous-jacentes, et de la concrétion fibrineuse par sa

(1) Au Pavillon de la diphtérie, on n'envoie guère que les angines lacunaires avec laryngite. Sur 100 entrées, il y a environ 5 angines lacunaires avec croup, et 1 angine lacunaire sans laryngite. Les angines lacunaires avec laryngite sont diphtériques 80 fois p. 100; celles qui ne sont pas accompagnées de symptômes laryngés sont diphtériques 0,40 fois p. 100.

mollesse, son défaut de cohésion et l'état tomenteux de sa couche superficielle. Il se distingue des deux par son développement unilatéral et le processus de nécrose auquel il est lié. Au microscope, cet enduit apparaît comme composé d'une substance fondamentale granuleuse qui se colore très mal et qui représente le reliquat de l'épithélium et du derme mortifié; dans cette substance, on voit des éléments qui, au contraire, prennent bien la couleur; ce sont des débris nucléaires, des filaments de fibrine et surtout de nombreuses bactéries, parmi lesquelles prédominent des bacilles fusiformes et des spirilles sur lesquelles nous allons revenir.

L'angine sphacélo-membraneuse s'accompagne ordinairement d'une adénopathie sous-maxillaire assez accusée du côté correspondant à l'amygdale atteinte. L'haleine des malades est souvent fétide; mais leur état général est satisfaisant; ils n'ont que peu ou pas de fièvre et de malaise. La marche de l'affection est lente; la gorge met assez longtemps à se nettoyer, quelquefois deux ou trois semaines; quand la matière sphacélée est tombée, on trouve à sa place une surface recouverte de bourgeons charnus rouges, qui se cicatrise rapidement.

M. Vincent a avancé qu'un caractère constant de cette angine est la présence dans les parties atteintes de deux microbes : des spirilles et des bacilles fusiformes, qu'on ne peut pas cultiver ou qu'on ne cultive que très imparfaitement, mais qu'on voit avec facilité sur des frottis. Cette assertion est exacte : dans tous les cas typiques que nous avons observés, nous avons constaté l'association fuso-spirillaire, en même temps que l'absence du bacille de la diphtérie. La question de savoir si les microbes de Vincent sont la cause de l'angine chancriforme est controversée, car ils sont des hôtes normaux du tartre dentaire, de l'enduit lingual, du mucus pharyngé et on les a rencontrés dans les affections les plus différentes (abcès dentaires, crachats des pneumocoques et des tuberculeux, selles dysentériques, etc.).

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de relever l'absence très fréquente des fusiformes et des spirilles dans la forme classique de la stomatite ulcéro-membraneuse, c'est-à-dire dans celle qui débute au niveau d'une molaire en éruption. Cette constatation porte à penser que l'angine chancriforme et la stomatite ulcéreuse commune ne sont pas deux localisations d'une même maladie. Cette manière de voir est corroborée par la rareté de la coexistence des deux affections; et il est à remarquer que l'association fuso-spirillaire n'a été constatée dans les lésions ulcéreuses de la bouche que lorsqu'elles accompagnaient une angine chancriforme.

Mais, laissant de côté ces questions de nature et de pathogénie et revenant au diagnostic, il est incontestable que, dans l'angine sphacélo-membraneuse, on trouve les microbes de Vincent en abondance et d'une manière constante, et que, par suite, ils peuvent servir à la reconnaître. Donc, lorsqu'on se trouve en présence d'une angine dont les caractères objectifs sont ceux que nous avons indiqués, on examinera au microscope un frottis sur lamelle avec une coloration simple et on si on y découvre les bacilles fusiformes et les spirilles, on aura la certitude qu'il s'agit d'une angine chancriforme.

Nous avons rencontré quatre angines blanches dans l'enduit desquelles on trouvait associés le bacille de la diphtérie et les microbes de Vincent; dans ces cas, l'angine ne présentait pas nettement les caractères objectifs de l'angine chancriforme; par places, la matière blanche qui recouvrait l'amygdale était un véritable exsudat fibrineux; l'affection était d'ailleurs bilatérale (1). Par ces particularités, ces faits rentrent dans le groupe des angines à caractères ambigus dont nous allons nous occuper maintenant.

VIII

Je me suis efforcé, dans l'exposé que je viens de faire, de tracer d'une manière aussi précise que possible les caractères des enduits blancs que peuvent produire sur la gorge les diverses angines aiguës. Je dois dire maintenant qu'il y a des cas dans lesquels, tout au moins à un premier examen, il est difficile ou impossible de faire rentrer l'enduit blanc constaté dans un des groupes précédents. Voici deux exemples de ces *angines blanches indéterminées*. Dans ce premier cas, vous voyez sur une amygdale un exsudat nettement lacunaire, tandis que sur l'autre vous voyez une traînée blanche oblique et irrégulière, dont il est impossible de dire, à moins de l'arracher pour juger de son adhérence et de sa friabilité, si c'est une pseudo-membrane fibrineuse en formation ou si c'est un exsudat puriforme situé dans une lacune allongée obliquement. Dans le second cas, vous voyez sur les deux amygdales des traînées blanches formant un réseau, en *toile d'araignée*; bien que ces exsudats réticulés soient le plus souvent fibrineux et diphtériques, ils sont quelquefois lacunaires, puriformes et non diphtériques; c'est ce qui arrive lorsque l'angine lacunaire se développe sur des amygdales dont les cavités cryptiques, au lieu d'être comme des puits isolés, forment des sillons irréguliers et anastomosés comme les scissures encéphaliques.

Dans ces cas, de même que dans l'angine lacunaire, c'est l'évolution seule qui permettra de juger. Si l'exsudat est de nature fibrineuse et diphtérique, en examinant ce sujet deux et même trois fois par jour pendant les quarante-huit premières heures, on verra l'enduit s'étaler et former des taches pseudo-membraneuses et alors on injectera du sérum. Mais, pour pratiquer cette injection, on n'attendra même pas cette évolution lorsque cette angine blanche à caractères indéterminés s'accompagne de laryngite, ou d'un coryza suspect, ou d'une adénopathie cervicale très accusée, ou enfin lorsqu'elle est survenue dans un milieu diphtérique.

Enfin, il y a des cas où il existe réellement un mélange de processus divers et où un exsudat fibrineux voisine soit avec un enduit puriforme, soit avec l'enduit nécrotique de l'angine chancriforme, comme je viens d'en citer des exemples. Bien que ces processus mixtes, que je désigne sous le nom d'*angines blanches à caractères ambigus*, ne soient pas très fréquents, l'observation d'un très grand nombre de cas nous a permis de constater leur existence et d'ailleurs on peut expliquer leur production en faisant intervenir les associations microbiennes. Au point de vue pratique, d'ailleurs, ces cas ne doivent pas laisser dans l'hésitation; ce que nous avons vu ici nous permet d'affirmer que presque toujours, au moins chez les enfants, ces enduits renferment le bacille de la diphtérie; il faudra donc injecter

(1) Des faits de ce genre ont déjà été signalés. — Voir SIMONIN. Les rapports de la symbiose fuso-spirillaire avec les angines banales, la scarlatine, la diphtérie et le scorbut. Soc. méd. des hôpit., 14 mars 1902.

du sérum tout de suite avant d'avoir le résultat de l'examen bactériologique.

IX

Vous avez pu vous convaincre que par une investigation clinique minutieuse, l'indication de la première injection de sérum pouvait et devait, presque toujours, être posée sans le secours de l'examen bactériologique. Mais vous avez pu voir aussi que certains cas ne peuvent être définitivement éclaircis que par les cultures de l'exsudat pharyngé, et qu'alors, après la première injection de sérum, le traitement ultérieur et la prophylaxie ne peuvent être dirigés avec assurance que lorsqu'on connaît le résultat de ces cultures. D'ailleurs, même quand le diagnostic paraît certain, il sera toujours utile, lorsqu'on le pourra, de faire l'examen bactériologique, parce qu'on n'a jamais trop de signes pour faire le diagnostic d'une maladie.

Voici donc le moment d'exposer la technique du diagnostic bactériologique de la diphtérie et de rechercher quel degré de certitude il donne.

Dans la pratique, le diagnostic bactériologique de la diphtérie se fait par l'ensemencement des exsudats de la gorge sur du sérum de sang de bœuf ou de veau. A la vérité, on peut quelquefois établir ce diagnostic par l'examen microscopique extemporané d'une lamelle frottée avec un fragment d'exsudat ; mais, outre que ce procédé ne donne pas toujours de résultat décisif, il exige, pour qu'on en puisse interpréter exactement le résultat, qu'on soit déjà familiarisé avec l'examen microscopique des cultures. C'est donc avant tout par les cultures qu'on établit le diagnostic bactériologique.

Voici la technique de ces cultures. Avec un fil de platine ou d'acier, à l'extrémité spatulée, d'abord flambé au rouge, puis refroidi, on gratte la muqueuse pharyngée au niveau des exsudats et on ensemence en surface des tubes renfermant du sérum de sang de bœuf coagulé en plan oblique; l'ensemencement doit être fait en stries parallèles et sans trop appuyer. On doit ensemencer au moins deux tubes. Le sérum de bœuf est un milieu si favorable à la culture du bacille diphtérique que, si on place ces tubes à l'étuve à température constante, maintenue à 37 degrés, les colonies de ce bacille sont déjà bien développées au bout de dix-huit heures.

Le principe du diagnostic par les cultures est le suivant : sur le sérum et en moins de vingt heures, aucun bacille ne peut donner de colonies aussi visibles et aussi nombreuses que le bacille de la diphtérie. Seuls, quelques microcoques (comme un coccus trouvé chez l'enfant Brisou par MM. Roux et Yersin et appelé coccus Brisou) peuvent se développer aussi vite. Nous verrons tout à l'heure qu'il faut apporter quelques restrictions à ce principe; mais acceptons-le pour l'instant. Il suffira donc d'examiner la culture au microscope et si les colonies se montrent constituées par des bacilles, restant colorées au moins partiellement par la méthode de Gram, on en conclut qu'il s'agit de diphtérie.

Déjà, l'aspect macroscopique des cultures sur sérum au bout de dix-huit heures permet de prévoir si c'est le bacille de la diphtérie qui a cultivé; celui-ci donne en effet des colonies qui apparaissent sous forme de points un peu saillants, d'un blanc gris, plus opaques et plus élevés au centre qu'à la périphérie, tandis que le coccus Brisou donne des colonies moins grises, moins opaques, moins saillantes et d'une épaisseur plus uniforme. En tout cas, l'examen microscopique de ces colonies va lever nos doutes.

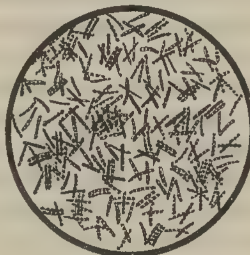
Pour faire cet examen, on met une goutte d'eau distillée sur une lamelle; avec un fil de platine en anse, préalablement stérilisé et refroidi, on recueille une parcelle de la colonie que l'on délaie dans la goutte d'eau déposée sur la lamelle; on sèche; on fixe en passant trois fois à la flamme; puis on colore en déposant sur la préparation deux gouttes de bleu de Roux (obtenu par le mélange d'une solution de violet dahlia et de vert de méthyle) ou bien deux gouttes de la solution suivante :

Cristal violet................	1 gramme
Alcool absolu................	10 —
Acide phénique cristallisé.....	2 —
Eau distillée................	100 —

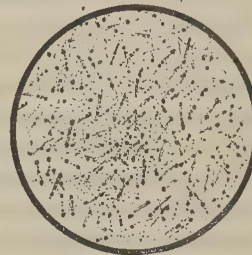
On laisse la solution colorante environ une minute; on lave à l'eau; puis on sèche la préparation qui est examinée avec l'objectif à immersion.

Il est bon de préparer au moins deux lamelles et tandis que l'une est colorée simplement comme il vient d'être dit, la seconde est traitée par la méthode de Gram; c'est-à-dire qu'après l'avoir coloré pendant une minute avec une des solutions précédentes, on verse l'excès de matière colorante et on met la lamelle pendant une minute dans la solution iodo-iodurée; on décolore ensuite avec l'alcool absolu jusqu'à ce que l'alcool coule presque incolore, puis on sèche et on examine la préparation au microscope.

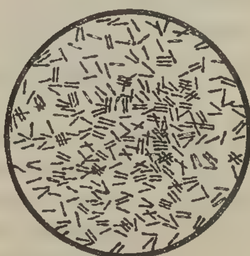
Le bacille de la diphtérie présente, ainsi que l'a montré M. L. Martin, trois variétés morphologiques que l'on désigne sous les noms de bacilles longs, bacilles moyens, bacilles courts; parfois ces diverses formes se trouvent mélangées dans la préparation; mais, assez souvent, l'une d'elles prédomine. Leurs caractères microscopiques ont été bien étudiés par M. Deguy, à qui sont dues les préparations que je mets sous vos yeux et qui vous en donneront une idée exacte.



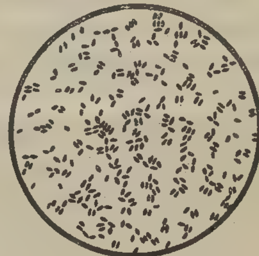
Bacilles longs.
(Coloration simple.)



Bacilles longs.
(Coloration au Gram.)



Bacilles moyens.



Bacilles courts.

Le *bacille moyen* est le bacille type, celui qui a servi aux descriptions classiques; c'est un bâtonnet habituellement, mais non toujours, renflé aux deux extrémités; il prend assez uniformément la matière colorante, aussi bien avec la coloration simple qu'avec la méthode de Gram. Il se dispose de deux manières : tantôt les éléments sont parallèles, tantôt ils sont entrecroisés, figurant des V, des L,

des U, ou bien ils sont en amas enchevêtrés, plus ou moins touffus.

Les *bacilles longs* sont des bâtonnets non renflés aux extrémités qui se colorent inégalement par la coloration simple et surtout par la méthode de Gram; on voit dans l'intérieur du corps bacillaire une série de points ronds fortement colorés séparés par des parties presque incolores. Sa disposition est caractéristique, ses éléments ne sont presque jamais parallèles; ils sont toujours enchevêtrés; ils forment des buissons plus ou moins touffus; ils se groupent comme un faisceau d'aiguilles qu'on aurait laissé tomber. Ces bacilles longs prennent quelquefois des formes ramifiées, avec des prolongements en massue; mais cet aspect est très rare dans les cultures jeunes.

Les *bacilles courts* sont notablement différents des deux variétés précédentes : outre que leurs colonies sont parfois un peu plus blanches, un peu plus humides, leur forme est très particulière; ce sont des bâtonnets courts, trapus, renflés au centre, de forme ovoïde. Ils prennent la couleur d'une manière uniforme aussi bien avec la coloration simple qu'avec la méthode de Gram. Ils se disposent le plus souvent en éléments parallèles, ou bien ces éléments sont groupés au hasard, sans rien de caractéristique.

On a soutenu que ces bacilles courts ne devaient pas être considérés comme de vrais bacilles diphtériques, parce qu'ils sont habituellement dépourvus de virulence. Cette assertion n'est pas exacte, ainsi que cela résulte des recherches de M. L. Martin, de M. Lesieur et de M. Gauquelin. Celles de ce dernier, faites dans notre laboratoire, ont achevé pour nous cette démonstration : le vrai bacille de la diphtérie peut revêtir la forme du bacille court, être sous cette forme aussi virulent et de la même manière que le bacille long et engendrer des diphtéries graves. Il intervient fréquemment dans la diphtérie laryngée qui se développe au cours ou au déclin de la rougeole.

Ces caractères connus, il s'agit maintenant d'interpréter les résultats de la culture, et nous avons deux cas à envisager : celui où la culture est positive et celui où elle est négative.

1° La culture est positive; en moins de vingt-quatre heures, il y a des colonies déjà assez nombreuses offrant les caractères indiqués : si, à l'examen microscopique, elles présentent *très nettement* les caractères que nous venons de tracer, si on les trouve formées par des bacilles exactement identiques aux bacilles longs, aux bacilles moyens ou aux bacilles courts, tels que nous les avons décrits et figurés, nous croyons qu'on n'a presque aucune chance de se tromper en avançant qu'il s'agit de bacilles de la diphtérie.

Cependant la chose peut être contestée et il est certain que l'existence des *bacilles pseudo-diphtériques* peut soulever des difficultés.

On appelle bacilles pseudo-diphtériques des bâtonnets qu'on trouve dans la gorge, saine ou malade, qui possèdent la propriété de se développer en moins de vingt-quatre heures sur le sérum, qui restent colorés avec la méthode de Gram et qui ne sont pas virulents.

Il paraît certain, surtout depuis les recherches de MM. Veillon et Hallé, qu'il existe plusieurs espèces de bacilles possédant ces propriétés; mais la plupart diffèrent assez des vrais diphtériques par leur morphologie pour que, avec un œil un peu exercé, ils ne puissent constituer une cause d'erreur. Les bacilles qu'on appelle proprement bacilles pseudo-diphtériques ou bacilles d'Hoffmann ressemblent au contraire assez aux vrais microbes de la diphtérie pour qu'on puisse hésiter; selon certains auteurs, ils ne se distingueraient même que par leur défaut de virulence.

L'existence de ces bacilles a donné lieu à des discussions doctrinales nombreuses: les uns les considèrent comme une espèce distincte du vrai bacille diphtérique, d'autres au contraire les regardent comme une variété du vrai bacille de la diphtérie qui aurait perdu sa virulence et qui serait capable de la récupérer sous certaines influences. Cette question est encore controversée et obscure; vous la trouverez exposée en détail dans un travail très complet de M. Lesieur (*Les bacilles dits pseudo-diphtériques*, Thèse de Lyon, 1902); vous la trouverez aussi discutée dans l'étude de M. Gauquelin dont je vous parlais tout à l'heure; ce n'est pas le lieu de l'aborder; aujourd'hui, nous n'avons à nous occuper que des erreurs que l'existence de ces bacilles pseudo-diphtériques peut faire commettre dans le diagnostic bactériologique des angines.

Tout d'abord, on s'accorde à reconnaître que la difficulté ne peut exister que pour le bacille court, car, en général, les bacilles pseudo-diphtériques ressemblent aux bacilles courts. Pourtant, on trouve parfois des bacilles pseudo-diphtériques qui ressemblent aux bacilles longs et aux bacilles moyens; mais, dans ces cas — qui d'ailleurs sont très rares — les cultures, au bout de vingt-quatre heures, n'ont donné que des colonies peu nombreuses et peu développées, ce qui met tout de suite en défiance; de plus, la disposition en groupes de bacilles touffus et enchevêtrés est exceptionnelle.

Reste donc la question du diagnostic des bacilles courts diphtériques et des bacilles courts pseudo-diphtériques. Leur distinction ne peut être faite avec une certitude complète que par une étude détaillée, surtout par l'étude de la virulence; mais cette dernière ne peut servir pour un diagnostic rapide. On a bien proposé divers procédés de différenciation immédiate (réaction d'Escherich, réaction de Neisser); mais, vérification faite, ils ont été reconnus infidèles. M. Deguy est porté à croire que l'étude de la mobilité pourrait servir à ce diagnostic; d'après lui, les pseudo-diphtériques seraient généralement mobiles, tandis que les vrais diphtériques seraient immobiles; mais ses recherches sont en cours et ne permettent pas une conclusion ferme. Faut-il donc renoncer à reconnaître rapidement si les bacilles courts qui se sont développés dans une culture sont de vrais ou de faux diphtériques? Nous croyons que, quand on a acquis un certain entraînement de l'œil, on peut arriver à faire ce diagnostic, sinon avec une absolue certitude, tout au moins avec une grande probabilité; les pseudo-diphtériques sont moins uniformes, plus polymorphes, que les vrais diphtériques; leur groupement n'est pas aussi caractéristique. Il faut dire en outre qu'il n'est pas très fréquent de trouver des cultures dans lesquelles le bacille court se développe à peu près seul; souvent il est associé à des formes longues ou moyennes, dont l'aspect caractéristique lève tous les doutes. Dans les rares cas où les colonies sont presque exclusivement formées par des bacilles courts, on sera autorisé à les considérer comme de vrais diphtériques : 1° lorsque les colonies sont déjà assez nombreuses vers la vingtième heure; 2° lorsqu'elles sont pures ou à peu près pures; 3° lorsque les bâtonnets sont très égaux, très uniformes, bien rangés en palissade; les courts pseudo-diphtériques sont en effet généralement moins uniformes, plus polymorphes et leur

groupement n'est pas caractéristique. Je reconnais que ces différences sont d'une appréciation délicate et qu'elles pourront parfois laisser dans l'incertitude. Mais, je le répète, les occasions d'hésiter seront rares.

En résumé, lorsque, en moins de vingt-quatre heures, les cultures ont donné des colonies déjà *nombreuses* de bacilles longs ou moyens, avec des groupes enchevêtrés, gardant plus ou moins complètement la couleur après action de la solution de Gram, présentant d'ailleurs les caractères morphologiques que nous avons indiqués, la diphtérie est certaine. Lorsque les cultures fournissent le seul bacille court, si les colonies sont *nombreuses*, pures ou à peu près, si elles sont composées d'éléments uniformes, groupées en palissade et gardant le Gram, il n'y a presque pas de chances de se tromper si on conclut à l'existence de la diphtérie. Vous voyez donc qu'en somme le meilleur criterium est le nombre des colonies déjà apparentes au bout d'une vingtaine d'heures. En tout cas, s'il reste un doute, il y a tout avantage à diriger le traitement et la prophylaxie, comme s'il s'agissait de diphtérie.

2° Examinons maintenant le cas où les cultures sont négatives.

A-t-on alors le droit de conclure qu'il n'existe pas de diphtérie? Oui, à peu près sûrement, quand la culture a été faite dans de bonnes conditions. Mais ceci exige un commentaire. On a coutume de dire qu'en science expérimentale, un seul résultat positif est probant, tandis qu'un seul résultat négatif ne prouve rien; il y aurait beaucoup à dire sur cet aphorisme en général; mais ce que nous pouvons affirmer, après une assez longue expérience, c'est qu'en matière de diphtérie un examen bactériologique *bien fait*, s'il est négatif, permet de rejeter presque sûrement l'existence de cette maladie. Lorsque les premières cultures sont stériles et que cependant les symptômes sont en faveur de la diphtérie, nous faisons toujours faire un second ensemencement; il est rare que celui-ci vienne contredire le premier. Lorsque cela arrive, nous faisons une enquête qui nous révèle presque toujours une cause d'erreur dans le premier ensemencement ou la première culture.

Il n'est pas inutile d'énumérer ici ces causes d'erreur : 1° la récolte de la semence peut avoir été faite avec un fil encore trop chaud; 2° ou bien le grattage de la gorge n'a pas porté exactement sur les parties malades; 3° ou bien l'étuve s'est déréglée, surtout pendant la nuit : cela se produit quelquefois aux Enfants-Malades où la canalisation de gaz est défectueuse; alors si on ne laisse pas la culture à l'étuve quelques heures en plus du temps réglementaire, on risque de se tromper en la déclarant stérile; 4° enfin, il faut quelquefois faire intervenir une cause d'erreur plus rare; les tubes de sérum qui servent pour la culture étant assez difficiles à préparer, on les achète tout prêts dans le commerce; or, il y a des séries de ces tubes sur lesquels le bacille pousse mal, lentement, ou même pas du tout. Mais somme toute, si on évite ces causes d'erreur, ce qui est facile, un résultat négatif peut être considéré comme probant. Toutefois, c'est une règle à suivre aussi rigoureusement que possible : s'il y a désaccord entre les symptômes et les cultures, il faut faire un nouvel ensemencement.

Je vais maintenant indiquer les services que peut rendre parfois l'examen direct de l'exsudat. Voici comment on procède à cet examen : Avec la spatule qui sert à faire les ensemencements, on gratte légèrement l'enduit pharyngé de manière à ce qu'une parcelle de cet enduit reste sur la spatule; cette parcelle est étalée sur une lamelle de verre, séchée, fixée par trois passages rapides à la flamme, puis colorée avec les solutions déjà indiquées, et examinée au microscope. Au milieu de débris cellulaires de leucocytes, de filaments de fibrine, on aperçoit de nombreux microbes, cocci, bâtonnets, etc. Parmi eux, on peut, si on est déjà familiarisé avec l'examen des cultures, reconnaître les groupes de bacilles diphtériques, quand ils sont nombreux et disposés d'une manière caractéristique (buissons touffus de bacilles longs, rangées parallèles de bacilles moyens ou courts); aussi ce procédé permet-il parfois un diagnostic extemporané. Malheureusement, dans bon nombre de cas, les bacilles sont rares, n'ont pas une disposition caractéristique et aucune conclusion n'est permise. C'est pourquoi, dans la pratique, c'est aux cultures qu'on demande généralement le diagnostic.

Quand on examine les frottis d'exsudats ou les colonies des cultures, on trouve fréquemment les bacilles de la diphtérie associés à des cocci isolés, en doubles points, ou en grappe, ou en chaînette. Ces constatations ont-elles une valeur pour le diagnostic des associations microbiennes? C'est ce que l'on a avancé, tout au moins pour le streptocoque. Toutes les gorges normales renferment un streptocoque non virulent que l'on met facilement en évidence en ensemençant le mucus pharyngé sur la gélose; ce streptocoque non virulent, dit-on, ne se développe pas sur le sérum, ou tout au moins se développe lentement. Quand on examine les cultures sur sérum âgées de moins de vingt-quatre heures, si on trouve, à côté des bacilles de la diphtérie, des chaînettes de streptocoque, c'est, dit-on encore, que ce streptocoque est virulent, joue un rôle pathogène et s'associe au bacille de la diphtérie pour créer la streptodiphtérie.

Or, cette manière de voir est passible de critiques; à l'épreuve, ce procédé de diagnostic apparaît défectueux : on trouve des streptocoques abondants dans des cultures provenant de cas qui n'offrent aucun symptôme spécial; et parfois on n'en trouve pas dans des cas qui cependant offrent des anomalies que, par d'autres procédés d'investigation, on peut rapporter à une infection associée. D'autre part, tandis qu'on peut trouver des streptocoques virulents dans une gorge normale, on en peut trouver de non pathogènes qui poussent assez rapidement sur le sérum. Dans la prochaine conférence, où je vous parlerai des diphtéries malignes, je vous dirai comment nous avons été conduits à rechercher les associations microbiennes par l'examen du sang, et non par celui des exsudats de la gorge qui renferment presque toujours des microbes variés.

Dans la conférence où j'exposerai les éléments du diagnostic du croup d'emblée, je vous dirai quelles précautions spéciales il faut prendre alors pour que l'examen bactériologique donne des résultats satisfaisants.

Telles sont les règles du diagnostic bactériologique de l'angine diphtérique. Vous avez pu voir qu'il y a des cas où lui seul peut lever les doutes que laisse subsister l'examen clinique et permettre ainsi d'instituer avec assurance le traitement et la prophylaxie. Mais, même dans ceux où le diagnostic clinique paraît certain, il faudra, toutes les fois qu'on le pourra, faire des cultures, parce que, je le répète encore, on n'a jamais trop de signes pour faire le diagnostic d'une maladie. Grâce à l'examen bactériologique, le diagnostic de la diphtérie a gagné en précision ce qu'il perdait en simplicité; cet examen a rendu et rendra encore des services inappréciables.

X

En terminant, je veux essayer de condenser en quelques conclusions les résultats de cet exposé, qu'il n'a pas dépendu de moi de faire moins long et moins minutieux.

1° Une angine aiguë nettement pseudo-membraneuse doit être considérée comme diphtérique et exige l'injection immédiate de sérum antidiphtérique, lorsqu'elle ne survient pas au cours ou au déclin de la scarlatine, lorsqu'elle ne succède pas à l'herpès ou à la syphilis du pharynx ou à l'amygdalotomie ou à une cautérisation de la gorge, lorsqu'elle n accompagne pas le phlegmon de l'amygdale. Bien qu'on puisse à la rigueur se passer de l'examen bactériologique pour traiter les cas de ce genre, il sera toujours utile de le faire par la suite et même de le répéter, car lui seul permettra de reconnaître les cas exceptionnels où une angine pseudo-membraneuse *primitive* n'est pas diphtérique.

2° Lorsqu'on se trouve en présence d'une angine pseudo-membraneuse qui complique la scarlatine, l'herpès ou la syphilis du pharynx, l'amygdalotomie, le phlegmon amygdalien ; lorsqu'on se trouve en présence d'une angine lacunaire ou d'une angine ulcéro-membraneuse, le diagnostic de diphtérie est improbable. Cependant, en raison des rares cas où on a observé la coexistence de ces états avec la diphtérie, il faudra pratiquer l'examen bactériologique. Mais il ne faudra pas toujours en attendre le résultat pour faire la première injection de sérum. Si l'angine est survenue dans un milieu épidémique (et l'hôpital doit être presque toujours considéré comme un milieu suspect), si elle coexiste avec une laryngite, même légère, si elle s'accompagne d'un coryza dont les caractères rappellent ceux de la diphtérie nasale (enchifrènement, jetage séro-sanguinolent, rougeur des narines et de la lèvre supérieure prédominante d'un côté), si elle détermine une adénopathie considérable ; si, pour une raison quelconque, on a des doutes et si on suppose que la temporisation puisse nuire au malade, il faut tout de suite injecter du sérum antidiphtérique.

3° Les conclusions du paragraphe précédent s'appliquent aux angines caractérisées par des enduits blancs dont il est difficile de déterminer la nature (angines blanches indéterminées). Cependant, il faut remarquer que ces angines sont, au moins chez l'enfant, le plus souvent diphtériques.

4° D'une manière générale, dans tous les cas douteux qui ne peuvent être éclairés par l'examen bactériologique, il faut agir, au point de vue du traitement et de la prophylaxie, comme si l'angine était diphtérique.

FAITS CLINIQUES

Un cas de glossite phlegmoneuse.

Par le Dr Henri MONSCOURT (de Paris).

Nous avons observé avec le docteur Nigay un cas de glossite phlegmoneuse. Cette affection n'étant pas fréquente, nous croyons utile d'en rapporter l'observation.

Elle concerne un homme, âgé de quarante ans environ, qui souffre de la gorge depuis quatre ou cinq jours, éprouve de la difficulté pour avaler, et parle avec la plus grande peine. Il a de la céphalalgie, des frissons et une forte fièvre.

Le cinquième jour, nous le trouvons dans un fauteuil, l'air anxieux, la face congestionnée, les yeux injectés, la respiration sifflante, convulsive, l'haleine fétide, en proie à des frissons répétés et une fièvre de 39 degrés. Il ne peut prononcer une parole, il se fait comprendre par des signes. La déglutition est absolument impossible ; voici d'ailleurs trois jours qu'il n'a pu absorber quoi que ce soit. La respiration se fait avec difficulté. Pas de sommeil par suite de la céphalalgie et des élancements ressentis dans la bouche et la tête.

Le cou est volumineux sur toute sa région antérieure, gonflé sur tout le côté droit, mais il ne présente de tumeur nulle part. Dans toute son étendue, la peau conserve sa coloration normale. La pression dans la région sous-maxillaire droite et dans la région cervicale provoque de fortes douleurs qui irradient vers la face et vers la cavité buccale.

La bouche est entr'ouverte, et entre les mâchoires écartées, on aperçoit la langue volumineuse, qui remplit toute la cavité buccale et empêche les mâchoires de se rapprocher. Elle est si gonflée qu'elle comble, en bas, l'espace compris entre les dents ; elle les déborde même, et s'applique, par sa face supérieure, contre la voûte palatine à laquelle elle paraît collée. Sur les bords de la langue, on aperçoit les empreintes des dents. Sur sa face supérieure, elle est recouverte, par places, d'un enduit saburral et de quelques fuliginosités. La muqueuse buccale est rouge.

La langue forme une masse molle, œdématiée, et comme entièrement gonflée de liquide. Quand on place l'abaisse-langue on ne rencontre aucune résistance ; au contraire, l'instrument la déprime dans sa totalité. Les bords ont une hauteur de deux travers de doigt et présentent la même apparence à droite qu'à gauche. Mais une petite pression sur le bord droit y amène de vives douleurs et des élancements qui irradient dans la tête et le cou, tandis qu'à gauche elle est beaucoup moins sensible. La douleur et la fluctuation sont bien plus accusées à droite, autant qu'il est possible dans ces conditions de le constater.

Une ponction dans la langue, avec une seringue de Pravaz, ramène un pus horriblement fétide. Au même endroit nous enfonçons, de 3 à 4 centimètres, la lame d'un bistouri ; il sort une vingtaine de grammes de pus, d'une odeur infecte, et de couleur chocolat.

Le soulagement est instantané : la langue se dégonfle en partie, elle peut remuer ; la parole sort plus facilement, la respiration devient plus libre, et, surtout, le malade peut boire.

Pendant toute la soirée, d'heure en heure, il procède à des lavages de bouche. La nuit, il peut dormir ; mais, le lendemain matin, il est pris de nausées et subitement il se met de nouveau à cracher du pus, à peu près autant que la veille, aussi infect et de même couleur.

A partir de ce moment, la langue diminue encore de volume, redevient mobile ; le malade parle, boit et commence à manger.

Le surlendemain la fièvre est tombée ; il ne ressent plus de douleur, mais seulement un peu de gêne dans la bouche qui se ferme très facilement. Le cou est bien moins gros, la langue a diminué considérablement de volume, elle est tout à fait mobile. Elle permet de voir le pharynx qu'il avait été impossible d'examiner auparavant, et de constater que le voile du palais, les amygdales, les glandes salivaires ne présentent aucune lésion.

Deux jours après, le tout était rentré dans l'ordre, la guérison était complète.

En terminant, nous croyons devoir attirer l'attention :

1° Sur l'apparition imprévue de cette glossite, qui ne se

rattachait à aucune des causes habituelles, et sur la brusquerie du début.

2° Sur l'augmentation rapide et énorme de la langue, qui dès le quatrième jour ne pouvait plus être contenue dans la cavité buccale et rendait la respiration difficile et l'alimentation impossible.

3° Sur les conséquences immédiates de l'incision, qui, en dégonflant aussitôt la langue, permit au malade de respirer, de parler et d'avaler librement.

4° Sur la rapidité de l'évolution terminée en moins de huit jours.

En somme, bien que se manifestant par des symptômes d'une réelle gravité, l'affection n'en a pas moins eu une issue heureuse.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations médicales [3e édit.] (1), par le docteur Huchard, membre de l'Académie de médecine.

Il ne faudrait pas s'attendre à trouver dans cet ouvrage un exposé magistral et détaillé de chacune des questions qui y sont traitées; au contraire, M. Huchard, se livrant aux hasards de la clinique, prenant les malades tels qu'ils se présentaient, s'est efforcé de montrer rapidement pour chacun d'eux, après un exposé très simple du diagnostic, quelles étaient les principales indications thérapeutiques. Ce sont ces dissertations qui, réunies en un volume, constituent les *Consultations médicales*.

Cette œuvre s'adresse donc principalement au praticien qui, à propos de chaque cas, retrouvera en quelques pages les principaux symptômes et les notions pathogéniques sur lesquelles repose la thérapeutique. Le nombre des malades étudiés est assez considérable pour qu'à propos de chaque affection le praticien retire de la lecture de cet ouvrage une déduction pratique.

C'est ainsi qu'après l'exposé de quelques principes de thérapeutique, M. Huchard étudie quelques affections de l'appareil digestif, insistant sur l'hygiène alimentaire et la thérapeutique des dyspepsies; ensuite viennent un certain nombre de maladies des voies respiratoires, de l'appareil circulatoire, et ici l'auteur passe en revue la plupart des cardiopathies. Puis, dans différents chapitres consacrés aux maladies de l'appareil rénal, du système nerveux, aux maladies infectieuses et générales, aux intoxications enfin, il s'efforce d'être utile au praticien, et se basant sur quelques notions pathogéniques, lui dégage et met en lumière les principales indications thérapeutiques. P. RAVAUT.

Le cytodiagnostic [*Actualités médicales*] (2), par Marcel Labbé.

Cet ouvrage est le premier travail d'ensemble important sur le cytodiagnostic. L'auteur passe en revue tous les résultats fournis par ce nouveau procédé d'investigation appliqué à l'étude des épanchements des séreuses et du liquide céphalo-rachidien; élargissant un peu le sujet traité, il montre également ce que peuvent fournir les autres méthodes dans la recherche de la nature d'une sérosité pathologique (densité, teneur en fibrine, composition chimique, cryoscopie, perméabilité pleurale, etc.).

La lecture de ce petit livre évitera bien des recherches, car le lecteur y trouvera groupés d'une façon très claire toutes les communications et travaux ayant trait à ce sujet.

P. RAVAUT.

(1) In-8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les obsessions et la psychasténie (1). — II. Fragments des leçons du mardi sur les états neurasthéniques, les aboulies, les sentiments d'incomplétude, les agitations et les angoisses diffuses, les algies, les phobies, les délires du contact, les tics, les manies mentales, les folies du doute, les idées obsédantes, les impulsions, leur pathogénie et leur traitement, par les docteurs F. Raymond, professeur de clinique des maladies du système nerveux, médecin de la Salpêtrière, et Pierre Janet, professeur de psychologie expérimentale au Collège de France, directeur du laboratoire de psychologie à la Salpêtrière.

Cet ouvrage est composé sur le même plan que les leçons cliniques des mêmes professeurs sur les *Névroses et les idées fixes*, parues en 1898. Il contient un ensemble d'observations recueillies et rédigées au laboratoire de psychologie de la Salpêtrière, observations dont un grand nombre ont été présentées, sous forme de leçons, au début des cours du mardi. Il complète les études cliniques et expérimentales publiées récemment par M. Pierre Janet, seul, sous le même titre, *Les obsessions et la psychasthénie*, et a fourni le moyen de réunir les détails souvent disséminés dans le premier volume, de reconstituer l'évolution de la maladie dans tel ou tel cas et de préciser, s'il y a lieu, le diagnostic. Tandis que M. Pierre Janet s'était d'abord attaché spécialement à la description psychologique des maladies, ces leçons décrivent les différents aspects et l'évolution des cas pathologiques que le médecin est exposé à rencontrer, ainsi que les complications graduelles telles qu'elles se présentent successivement.

Ce volume est donc, pour le médecin surtout, le complément obligé des études commencées par l'un des auteurs; les diverses méthodes de traitement et leurs résultats, exposés dans chaque cas particulier, contribuent à donner à cet ouvrage son caractère pratique en même temps que scientifique. E. RENAUD.

Précis élémentaire d'anatomie, de physiologie et de pathologie (2), par P. Rudaux, ancien chef de clinique de la Faculté à la Maternité de Beaujon; préface de M. Ribemont-Dessaigne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chargé de l'enseignement des élèves sages-femmes de la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Réorganisé par un décret de 1893, l'enseignement des sages-femmes comprend, pendant leur première année d'études, un cours élémentaire d'anatomie, de physiologie, de pathologie. Ce cours mis à la portée des élèves leur permet d'acquérir les notions indispensables au bon exercice de leur art. Ce cours venant à leur faire défaut, il leur manquait, pour les guider dans l'étude de matières aussi arides et rebutantes, un manuel à la fois assez élémentaire et assez complet, assez clair et assez pratique. C'est ce livre que vient de présenter au public M. P. Rudaux.

Rédigeant des leçons faites par lui à la Maternité de Beaujon, fort de l'expérience acquise par quatre années d'enseignement aux sages-femmes, l'auteur a conçu ce précis dans la forme la plus propre à fixer dans l'esprit des élèves les notions pratiques qu'elles doivent retenir.

Une première partie est consacrée par l'auteur à l'étude, système par système, organe par organe, du corps humain en général. Chaque tissu, chaque système, chaque organe y est décrit non seulement au point de vue anatomique pur, mais accompagné des notions de physiologie et de pathologie qui s'y rapportent.

La dernière partie, d'un intérêt plus immédiat pour les

(1) Gr. in-8° avec gravures. Prix : 14 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) In-16 (Biblioth. Diamant) avec 463 fig. dans le texte. Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

sages-femmes, a trait à tout ce qui concerne plus spécialement l'anatomie obstétricale, les organes génitaux de la femme, le développement de l'embryon et du fœtus. Le volume se termine enfin par un manuel des interventions de petite chirurgie courante qu'ont à pratiquer tous les jours les sages-femmes. Ce livre très complet, quoique élémentaire, écrit sur un plan bien ordonné et facile à suivre, simplifiera beaucoup le travail des élèves, qui y trouveront les notions exactement indispensables et nécessaires à connaître. Nul doute qu'il rencontre auprès du public auquel il s'adresse le succès auquel il a droit. P. DIONIS DU SÉJOUR.

Chirurgie intestinale d'urgence (1), par le docteur A. MOUCHET, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Le volume que M. A. Mouchet vient d'ajouter à la liste de la collection des « Actualités médicales » est des plus intéressants et des plus utiles. Les médecins se trouvent souvent en présence de cas nécessitant de leur part une décision prompte et rapide ; d'un retard, d'une hésitation, dépend parfois la vie de leur malade !

Ils trouveront dans cette monographie, en peu de pages faciles à lire, le résumé tant au point de vue clinique que thérapeutique, la condensation, comme le dit l'auteur lui-même, des notions essentielles de la chirurgie intestinale d'urgence ».

En huit chapitres, l'auteur passe en revue les affections qui constituent le domaine de la pathologie d'urgence de l'intestin. Chacun d'eux, divisé en deux parties, comprend d'abord, sous la rubrique d'indications opératoires, une esquisse à grands traits, mais à traits nets et précis, du tableau clinique d'un malade, véritable tableau vivant permettant de voir rapidement les symptômes cardinaux et capitaux qui dictent la détermination immédiate à prendre. Chaque éventualité est envisagée, et à propos de chacune d'elles l'auteur, en quelques mots, indique la conduite à tenir.

La seconde partie est réservée à la technique opératoire. Avec une clarté et une concision parfaites, l'auteur décrit une méthode bien réglée à suivre, signalant chemin faisant les artifices opératoires, les perfectionnements les plus récents si utiles à connaître dans certains cas sortant du classique.

Des figures très simples facilitent encore la lecture du texte.

Tel est le petit volume de M. A. Mouchet. Par sa brièveté et sa précision, il rendra de grands services aux praticiens auxquels le temps fait souvent défaut pour lire tous les volumes écrits sur cette question. P. DIONIS DU SÉJOUR.

Précis de bactériologie médicale (2), par le professeur BERLIOZ (de Grenoble).

Le *Précis de bactériologie médicale* du professeur Berlioz est conçu dans le but de vulgariser les notions de bactériologie applicables chaque jour par le praticien à l'hygiène, à la pathologie, à la clinique. Ainsi que le dit dans sa préface le professeur Landouzy : « Ce livre vient à son heure et doit être le livre de chevet des médecins et des étudiants. »

L'ouvrage se divise en deux parties : Bactériologie générale, Bactériologie spéciale. — Dans le livre premier de la « Bactériologie médicale », l'auteur étudie les caractères généraux des bactéries (morphologie, structure, composition, fonctions de nutrition, secrétion des diastases, toxines, ptomaïnes, l'influence de la température, de la lumière, de l'électricité, des agents chimiques, etc.). — Dans le livre II, les bactéries du sol, de l'atmosphère, de l'eau sont étudiées ainsi que les diverses causes qui peuvent les modifier. Les méthodes d'analyse sont clairement exposées. — Le livre III comprend les bactéries dans l'organisme, c'est-à-dire l'infection et l'immunité. Les principales expériences sur lesquelles sont basées nos connaissances sur l'infection et l'immunité sont exposées en détail, ainsi que les controverses auxquelles elles ont donné lieu. L'infection est d'abord étudiée dans son ensemble (marche générale, rôle des organes, séjour, élimination des bactéries), puis suivant sa porte d'entrée (peau, bouche, estomac, intestin, voies respiratoires) ; le chapitre suivant étudie les circonstances qui modifient l'infection. L'auteur expose ensuite la théorie de l'immunité : la phagocytose, le pouvoir bactéricide, le pouvoir antitoxique et la sérothérapie sont étudiés en détail, ainsi que les moyens de conférer l'immunité (vaccination). Des chapitres spéciaux sont consacrés aux agglutinines, cytolysines, anticytolysines.

Dans la « Bactériologie spéciale » sont décrites les bactéries en particulier : staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, gonoque, bacille tuberculeux, diphtérique, typhique, etc. A propos de chaque bactérie, l'auteur étudie la morphologie, la culture, les toxines, les inoculations expérimentales, la vaccination et enfin les applications à la pathologie.

L. GAYARD.

La médication hémostatique (1), par Paul CARNOT. (N° 32 de l'*Œuvre médico-chirurgical.*)

L'importance pratique du travail de M. Paul Carnot est considérable. La moindre perte de sang revêt facilement un caractère de haute gravité ; aussi s'est-on de tout temps évertué à trouver des agents hémostatiques efficaces et fidèles. A l'heure actuelle la médecine s'est enrichie d'un certain nombre de médicaments dont une grande partie est due à l'auteur de la présente monographie. M. Carnot avait donc toute la compétence requise pour traiter ce sujet. Son travail, le seul qui existe actuellement sur la médication hémostatique moderne, comprend l'étude physiologique et pratique du mécanisme intime de l'hémostase spontanée qui présente pour le thérapeute et le praticien un intérêt primordial ; puis l'examen approfondi de la médication hémostatique locale et de la médication hémostatique générale, vaso constrictrice ou coagulante. L'auteur passe en revue les méthodes nouvelles et anciennes : l'action de la chaleur et de l'adrénaline, de l'ergotine, de la gélatine, avec ses médications multiples, du chlorure de calcium, coagulant général hors ligne, de la ferropyrine, de l'eau oxygénée, de la cocaïne, etc. Toutes ces substances hémostatiques sont étudiées dans une série de chapitres d'une clarté et d'une concision remarquables. L'*Œuvre médico-chirurgical* vient de rendre un réel service au public médical en mettant à sa disposition une monographie complète de cette importante question de médecine d'urgence. L. GAYARD.

Le traitement rénal des cardiopathies artérielles (2), par le docteur Paul BERGOUIGNAN, ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Évian, avec préface de M. le docteur HUCHARD, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine.

L'artério-sclérose devient de jour en jour une des affections les plus répandues. Plus souvent que jadis le surmenage physique, intellectuel ou moral et une hygiène déplorable déterminent une vieillesse prématurée que caractérise la sclérose du système artériel, des viscères et du cœur en

(1) In 8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. — Paris, Masson et Cie.

(1) Monographie de l'*Œuvre médico-chirurgical* (Dr Critzman, directeur). Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8° de 212 pages. Prix : 6 francs. — Paris, J. Rousset.

particulier. Or les cardiopathies artérielles, qui reconnaissent la cause précédente, sont les plus fréquentes des maladies de cœur (70 p. 100).

L'auteur, élève de M. Huchard, à qui l'on doit la connaissance clinique des cardiopathies artérielles, s'est attaché à montrer que l'on obtient aisément la guérison fonctionnelle de ces affections, presque toujours d'origine toxique, par un traitement destiné à assurer le bon fonctionnement du rein, l'intégrité de la dépuration urinaire.

Une description clinique très précise précède la partie principale, réservée à la thérapeutique, où l'auteur étudie minutieusement l'hygiène des artério-scléreux, la diurèse physiologique et pathologique, et surtout les agents diurétiques (médicaments, moyens physiques, eaux minérales).

Près de 250 observations complètent cet intéressant ouvrage, que tout praticien lira avec fruit. L. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Note sur l'action physiologique du bromo-valérianate de soude par M. Ch. Féré. (*C. r. de la Soc. de biol.*, 1903, p. 279.) — Le produit expérimenté par M. Féré lui a été fourni sous le nom de valérobromine, par M. Legrand; d'après ses recherches, l'influence de la valérobromine sur le travail volontaire serait à peu près le même que celui que l'on observe avec les médicaments employés ordinairement, mais avec des doses moins fortes. Cette combinaison du brome et de l'acide valérianique a paru à M. Féré facile à tolérer.

CORRESPONDANCE

Monsieur le directeur,

Un grand nombre de confrères de Paris ont reçu, tout récemment, venant d'une compagnie industrielle de laits, une circulaire au bas de laquelle on trouve nos noms comme *patronant* cette entreprise.

Nous nous empressons de faire savoir qu'il n'en est rien. Appelés, par le hasard des circonstances, à fournir aimablement des avis et conseils techniques à cette Société en voie de formation, nous n'avons jamais consenti à un tel patronage qui est hors des usages commandés par la respectabilité professionnelle.

La Société s'était crue autorisée à se servir de nos noms pour aller plus loin, mais c'est *à notre insu* qu'elle les a utilisés, ainsi qu'elle l'a reconnu d'ailleurs loyalement et qu'elle s'est engagée à le faire savoir à sa clientèle par plis individuels et recommandés.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr LEGRAIN
Médecin en chef des Asiles de la Seine.

MARTEL
Vétérinaire, inspecteur des services sanitaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Oral. — Séance du 19 mars 1903 : Question : « Nerfs intercostaux. — Rétrécissement mitral. »

MM. Bornait-Legueule, 14 + 20 = 34; Rabourdin, 13 + 20 = 33; Krantz, 7 + 16 = 23; Baudoin (Emile), 18 + 25 = 43; Parturier, 8 + 18 = 26; Roland, 11 + 22 = 33; Perreaux, 13 + 22 = 35; Papin, 16 + 25 = 41; Béal, 18 + 22 1/2 = 40 1/2.

Écoles de médecine. — *Caen.* — Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1903, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Claron (du Vigan) et M. Vidal, chirurgien-dentiste, sont nommés officiers d'Académie.

Guerre. — Par décision ministérielle, M. Rimbert, médecin-major de première classe au 6e d'infanterie coloniale, a été désigné pour remplir les fonctions de directeur du service de santé à la Martinique.

VIIe Congrès international d'otologie (Bordeaux, du 1er au 4 août 1904). — Le VIIe Congrès international d'otologie se réunira à Bordeaux, du 1er au 4 août 1904, sous la présidence du docteur Moure.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

1° Choix d'une formule acoumétrique simple et pratique;

2° Diagnostic et traitement des suppurations du labyrinthe;

3° Technique de l'ouverture des abcès encéphaliques otogènes et des soins consécutifs.

Toutes les communications doivent être adressées au secrétaire général du Congrès, le docteur Lermoyez, 20 *bis*, rue La Boétie, Paris (8e).

Association des anatomistes. — La réunion annuelle de l'Association des anatomistes aura lieu à Liège du 5 au 8 avril, sous la présidence de M. le professeur Swaen; MM. les professeurs Julin, Van der Stricht, Francotte, vice-présidents.

Tous les anatomistes sont invités à prendre part à cette réunion.

Amphithéâtre des hôpitaux. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. Quénu, commenceront le lundi 20 avril 1903.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Radiologie médicale. — *Cours de vacances, par le docteur Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine*, tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 5 au samedi 11 avril.

Le programme détaillé a été publié dans notre numéro du 12 mars (no 30, p. 302).

La radiographie dans les hôpitaux. — La 5e commission du Conseil municipal a reçu plusieurs médecins de l'Assistance, conduits par le docteur Variot, qui venaient demander à nos édiles d'installer dans chaque hôpital un atelier de radiographie. Jusqu'à présent, il n'existe que trois laboratoires de radiographie à Paris, ce qui est manifestement insuffisant.

La cinquième commission le pense ainsi; toutefois, de telles installations coûtant fort cher, il a été décidé que l'on commencerait par construire deux nouveaux laboratoires. Plus tard, on augmentera. (*Echo de Paris.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Léon Bertignon à Monthermé (Meuse), Conche (de Lyon), Michaud, médecin sanitaire maritime.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

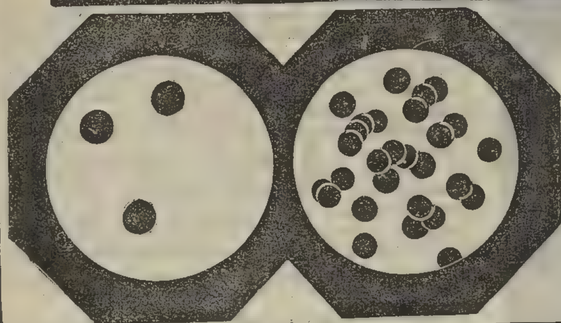
Les injections mercurielles intra-musculaires dans la syphilis, par M. le docteur Alfred Lévy-Bing, ancien externe des hôpitaux, ancien interne de Saint-Lazare. 1 vol. in-8° raisin de 320 p., br. — Prix : 5 francs. — Paris, C. Naud.

Guide pratique de l'extraction des dents à l'usage du médecin (3e édit.), par le docteur Bruneau, dentiste des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° raisin de 104 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

HÉMOGLOBINE DESCHIENS



Fer Organique Vitalisé

ANÉMIE, CHLOROSE,
ÉPUISEMENT, NEURASTHÉNIE

SIROP, 2 à 4 cuil.; VIN, 2 verres à madère.
ÉLIXIR (15°) 2 verres à liq.; DRAGÉES, 4 à 8.

ÉCHANTILLONS AUX MÉDECINS.
ADRIAN, Paris.

ARGENT COLLOÏDAL

Syn.: "Collargol Midy" **ANTI-MICROBIEN**

Pommade pour Frictions | Solution pour Injections
15 0/0 — *Capsules de 3 gr.* | 1 0/0 — *Ampoules de 1 et 2 c.c.*

Laboratoire MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré.

préparé par **MIDY** PÈRE et FILS
Pharmaciens de 1re Classe

Xeroforme

Remplace avantageusement **l'Iodoforme sans en avoir l'odeur.** Il n'est pas toxique et ne produit **jamais d'eczéma.** — C'est un bon **analgésique** et **hémostatique** et un **épidermisant** infiniment **supérieur à l'Iodoforme**; un remède éminemment **siccatif et désodorisant.** Il possède une action spécifique dans la guérison des **Ulcères de Jambes** et des **Eczémas humides.**
Notice et Renseignements : **L. BARBERON, 15,** *Place des Vosges, PARIS.*

ÉTABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale
La plus Légère à l'Estomac

DÉBIT de la SOURCE :
PAR AN
30 MILLIONS
de Bouteilles

Déclarée d'Intérêt Public
Décret du 12 Août 1897

FREYSSINGE et Fils, 105, Rue de Rennes, Paris

Les Granules solubles de

Quinarsine Freyssinge

contiennent chacun 1 centig. de **Méthylarsinate de Quinine** chimiquement pur
2 à 6 par jour au moment des repas, *Fièvres rebelles, Paludisme*

SANTAL MIDY

PUR



Le seul obtenu de la distillation du Santal de Mysore. 20 centigrammes d'essence par Capsule.

MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré, PARIS.

L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour

L'APIOL des DOCTrs JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION
PHARMACIE **G. SÉGUIN,** 165, Rue St-Honoré, Paris (*Place du Théâtre Français*) et toutes Pharmacies.

SIROP de Digitale de LABÉLONYE
Sédatif du Cœur par excellence



« Mode le plus sûr et le plus rationnel de l'emploi de la Digitale ».
Rapport BUIGNET, à l'*Académie de Médecine.*

Une cuillerée à bouche renferme les principes actifs de 10 centigr. de Digitale.
99, Rue d'Aboukir, PARIS

NOUVEAU BANDAGE



Accepté à la Société de Chirurgie de Paris.

Le *seul* recommandé par tous les médecins et chirurgiens. Cet appareil en forme d'arbalète est *invisible* sur le corps, supprime le ressort du *dos* et le *sous-cuisse*. Le malade peut se livrer à tous les travaux sans éprouver de gêne. Par sa pression constante, il fait disparaître la hernie et mène à la guérison. Méfiez-vous des contrefaçons et n'achetez pas de bandage sans vous en faire *garantir la contention.* Envoi du catalogue. **MEYRIGNAC** fabricant, **229, Rue Saint-Honoré, Paris.**

ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

DRAGÉES MARIAN

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES.

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOITRE, etc.

Tablettes DE Catillon

à 0gr.25 de corps

THYROÏDE

Titré, Stérilisé, bien toléré, Efficacité certaine.

IODO-THYROÏDINE
Principe iodé, mêmes usages.

FL. 3 fr. — PARIS, 3, Boulᵈ St-Martin.

N° 35. — MARDI 24 MARS 1903. 76e ANNÉE. MARDI 24 MARS 1903. — N° 35.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 30 MARS AU 4 AVRIL 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 30 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Mauclaire et Cunéo.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Landouzy, Blanchard et Desgrez.

1er (oral), *Salle Broussais* (1re série) : MM. Terrier, Retterer et Walther; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Kirmisson, Legueu et Rieffel.

2e, *Salle Richet* : MM. Richet, Rémy et Broca (André); — M. Thoinot, suppléant.

5e (chirurgie, ancien régime, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Gaucher et Bezançon; — (2e série) : MM. Brissaud, Dejerine et Legry; — M. Lepage, suppléant.

MARDI 31 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Thiéry et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Chassevant et Jeanselme.

1er (oral), *Salle Corvisart* : MM. Poirier, Launois et Marion.

3e (oral, 2e partie), *Salle Richet* : MM. Cornil, Achard et Guiart.

4e, *Salle Thouret* : MM. Proust, Gilbert et Thoinot; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Faure; — (2e série) : MM. MM. Le Dentu, Pozzi et Auvray; — (2e partie, 1re série, nouveau régime) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Gouget; — (2e série) : MM. Joffroy, Vaquez et Méry; — M. Dupré, suppléant.

MERCREDI 1er AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Rieffel et Cunéo.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Déjerine et Bezançon.

1er (oral), *Salle Charcot* (1re série) : MM. Poirier, Rémy et Tuffier; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. Mauclaire, Retterer et Walther.

4e, *Salle Richet* : MM. Hayem, Pouchet et Wurtz; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 2 AVRIL, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Launois et Rieffel.

1er (oral), *Salle Richet* : MM. Berger, Faure et Marion.

3e (1re partie, oral, ancien régime) : MM. Pozzi, Auvray et Potocki; — (2e partie), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Guiart; — *Salle Charcot* (2e série) : MM. Chantemesse, Achard et Jeanselme.

4e, *Salle Corvisart* : MM. Proust, Pouchet et Chassevant; — M. Vaquez, suppléant.

VENDREDI 3 AVRIL, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Legueu et Cunéo.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM Hayem, Widal et Richaud.

1er (oral), *Salle Broussais* : MM. Terrier, Retterer et Rieffel.

3e (oral, 2e partie), *Salle Corvisart* (1re série) : MM. Landouzy, Déjerine et Besançon; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Brissaud, Roger et Legry.

4e, *Salle Vulpian* : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirugie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Mauclaire; — 2e (série) : MM. Kirmisson, Walther et Gosset; — M. Desgrez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 4 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Thiéry et Launois.

3e (nouveau régime, 2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques : MM. Joffroy, Renon et Guiart.

1er (oral), *Salle Béclard* : MM. Poirier, Faure et Auvray.

3e (oral, 2e partie), *Salle Thouret* : MM. Hutinel, Dupré et Méry.

4e, *Salle Velpeau* : MM. Chantemesse, Gilbert et Thoinot; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Cornil, Thiroloix et Vaquez; — (2e série) : MM. Proust, Gouget et Jeanselme; — M. Achard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Langlois, suppléant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les épanchements pleuraux liquides, par M. le docteur P. LE DAMANY, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes. 1 vol. petit in-8. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Paris, le 23 mars 1903.

LA CRISE DE L'AGRÉGATION (1)

Que l'agrégation des facultés de médecine réclame des modifications urgentes, cela n'est contesté par personne. Elle arrive à une période critique de son histoire. Jusqu'à ce jour, un grand nombre d'agrégés ont obtenu une situation définitive, grâce à la réorganisation de l'enseignement supérieur, grâce, en bonne partie, à la création de nouvelles facultés. Mais, dès à présent, plusieurs d'entre eux ont été sacrifiés; d'autres, en plus grand nombre, le seront encore à l'avenir. C'est une véritable crise qui se prépare. Cette crise aura sa répercussion non seulement sur l'agrégation, dont le recrutement sera certainement moins bon, lorsque les étudiants de mérite s'apercevront qu'elle ne procure que des avantages illusoires, mais encore sur le corps du professorat, émanation à peu près exclusive de l'agrégation.

Je ne développerai pas ici les multiples raisons qui rendent des réformes indispensables : je me contenterai de les résumer, car elles sont bien connues de la plupart des lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*. Les diverses facultés de médecine ont été unanimes à en reconnaître maintes fois le bien fondé : toutes ont émis des vœux pressants dans le sens de la réforme, invoquant les intérêts de l'enseignement et ceux de la science.

Il est bien évident que l'enseignement ne peut que perdre à la situation actuelle. Voici un agrégé nommé pour une période de neuf années, au bout de laquelle il est à peu près sûr d être remercié, quel que soit son mérite, quels que soient ses travaux, simplement parce qu'il n'y a pas de place de professeur, et parce que celle qu'il occupe, par le fait d'une contradiction, unique dans toute notre administration, semble créée non pas pour répondre à une nécessité mais pour susciter des candidats. Comment, dans ces conditions, trouverait-il la sécurité indispensable à un enseignement vraiment utile? En vérité, ce qui est surprenant, c'est que l'on trouve des candidats pour de tels postes : ceux qui s'y présentent ne peuvent être évidemment attirés que par l'honneur d'appartenir à l'enseignement supérieur. Il est une conséquence de cet état de choses que l'on n'a peut-être pas suffisamment envisagée : les professeurs se recrutent parmi les agrégés et ce n'est faire injure à personne que de dire que, dans les nominations, le hasard tient autant de place que le mérite. Soyez un bactériologiste remarquable : s'il ne se produit pas de vacances, rien ne peut vous sauver; au contraire, si vous appartenez à une autre branche des sciences médicales et si une chaire devient libre, vous l'obtiendrez forcément, même si vous vous êtes toujours borné à occuper honnêtement, mais médiocrement, vos fonctions. Ces conditions de recrutement sont incontestablement fâcheuses; et il est à craindre que, lorsqu'elles seront mieux connues du public étudiant, le recrutement des agrégés et par conséquent des professeurs, n'en souffre sérieusement.

Les intérêts de la science sont aussi sacrifiés que ceux de l'enseignement par l'organisation actuelle. Aujourd'hui, l'agrégé est nommé après un concours long et pénible et n'entre guère en fonctions que vers l'âge de trente ans; comme il a commencé ses études à dix-huit ans en moyenne, c'est donc douze ans de travail qu'on lui demande : à ce moment, la plupart de ses camarades sont installés depuis six ans environ et pourvus d'une situation plus ou moins brillante, mais définitive. L'agrégé, lui, a la perspective d'un maigre traitement pendant neuf années, au bout desquelles on le remplacera purement et simplement et cela au moment où son esprit a mûri, où il pourrait vraiment être utile à la science parce que ses connaissances sont devenues solides, parce que son savoir de bibliothèque a été contrôlé par les travaux de l hôpital et du laboratoire. Aussi qu'advient-il? Il recherche la clientèle, et considère son agrégation comme un stage qui lui permet d'attendre et de se créer des ressources nouvelles. Notez que je n'ai pas en vue seulement les agrégés de médecine et de chirurgie, mais aussi ceux des sciences dites accessoires, qui, ainsi que le dernier congrès des agrégés l'a révélé, se dirigent maintenant, et avec un succès des plus encourageants, vers la pratique médicale; mais je reviendrai plus tard sur cette question.

Je viens d'exposer les deux arguments fondamentaux qui militent en faveur des réformes de l'agrégation, il en est d'autres d'un ordre moins élevé, mais de valeur égale.

On sait que les agrégés payent la retenue pour la retraite : or, seuls, parmi les fonctionnaires, ils n'ont pas les moyens d'y arriver. On les fait sortir de l'administration, non point par mesure disciplinaire, parce qu'ils ont démérité, mais simplement parce que les facultés les *ont assez vus* et demandent d'autres visages. Il est inutile, je pense, d'insister sur le caractère abusif de ce genre d'exploitation. Les agrégés actuels ont accepté ce marché inégal et ils sont prêts à en exécuter toutes les clauses; il faut cependant en reconnaître l'injustice criante.

Il est une catégorie d'agrégés qui sont très comparables à ceux des facultés de médecine : je veux dire les agrégés de droit. Eux aussi sont nommés pour une période déterminée; seulement, comme on les nomme en moins grand nombre, en fait, il arrivent tous à être professeurs. Que n'en fait-on autant pour les agrégés de médecine? Il n'y a aucune bonne raison à faire valoir contre cette proposition. La grande objection, c'est que les agrégés de droit sont classés non par faculté, mais par rang de mérite et aussi que, une fois nommés, ils changent de facultés. Je ne vois pas en quoi cette double disposition légitime le remplacement des agrégés de médecine au bout de neuf ans. Qu'on en nomme moins et on n'en nommera pas trop.

Il est une disposition réglementaire qui permettrait de remédier à la crise de l'agrégation : c'est celle des professeurs adjoints. Les règlements portent que des professeurs adjoints peuvent être nommés en nombre égal au tiers de chaires de titulaires. Pourquoi cette disposition qui semble bonne pour les facultés de sciences et de lettres est-elle devenue subitement mauvaise pour toutes les facultés de médecine sauf une? Nul ne le sait sans doute.

Au fond, et si l'on veut être sincère, le grand écueil à toutes les propositions faites en faveur des agrégés des facultés de médecine, c'est la clientèle. On ne leur en fait pas un reproche, c'est entendu; mais on les en punit ce qui est pire. Les agrégés, dit-on, gagnent leur existence en dehors de leurs fonctions; il est donc inutile de s'occuper d'eux. Je discuterai plus tard ce point; pour le moment je me bornerai à faire remarquer que les agrégés n'ont jamais fait porter leurs revendications sur des questions de traitement : ils désirent seulement qu'on ne les chasse

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 32, p. 317.

pas d'une faculté à laquelle ils ont apporté leur intelligence et leur travail. Transporter la question sur le terrain de la clientèle, c'est méconnaître sa véritable portée; c'est méconnaître ce fait évident que les professeurs les plus chargés de clientèle sont souvent ceux qui fournissent l'enseignement le plus fécond; c'est méconnaître qu'une clientèle étendue est un élément de travail et de progrès scientifique pour celui qui s'en occupe. Actuellement, bien des agrégés n'ont ni laboratoire, ni service d'hôpital; leur seul élément de travail, ils le trouvent dans la clientèle. Je reviendrai du reste plus loin sur cette question.

Les défenseurs de l'agrégation, les agrégés eux-mêmes ont toujours eu le souci, dans leurs revendications, de satisfaire à deux desiderata : 1° pas d'augmentation de dépenses; 2° pas de diminution dans le recrutement. Je crois qu'ils ont eu tort et je discuterai aujourd'hui ces deux points, en leur en adjoignant un troisième, secondaire, mais mis au premier plan dans ces dernières années, celui des agrégés de sciences dites accessoires.

Mais, à supposer que ces deux grands principes fussent respectés, la revendication fondamentale des agrégés, la pérennité, serait-elle acceptée? On pourrait le croire, et cependant il n'en est rien. L'étrange situation faite à l'agrégation a faussé les conceptions les plus simples et l'on en est arrivé à formuler des arguments de principe contre l'agrégation carrière.

En donnant la pérennité aux agrégés, a-t-on dit, vous leur donnez en même temps la sécurité pour le reste de leur existence, vous en faites des fonctionnaires parvenus, sans ambition et par conséquent vous supprimez chez eux le désir de travailler que suscite la précarité de leur situation. J'ai dit déjà que, si on suscitait quelque chose chez eux, c'était bien moins l'amour du travail que le désir de se créer une situation à côté de l'enseignement. Mais je veux insister surtout sur l'étrangeté d'un tel principe. A tout prendre, un agrégé est un fonctionnaire auquel on demande de faire des cours et de prendre part à des examens, s'il accomplit sa besogne consciencieusement, faut-il lui demander autre chose? et pourquoi ces craintes, qui se manifestent d'une façon si blessante pour les agrégés de médecine, ne les éprouve-t-on pas vis-à-vis des maîtres de conférences des facultés des sciences et des lettres, des agrégés de droit, qui, dès l'instant qu'ils sont nommés, possèdent une situation définitive? J'admets cependant que l'on exige des agrégés de médecine plus que des autres, et qu'on leur demande de contribuer efficacement aux progrès de la science.

Si cette objection était faite d'une façon sincère, la première condition devrait être de mettre entre les mains des agrégés des moyens de travail, c'est-à-dire un service d'hôpital ou un laboratoire. Or, je connais nombre d'agrégés qui sont absolument dépourvus de l'un et de l'autre. On leur dit : « Travaillez et faites-vous connaître; si vous y réussissez, dans neuf ans, il est possible que je ne vous mette pas à la porte. » Et comme l'agrégé demande des moyens de travail, on lui répond, comme à la caserne : « Débrouillez-vous. » Ne sent-on pas, en outre, le danger de dire à des hommes de trente ans, qui ont travaillé plus que leurs camarades : « Je pourrais vous donner la sécurité, mais vous ne l'aurez pas, car vous seriez capable d'en abuser pour vous reposer. »

Le lecteur qui vient de parcourir les lignes qui précèdent s'imagine peut-être, dans sa simplicité, que le vif souci de voir les agrégés contribuer aux progrès de la science conduit à récompenser les meilleurs de leurs efforts et à rejeter les moins bons. Les agrégés sont si habitués à être considérés comme des fonctionnaires d'exception qu'ils seraient parfaitement disposés à accepter une pareille solution. On ne la leur offre pas du reste; et la question du travail personnel, à laquelle on attache une si grande importance de principe quand il s'agit de repousser la pérennité, devient subitement négligeable dès qu'il faut en faire l'application. Arrivé au bout de ses neuf ans, l'agrégé peut, par mesure spéciale être conservé pendant trois années encore : mais cette mesure est prise, non pas suivant qu'il a travaillé ou non — on ne le lui demande même pas — mais suivant qu'il appartient à telle section ou à telle autre : ce simple fait, qui ne peut être contesté par personne, montre bien le caractère essentiellement artificiel de l'argument que je viens de discuter.

L'objection fondamentale faite à la pérennité ne paraît donc pas soutenable; malheureusement, celle-ci se heurte aux deux principes que j'ai signalés plus haut.

L'augmentation des dépenses. Le budget est en tel déficit, dit-on, qu'il ne peut supporter aucune charge nouvelle. On ne songe pas que le déficit provient précisément des crédits nouveaux que l'on vote journellement. Combien sont moins nécessaires et grèvent plus lourdement le budget que celui que comporterait la réforme de l'agrégation! C'est une œuvre de persuasion à entreprendre : lorsque les agrégés auront établi auprès des autorités compétentes la nécessité de la réfome, ces crédits correspondants seront bien près d'être votés. Au reste, l'augmentation des dépenses serait bien minime si l'on consentait à abandonner le second principe intangible, le maintien du recrutement.

Le projet que la réunion des agrégés a voté récemment se conforme entièrement à ce principe. Et cependant, il ne me paraît guère plus acceptable que celui dont je viens de parler. Si l'on prolonge ou pérennise les agrégés, dit-on, il y aura moins de concours, moins de candidats; d'autre part, ceux-ci, incertains de la date, ne pourront plus s'y préparer.

Il faut faire remarquer tout d'abord que les concours seront toujours annoncés suffisamment à l'avance pour que les candidats puissent se soumettre à la préparation indispensable. Mais en dehors même de cette remarque, cette objection est un peu simpliste. Pense-t-on vraiment que, plus on a de concours, plus on a de candidats? Je disais plus haut que ce qu'il y avait de surprenant, dans l'agrégation actuelle, c'était qu'elle fût briguée par des candidats qui, en majorité, ont longuement travaillé. Pense-t-on, que, en diminuant le nombre des concours et en augmentant la sécurité de l'agrégé, on ne réunira pas au contraire plus de candidats et meilleurs? Pense-t-on que, si les agrégés de droit avaient une perspective analogue à celle de leurs collègues de médecine, les candidats seraient aussi nombreux et pense-t-on qu'on en augmenterait le nombre et la qualité en établissant des concours plus fréquents? Au reste, est-il possible d'admettre la portée de cet argument, lorsqu'on voit accorder la prolongation aux agrégés de sciences dites accessoires, c'est-à-dire ceux dont les concours réunissent d'ordinaire le moins de candidats, tandis qu'elle est refusée aux agrégés de médecine et de chirurgie dont la place est d'habitude plus convoitée? C'est du reste au sujet de cette gêne du recrutement qu'on semble le plus s'être éloigné des principes élémentaires qui régissent toutes nos organisations :

il semble que les places d'agrégé soient créées pour y nommer des candidats, on ne songe qu'à eux, on ne voit qu'eux, jusqu'au jour où, devenus agrégés, ayant fourni la preuve de leur mérite, ils seront sacrifiés à leur tour aux inconnus ou à l'inconnu des concours. Partout, un bon fonctionnaire, un bon employé est précieusement conservé; et c'est pousser un peu trop loin le souci de posséder un personnel supérieur que de chasser celui que l'on possède et en qui l'on a confiance pour le remplacer par un autre, que l'on ne connaît pas et qui sera *peut-être* meilleur. Un industriel qui procéderait par ces mesures fièvreuses et inquiètes ne pourrait assurément que compromettre l'avenir de son entreprise.

Le projet formulé par le Congrès des agrégés a rappelé l'attention sur une conception, déjà ancienne du reste, celle de la division du corps d'agrégés en deux catégories : 1° ceux des sciences dites accessoires; 2° les autres; il serait beaucoup plus exact de dire : 1° ceux qui font de la clientèle ; 2° ceux qui n'en font pas; mais, en réalité, on a toujours considéré que ces deux classifications étaient exactement semblables et, dans la pratique, on s'est ordinairement rallié à la première. Cette conception est secondaire, mais elle a été mise au premier plan par le fait que l'on prolonge les agrégés de la première catégorie et que l'on repousse les autres. Le corps des agrégés lui-même a cru devoir sanctionner cette distinction. Je crois qu'il faut la repousser à tous les points de vue, parce qu'elle serait funeste.

Il y a d'abord un argument de principe : tous les agrégés sortent du même concours; ils doivent tous avoir une situation équivalente — j'en fais bon marché, les principes devant céder le pas aux exigences des faits.

La catégorisation que je viens d'indiquer aboutit à cette conséquence pour le moins imprévue que, dans une Faculté de médecine, école professionnelle dont le but principal est de former des médecins, ceux qui enseignent la pratique médicale, sans lesquels il ne saurait y avoir de Facultés, seraient pourvus d'une situation des plus précaires, tandis que leurs collègues seraient favorisés. Cette contradiction est inadmissible. Tous les agrégés doivent avoir, de par leur agrégation, les mêmes avantages : que l'on cherche à compenser, pour ceux qui ne font pas de clientèle, les ressources qui leur manquent par des places de chefs de laboratoire, chefs de travaux, etc., rien de mieux; mais en tant qu'agrégés on ne peut comprendre que celui qui enseigne la pratique médicale soit placé dans une situation inférieure par rapport à celui qui enseigne la physique ou la chimie.

On oublie toujours que les fonctionnaires sont faits pour les fonctions : avec l'agrégation actuelle, ce n'est pas même la proposition inverse qui se réalise ; le résultat est plus curieux encore : les fonctions paraissent faites pour les candidats ; il faut leur réserver des places. En admettant même cet étrange principe administratif, la seule solution acceptable est de renvoyer les agrégés qui ont été moins bons et de garder au contraire les meilleurs. Agir autrement, ainsi qu'on le fait depuis plusieurs années, ce n'est pas susciter l'amour du travail, c'est provoquer le découragement.

Le grand argument contre une certaine catégorie d'agrégés, c'est qu'ils font la clientèle et qu'ils peuvent, de ce fait, se créer des ressources accessoires : un agrégé, dit-on, devient toujours médecin ou chirurgien des hôpitaux; dès lors, il conserve dans le corps médical de la ville une situation professionnelle prépondérante. Est-ce bien vrai et croit-on qu'un agrégé devienne forcément médecin ou chirurgien des hôpitaux, dans des villes comme Montpellier et Nancy où ces postes n'existent pas? N'en est-il pas un peu de même à Lille et à Toulouse où les concours sont rares? En définitive, il n'y a, je crois, vraiment de chirurgiens d'hôpitaux qu'à Paris, Lyon et Bordeaux, c'est-à-dire dans 3 facultés sur 7 (1). Que devient la situation professionnelle d'un agrégé sorti d'exercice et non médecin des hôpitaux? Elle est médiocre assurément, cela n'est pas contestable et cela est confirmé par des exemples qu'il serait facile de citer.

Je viens de dire que, par l'organisation actuelle, les agrégés dits à clientèle en sont souvent réduits, au début du moins, à leurs maigres appointements ; il est de règle, au contraire, que ceux des sciences accessoires jouissent d'avantages très appréciables comme chefs de travaux, chefs de laboratoires, etc. ; ces ressources remplacent avantageusement quelquefois, agréablement dans tous les cas, celles que peut procurer la clientèle.

Ce n'est pas tout : la division des agrégés, telle qu'on la conçoit d'ordinaire, est impossible ; ceux qui appartiennent aux sciences accessoires peuvent parfaitement exercer la profession médicale. Nous n'en sommes plus à l'époque où pour être agrégé de physique, la première condition était d'être aussi peu médecin que possible. On ne semble pas s'en être aperçu, mais le fait est incontestable; on ne voit plus guère arriver à l'agrégation ces élèves frais émoulus des Facultés des sciences, ayant péniblement passé à la Faculté de médecine des examens que leur facilitait l'extrême indulgence des examinateurs et professant pour la médecine, science appliquée, le dédain profond que légitime en France l'étude de la science pure. Chimistes, physiciens, naturalistes, sont si bien devenus ce qu'ils devaient être, c'est-à-dire les vrais collaborateurs des médecins, qu'ils éprouvent maintenant le besoin de connaître la médecine autrement que par ouï dire. Ils font d'excellentes études médicales. Pourquoi, dans ces conditions, n'exerceraient-ils pas la médecine? Leur situation administrative est, il est vrai, un peu meilleure que celle de leurs collègues, ils ont des chances d'être prolongés, mais nul ne saurait le leur promettre. Quoi de plus naturel, dès lors, qu'ils cherchent à se garantir contre les capricieux aléas de l'agrégation! En fait, ils en arrivent à exercer la médecine, qui d'une facon générale, qui comme spécialiste, et ils y réussissent comme leurs collègues. Comment, dès lors, classera-t-on tel agrégé à la fois accessoire et à clientèle? Et comment se comportera-t-on vis-à-vis d'un agrégé de médecine auquel sa fortune personnelle permettra de se consacrer uniquement au laboratoire? Notez que je ne parle pas de ressources qu'un physicien peut se créer légitimement par la radiographie ou l'électrothérapie, ni de celles qu'un chimiste exerçant dans une région industrielle comme Nancy pourra trouver à côté de la Faculté de médecine.

On le voit, la division que je viens de combattre n'est pas appréciable dans la pratique; j'ajoute que, le serait-elle, elle deviendrait dangereuse. La clientèle, dit-on, empêche de travailler. En est-on bien sûr? Comme le faisait spirituellement remarquer Widal au dernier Congrès des agrégés, il faut cependant se rendre compte que la médecine est une science qui a été surtout étudiée par les médecins : moins que personne, je serais disposé à méconnaître les énormes

(1) Encore faut-il ajouter qu'à Paris, par exemple, un chirurgien nommé au concours n'est pourvu d'un service définitif, c'est-à-dire de moyens de travail, que quinze ans environ après sa nomination.

services rendus par les sciences dites accessoires. Mais que serait la science médicale sans les Bouchard, sans les Charcot, sans les Guyon, etc., etc., gens à clientèle? Il est curieux de voir s'établir toujours cette distinction fondamentale, mais non exprimée, entre la clientèle et l'hôpital; l'hôpital seul pouvant fournir des moyens de travail. L'erreur est profonde, et je ne m'attarderais pas à la réfuter si je ne m'adressais qu'à des cliniciens. L'hôpital est précieux par la discipline à laquelle sont soumis les malades, par les laboratoires que l'on y trouve; mais c'est seulement dans la clientèle que l'on peut observer longuement une maladie chronique, que l'on peut savoir les résultats éloignés d'une opération, etc., etc. Je suis bien convaincu que, dans l'expérience clinique de nos grands maîtres, la clientèle tient autant de place que l'hôpital.

La vérité est que la clientèle constitue pour le médecin un excellent moyen de travail; j'ajoute que, pour l'agrégé qui est dépourvu de laboratoire et de service d'hôpital, s'il travaille, et on conviendra qu'il y a quelque mérite, c'est à sa clientèle petite ou grande qu'il le devra.

Je ne formulerai pas un nouveau projet, comme conclusion à cette étude. Je pense seulement qu'il est quelques grands principes sans lesquels aucune réforme de l'agrégation n'est viable, n'est digne de l'enseignement supérieur. Il faut aborder la question de front, franchement. Assez longtemps on a cherché des solutions mitigées, propres à donner satisfaction à tout le monde, sans y réussir du reste. Je crois qu'une réforme de l'agrégation ne sera vraiment utile que si elle s'inspire des principes suivants :

1° Augmentation nécessaire et modérée des dépenses affectées à ces chapitres du budget;

2° Diminution du nombre des places mises au concours;

3° Abandon de la division des agrégés en catégories.

D[r] LÉON IMBERT,
Agrégé à la Faculté de Montpellier.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

L'ALIMENTATION INSUFFISANTE CHEZ LES DYSPEPTIQUES NERVEUX

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Les dyspeptiques sont souvent des nerveux et réciproquement. Que la dyspepsie précède le nervosisme ou le nervosisme la dyspepsie, c'est un problème que nous ne voulons pas envisager pour le moment. Quoi qu'il en soit, il est certain que les deux éléments réagissent toujours l'un sur l'autre et tendent à s'aggraver réciproquement de telle sorte, qu'il devient très difficile, sinon même impossible, à un moment donné, de décider quel a été le facteur initial et quel est le plus important.

Pour le moment, nous voulons nous occuper seulement de l'influence nocive, aggravante, qu'exerce l'insuffisance de l'alimentation sur l'état morbide des dyspeptiques nerveux ou des nerveux dyspeptiques, aussi bien au point de vue de leur nervosisme que de leur gastropathie et de leur état général.

Les malades éprouvant des phénomènes pénibles peu de temps après l'ingestion des aliments, malaise général, pesanteur, brûlure, sensation de plaie à vif, crampes, etc., ont tout naturellement tendance à diminuer le volume des aliments ingérés; ils y sont, du reste, souvent encouragés par les médecins. Il n'y a aucun inconvénient à cette restriction s'ils sont véritablement de gros mangeurs, ou encore si la diminution de la ration alimentaire n'est pas maintenue trop longtemps au-dessous de la normale. Dans certains cas, le médecin peut être amené même à supprimer complètement l'alimentation buccale chez les gastropathes, pendant quelques jours. Toutefois, ces restrictions alimentaires doivent être passagères, et le médecin doit toujours se préoccuper de revenir aussi rapidement que possible à une ration suffisante. Les malades que nous avons actuellement en vue s'étant bien trouvés dès le début de se mettre en état d'alimentation restreinte, abusent de ce système, qui ne tarde pas à leur devenir beaucoup plus nuisible qu'utile.

En effet, mangeant insuffisamment ils s'amaigrissent, s'affaiblissent, deviennent plus nerveux encore, plus irritables et ce nervosisme et cette irritabilité se manifestent surtout sur l'appareil de moindre résistance, appareil vers lequel du reste leur attention est depuis longtemps attirée, le tube digestif. Les *troubles subjectifs* de la dyspepsie s'accusent davantage encore. Les pesanteurs, les brûlures, les crampes sont plus marquées; s'il y a de la constipation spasmodique, accident des plus communs chez les dyspeptiques nerveux, et de la colique muco-membraneuse, les manifestations attribuables à l'intestin s'accentuent et deviennent plus pénibles.

Toujours imbus de cette même idée théorique qu'ils mangent trop et du reste confirmés dans cette idée par les malaises et les douleurs qui se produisent après l'ingestion des aliments, les malades mangent de moins en moins et maigrissent de plus en plus.

Souvent apparaissent alors des manifestations dyspeptiques nouvelles qui sont, pour le médecin averti, un signe d'inanition relative, et pour le malade une raison de plus de persister dans ses errements.

La faim assez souvent disparaît, se transforme ou se pervertit. Il est fréquent qu'après quelque temps d'alimentation insuffisante, les malades perdent complètement l'appétit : ils n'ont plus la sensation de la faim, ils ne la retrouveront que lorsqu'ils auront commencé à s'alimenter systématiquement. Parfois encore, la faim persiste, mais elle devient douloureuse et angoissante. Elle devient douloureuse surtout chez les hyperchlorhydriques et angoissante chez les névropathes héréditaires. Lorsqu'elle est douloureuse, elle n'est pas habituellement méconnue : les malades savent parfaitement qu'ils souffrent parce qu'ils ont faim. Toutefois, la douleur l'emportant sur la faim, il peut arriver que la notion de la nature de cette sensation s'efface et s'obscurcisse. Les malades n'osent plus manger à cause de la douleur. Lorsque la faim devient *angoissante*, les malades éprouvent une sensation des plus pénibles d'angoisse et de défaillance; il leur semble qu'ils vont se trouver mal, mourir s'ils ne mangent pas immédiatement. Cette angoisse ressemble beaucoup à celle que provoquent les diverses phobies : on peut la considérer comme appartenant à la même série psychopathique. La cause de l'inanition progressive ici, c'est que, le plus souvent, les malades éprouvent la sensation de satiété dès qu'ils ont seulement ingéré quelques bouchées d'aliments.

La faim peut se *pervertir* de telle façon qu'elle devienne complètement méconnaissable. Quelquefois c'est une sensation générale de défaillance et de dépression, d'état demi-vertigineux, dont les malades savent encore, assez souvent, reconnaître l'origine. Ce n'est pas de la faim, disent-ils volontiers, c'est une sensation de besoin. Mais il n'est pas

très rare que la faim devienne *nauséeuse* : ils ont alors mal au cœur, et la méprise est souvent totale. Ils méconnaissent complètement la faim et ils en arrivent beaucoup plus facilement encore que ceux qui éprouvent le sentiment de la faim douloureuse à ne pas manger, précisément parce qu'ils ont faim, sans le savoir. La preuve qu'il s'agit bien véritablement de faim pervertie, c'est que la sensation de nausée ne se produit pas si on a soin de faire manger les malades quelque temps avant l'heure, où elle a habituellement tendance à apparaître.

Les *phénomènes objectifs* de la dyspepsie peuvent eux-mêmes s'aggraver : sous l'influence de l'alimentation insuffisante et de l'amaigrissement général, le muscle gastrique s'affaiblit et la tendance à la stase s'accentue avec toutes ses conséquences. D'autre part, en vertu d'une irritabilité plus grande des centres nerveux, le spasme du pylore ou du côlon paraît se produire ou augmenter lorsqu'il existait déjà.

Naturellement il y a des différences plus ou moins accentuées suivant les malades, suivant leur état général au début des accidents, suivant le degré plus ou moins grand de leur nervosisme et sa modalité, suivant par exemple qu'ils ont plus ou moins tendance à s'orienter vers la neurasthénie, l'hystérie ou la psychopathie vésanique, suivant encore l'état de leur motricité gastro-intestinale et leur chimisme gastrique. Nous ne pouvons nous y arrêter ici et entreprendre de donner une esquisse de chacune des formes cliniques si variées, qui peuvent aussi se constituer; mais il suffit pour le moment de nous en tenir aux généralités.

Les malades, après avoir maigri et pâli, arrivent quelquefois à une sorte d'équilibre précaire. Ils ne maigrissent plus, leur poids reste stationnaire après une descente de 10, 15, 20 kilogrammes. Ils peuvent quelquefois même mener une vie asssez active, mais ils restent nerveux, impressionnables et continuent à éprouver au cours de leur digestion des malaises plus ou moins accentués. Dans le type le plus commun, on observe le syndrome neurasthénique : mauvais sommeil, fatigue le matin, céphalalgie, rachialgie, tendance au découragement.

Quoi qu'il en soit, tous ces malades, si dissemblables qu'ils puissent être, présentent un élément commun : ils s'alimentent insuffisamment, et, sous l'influence de cette inanition persistante et même progressive, s'aggravent à la fois leur névropathie et leur dyspepsie. Ils mangent insuffisamment parce qu'ils souffrent après avoir mangé. Ils deviennent plus irritables et plus névrosés, encore parce qu'ils s'alimentent insuffisamment. Ils souffrent d'autant plus qu'ils sont plus nerveux, etc. C'est un cercle vicieux auquel s'ajoute tout un engrenage de cercles vicieux secondaires.

C'est à notre maître le professeur Debove que nous devons la notion de cet engrenage neuro-dyspeptique, et nous considérons cette notion pathogénique comme d'une importance capitale. Elle comporte une conséquence logique en prophylaxie et en thérapeutique : il ne faut pas permettre aux dyspeptiques nerveux de trop restreindre leur alimentation; il faut réalimenter progressivement et ramener à une ration alimentaire aussi voisine que possible de la normale, ceux qui sont tombés à un degré plus ou moins accentué d'inanition relative. Dans l'établissement du régime, on tiendra compte, naturellement, des indications fournies par la forme de la dyspepsie; nous ne pouvons entrer dans le détail à ce propos et devons nous contenter de poser le principe général de la nécessité de la réalimentation.

On se heurtera souvent non seulement à une assez grande mauvaise volonté de la part du malade et de son entourage, à des idées préconçues, et, ce qui est pis encore, à des conceptions qui paraissent logiquement fondées sur l'observation et l'expérience antérieure. L'inanitié, en admettant qu'on soit parvenu à le convaincre de la nécessité de s'alimenter plus copieusement, objectera qu'il mangerait volontiers s'il le pouvait, mais qu'il ne le pourra pas, parce que son estomac ne le permettra pas. Il faut alors affirmer avec autorité, qu'il devra, il est vrai, traverser une période pendant laquelle il aura des malaises plus ou moins accentués, mais que ces malaises disparaîtront dès qu'il aura repris du poids et des forces.

Et c'est ainsi que les choses se passent en effet, et dans la très grande majorité des cas. Sous l'influence de la réalimentation, on voit diminuer les troubles dyspeptiques, la faim réapparaître, ses perversions s'effacent, l'état général s'améliore, le malade reprend confiance en lui-même et son avenir lui paraît moins sombre; l'espoir renaît en lui de jours meilleurs.

Chose curieuse, la langue se nettoie. Elle était blanche, plus ou moins chargée, elle devient nette et rosée, elle cesse d'être aplatie et de porter l'empreinte des dents, ce qui, suivant la judicieuse remarque de Lasègue, indique que la tonicité du système musculaire tout entier est devenue meilleure. En tout cas, on peut affirmer que la langue restera sale tant que l'inanition persistera et que, au contraire, elle se nettoiera lorsque l'alimentation sera reprise. Il est bon de connaître cette particularité de la séméiologie linguale, sans cela, l'état saburral de la langue devient pour le malade et même pour le médecin une raison en apparence excellente d'ajourner indéfiniment le retour à une ration alimentaire plus copieuse. Comme la neurasthénie doit souvent sinon son origine, tout au moins son aggravation à l'inanition relative, on a été amené à la traiter par la réalimentation systématique appelée improprement suralimentation. La réalimentation est indiquée dans la neurasthénie toutes les fois que sans raison suffisante, tuberculose, diabète par exemple, il s'est produit une perte de poids considérable. L'amaigrissement se produit quelquefois chez ces malades malgré une alimentation en apparence suffisante, en réalité insuffisante.

Elle est insuffisante à cause de l'insomnie et des tourments psychiques du malade. L'insomnie est certainement une cause de dépenses organiques plus fortes et elle exige une alimentation plus copieuse.

Dans certains cas, en présence d'un état nerveux accentué, d'une dépression neurasthénique marquée, il est utile et même quelquefois indispensable de soumettre les malades à une cure dans un sanatorium, sous la direction d'un médecin accoutumé à soigner ce genre d'affections.

En tous cas, qu'ils soient soignés chez eux, ou éloignés de leur milieu habituel, la formule du traitement de ces névropathes inanitiés tiendra dans les trois termes : réalimentation progressive et méthodique, repos de préférence au grand air, remontement moral.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(21 MARS 1903)

M. Comby présente deux cas de scorbut infantile chez des fillettes de dix-neuf et treize mois nourries exclusivement avec du **lait stérilisé**. Ce lait n'était pas dilué ni modifié; il était simplement stérilisé.

Quoi qu'il en soit, les symptômes scorbutiques, méconnus par plusieurs médecins, pendant près de trois mois, étaient au grand complet : pseudo-paraplégie, douleurs au moindre mouvement, hématomes sous-périostiques, purpura, fongosités saignantes des gencives, anémie profonde et cachexie. Le diagnostic a pu enfin être fait. Malgré ce retard déplorable, le traitement antiscorbutique comme toujours a fait merveille. Il a suffi de supprimer le lait stérilisé, de le remplacer par le lait frais bouilli, d'ajouter quelques cuillerées de purée de pommes de terre et de jus d'orange, pour amener la guérison dans un temps très court. Au bout de quinze jours, en effet, il n'y avait plus ni purpura, ni saignement de gencives. Les enfants étaient plus gais, plus vivaces, les douleurs des membres avaient disparu. Au bout de trois semaines, l'un des enfants était radicalement guéri. Le second, ayant des hématomes volumineux, a mis un mois à les résorber.

Il résulte de ces faits nouveaux ajoutés aux cas déjà publiés, que la stérilisation simple du lait, tout en présentant d'énormes avantages, comporte quelques inconvénients. Quand le lait stérilisé est continué longtemps et exclusivement, il expose au scorbut, comme tout aliment de conserve. Il faut donc, sans écarter le lait stérilisé, surveiller de très près les enfants qui en font usage, afin de dépister les premiers symptômes de la maladie pour y porter un prompt remède.

M. L. Galliard lit une note sur le **traitement de la colique de plomb par le lavement électrique**. Il a été amené à utiliser le lavement électrique dans un cas où il était permis d'hésiter entre l'occlusion intestinale et la colique de plomb. Le malade, trieur de métaux, âgé de trente-six ans, n'avait pas eu de garde-robe depuis cinq jours; il n'avait pas émis de gaz depuis trente-six heures. Le traitement eut un succès si rapide que M. Galliard résolut de l'instituer systématiquement dans tous les cas où la coprostase résisterait aux lavements simples ou aux lavements purgatifs.

Chez un fondeur, âgé de trente-deux ans, qui n'avait pas eu de selle depuis six jours, et qui vomissait de la bile, un seul lavement électrique amena la guérison rapide comme chez son premier malade.

Chez un plombier, âgé de trente-deux ans, qui avait pris en ville, la veille de son entrée à l'hôpital, de l'eau-de-vie allemande avec un résultat très médiocre, et qui souffrait cruellement, on administra, pendant la première matinée, deux lavements électriques. Il ne commença à rendre les matières liquides que l'après-midi, mais dès lors les douleurs cessèrent. Au bout de deux jours, il sortit presque complètement guéri.

Dans un quatrième cas, l'intoxication saturnine était beaucoup plus invétérée, la colique beaucoup plus grave. Après le premier lavement électrique, on obtint des évacuations très copieuses, mais les douleurs reparurent au bout de quelques heures, nécessitant une injection de morphine. Le lendemain et le jour suivant, on dut répéter le lavement électrique. Après le troisième lavement, qui provoqua encore une débâcle de matières noirâtres, il fallut pratiquer une dernière injection de morphine; puis les coliques cessèrent. Le malade put quitter l'hôpital, cinq jours plus tard, guéri.

Le traitement que M. Galliard préconise permet de supprimer complètement les purgatifs dont on connaît les inconvénients multiples : ils sont souvent mal tolérés; ils ne triomphent pas toujours de la paralysie intestinale dans les formes graves de la colique de plomb; on peut les accuser de provoquer des irritations intestinales secondaires.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitements chimiques de la coqueluche.

De la très intéressante monographie que M. le docteur Roques vient de publier (1), nous extrayons les renseignements qui suivent sur les principales médications chimiques auxquelles on peut recourir dans le traitement de la coqueluche.

La *scille*, dont l'action expectorante est bien connue, a été préconisée par Netter, Schirer, Benoist, Josias, et surtout par M. Comby, qui a inspiré à ce sujet la thèse de Boulade. Pour ces derniers auteurs, l'administration d'oxymel scillitique fait baisser rapidement les quintes en nombre et en intensité, et abrège la durée totale de la maladie. De plus, employé à dose de 1 à 2 centimètres cubes par année d'âge, l'oxymel est absolument inoffensif et très facile à employer.

Les *vomitifs* ont été très vantés dans le traitement de la coqueluche et si, par leur administration répétée, on ne guérit pas l'affection, on influence favorablement son évolution et l'on obtient ainsi des résultats appréciables. Les vomitifs ont en effet l'avantage de désobstruer les bronches et de vider l'estomac des crachats, ils calment les quintes et rompent les spasmes. A l'ipéca, encore très employé, Trousseau préférait le sulfate de cuivre aux doses de 0g20 à 0g40 centigrammes; Demartini recommande le chlorhydrate d'apomorphine; M. Roques s'est souvent bien trouvé de l'infusion de polygala senega.

A côté de ces médications anticatarrhales, il faut placer les antiseptiques. Le *benzoate de soude*, dont Klebs avait voulu faire l'anti-microbien par excellence, est encore très usité. M. Josias recommande la formule suivante, due à M. Ruault :

Benzoate de soude........	2 à 5	grammes.
Eau distillée	40	—
Sirop d'écorces d'or. amères..	40	—

On peut encore utiliser la formule ci-dessous :

Benzoate de soude........	1 à 3	grammes.
Eau de fleurs d'oranger.......	10	—
Eau de tilleul................	70	—
Sirop Désessarts.............	30	—

par cuillerée à café d'heure en heure.

Le *goménol* a été essayé par M. Pasteau : d'après cet auteur, il améliorerait rapidement l'état général et diminuerait le nombre des quintes : il abrégerait notablement la durée de la maladie. La *térébenthine*, le *terpinol* et la *terpine* ont aussi été fréquemment prescrits. La *quinine*, pour M. Josias, serait à la fois antiseptique, antispasmodique et tonique.

Elle a été expérimentée avec succès par Binz, Dawson, Henke, Heubner, Campbell, Unger, Chéron, Baron. M. Richardière donne la formule suivante :

Valérianate de quinine..............	*n* décigr. (sel. l'âge.)
Infusion de valériane.	100 grammes.

Pour un lavement.

M. Barth formule en suppositoires :

Sulfate de quinine	0g25 centigr.
Beurre de cacao..............	1 gramme.

(1) J.-B. Baillière et fils, Paris, 1903.

Pour M. Roques, la quinine est loin de pouvoir remplacer quelques-uns des antispasmodiques les plus usuels : elle est seulement recommandable dans les cas de complications pulmonaires aiguës. La *résorcine* a été employée par Moncorvo en badigeonnages de la gorge.

Des antispasmodiques, le plus usité est peut-être l'*antipyrine* dont les recherches de Sonnenberger, Griffith et Eloy, Dubousquet-Laborderie ont montré la valeur thérapeutique. M. Marfan formule :

Antipyrine	3 grammes.	
Sirop de fleurs d'oranger	25	—
Eau	100	—

Une cuillerée à café renferme 0g20 centigrammes d'antipyrine. Une à deux cuillerées à café chez les nourrissons; cinq, et plus, à partir de deux ans.

De ses propres recherches, M. Roques conclut que, si l'antipyrine n'abrège pas la durée de la coqueluche, elle paraît, du moins, diminuer le nombre des quintes lorsqu'elle est administrée à doses suffisantes.

La *belladone* est une des substances les plus réputées contre la coqueluche. Trousseau la considérait comme le remède héroïque contre les quintes, à condition qu'elle soit administrée en une seule fois, à doses massives; Cadet de Gassicourt donne la potion suivante :

Sirop de belladone	50 grammes.	
Sirop de tolu	150	—

par demi-cuillerées à café jusqu'à ce que le malade soit assoupi.

Archambault prescrit trois fois par jour I, II ou III gouttes de la solution :

Sulfate neutre d'atropine	un centigr.
Eau	10 grammes.

Une autre formule très préconisée est la suivante :

Teinture de belladone / Alcoolat. de racines d'aconit.	*àà* 5 grammes.
Laudanum de Sydenham	V gouttes.

III gouttes matin et soir.

La belladone atténue à merveille les symptômes spasmodiques de la coqueluche, mais son emploi doit être très surveillé. Aussi la formule de Cadet de Gassicourt peut-elle être considérée comme la plus recommandable et la moins dangereuse.

Le *bromure de potassium* est, « à l'heure actuelle, un des traitements de choix de la coqueluche. » M. Variot formule :

Bromure de potassium / Teinture de valériane	*àà* 8 grammes.	
Eau distillée	250	—

Jusqu'à deux ans, trois cuillerées à café; trois cuillerées à dessert de deux à cinq ans; trois cuillerées à soupe jusqu'à dix ans.

M. Josias l'associe au sirop de codéine, M. Legendre à la belladone et à la quinine.

Le *bromoforme* a été expérimenté dans la coqueluche par Stepp, Goldschmidt, Löwenthal, Fischer, Marfan, qui le considère comme le plus actif de tous les remèdes connus. Pour M. Roques, le bromoforme n'agit pas sur la durée de la maladie, mais il diminue l'élément spasmodique, modère les quintes et calme parfois les vomissements. Mais c'est un médicament difficilement maniable, surtout chez les nourrissons.

M. Delherm, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de publier un très intéressant travail sur l'action de l'*ozone* dans la coqueluche. Bien que l'instrumentation soit un peu compliquée, les résultats fournis par les inhalations d'ozone sont satisfaisants : l'ozone est un antispasmodique efficace, qui calme les reprises et modère les phénomènes congestifs, mais son action disparaît dès qu'on cesse le traitement.

Le *chloroforme* a été employé en inhalations : il aurait donné quelques guérisons; il en est de même du *nitrite d'amyle* et du *chlorure d'argent*. La *cocaïne* a été utilisée en badigeonnages et en pulvérisations. Son action est contestée : « L'efficacité des badigeonnages et pulvérisations est loin d'être démontrée : bien appliquée, la cocaïne peut, dans certains cas, peut-être, arrêter la quinte, mais elle n'a aucune action sur la maladie, la quinte même revenant le plus souvent, parfois même plus intense, l'action du médicament passée. De plus, c'est un produit dangereux. »

Nous ne citerons que pour mémoire le *formol*, le *gaz d'éclairage*, la *naphtaline*; la créosote, combinée à d'autres antiseptiques, comme dans la formule de Tournier, peut être avantageusement employée en inhalations :

Glycérine	10 grammes.	
Créosote	5	—
Essence de térébenthine	4	—
Essence d'eucalyptus	3	—
Essence de girofle	1	—

(Tournier.)

Pour les insufflations, on a utilisé le sulfate de quinine, l'acide benzoïque, l'acide borique. Carton et Moizard proposent la formule suivante :

Chlorhydrate de quinine	1 p.
Acide benzoïque	3 p.

M. Moizard recommande encore les insufflations avec :

Poudre de benjoin / Poudre de salicylate de bismuth	*àà* 10 grammes.	
Sulfate de quinine	2	—

D'autres médicaments ont encore été utilisés en insufflations : et en particulier l'orthoforme et le salicylate de soude. Enfin, le *thymol* a été très employé sous forme d'inhalations et de pulvérisations. M. Josias recommande :

Thymol / Menthol	*àà* 6 grammes.	
Alcool à 90 degrés	120	—

Une cuillerée à café dans le flacon du pulvérisateur de Lucas-Championnière.

M. Paulet formule :

Thymol	10 grammes.	
Alcool	300	—
Eau	700	—

Placer une partie de cette solution dans la chambre du malade, dans une tasse au-dessus d'une veilleuse.

L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles (1), par C. Crinon, pharmacien de première classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*.

Dans la dixième édition (1903) qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler; parmi ces médicaments, les plus importants sont : l'*adrénaline*, l'*anesthésine*, la *bismuthose*, la *cryogénine*, le *cypridol*, l'*histogénol*, l'*hypnopyrine*, l'*ichtoforme*, le *lipiodol*, le *lipobromol*, le *mésotane*, le *méthylarsinate de soude* ou *arrhénal*,

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

les *phosphomannitates*, notamment le *phosphomannitate de fer* ou *eugéine*, la *rheumatine*, la *saloquinine*, et l'*ulmarène*.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la *Revue des médicaments nouveaux* de M. Crinon ont reçu, des médecins et des pharmaciens, un accueil qui permet d'augurer le même succès pour celle qui vient de paraître. L. G.

Les pharmaciens, leurs droits, leurs devoirs ; conditions de l'exercice de la pharmacie par les médecins autorisés (1), par le docteur Ch. Legendre.

Résumer d'une façon à la fois succincte et complète les éléments de la législation et de la déontologie qui intéressent les médecins de campagne faisant de la pharmacie, ou pour mieux dire les médecins propharmaciens, tel est le but que s'est proposé le docteur Ch. Legendre.

Dans la première partie, l'auteur nous montre d'abord dans quelles conditions doit se trouver le médecin pour être autorisé à délivrer des médicaments; ensuite, quelles charges et obligations la loi lui impose dans l'exercice de sa nouvelle fonction. — Chaque assertion est appuyée de son texte de loi et de sa pénalité s'il y a lieu.

La deuxième partie : Déontologie spéciale aux propharmaciens, est une question absolument nouvelle. Elle comprend les devoirs envers les collectivités ou devoirs légaux, les devoirs envers les clients : 1° pour éviter les erreurs (erreurs de formules, de médicaments, d'ordonnances); 2° pour éviter les remèdes secrets; 3° pour éviter le mercantilisme (établissement de prix rationnels); enfin les devoirs envers les confrères, médecins ou pharmaciens.

A la fin de chaque partie, un chapitre résume les questions traitées et permet d'en saisir rapidement l'ensemble.

Ecrit tout spécialement pour des lecteurs qui n'ont pas de temps à perdre, ce livre, éminemment utile et pratique, est simple, méthodique, sobre de commentaires et totalement dépourvu de digressions étrangères au sujet, il sera lu avec intérêt par tous les praticiens. L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de la médaille d'or de l'internat (médecine). — Le concours vient de se terminer. Ont obtenu : la médaille d'or, M. Babonneix; la médaille d'argent, M. Armand Delille; accessit, M. Camus.

Nous sommes particulièrement heureux d'adresser nos félicitations à notre collaborateur et ami Léon Babonneix.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Oral. — Séance du 22 mars 1903 : Question : « Origine et tronc de l'artère pulmonaire (anatomie). — Hémorragie pulmonaire chez les tuberculeux. »

MM. Mathieu, 11 + 24 = 35; Hubert, 12 + 17 = 29; de Martel, 14 + 21 = 35; Claret, 18 + 22 = 40; Cornélius, 11 + 22 = 33; Küss, 13 + 21 = 34; Nathan, 11 + 21 = 32; Oppert, 11 + 20 = 31; Lebras, 8 + 19 = 27.

(1) In-8° de 64 p. Prix : 2 francs. — Paris, J. Rousset.

Programme des cours de vacances faits à l'hôtel des Sociétés savantes du lundi 6 au jeudi 16 avril 1903. — *Ophtalmologie* (M. le docteur A. Terson), 9 leçons du 6 au 16, à dix heures et demie :

Examen clinique des affections oculaires.

Marche à suivre pour le diagnostic des anomalies de la réfraction, le choix des lunettes, l'examen ophtalmoscopique, la recherche du champ visuel et l'examen de l'acuité visuelle.

Diagnostic et traitement des maladies fréquentes et de celles nécessitant un traitement d'urgence (traumatismes, maladies externes de l'œil et des annexes, iritis, glaucome, etc.).

Thérapeutique locale et générale.

Anesthésie, antisepsie, collyres et pansements, arsenal optique et chirurgical.

Opérations simples et d'urgence (avec exercices).

Notions sur les rapports des maladies des yeux avec les maladies générales.

N. B. — Le nombre des élèves est limité à 25.

Thérapeutique des maladies des voies urinaires (M. le docteur Nogués), 9 leçons, du 6 au 16, à six heures :

Instruments nécessaires. Manière de les stériliser et de s'en servir.

Classification des urétrites : uréthrite gonococcique : traitement abortif, technique des lavages urétro-vésicaux. Goutte militaire, son traitement. Critérium de la guérison, blennorragie et mariage.

Traitement des rétrécissements et de leurs complications.

Traitement des prostatiques.

Thérapeutique intravésicale; corps étrangers, cystites chroniques, tuberculose.

Exploration du rein.

Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique (M. le docteur Lebedde), 9 leçons, du 6 au 16, à cinq heures :

1° Méthode aseptique et antiseptique. Impetigo. Furoncles. Folliculites. Sycosis. Chancre mou.

2° Méthode antiphlogistique. Eczéma aigu. Dermatites artificielles. — Méthode kératolytique.

3° Méthode exfoliante. — Méthode réductrice.

4° Acné. Psoriasis. Eczéma chronique. Séborrhéides.

5° Méthode caustique et sclérogène.

6° Epithéliomes. Lupus.

7° Traitement de la syphilis. Traitement mercuriel et iodo-potassique.

8° Traitement de la syphilis normale.

9° Traitement des syphilis viscérales et des syphilis graves.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Brasseur, ancien médecin directeur de l'Asile privé de Malgrange, décédé à Nancy; et de M. le docteur Lagarde, médecin principal de l'armée en retraite.

Manuel de la prostatectomie périnéale pour hypertrophie, par le docteur Robert Proust, professeur à la Faculté, 1 vol. in-8° carré de 186 p., avec planches et figures, cartonné, — Prix : 4 francs. — Paris, G. Naud.

L'Image mentale, par le docteur Jean Philippe, 1 vol. in-16 avec gravures, de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine.

POUDRE DE PEPTONE CATILLON

Produit supérieur, pur, agréable au goût, on ne peut plus nutritif, 10 fois son poids de viande assimilable.
Aliment des malades qui ne peuvent digérer.

VIN DE PEPTONE CATILLON

Viande assimilable et Glycerophosphates.
Rétablit les Forces, l'Appétit, les Digestions



Se prépare également

Le MÉTHYL-ARSINATE ou (Arrhénal)

1° en *Granules* à 0 gr. 025 chaque.
2° en *Gouttes* (5 gouttes contiennent 1 centig. de Méthyl-Arsinate de Soude).



AFFECTIONS CARDIAQUES

CONVALLARIA MAIALIS

LANGLEBERT

SIROP : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
PILULES : 6 par jour.
GRANULES de CONVALLAMARINE : 4 par jour.

ANTISEPSIE GASTRO-INTESTINALE

Dyspepsie. — Gastralgie.	Pituites. — Diarrhée.
Flatulence.	Dysenterie.
Acidités.	Fièvre Typhoïde.

Pastilles et Poudre

DE

CHARBON DE BELLOC

APPROUVÉ par l'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Se prend avant ou après les repas.

DOSES par jour { *POUDRE* : 2 à 3 cuillers à bouche. Délayer chaque cuiller dans un demi-verre d'eau et avaler. *PASTILLES* : 4 à 10 pastilles. Les laisser fondre dans la bouche.

Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE (A. Champigny & Cie), 19, rue Jacob, PARIS.

NÉVRALGIES — MIGRAINES

CATARRHES chroniques de la VESSIE et des BRONCHES

GUÉRIS PAR LES

PERLES d'ESSENCE de TÉRÉBENTHINE CLERTAN

PRÉPARÉES PAR UN PROCÉDÉ

APPROUVÉ par l'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Enveloppe extra-mince. — Dissolution immédiate DANS L'ESTOMAC. — Efficacité certaine.
Dosage rigoureux : 5 gouttes par perle.
DOSE : 4 à 12 perles par jour.

Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, PARIS.



ÉTABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale
La plus Légère à l'Estomac

DEBIT de la SOURCE : PAR AN **30 MILLIONS** *de Bouteilles*

Déclarée d'Intérêt Public
Décret du 12 Août 1897

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
9, Rue de la Perle, Paris.

GOUTTES contenant chacune	...	2 milligr.
AMPOULES Stérilisées contenant chacune	...	50 —
COMPRIMÉS dosés à	...	25 —
GRANULES —	...	1 centigr.

ARRHÈNAL ADRIAN

Chimiquement Pur

TUBERCULOSE ✳ SCROFULE ✳ CHLOROSE ✳ PALUDISME

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de chirurgien.* — Le jury est composé de MM. Guyon, Le Dentu, Blum, Th. Anger, Félizet, Nélaton et Hallopeau.

La question a été : *Anatomie.* « Articulations du bassin. » — *Pathologie.* « Fractures du bassin. »

En raison des vacances de Pâques et du Congrès de Madrid, la lecture des copies commencera seulement le 5 mai.

Concours d'ophtalmologie. — Le jury est définitivement composé de MM. Morax, Perier, de Lapersonne, Descroizilles et G. Marchant.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 25 mai 1903, à midi et demi.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au Secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au jeudi 14 mai inclusivement.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 mai 1903, à midi et demi.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 2 mai inclusivement.

Hôpitaux de province. — *Tours.* — MM. les docteurs Magnan et Baudoin sont nommés médecins adjoints.

Marine. — M. le médecin de première classe Le Méhauté, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Guichen*, armé pour essais à Brest.

Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. — *Hôpital Lariboisière* [rue Ambroise-Paré (Xe arr.)]. — Le docteur P. Sébileau, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière avec le concours de ses assistants MM. Lombard, Caboche et Grivot, commencera le vendredi 1er mai 1903 un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique, ce cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, de huit heures à neuf heures du matin. Il sera complet en 30 leçons.

Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance dans le service auprès de M. le docteur Caboche, assistant.

Hôpital Saint-Antoine [184, rue du Faubourg-Saint-Antoine (XIIe arr.)]. — Le docteur M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, avec le concours de ses assistants MM. Bourgeois et Bellin, commencera le samedi 2 mai 1903 un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis, samedis, de huit heures à neuf heures du matin. Il sera complet en 30 leçons.

Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance dans le service auprès de M. le docteur Bourgeois, assistant.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la dixème semaine 975 décès, au lieu de 1035 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1182. L'état sanitaire est donc satisfaisant. On remarque la rareté des maladies épidémiques et surtout des maladies des organes de la respiration.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 13).

La rougeole a causé 15 décès (moyenne 21); la scarlatine a causé 5 décès (moyenne 4); la coqueluche a causé 6 décès (moyenne 10); la diphtérie a causé 7 décès (moyenne 13).

La variole n'a pas causé de décès.

La diarrhée infantile a causé 13 décès de 0 à 1 an au lieu de 27 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 30.

En outre, 38 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 159 décès au lieu de 182 pendant la semaine précédente et au lieu de 243, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne 18); bronchite chronique, 17 (au lieu de la moyenne 33); pneumonie, 44 (au lieu de la moyenne 63); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 84 (au lieu de la moyenne 129), dont 29 sont dus à la congestion pulmonaire et 38 à la broncho-pneumonie. En outre, 7 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 239 décès; la méningite tuberculeuse, 34 décès; la méningite simple, 20 décès, les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès.

CHIRURGIE PRATIQUE

Pourquoi, dans la pratique courante, la fracture de la rotule ne doit pas être traitée par les méthodes sanglantes, mais reste encore soumise aux anciens moyens thérapeutiques.

Par A. Ricard,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

A lire les doctes discussions qui viennent d'avoir lieu à la Société de chirurgie, il semblerait que pour le traitement des fractures de la rotule l'accord se soit fait sur la nécessité de traiter toute fracture par l'ouverture large et précoce de l'articulation. Seuls, quelques petits points de détail resteraient à fixer.

Il faut ouvrir l'articulation, c'est entendu; mais, comment faut-il se comporter vis-à-vis de la rotule fracturée? Faut-il la suturer en long, en large ou en travers? Faut-il la cercler ou l'hémi-cercler? Faut-il se borner à la suture des ailerons déchirés, ou des lambeaux périostiques prérotuliens? Tels sont les points qu'on discute.

En pratique courante, la question n'est pas là. Cette discussion récente de la Société de chirurgie n'intéresse que les chirurgiens de profession, rompus à la pratique quotidienne de leur spécialité, pourvus d'une bonne assistance fidèle et sûre, et d'une non moins bonne salle d'opérations.

Certes, ceci a été dit à la Société de chirurgie, mais sans y insister autrement. De sorte qu'à la lecture des comptes rendus, les choses sont mal mises au point. Tous les chirurgiens savent que la suture de la rotule est une opération délicate et par suite dangereuse; ils en conviennent, mais ils ne le proclament pas assez haut. Ils discutent pendant des heures, entre chirurgiens, pour peser les avantages réciproques du cerclage et de la suture; mais ils n'ont pas assez dit, à l'ouverture de leur séance, que cette discussion n'intéressait que ces seuls chirurgiens. Pour l'immense majorité des praticiens ce sont, en effet, là, des questions byzantines qui ne les intéressent nullement.

C'est ce que nous allons démontrer.

La conclusion qui se dégage des discussions de la Société de chirurgie est que le traitement de la fracture rotulienne par les méthodes sanglantes est simple, facile, efficace et qu'elles constituent le véritable traitement de choix, dont il ne s'agit plus que de préciser quelques menus détails.

Une telle formule doit nécessairement inciter le praticien à pratiquer cette opération : ce serait là une grave et funeste erreur. Si l'arthrotomie avec suture ou cerclage de la rotule est une opération simple, donnant d'excellents résultats, il ne faut pas oublier qu'elle est singulièrement dangereuse et il faut savoir gré à M. Berger d'avoir su rappeler, au cours de cette discussion, que les vieux traitements conserveront toujours leurs indications.

Tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que les synoviales en général et en particulier la large synoviale du genou sont infiniment sensibles à l'infection et aux inoculations septiques. La séreuse articulaire réagit avec une intensité bien autrement violente que le péritoine.

Lisez, entre les lignes, les communications de la Société de chirurgie. Vous y voyez que l'un des chirurgiens recommande l'usage des gants stérilisés pour lui et pour son aide. Surtout, dit un autre, ne mettez pas de doigt dans l'intérieur de l'articulation, n'y pénétrez qu'avec des compresses aseptiques montées sur des pinces; et videz ainsi la cavité articulaire et débarrassez-la de ses caillots sans y toucher vous-mêmes. Méfiez-vous, dit un troisième, de l'asepsie de la peau de la région malade. Ce sont des téguments généralement et habituellement sales, que les téguments du genou chez les blessés de la rotule. Attendez quatre, cinq et six jours avant d'opérer et par des pansements humides constants, par des brossages quotidiens au savon, à l'éther et à l'alcool, préparez les téguments pour le grand jour de l'opération.

Toutes ces recommandations constituent un luxe de minuties sur lesquelles on n'insiste pas autant lorsqu'il s'agit de l'ouverture du ventre. C'est qu'en effet, pour qu'un chirurgien se permette d'ouvrir un genou, il faut un ensemble de précautions qu'on ne trouve réunies que dans certaines conditions bien déterminées.

Il faut que le chirurgien qui va ouvrir un genou soit rompu à la pratique de l'asepsie la plus scrupuleuse, qu'il puisse affirmer qu'au cours de l'opération, aucune faute ne sera commise de ce côté. Et pour cela, il lui faut non seulement une installation irréprochable, mais il lui faut un aide sûr et aussi habitué que lui à l'asepsie, des téguments rigoureusement propres, des instruments stérilisés, des compresses et des fils dûment autoclavés, et il faut qu'au cours de l'opération rien ne pèche ; qu'il n'y ait aucun contact douteux. L'arthrotomie du genou est le type de l'opération aseptique conduite dans toute sa rigueur.

Il faut qu'elle soit telle ou qu'elle ne soit pas. Aussi, si en pratique certaines interventions peuvent être en quelque sorte improvisées par l'ébullition de quelques tampons et compresses, par le flambage extemporané des instruments, le nettoyage rapide de la région à opérer, il ne saurait en être ainsi pour l'arthrotomie du genou. C'est une opération qu'on n'improvise pas et pour laquelle on ne s'improvise pas chirurgien.

Sur 12 500 médecins qui exercent la profession sur le sol français, combien y en a-t-il qui se trouvent *pratiquement et matériellement* dans les conditions requises pour exécuter, comme il convient, la suture de la rotule? La réponse à cette question n'est pas difficile. Mettez à part quelques centres hospitaliers et universitaires; en dehors d'eux comptez sur un ou deux médecins par département ayant l'installation et la pratique suffisante, et vous obtiendrez un chiffre de médecins ne dépassant pas beaucoup 500 et n'atteignant certainement pas 1000.

Aussi, aux 11 500 praticiens restants qui n'ont ni l'habitude courante de la chirurgie, ni l'installation matérielle nécessaire, nous disons : Lisez les discussions de la Société de chirurgie de Paris et sachez qu'il y a un traitement opératoire des fractures de la rotule, sachez même que ce traitement est le traitement de choix, que c'est lui qui donne les résultats les meilleurs, le cal le plus solide, et la guérison la plus rapide; mais, sachez aussi que ce traitement constitue un idéal, que dans les conditions usuelles vous ne pouvez tenter de réaliser sans faire courir de risque à vos malades.

Souvenez-vous du *primum non nocere*, et songez au vieux confrère que Flaubert a exécuté si durement dans *Mme Bovary*.

En réalité, pour la presque totalité des praticiens, le traitement des fractures de la rotule doit rester ce qu'il était autrefois, quoique cependant un tant soit peu modernisé.

La région blessée étant bien nettoyée, les petites éraflûres protégées par un attouchement à l'alcool ou à la teinture

d'iode, et recouvertes par une gaze aseptique, simplement bouillie, ou à la rigueur antiseptique, le premier traitement à appliquer sera la compression du membre en extension, compression faite avec de l'ouate, méthodiquement roulée, et de bonnes bandes.

Pour être sûr d'éviter la flexion du genou qui augmenterait l'écartement des fragments rotuliens, une attelle rigide pourrait être incorporée dans la partie postérieure du pansement compressif.

Dès que la compression aura fait diminuer suffisamment l'épanchemeut sanguin intra-articulaire, il ne serait pas mauvais de substituer à l'appareil compressif une gouttière plâtrée, mettant le membre en extension forcée, et de compléter cette immobilisation par l'adjonction des vieilles et antiques bandelettes de diachylon croisant en sautoir les fragments rotuliens pour en solliciter le rapprochement.

Mais, très rapidement et suivant les cas, dans un délai qui oscillerait entre douze et vingt jours, il faudrait enlever le membre de sa gouttière, et commencer le massage méthodique du genou et de la cuisse dont le triceps s'atrophie si rapidement.

Chaque jour le massage sera pratiqué régulièrement, puis le membre maintenu par un bandage roulé; il sera loisible, vers la fin du premier mois, après le vingt-cinquième jour en moyenne, de faire lever le malade et de lui permettre la marche avec des béquilles, la jambe étendue, sans flexion.

Peu à peu, le médecin se relâchera de la rigueur de ses prescriptions, et tout en continuant le massage jusqu'à ce que le triceps ait repris sa force et l'articulation sa souplesse, il permettra au malade d'abandonner ses béquilles, de se soutenir seulement sur une canne et de se livrer progressivement et méthodiquement à une marche de plus en plus normale.

Sans doute, en traitant son malade de la sorte, le médecin ne donnera pas à son malade la soudure osseuse idéale que Dupuytren voulait payer de son poids d'or. Sans doute il persistera un léger écartement entre les fragments, mais cette pseudarthrose rotulienne permettra toujours ou presque toujours un bon fonctionnement du membre blessé. C'est là tout le résultat que le médecin, dans les conditions habituelles de la profession, doit chercher à obtenir.

CRYOGÉNINE ET TUBERCULOSE

Par Victor Audibert et Jean Combes, internes des hôpitaux de Marseille.

En juillet 1902, MM. Lumière et Chevrotier présentaient à l'Académie des sciences un nouveau médicament de la série des semicarbazides aromatiques, la benzamidosemicarbazide qu'ils ont appelée la cryogénine.

Ce corps, qui se présente sous la forme d'une poudre cristalline, blanche, inodore, de saveur légèrement amère, est un antithermique puissant, qui, à la dose de 0,40 à 0,50 centigrammes seulement, produit chez l'homme fébricitant un abaissement considérable de température qui peut atteindre plusieurs degrés.

Ces qualités fébrifuges très remarquables attirèrent immédiatement l'attention du corps médical si désireux de posséder une préparation pharmaceutique réellement active, douée d'une toxicité insignifiante, facile à manier et s'administrant aussi avantageusement par la voie buccale que par la voie sous-cutanée.

Le docteur Gélibert (1), un des premiers, eut l'occasion d'éprouver l'efficacité de la cryogénine au laboratoire, d'abord sur les animaux, puis chez l'homme, au lit du malade; sur les premiers il expérimenta avec des doses très faibles ou très élevées et toujours il constata un abaissement très net de la température avec innocuité parfaite; chez le malade ses observations portèrent sur divers états fébriles, mais plus particulièrement sur les tuberculeux. Il débuta par des doses relativement fortes, 1 gramme à 1g50, puis ayant jugé ces proportions un peu élevées, ayant d'ailleurs remarqué un *abaissement thermique trop rapide et trop considérable*, il préféra administrer plus tard des doses fractionnées. Toujours il constata « une action bienfaisante manifeste sur la fièvre des tuberculeux » et dans aucune de ses observations il n'eut à se repentir d'avoir employé la cryogénine.

(1) A. Gélibert. Un nouvel antithermique. (Communic. faite à la Soc. des sc. méd., séance du 19 nov. 1902.)

Quelques jours plus tard, le 23 novembre 1902, M. le docteur F. Dumarest (1) rapporte le résultat de ses expériences visant tout spécialement la fièvre des tuberculeux. Ses constatations furent identiques à celles du docteur Gélibert : non seulement la cryogénine lui parut amener une défervescence remarquable et rapide, mais aucun de ses malades, même après une administration prolongée, ne présenta « ni frissons, ni collapsus, ni malaises, ni sensation subjective de vomissements, ni sueurs, ni cyanose, ni troubles digestifs sérieux, ni anorexie, ni accidents cutanés ou sensoriels ». Au contraire, dans certains cas, ajoute-t-il, « nous avons pu observer un réel bien-être, une reprise de l'appétit et du poids, corrélatif de la disparition de troubles gastriques. » Il conclut enfin que la cryogénine associée au repos et à l'aération semble le médicament de choix de la fièvre des tuberculeux, soit en raison de son efficacité, soit parce que son usage semble pouvoir être prolongé sans inconvénient.

M. Carrière (2) confirme encore ces données thérapeutiques et les conclusions de son rapport à l'Académie des sciences sont que la cryogénine paraît constituer un antithermique à action variable, mais particulièrement actif dans la fièvre des tuberculeux et dans celle des dothiénentériques. Comme les auteurs précédents, il n'eut à déplorer aucun accident imputable au nouveau médicament.

Tout récemment enfin, notre maître, M. le docteur Boy-Teissier, et notre camarade, M. Bruneau, son interne (3), ont expérimenté la cryogénine, non plus chez les tuberculeux, mais spécialement dans la fièvre typhoïde, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, la grippe avec hyperthermie, une fièvre avec infection stercorale, etc., etc. Il nous serait trop long de rapporter leurs nombreuses et minutieuses conclusions; nous rappellerons seulement que, s'ils ont presque toujours observé une action antipyrétique rapide, ils n'ont jamais noté de collapsus, aucune action défavorable sur le système nerveux, sur le cœur et sur les reins. A peine ont-ils observé dans quelques cas (fièvre typhoïde, rhumatisme, infection stercorale), « des sueurs profuses (deux fois absolument extraordinaires comme abondance) sans autres conséquences d'ailleurs. »

Avec la bienveillante autorisation de nos maîtres MM. les docteurs Laget et Boinet, professeurs de clinique médicale, nous avons à notre tour repris cette étude thérapeutique de la cryogénine; nous avons laissé de côté pour le moment les différents états fébriles où ce médicament pourra trouver son utilité et nous nous sommes bornés à son administration exclusive chez les tuberculeux. C'est d'ailleurs dans

(1) F. Dumarest. La cryogénine dans la fièvre des tuberculeux, *Lyon méd.*

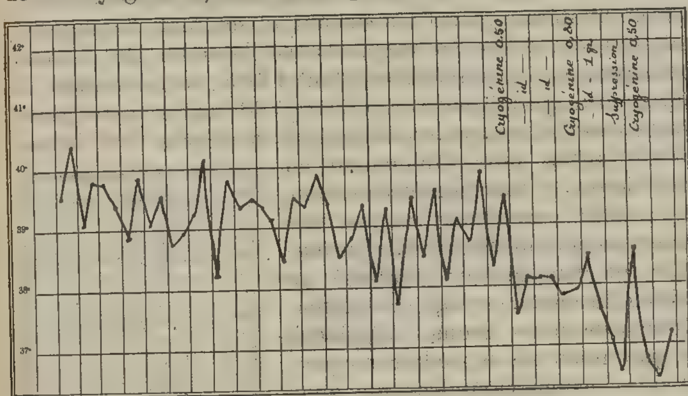
(2) Carrière. La cryogénine dans les fièvres. (Communic. à l'Acad. des sc., 29 déc. 1902.)

(3) Boy-Teissier et Bruneau. Cryogénine dans quelques maladies infectieuses, *Marseille méd.*, 1er fév. 1903.

cette catégorie de malades, minés par une fièvre tenace, à exacerbations violentes et périodiques, que la médication antithermique s'impose avant tout, et l'on ne saurait trop y recourir quand il s'agit d'apporter un soulagement, fût-il momentané, à cette fièvre hectique qui épuise les tuberculeux. Mais c'est aussi chez eux que cette thérapeutique s'est montrée la moins docile et aucune des médications si nombreuses, que l'on a préconisées dans ces dernières années, n'a montré une action spécifique, depuis l'antipyrine et la quinine, jusqu'à la phénacétine et le pyramidon.

Nos observations ont porté indistinctement sur des tuberculeux à la deuxième et à la troisième période ; nous avons expérimenté régulièrement la cryogénine non plus à doses massives de 0,80 centigrammes, 1 gramme et 1g50, mais à doses de 0,40 à 0,50 centigrammes, en cachets, que les malades prenaient vers midi ou une heure, c'est-à-dire quatre ou cinq heures avant l'accès du soir.

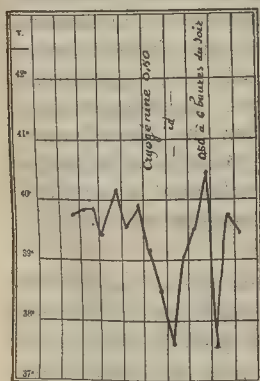
Nous nous accordons avec tous les auteurs qui précèdent pour reconnaître les qualités antipyrétiques remarquables de la cryogénine ; comme on peut s'en rendre compte par



Tracé 1.

notre tracé 1, pris au hasard, l'action de ce médicament fut très manifeste dès la première dose. Ce tracé nous indique clairement que la température atteint 37 degrés et descend au-dessous de ce chiffre chez une femme dont la courbe thermique n'avait jamais atteint la normale depuis plus de deux mois environ.

De même dans notre tracé 2 nous voyons la défervescence se produire dès le 7 février, c'est-à-dire dès l'administration de la cryogénine, alors que jusque-là le thermomètre indiquait presque toujours 40 degrés.



Tracé 2.

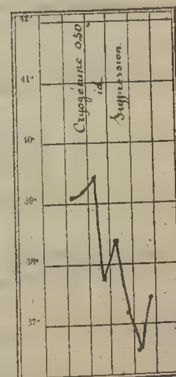
Nous assistons de plus à la brusque élévation de température chez ces malades lorsque la médication a été momentanément suspendue : dans notre tracé 2, le 9 février, la fièvre atteint le soir 40°5, mais par une faute de négligence le cachet de cryogénine ne fut donné qu'à six heures du soir ; le lendemain, à six heures du matin, la température atteignait 37°9, ce qui nous donne donc un abaissement de près de 3 degrés.

Nous n'insisterons pas sur le relevé de nos autres courbes de température : tous nos tracés concordent à ce point de vue-là et nous dirons, avec tous ceux qui se sont occupés de cette question, que le médicament découvert par MM. Lumière et Chevrotier *abaisse considérablement la température chez les tuberculeux*.

L'amélioration des phénomènes généraux que nous avons constatée ne nous a pas paru en rapport avec cette diminution de la fièvre. Il est, du reste, très délicat d'apprécier d'une façon manifeste un mieux passager chez des malades dont les fonctions de l'organisme sont si altérées par le processus pathologique. Trois de nos tuberculeux ont même refusé de continuer l'absorption de la cryogénine, parce que, disaient-ils, ce médicament les empêchait de tousser ou parce qu'ils prétendaient n'en ressentir aucun bien.

A la suite des nombreux résultats favorables publiés jusqu'à ce jour, il eût été évidemment désirable que nous eussions pu arrêter nos constatations à ces phénomènes antithermiques heureux. Malheureusement il nous a été donné de constater, à côté de cette action bienfaisante sur la fièvre, une action souvent funeste sur l'évolution générale de la maladie.

Le premier phénomène que nous ayons noté est un phénomène de collapsus : nos observations, au nombre d'une quarantaine environ, nous montrent cinq cas manifestes de cette dépression qui caractérise le collapsus. A quelque chose près, en effet, nos malades ont présenté une symptomatologie toujours uniforme : une femme à la deuxième ou troisième période entre à l'hôpital avec une température oscillant entre 38 et 39 degrés (tracé n° 1) ; l'auscultation des poumons dans le cas particulier que nous citons donnait une infiltration du sommet droit avec cavernules ; l'état général se ressentait évidemment de cette fièvre continue, mais n'empêchait pas la malade de se lever un peu et de s'alimenter ; du reste, il y avait peu de phénomènes gastro-intestinaux. Le 8 janvier, cette femme est soumise à la cryogénine : on administre un cachet de 0,50 centigrammes vers une heure de l'après-midi, le soir la température atteint 38°2. Cependant, l'apyrexie complète n'étant pas obtenue, nous donnons le 10 0,80 centigrammes de cryogénine ; la température du soir est à 37°9, le lendemain 11 elle remonte à 38°6 et on donne 1 gramme de cryogénine, le 12 la température tombe à 36°8, le 13 elle remonte à 39, mais ce jour-là il ne fut administré aucune dose de médicament. Enfin le 14 la femme meurt après avoir présenté une température de 36°4. Tout cela est un fait de constatation banale et que tout le monde a pu observer, mais à partir du 9 janvier la malade fut prise presque subitement d'une extrême faiblesse avec une sudation exagérée, incomparablement supérieure aux sueurs fréquentes, mais peu abondantes, que nous avions notées jusque-là ; le changement dans l'état de cette femme fut si rapide que nous en fûmes frappés : tout d'abord nous ne mîmes pas sur le compte de la cryogénine ce que nous attribuâmes à une aggravation de l'état général ; pourtant, après les doses de 0,80 centigrammes et 1 gramme, ces phénomènes s'accentuèrent : le 12 nous notions, avec une température de 36°8, un ralentissement du pouls, du refroidissement périphérique et une prostration considérable ; la respiration était peu modifiée, mais notre malade était dans un tel état d'apathie qu'elle n'avait plus la force ni de tousser ni de parler. Elle mourait enfin, le 14, en hypothermie.



Tracé 3.

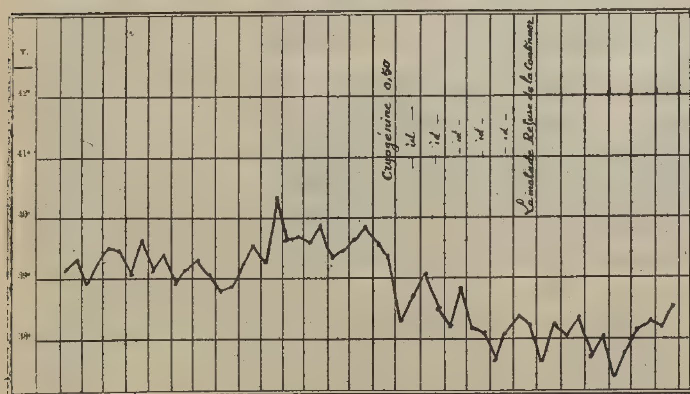
Chez un autre malade (tracé n° 3), le nommé C..., jeune homme de vingt-quatre ans, d'apparence robuste, les phénomènes furent encore plus caractéristiques : ce jeune homme, atteint de phtisie depuis sept mois, est amené dans le service de M. le professeur Laget, présentant des phénomènes de ramollissement au sommet droit, ramollissement assez étendu en surface, mais sans signes cavitaires ; le poumon gauche est à peu près sain, l'état général est relativement bon. Ce jeune homme grand, bien musclé, donne presque l'impression de ces phtisis florida décelables seulement à l'auscultation. La température, le jour de son entrée, est à 39 degrés ; on donne le lendemain 0g50 centigrammes

de cryogénine et le thermomètre indique immédiatement 37°9; même dose le jour suivant et la température atteint le soir 37°1, enfin, le 7, elle est à 36°5. La cryogénine est alors supprimée, la fièvre remonte de quelques dixièmes de degré, mais le malade meurt dans la soirée. Le 6, c'est-à-dire après deux absorptions seulement de 0g50 chacune, le malade accuse *encore presque subitement* un état d'asthénie considérable avec sudations intempestives. Cet homme qui, deux jours auparavant, présentait une euphorie remarquable, est alors dans son lit prostré, le visage inquiet, la chemise inondée de sueurs. Le lendemain, ces phénomènes se continuent en s'aggravant : à la contre-visite du soir il se plaint de ne plus pouvoir tousser, le pouls est petit, la température périphérique est au-dessous de la normale et la fin arrive dans le marasme.

Victor G..., vingt-trois ans, ancien caporal d'infanterie de marine, actuellement employé de commerce (tracé n° 2), présente à l'auscultation des râles caverneux au poumon droit et du ramollissement à gauche. La température oscillait depuis trois ou quatre jours aux environs de 40 degrés, lorsque le 7 février 1903, après une absorption de 0g50 centigrammes de cryogénine, elle descend le soir à 38°8; la cryogénine est continuée le lendemain et le thermomètre indique 37°9; le surlendemain on note encore 40°3, mais le cachet de cryogénine ne fut donné que vers six heures du soir; le lendemain matin la température est à 37°9; le 11 le malade meurt. Cet homme, phtisique caverneux, présentait évidemment un mauvais état général, mais l'action manifestement funeste de la cryogénine fut tellement appréciable après deux ou trois absorptions, que l'entourage même du malade s'étonna de cette brusque aggravation.

Nous ne rapporterons pas les détails qui précédèrent la mort de ce malade; nous dirons seulement que le tableau clinique fut identique en tous points aux deux précédents : ce qui dominait la scène c'était encore une asthénie brusque, considérable, une dépression physique et morale, des sueurs intenses, le tout n'étant apparu qu'après deux administrations du médicament.

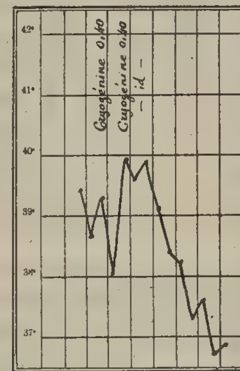
Alexandrine C..., vingt-huit ans, salle Sainte-Elisabeth n°1, entre à l'Hôtel-Dieu pour des symptômes aigus, datant seulement de vingt jours; cette femme présente une tuberculose aiguë, à forme galopante; elle avait eu du reste, plusieurs années auparavant, des phénomènes de bacillose décelée à l'autopsie sous forme de tubercules cicatrisés. L'évolution de la maladie dans le service de M. le professeur Boinet fut rapide, avec des signes stéthoscopiques d'infiltration aux deux poumons et une température se maintenant constamment aux environs de 39 degrés. Cet état nous engagea



Tracé 4.

immédiatement à expérimenter la cryogénine : on lui donna donc un cachet de 0g50 centigrammes le 16 janvier 1903, et, comme l'effet ne fut pas aussi intense que chez les autres malades, on lui maintint cette dose pendant plusieurs jours, sans que jamais pourtant la courbe thermique atteignît la normale. Cette femme mourut le 28 janvier. Dans les quelques jours qui précédèrent sa fin elle refusa catégoriquement la cryogénine parce que, disait-elle : « Cela me fatigue et m'empêche de tousser. » Ici, encore, nous eûmes en effet à constater ces phénomènes de dépression qui commencèrent trois ou quatre jours après les premières doses de cryogénine. L'état général n'était pas bon, c'est vrai, cependant il se fit un brusque changement dans l'évolution de la maladie, occasionné par l'apparition d'un symptôme frappant et soudain. Cet état d'asthénie, d'apathie et d'insouciance que nous avons déjà signalé. La malade se rendait très bien compte, du reste, de cet état qu'elle rattachait elle-même peut être trop facilement à l'absorption de la cryogénine. Les sueurs furent en outre extrêmes, l'affaissement rapide et complet.

Notre observation V se rapporte à un homme de trente ans, le nommé Jean B..., vingt-huit ans, entré dans le service de M. le professeur Boinet avec des phénomènes cavitaires, bilatéraux, localisés surtout au sommet; l'état général était loin d'être en rapport avec l'étendue des lésions pulmonaires. La température étant à 39°5, on administre la cryogénine qui fait baisser la fièvre à 38 degrés; deux jours après il se fait une poussée aiguë, de 40 degrés, avec hémoptysie légère, puis, rapidement, en trois jours, le thermomètre descendit à 36°9, exactement comme une défervescence de pneumonie; le malade fut littéralement terrassé au milieu du même cortège symptomatique que nous avons déjà décrit et que nous ne reproduirons pas; et si les lésions cavitaires que nous avons constatées à l'autopsie étaient évidemment suffisantes pour entraîner la mort, on s'explique mal cette fin presque subite, en collapsus, alors qu'on s'attendait à une issue plus lente.



Tracé 5.

Outre l'asthénie considérable, notons ici la présence d'une poussée congestive avec hémoptysies. Ce phénomène est-il imputable à la cryogénine? Il serait évidemment très difficile de l'affirmer, cependant le même fait s'est reproduit dans deux autres observations. Chez une femme, la nommée Eugénie B..., âgée de vingt-quatre ans, qui n'avait plus eu d'hémoptysies depuis longtemps, celles-ci apparurent, s'accompagnant d'une poussée thermique, quatre jours après l'administration de ce médicament. Chez une autre femme, la nommée Marie Le R..., placée au n° 14 de la salle Sainte-Elisabeth, la cryogénine amena non seulement des phénomènes de collapsus, mais encore des crachats rutilants.

Tels sont les faits cliniques que nous avons enregistrés dans nos essais thérapeutiques de la cryogénine. Ils peuvent se résumer ainsi : un tuberculeux, le plus souvent à la période de ramollissement ou de cavernes, un tuberculeux atteint de phtisie galopante est soumis à la cryogénine; brusquement, en général au quatrième jour de l'absorption, il est pris d'une défaillance avec asthénie considérable qui frappe son entourage : il gît affaissé dans son lit, se plaignant de ne plus pouvoir tousser; le facies est anxieux, le corps recouvert de sueurs extrêmement abondantes, et la mort arrive, alors que l'échéance paraissait beaucoup moins imminente.

Ces faits, il est vrai, ont été rares, puisque nous ne les avons trouvés que 5 fois sur 30 ou 40 cas environ. On pourra nous objecter que nous avions affaire à des tuberculeux avancés, dont l'évolution funeste était fatale et que nos observations

ont porté précisément sur la période terminale de leur maladie. Cette objection trop facile n'en est pas une : nous avons vu mourir quelques-uns de nos tuberculeux qui avaient absorbé de la cryogénine, sans présenter cette brusque aggravation dont nous parlons; de plus, il suffit d'avoir assisté à la fin de quelques tuberculeux, cavitaires ou autres, pour voir la longue durée de la période terminale. Le plus souvent ces malades meurent en asthénie considérable, mais cette asthénie de longue date est progressive et n'arrive pas tout d'un coup au point d'attirer immédiatement l'attention de leur entourage. Quand un tuberculeux meurt, en général, sa mort est attendue; dans les 5 cas que nous citons, la rapidité de sa venue a dépassé nos prévisions.

Théoriquement, du reste, il est assez aisé de fournir une explication pathogénique à ces données cliniques : l'action antithermiqne de la cryogénine est non seulement brusque et rapide, mais considérable. Cette substance produit quelquefois une défervescence de plus de deux degrés à la fois. Ce n'est donc pas une action antibacillaire, ce n'est pas non plus une action portant sur la nutrition en général, et malgré qu'il soit difficile d'expliquer intégralement les conditions qui règlent le phénomène hypothermie, il semble tout au moins manifeste que la cryogénine doive agir avant tout sur les centres nerveux régulateurs. Or nous venons de voir que les phénomènes de collapsus et d'asthénie brusque se sont présentés chez des tuberculeux déjà fortement épuisés par une longue maladie, nous avons noté combien souvent la défervescence fut brusque chez ces malades qui oscillaient constamment autour de 39 degrés; il est bien évident que les centres nerveux ont réagi chez eux d'une façon intensive, trop intensive pour leurs faibles moyens de réaction; il est bien évident aussi que cette action dépressive s'est manifestée non seulement sur leurs centres thermiques régulateurs, mais encore sur presque tous les centres fonctionnels organiques. Dans ces conditions la cryogénine a non seulement abaissé la température, mais elle a fait plus : elle a fortement déprimé les centres nerveux.

Il serait donc juste de dire que la cryogénine est un antipyrétique, mais un *antipyrétique trop puissant pour les tuberculeux avancés ou les tuberculeux à marche rapide*.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation pathogénique que nous donnons, les faits de constatation sont tangibles et s'ils ont peut-être passé inaperçus jusqu'à ce jour, c'est que le plus souvent on ne prête pas grande attention à l'évolution des tuberculeux dans les services hospitaliers; il suffira pourtant de les suivre attentivement pour constater cette aggravation, *qui surprend* non seulement le médecin, mais encore le profane.

Pourquoi ces phénomènes de défaillance se sont-ils manifestés chez certains tuberculeux et non pas chez d'autres? Il est probable qu'il intervient là des facteurs multiples qu'il est malaisé de définir, il est très probable aussi que le terrain y entre pour une grande part et que certains sujets sont plus aptes que d'autres, soit par le fait de la maladie, soit par le fait d'idiosyncrasies particulières, à faire de l'asthénie brusque sous l'influence d'un médicament qui déprime les centres nerveux.

On pourrait se demander encore pourquoi les faits que nous avançons n'ont pas été constatés par les auteurs qui nous ont précédés. Peut-être d'abord pour la raison que nous avons donnée plus haut, peut-être aussi parce que la cryogénine a été employée chez des tuberculeux au début, peut-être aussi parce que les conditions de climat, d'admission des malades (ouvriers des quais alcooliques et surmenés) favorisent la dépression nerveuse.

Nous pouvons dire en terminant que la cryogénine nous semble quelquefois funeste dans la tuberculose et qu'elle précipite rapidement, par les phénomènes de collapsus, la fin des tuberculeux avancés.

Dans les autres cas où nous avons expérimenté la cryogénine, nous n'avons eu qu'à nous louer de ses bons effets antithermiques. A part quelques sueurs profuses imputables à ce médicament, nous n'avons observé aucun autre inconvénient. La courbe thermique s'est presque toujours sensiblement modifiée sous son influence. *La cryogénine nous paraît donc appelée à rendre de sérieux services dans les états fébriles à condition toutefois que les malades ne soient pas déjà trop déprimés.*

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(24 mars 1903)

La discussion, soulevée par le rapport de M. Porak au nom de la commission de l'**hygiène de l'enfance**, se poursuit avec une chaleur, une passion qui nous rappellent les ardentes discussions d'autrefois, du temps des Jules Guérin, des Blot, des Depaul, des Colin, des Bouley, etc. Il y avait bien longtemps que pareille chose n'était arrivée et il semble réservé aux membres de la section d'obstétrique de retrouver, à l'occasion, cette ardeur juvénile.

M. Lannelongue, mis en quelque sorte en demeure par M. Pinard de donner son avis comme président de la commission de l'hygiène de l'enfance, rappelle qu'au sein de cette commission M. Pinard était seul de son avis.

Tout le débat, en somme, réside aujourd'hui dans la question de savoir si l'on doit appliquer l'article 8 de la loi Roussel dans toute sa rigueur ou s'il doit être modifié de façon à porter à trois mois au lieu de sept le temps pendant lequel une mère doit son lait à son enfant avant de le donner à un autre.

Or M. Pinard, seul contre tous, dans la commission, soutient qu'il faut empêcher les mères de sacrifier leur propre enfant et que la loi doit exiger qu'elles l'allaitent au moins sept mois — il préférerait même un an — avant de se placer comme nourrices sur lieu.

Cette pensée, incontestablement très humaine et très généreuse, est-elle applicable, est-elle compatible avec les exigences de la pratique? Voilà toute la question.

M. Porak ne le pense pas et interprète d'ailleurs autrement que M. Pinard la loi Roussel.

La loi Roussel, dit-il, n'a pas indiqué le mode d'allaitement auquel on devait avoir recours lorsqu'elle a fixé à sept mois le terme pendant lequel les enfants des nourrices sur lieu doivent être allaités.

M. Pinard a fini par faire prévaloir cette interprétation qu'il s'agissait d'allaitement au sein. Rien ne justifie cette opinion.

C'est par cent milliers qu'il faut compter les enfants qui sont privés de l'allaitement maternel, tandis que dix ou vingt mille nourrices sur lieu demandent à se placer.

M. Pinard poursuit la suppression de l'industrie nourricière alors que nous croyons qu'il n'est ni juste, ni utile, ni possible d'empêcher le recrutement des nourrices sur lieu.

Ce n'est pas juste parce que cela consacrerait une inégalité légale, obligeant les enfants des nourrices sur lieu à des dispositions légales dont on dispenserait de nombreux enfants.

Ce n'est pas utile, parce que les 5/8 des nourrices qui se placent sont sans foyer et sans ressources et que, si on veut les forcer d'allaiter leur enfant sans les secourir, elles seront obligées de reprendre leur métier en envoyant leur enfant en province où ils ne seront ni allaités, ni souvent même surveillés.

Ce n'est pas possible, parce que les sanctions d'une loi qui n'obtient pas le consentement des personnes qu'elle vise, si elles sont trop sévères, sont inappliquées; si elles sont trop légères, elles sont illusoires.

En fixant à trois mois l'obligation de l'allaitement au sein des enfants des nourrices sur lieu, on conçoit que la charité privée ou l'assistance publique puissent secourir les femmes indigentes et que des parents y trouvent des garanties suffisantes au sujet des nourrices qu'ils engagent.

M. Budin estime qu'il faudrait tout d'abord être fixé sur un point et savoir ce que deviennent actuellement les enfants des nourrices sur lieu. M. Pinard nous l'apprend-il? Nullement. Il se contente de nous apporter un argument ancien, antérieur à la loi et inutile. Le lait de la mère, nous dit-il, appartient à son enfant ; c'est entendu, il serait à désirer que cela fût, que cela pût être. Mais, en réalité, la proposition de M. Pinard est impraticable et même dangereuse. Voilà ce que s'applique à démontrer M. Budin.

Elle est impraticable ainsi que les faits le prouvent : M. Pinard qui ne se contente pas de parler, mais qui agit, avait obtenu d'un ministre que l'article 8 de la loi Roussel fût rigoureusement appliqué. M. le préfet de police fit alors un rapport déclarant que cette application était absolument impossible et demandant que cet article 8 fut revisé. Il est de toute évidence, en effet, que partout on viole la loi, que M. Pinard lui-même la viole dans son propre service.

Aux yeux de M. Budin, la proposition de M. Pinard est dangereuse parce qu'elle favoriserait dans une certaine mesure l'allaitement artificiel. C'est plus particulièrement dans les premiers mois et surtout dans le premier mois que la mortalité des enfants est considérable. C'est donc surtout à cette époque qu'il serait utile d'exiger l'allaitement maternel. M. Budin nous montre à ce sujet des statistiques effrayantes de mortalité des enfants du premier âge. Mais il nous montre également par des chiffres très suggestifs que la plupart des femmes peuvent fournir plus de lait qu'il n'est nécessaire pour un enfant. Le problème pour M. Budin se résout donc de la façon la plus simple : Laissez les enfants à leur mère, au moins pendant les premiers mois, même lorsqu'elles se placent comme nourrices.

M. Pinard ne veut rien entendre. Il considère comme nuls tous les arguments qui lui ont été opposés et tout ce qui lui reste de force et d'énergie, il les consacrera à soutenir la cause des enfants abandonnés par leur mère. Il répond d'abord à M. Budin qu'il n'a jamais violé la loi, attendu que, dans son service, il laisse aux nourrices leurs enfants.

M. Pinard s'élève avec indignation contre la proposition de M. Guéniot qui veut qu'une femme dans la misère abandonne son enfant pour en nourrir un autre. Cet abandon est vraiment trop dangereux pour l'enfant et M. Pinard rappelle ici les éloquentes paroles prononcées par MM. Terrier et Devilliers, en 1882, pour défendre ces enfants, de véritables victimes. La loi Roussel, telle que M. Pinard voudrait qu'on l'appliquât, est une sauvegarde pour ces malheureux enfants sacrifiés.

M. Pinard, s'adressant à ses collègues, leur dit qu'il n'est pas prouvé que ces enfants abandonnés par leur mère ne courent pas de dangers. Ils ne sauraient nier que ces enfants soient des victimes. Vos efforts, leur dit-il, seront décevants et stériles. M. Pinard ne veut pas que ces enfants meurent par suite de l'abandon de leur mère et il supplie l'Académie d'accepter ses conclusions.

Après une nouvelle intervention de M. Guéniot qui maintient, contrairement à M. Pinard, qu'une femme pauvre agit mieux dans l'intérêt de son enfant en se plaçant comme nourrice, l'Académie, à une très faible majorité, vote le rejet des propositions à la commission et émet le vœu qu'une indemnité d'allaitement soit allouée aux femmes pauvres pour leur permettre d'élever leur enfant.

M. Motais (d'Angers) fait une communication sur le **traitement du ptosis**. Il rappelle que l'opération qu'il a proposée, basée sur la suppléance du muscle droit inférieur, s'est généralisée.

On a signalé deux complications, la diplopie verticale et l'ulcère de la cornée.

La diplopie verticale est signalée dans la plupart des observations, immédiatement après l'opération. Elle tient d'abord à l'hypertension de la languette fixée au-dessous de la ligne d'insertion scléroticale du muscle droit supérieur ; en outre, à la surcharge imposée brusquement au muscle droit supérieur qui doit élever en même temps l'œil et la paupière.

Mais tous les opérateurs constatent également la diminution progressive et la disparition totale de cette diplopie dans l'espace de quinze jours à cinq mois. Il n'y a donc pas lieu de s'en préoccuper pour le résultat définitif.

L'ulcère de la cornée a été constaté cinq fois en trente-trois opérations. En analysant de près les observations dans lesquelles cette complication s'est produite, il est facile de se rendre compte que le frottement du nœud tarsien formé de catgut ou de soie trop volumineuse sur la cornée en est la cause prédominante. Exceptionnellement, le frottement d'un pansement durci sur un œil a pu érafler la cornée. Pour s'en mettre à l'abri, il suffira de réunir les paupières par une bande collodionnée, puis de se servir de soie fine ou molle, ou même de placer la suture sur la face cutanée de la paupière.

Avec ces quelques précautions, l'ulcère de la cornée ne doit plus être observé.

M. Blanchard a fait une communication très intéressante sur un cas de **blastomycose** intrapéritonéale opéré avec succès par M. Schwartz à l'hôpital Cochin. Ce cas devant être présenté à la Société de chirurgie, nous y reviendrons.

(*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Association générale des médecins de France.

Dans sa dernière assemblée, l'Association générale des médecins de France émettait un projet supprimant l'Annuaire et le remplaçant par une publication périodique paraissant tous les deux mois.

Ce projet, bien qu'il n'ait pas été soumis à l'étude préalable des Sociétés unies, entraîne comme conséquence une modification aux statuts de l'Association générale et la création d'un bulletin.

Le moment nous semble mal venu pour l'Association générale d'affronter pareille aventure. Ce n'est pas, en effet, au moment où elle est en proie à des difficultés financières, qu'il est prudent, pour elle, de se lancer dans une affaire commerciale.

Car, quelle que soit la façon habile dont la création du bulletin sera présentée aux délégués de l'Association, cette création n'en est pas moins une aventure commerciale avec tous ses risques et ses aléas.

En admettant que la création de ce bulletin soit légalement autorisée, ce qui sera à démontrer, il n'en est pas moins vrai que le bulletin, pour ne pas être un fardeau trop lourd pour les finances de l'Association, doit être soutenu par un éditeur, un annoncier, un bailleur de fonds quelconque auquel l'Association sera liée vraisemblablement par traité. Que cette publication soit mise en adjudication, comme il conviendrait, ou qu'elle soit déjà tacitement promise, par les membres du Comité central, à un éditeur plus ou moins personnellement en faveur, il y a là un point qui devra être sérieusement étudié par les délégués avant de déposer leur vote.

Nous avons peine à croire que l'Association entende ratifier les petites combinaisons personnelles auxquelles elle est doucement conviée, et qu'oubliant qu'elle est avant tout une mutualité, elle se laisse entraîner sans réflexion dans

une entreprise toujours aléatoire, comme la création d'un bulletin périodique.

Il suffira de montrer aux délégués que la création de ce bulletin, dont la publication se fera d'abord tous les deux mois, ne servira uniquement qu'à créer un organe nouveau entre les mains de certaines personnalités avides d'autorité. Il est incontestable que la création de ce bulletin est une quasi abdication des Sociétés locales en faveur des membres du Conseil général.

Nous espérons donc que les délégués réclameront des explications, exigeront que la question soit mise plus sérieusement à l'étude, et ne permettront pas que leur vote soit escamoté par de belles paroles et de décevantes promesses. Leur prudence déjouera peut-être certaines ambitions personnelles mais retiendra l'Association sur la pente dangereuse où l'on veut imprudemment l'engager.

THÉRAPEUTIQUE

Syndrome d'une grande variété d'affections, la constipation n'a pas un mécanisme toujours identique, et dans chaque cas particulier, il importe de déterminer quels sont les facteurs qui entrent en jeu. Tantôt, la constipation est secondaire à une affection aiguë ou chronique dont elle constitue l'un des éléments, tantôt elle est primitive, essentielle et en apparence non reliée à un état antérieur.

La constipation peut être horaire (selles rares), quantitative (selles de volume réduit), qualitative (selles dures); ces constipations dissociées sont rares et le plus souvent on se trouve en présence d'une constipation totale dans laquelle les selles sont rares, réduites et dures.

Chronique, la constipation conduit fatalement à l'entéro-colite muco-membraneuse; habituelle, elle entraîne à sa suite des signes de dyspepsie gastrique plus ou moins accusés, des troubles nerveux dont le mauvais caractère des constipés est le moindre. En dehors de ces phénomènes s'observent encore des troubles circulatoires (palpitations), des troubles mécaniques (hémorroïdes, compressions pelviennes) qui retentissent d'une façon profonde sur l'état général.

Très diverses sont les différentes modalités de la constipation; aussi est-il bien difficile de déterminer un type clinique précis à cet état pathologique, « chaque constipé réagissant à sa façon. » Cependant on peut considérer deux variétés pathogéniques de constipation : la constipation atonique et la constipation spasmodique.

Bien que simplement symptôme, la constipation mérite une étude attentive et demande un traitement plus réfléchi que la prescription routinière d'un laxatif.

Parmi les nombreux agents médicamenteux prônés pour combattre la constipation, il convient, de ne recommander que ceux qui agissent en excitant modérément le péristaltisme intestinal : le cascara sagrada et surtout son principe utile la « cascarine » semblent répondre pleinement à ce desideratum.

La cascarine ne purge pas, n'irrite pas, ne détermine aucune colique; c'est le copragogue par excellence et qui ramollit simplement les selles devenues plus bilieuses. Loin d'agir par osmose comme le font les purgatifs salins naturels ou artificiels, n'ayant aucun des inconvénients des drastiques ou des cathartiques, la cascarine exerce une action heureuse sur la fibre musculaire intestinale dont elle excite la contractilité sans l'exagérer, amenant ainsi une évacuation quasi physiologique des matières.

Copragogue, la cascarine jouit aussi d'un pouvoir cholagogue considérable et cette action est d'autant plus utile pour combattre la constipation, qu'on sait que la bile est un excitant physiologique du péristaltisme intestinal.

La cascarine agit promptement et, même dans les constipations opiniâtres, amène, en peu de jours, une débâcle salutaire.

Le premier résultat obtenu, on devra continuer l'administration de la cascarine d'une façon suivie jusqu'à ce que les selles se soient régularisées et que la tonicité de l'intestin soit rétablie. On n'oubliera pas non plus d'exiger des malades une présentation quotidienne à la garde-robe. De cette façon de faire dépendra en grande partie le succès et la guérison.

Ajoutons que l'emploi de la cascarine, en raison de son pouvoir antiseptique et bactéricide, est encore indiqué dans toutes les affections consécutives à un état particulier de l'intestin caractérisé par des proliférations microbiennes (Roux) [rhumatisme articulaire, par exemple].

Chez les enfants, à partir de deux ans, on prescrira la cascarine à dose de 0gr01 à 0gr05 centigrammes suivant l'âge. Pour les adultes la dose quotidienne est de 10 à 30 centigrammes dans la constipation opiniâtre, dose qui peut être continuée sans inconvénient pendant une dizaine de jours, laps de temps nécessaire pour amener la guérison.

Dr HERMANT.

REVUE DES THÈSES

Le chancre syphilitique du col de l'utérus, cause de dystocie, par M. FÉROUELLE. (Th. de Paris, 1902.)

Le chancre induré du col peut devenir une cause de rigidité et de dystocie très grave avant que la sclérose secondaire ait apparu. Entre ces deux lésions, marquant des étapes successives de la maladie, il existe souvent un état de transition où l'on ne saurait dire si c'est le chancre qui évolue vers la sclérose ou la sclérose qui débute. On peut cependant dire que le chancre est beaucoup plus fréquent comme cause de dystocie que l'accident secondaire, car, presque toujours, on est en face d'une syphilis récente, et jamais on n'a confirmé par l'examen histologique le diagnostic de ces scléroses précoces apparaissant dans les trois premiers mois de l'infection syphilitique.

Au point de vue thérapeutique, dans les cas où la rigidité du col paraît invincible, dans des conditions d'asepsie suffisante et surtout si la poche des eaux n'est pas encore rompue, l'intervention de choix est l'opération césarienne. On sera parfois réduit à pratiquer la basiotripsie sur un enfant vivant quand toute autre opération paraîtra trop dangereuse pour la mère.

L. BABONNEIX.

QUESTION D'INTERNAT

Symptômes et complications de la coqueluche.

DÉFINITION. — « La coqueluche est caractérisée par une toux convulsive qui revient par accès à des intervalles indéterminés. Cette toux consiste en une série d'expirations très courtes, suivie d'une inspiration longue, sifflante, sonore; elle s'accompagne d'une congestion considérable de la face et se termine par le rejet de mucosités filantes. La coqueluche est apyrétique, contagieuse, et n'attaque qu'une seule fois le même individu » (Rilliet et Barthez).

La C. évolue en trois périodes : *catarrhale*, *spasmodique*, *catarrhale*.

SYMPTOMATOLOGIE. — **Incubation** : durée peu connue : deux à sept jours.

P. CATARRHALE : signes de bronchite banale, fébrile. Cependant, la toux est déjà tenace et s'accompagne de chatouillement laryngé, de dyspnée, de douleur rétrosternale. La fièvre est modérée. En somme « cette première période n'a souvent rien qui la distingue d'une simple trachéo-bronchite » (R. et B.).

Exceptionnellement, début par une attaque de laryngite striduleuse ou bronchite capillaire.

Durée : huit à quinze jours, surtout quinze ; plus courte chez les très jeunes sujets (R. et B.). Puis, progressivement, la toux se modifie et prend le type convulsif.

P. CONVULSIVE (SPASMODIQUE). — « A cette période, à moins de complications ou d'anomalies, la toux, avec son caractère spécial, constitue pour ainsi dire le seul phénomène observé. Il n'y a plus de bronchite, il n'y a plus de fièvre » (Le Gendre, *Traité Charcot-Bouchard*, 2e éd., t. VI, art. *Coqueluche*).

Provoquée par quantité de causes (mouvement, ébranlement nerveux, irritation des voies respiratoires, déglutition, jeu, course, examen du fond de la gorge, compression du larynx, imitation, etc.) ou spontanée, la *quinte* est généralement précédée de prodromes : tristesse, picotement du larynx, immobilité instinctive (Trousseau) ou agitation. Elle consiste en une série prolongée de secousses de toux expiratrices, secousses que suit une inspiration longue, pénible, accompagnée d'un sifflement particulier (*reprise*), dû au passage de l'air à travers un orifice spasmodiquement rétréci. Puis nouvelles séries de crises expiratoires, suivies de reprise, etc. Enfin, après une dernière reprise, rejet d'une certaine quantité de crachats filants, transparents, de vomissements alimentaires.

La quinte dure d'une demi à une minute ; elle s'accompagne de signes d'asphyxie (congestion de la face, gonflement des veines du cou, tuméfaction des paupières, injection des yeux, anxiété, cyanose des extrémités); elle est suivie d'une sensation de fatigue générale. La bouffissure des yeux persiste plus ou moins longtemps.

Pour les *formes anormales* de la crise et ses équivalents (éternuements) (v. Rilliet et Barthez, Le Gendre). La reprise est très peu marquée ou même manque chez les tout jeunes enfants.

Les quintes sont plus fréquentes la nuit ; leur nombre est d'autant plus élevé que la maladie est plus grave : vingt à trente par jour (cas moyens), cinquante à cent et plus (cas graves); il augmente jusqu'à la fin des quatrième ou cinquième semaine, puis diminue.

Durée de cette période : trente-quarante jours (Rilliet et Barthez.)

P. DE DÉCLIN. Les quintes diminuent progressivement de nombre, la toux devient grasse, les crachats sont mucopurulents, opaques. Enfin, au bout de dix à quinze jours, le malade guérit.

MARCHE. TERMINAISON. — Donc, trois périodes : « la première, dite des prodromes, ne consiste que dans un simple catarrhe ; la seconde est caractérisée par la toux quinteuse, la troisième par la diminution, la cessation ou la modification des quintes » (Rilliet et Barthez). Variantes suivant l'âge, épidémies, etc. (v. classiques).

La guérison complète est la règle, s'il n'y a pas de complications. Les *rechutes* sont fréquentes, les *récidives* exceptionnelles.

Dans les *coqueluchettes* (Roger), la toux est simplement quinteuse, elles s'observent chez des enfants très jeunes et sont contagieuses.

COMPLICATIONS. — I. **Mécaniques.** — *a. Ulcération du frein de la langue*, transversale, étroite, superficielle, due au frottement de la langue contre les incisives inférieures dans les efforts de toux ; nullement pathognomonique ; *b. Hémorragies* : surtout épistaxis, stomatorragie ; quelquefois ecchymoses sous-conjonctivales et palpébrales, hémoptysies, hématomes musculaires, hémorragies méningées ou cérébrales ; *c. Hydropisie* : bouffissure de la face, exceptionnellement, anasarque ou œdème de la glotte ; *d. Accidents liés à l'hypertension abdominale* : évacuations involontaires, prolapsus rectal, hernies ; *e. Crampes et contractures* ; *f. Ruptures du tympan* ; *g. Emphysème pulmonaire et sous-cutané*, très rare.

II. **Inflammatoires, broncho-pulmonaires.** — « La C. est une des maladies de l'enfance qui se compliquent le plus fréquemment d'inflammations broncho-pulmonaires » (Le Gendre). Citer : *a.* la *trachéo-bronchite*, fréquente, peu grave ; *b.* la *bronchite capillaire*, presque toujours mortelle, surtout chez les très jeunes enfants ; *c.* la *pneumonie lobaire* et la *pleurésie séreuse*. Ces complications s'observent surtout à la période d'état ; sous leur influence, les quintes se modifient ou disparaissent (*spasmos febris accedens solvis*). Souvent, elles restent latentes, d'où nécessité d'une auscultation quotidienne, tenir grand compte des soudaines élévations thermiques (Cadet de Gassicourt).

III. **Nerveuses.** — a. *Spasmes de la glotte* (W. Hughes, du Castel) (coqueluches graves) : véritables convulsions internes ; b. *Convulsions externes généralisées*, surtout chez les jeunes enfants, à la période d'état, dans les C. graves. Quelquefois annoncées par des prodromes (exaltation nerveuse, irascibilité, fièvre, céphalalgie), elles aboutissent ordinairement au coma. Pronostic très grave : « presque tous les enfants succombent à cette complication. » (R. et B.)

IV. **Infectieuses.** — A. *Locales* : a. *gangrène buccale* ; b. *suppurations diverses* ; c. néphrite aiguë (coqueluches graves). B. *Générales* : la *rougeole* présente une affinité remarquable pour la coqueluche. (V. R. et B., 2e édit., t. II, p. 634.)

SÉQUELLES. — On a cité quelques cas de troubles nerveux consécutifs à la C. (sclérose en plaque, polynévrite, etc.). En réalité, la seule séquelle importante est la *tuberculose* « concentrée dans les poumons ou dans les ganglions bronchiques, ou du moins prédominant dans ces deux organes » (R. et B.).

PRONOSTIC dépend : *a.* de la gravité de la maladie, gravité que traduit la fréquence des quintes (plus de soixante quintes par jour, mort probable, Trousseau); *b.* des complications (broncho-pneumonie, convulsions); *c.* des séquelles (tuberculose). La *mort subite* a été exceptionnellement signalée. Le pronostic est très grave chez les tout jeunes enfants et chez les malades hospitalisés.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

BON POSTE MÉDICAL. — *Médecin jeune et actif.* — Écrire à M. G. DUBOYS, conseiller municipal, à La Couronne (Charente).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire thérapeutique, par G. LYON, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine, lauréat de la Faculté (médaille d'argent), et P. LOISEAU, ancien interne des hôpitaux, ancien préparateur à l'École supérieure de pharmacie, lauréat des hôpitaux (médaille d'or), avec la collaboration de E. LACAILLE, assistant à la clinique médicale de la Faculté de l'Hôtel-Dieu, chargé des conférences et du laboratoire d'électrothérapie et de radiographie. 1 vol. in-18, tiré sur papier indien très mince, relié maroquin simple. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 37. — SAMEDI 28 MARS 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 28 MARS 1903. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE **9** H. A **11** H. ET DE **2** H. A **5** H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — Il sera ouvert à Paris en 1903-1904 un concours pour 43 places d'agrégés à répartir de la manière suivante :

Section de médecine. — Pathologie interne et médecine légale : Paris, 5; Bordeaux, 2; Lille, 1; Lyon, 2; Montpellier, 1; Nancy, 2; Toulouse, 2.

Section de chirurgie. — Chirurgie : Paris, 3; Bordeaux, 1; Lyon, 2; Montpellier, 1; Nancy, 1. — Accouchements : Paris, 1; Lille, 1; Montpellier, 1; Nancy, 1; Toulouse, 1.

Anatomie : Paris, 1; Lyon, 1; Montpellier, 1; Nancy, 1; Toulouse, 1.

Physiologie : Bordeaux, 1; Lille, 1; Nancy, 1.

Histoire naturelle : Lyon, 1.

Physique : Montpellier, 1.

Chimie : Paris, 1; Lyon, 1; Nancy, 1; Toulouse, 1.

Pharmacie : Lyon, 1.

Ces concours s'ouvriront à Paris le 17 décembre 1903 pour la pathologie interne et la médecine légale; le 11 mars 1904 pour la chirurgie et les accouchements; le 13 mai 1904 pour les autres sections.

Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté.

Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Écoles de médecine. — *Rennes.* — Un concours s'ouvrira le 5 octobre 1903 pour un emploi de chef de clinique médicale et un autre concours sera ouvert le 2 octobre 1903 pour un emploi de chef de clinique obstétricale et gynécologique.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'École un mois avant l'ouverture de ces concours.

Cours de gynécologie (cours de vacances). — M. Jayle, chef de clinique de M. le professeur Pozzi, fera à l'hôpital Broca, dans la clinique gynécologique de la Faculté, un cours de gynécologie pratique tous les matins, à huit heures et demie, du 6 au 21 avril. Les élèves pourront assister ensuite aux opérations.

Le prix est de 50 francs et l'inscription est reçue à la Faculté.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la onzième semaine 1018 décès, au lieu de 976 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (1182). L'état sanitaire est donc satisfaisant. Les maladies de l'appareil respiratoire continuent à être rares.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (moyenne 13).

La rougeole a causé 19 décès (moyenne 21); la scarlatine a causé 5 décès (moyenne 4); la coqueluche a causé 6 décès (moyenne 10); la diphtérie a causé 10 décès (moyenne 13).

La variole n'a pas causé de décès.

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an au lieu de 13 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 30.

En outre, 20 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 158 décès au lieu de 159 pendant la semaine précédente et au lieu de 243, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 22 décès (au lieu de la moyenne 18); bronchite chronique, 20 (au lieu de la moyenne 33); pneumonie, 32 (au lieu de la moyenne 63); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 84 (au lieu de la moyenne 129), dont 27 sont dus à la congestion pulmonaire et 42 à la broncho-pneumonie. En outre, 7 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 221 décès; la méningite tuberculeuse, 32 décès; la méningite simple, 18 décès, les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 20 décès.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Pâques à Rome.* — A l'occasion des fêtes de Pâques à Rome, la Compagnie des chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée rappelle au public qu'elle délivre, toute l'année, des billets d'aller et retour de *Paris a Rome*, viâ Modane, Turin, Gênes et Pise, aux prix réduits de 266 fr. 70 en 1re classe, et de 189 fr. 40 en 2e classe.

Les billets sont valables 45 jours.

Ils donnent droit à l'arrêt dans toutes les gares situées sur le parcours, tant en France qu'en Italie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Insuffisance surrénale, par Emile SERGENT, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux, et Léon BERNARD, chef de clinique adjoint à la Faculté (ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris), petit in-8° (Encyclopédie scientifique des aide-mémoire). — Prix : broché, 2 fr. 50, cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Hyiène expérimentale : l'oxyde de carbone, par N. GRÉHANT, professeur de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, membre de la Société de biologie. Petit in-8°, 25 fig. (Encyclopédie scientifique des aide-mémoire). — Prix : broché, 2 fr. 50, cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

La péricardite typhique.

Par MM. Ch. Gandy, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu,
et F.-X. Gouraud, interne des hôpitaux.

La péricardite est une des complications les plus rares de la fièvre typhoïde. Aussi nous a-t-il paru intéressant, à propos d'un cas que nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de notre maître le professeur Dieulafoy et que nous rapportons, de reprendre l'histoire de cette complication.

Observation. — *Fièvre typhoïde d'allures bénignes. Péricardite sèche. Mort subite au vingt-cinquième jour.* — Mathilde C..., trente ans, employée de commerce, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 3, le dimanche matin 30 novembre 1902.

Elle est au *huitième jour* d'une maladie dont le début a été assez franc. Le dimanche précédent, dans la matinée, elle a été prise de malaise et de frissonnements qui ont duré toute la journée et toute la nuit; à dater de ce jour, elle éprouve une très grande lassitude avec courbature généralisée. Le mardi apparaît une céphalée, surtout occipitale, qui augmente rapidement d'intensité; le lendemain la malade s'alite : la céphalée est très violente, accompagnée d'anorexie, de nausées; la courbature est intense, il y a de vraies douleurs lombaires; il existe dès ce moment une insomnie continuelle particulièrement pénible. Pas d'épistaxis.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade est abattue, mais elle répond nettement à notre interrogatoire; il n'y a pas de prostration, pas d'état typhoïde.

La lassitude extrême, la courbature généralisée et les douleurs lombaires persistent. La céphalée est encore intense, mais moindre qu'aux jours précédents; il subsiste toujours de l'anorexie et quelques nausées; l'insomnie est aussi tenace.

La température est élevée : 40°1; le pouls bat 90.

La langue est étalée, blanche, humide. L'abdomen n'est pas sensiblement ballonné; la palpation éveille une légère sensibilité dans la fosse iliaque droite. La rate est un peu volumineuse. On ne découvre aucune tache rosée bien nette encore. Il n'y a pas de diarrhée. Aucun signe broncho-pulmonaire. Les urines sont rares, non albumineuses.

Le tableau clinique parait être celui d'une dothiénentérie d'intensité moyenne, au huitième jour. Ce diagnostic clinique est d'ailleurs vérifié le soir même par la séro-réaction de Widal : l'agglutination à 1/20 est *nettement positive*.

Mais, au cours de l'examen, quelques signes insolites attirent l'attention.

Le pouls radial bien frappé, régulier, est un peu tendu, comme bondissant; dans les régions carotidiennes et sus-claviculaires on perçoit de légers battements, les pulsations aortiques sont appréciables au fond du creux sus-sternal. Cet état d'éréthisme circulatoire appelle plus particulièrement l'attention sur l'examen du cœur.

La palpation de la région de la pointe permet de sentir une impulsion assez énergique. L'aire de matité cardiaque est normale.

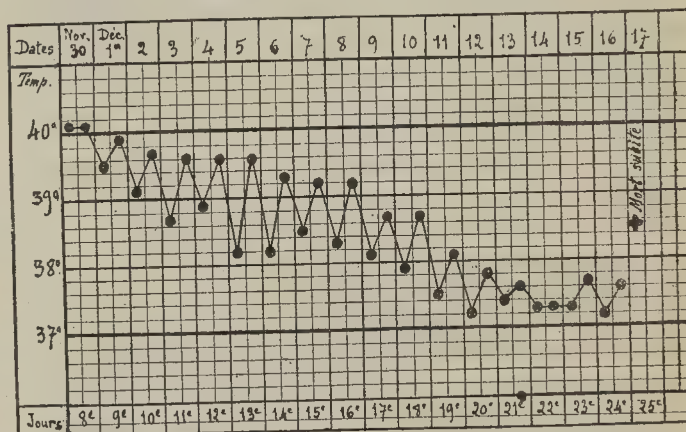
L'auscultation du cœur révèle des signes tout particuliers. Le bruit systolique et le claquement sigmoïdien sont nets, clairs, bien frappés. Mais, dans la région des troisième et quatrième espaces gauches, au-dessus de la pointe et le long du bord sternal, on découvre, surajouté aux bruits normaux et les encadrant, un double bruit bref, léger, superficiel, mésosystolique et mésodiastolique, ne se propageant pas et augmentant légèrement d'intensité dans la position assise; le second bruit, mésodiastolique, est d'ailleurs plus intense et moins bref que le premier. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un bruit de *frottement péricardique*. Il n'existe d'ailleurs ni gêne précordiale, ni angoisse, ni douleurs sur le trajet du phrénique.

En présence de ce signe d'auscultation caractéristique et bien qu'il y ait absence de signes fonctionnels autres que le léger éréthisme cardio-vasculaire signalé, le diagnostic de *péricardite sèche* s'impose. Malgré la rareté du fait, nous pensons devoir rattacher cette complication récente à l'infection générale dont est actuellement atteinte la malade, à la dothiénentérie. D'ailleurs, cette femme n'a jamais eu ni rhumatisme articulaire, ni manifestation de tuberculose, ni aucune autre maladie susceptible d'avoir antérieurement provoqué une détermination péricardique.

Traitement : bains froids, lavements frais, etc.; application de trois ventouses scarifiées sur la région précordiale. — Le soir, température : 40°1.

Le lendemain, 1[er] décembre, température : 39°5 et 39°9. Les taches rosées sont apparues. Le double frottement est très net.

Aux jours suivants, la température commence à décroître lentement (V. courbe). L'état général n'est à aucun moment



grave. La céphalée, la courbature, vont diminuant; seule l'insomnie persiste. La langue reste étalée, humide; il existe une légère constipation à laquelle remédient les lavements : on note cependant du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Quelques râles sibilants s'entendent aux deux bases.

Le pouls se maintient entre 84 et 92, régulier, bien frappé. Le choc de la pointe et les bruits du cœur sont toujours nettement perceptibles. Le double frottement péricardique persiste, variant légèrement d'intensité d'un jour à l'autre; le premier bruit mésosystolique s'est cependant très atténué : il est très léger, très superficiel, et l'on perçoit surtout le frottement mésodiastolique. La matité précordiale ne paraît nullement augmentée d'étendue.

A partir du 5 décembre, et progressivement, la malade se sent mieux. Elle dort quelques heures la nuit; la céphalée, les douleurs lombaires, sont moindres. L'éréthisme cardiaque a diminué, mais les signes sthétoscopiques de la région précordiale sont les mêmes.

10 décembre. Température : 37°9; pouls : 96, régulier. Le double frottement persiste : le premier, mésosystolique, est de nouveau un peu plus intense; le choc de la pointe est faci-

lement perçu. L'amélioration générale s'est notablement accentuée; la malade, qui a conscience de la guérison très prochaine, témoigne sa surprise de l'attention qu'on apporte à l'examen du cœur dont elle ne souffre nullement. On cesse les bains froids.

A partir du 12 décembre et jusqu'au 16, la température se maintient entre 37°8 et 37°2. L'état général est de jour en jour meilleur, les urines plus abondantes. Le pouls se maintient régulier. La matité cardiaque reste normale. Le double frottement péricardique existe toujours. Le 16, température : 37°2 et 37°6. Aucun symptôme nouveau.

Le 17 décembre, vingt-cinquième jour, au matin, à cinq heures, à l'arrivée du personnel de jour, la malade dit avoir eu d'abondantes transpirations pendant la nuit; elle ajoute que « depuis le début de sa convalescence, elle n'a jamais eu d'aussi bonne nuit ». A peine venait-elle d'être changée de linge que, tout à coup, elle pousse un cri; on accourt : la malade est étendue sur son lit, immobile, le regard fixe, la face d'une pâleur extrême. Trois ou quatre inspirations superficielles se produisent encore. On fait immédiatement quelques piqûres d'éther. Mais la malade reste inanimée : elle venait de succomber de *mort subite*.

Il ne nous fut pas permis de faire l'autopsie et nous ne pûmes que pratiquer le lendemain, soit vingt-huit heures après la mort, une ponction du péricarde à travers le troisième espace. Cette ponction donna issue à 90 centimètres cubes de liquide citrin, séro-fibrineux. Malgré les conditions défavorables pour un pareil examen, nous recherchâmes la formule cytologique de ce liquide. Le culot assez volumineux obtenu par centrifugation se montre composé surtout de globules rouges et de lymphocytes en nombre à peu près égal et de rares polynucléaires (5 p. 100 environ).

Les recherches bactériologiques entreprises dans les mêmes conditions ne nous donnèrent pas davantage de résultat concluant. Sur trois ou quatre préparations du culot de centrifugation colorées à la thionine, on ne découvre qu'un seul bâtonnet de morphologie analogue à celle du bacterium-coli. Les ensemencements en bouillon, sur gélose et en bouillon lactosé, ne donnent au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, et après repiquage, que du staphylocoque blanc, vraisemblablement de provenance cutanée.

En résumé : dothiénentérie à allures bénignes, sans hyperthermie notable et sans état typhoïde vrai, de durée normale, au cours de laquelle on constate, dès le huitième jour, l'existence d'une péricardite sèche, caractérisée par la présence d'un double bruit de frottement persistant pendant toute la phase aiguë et pendant celle d'apyrexie relative; puis, au vingt-cinquième jour, sans que rien ait pu faire pressentir ce dénouement, mort subite. Péricardite fibrineuse avec minime épanchement séreux. Constatations cytologiques et bactériologiques nullement décisives.

I

Historique. — La péricardite, avons-nous dit, est une complication rare, *très rare*, au cours de la fièvre typhoïde; c'est l'avis presque unanime des auteurs qui l'ont étudiée et c'est, en tous cas, ce qui nous paraît ressortir des recherches que nous avons entreprises à ce sujet; car, nous n'avons guère trouvé, relatés ou simplement signalés, qu'une trentaine de faits de ce genre. Alors que l'inflammation d'autres séreuses, la pleurésie, la méningite, sont relativement fréquentes, alors que l'endocardite même, déjà plus rare, est maintes fois observée, l'atteinte du péricarde est vraiment exceptionnelle. Nous n'avons voulu retenir pour cette étude que les faits qui nous ont paru offrir suffisamment de garanties tant au point de vue de l'existence certaine de la péricardite qu'au point de vue du lien étiologique avéré avec la dothiénentérie. Aussi avons-nous cru devoir éliminer — d'une part, quelques observations où l'existence de la péricardite n'était pas nettement prouvée, soit, cliniquement, par la présence du seul signe caractéristique, le frottement typique, soit, anatomiquement, par la constatation d'un exsudat inflammatoire dans la séreuse — d'autre part, celles où l'existence de la dothiénentérie restait douteuse, soit de par l'aspect vraiment trop anormal présenté par la maladie générale à laquelle s'associait la péricardite, soit de par la constatation nécroscopique de tuberculose pulmonaire, de granulie, etc., dont pouvait aussi bien dépendre la détermination péricardique; à la plupart des faits d'ailleurs, en raison de l'époque déjà lointaine à laquelle ils ont été observés, manque le criterium du sérodiagnostic que nous possédons désormais.

R. Volz (1), en 1844, publie un cas de « typhus abdominal avec péricardite » terminé par la guérison; il insiste sur la dépendance de la péricardite relativement à la dothiénentérie et rappelle que Reid, Sicherer (1842), ont déjà constaté pareille association.

Stokes (2) considère la péricardite typhique comme rare, il l'a observée une seule fois. Griesinger (3) qui l'a rencontrée plusieurs fois, la regarde comme extrêmement rare. Murchison (4) rappelle, sur 84 observations de fièvre typhoïde, un cas cité par Jenner. Leudet (5) signale 4 cas, anatomiquement vérifiés, de coïncidence de péricardite adhésive avec la dothiénentérie. Liebermeister (6) admet également sa rareté : il en a vu 4 cas suivis de guérison.

Une observation souvent citée comme exemple de péricardite typhique est celle consignée dans la thèse de Chédevergne (7); mais les détails cliniques et anatomiques qui y sont relatés commandent plus que des réserves sur cette « forme arthritique » de dothiénentérie. L'intestin ne fut pas examiné à l'autopsie et l'opinion même de l'auteur nous paraît bien justifiée : « cette observation est tellement insolite..., qu'une confirmation nouvelle n'était pas à dédaigner. »

Viennent ensuite une courte observation de la thèse de Blache (8), due à Magnan, une de la thèse de Longuet (9), puis, en 1875, deux cas intéressants de péricardite purulente rapportés, l'une par L. Andral (10), l'autre par de Boyer (11) et par Bouchut.

(1) R. Volz. Abdominaltyphus mit Pericarditis, *Medicin. Annalen* (Heidelberg), 1844, X, p. 284.

(2) W. Stokes. *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, trad. Sénac, 1864, p. 81.

(3) Griesinger. *Traité des maladies infectieuses*, 2e édit., trad. Vallin, 1877, p. 306.

(4) Ch. Murchison. *La fièvre typhoïde*, trad. Lutaud, 1878, p. 253.

(5) E. Leudet. Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur les péricardites secondaires. *Arch. gén. de méd.*, 1862, II, p. 5.

(6) C. Liebermeister. In *Handb. der speciel. Pathol. u. Ther.* (v. Ziemssen), 1874, II, 1r Th., p. 173.

(7) S. Chédevergne. *De la fièvre typhoïde et de ses manifestations*, etc., Th. de Paris, août 1864, Obs. IV, p. 14.

(8) R. Blache. *Essai sur les maladies du cœur chez les enfants*, Th. de Paris, 1869, Obs. XVI, p. 119.

(9) R. Longuet. *De la complication cardiaque de la fièvre typhoïde*, etc., Th. de Paris, déc. 1873, p. 34.

(10) L. Andral. Péricardite à forme typhoïde, *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1875, p. 478.

(11) H. Clozel de Boyer. Fièvre typhoïde; endocardite végétante,

Guéneau de Mussy (1) est le seul auteur qui admette la fréquence relative de la péricardite typhique à laquelle il consacre un chapitre spécial. Sur 30 cas de dothiénentérie, il dit avoir observé 5 péricardites dont une avec autopsie. La thèse de Boyer (2) relate même 6 cas observés en l'espace de trois mois dans le service de G. de Mussy! Il est vrai que ces soi-disant péricardites ne comportent aucune vérification, puisque toutes se sont terminées par guérison; pour affirmer cette complication, Boyer se contente de noter, sans plus ample description, l'existence d'un « léger frôlement » de la région précordiale, parfois même « douteux » et disparaissant en quelques jours. Ce serait le cas de rappeler à son élève ce que disait G. de Mussy lui-même : « Quant aux simples frôlements qui sont assez fréquents, mais quelquefois très passagers, je ne les regarderai pas comme démonstratifs d'une péricardite. » Seule, peut-être, l'observation I mériterait d'être retenue.

Petitfour (3) dont le travail est inspiré du même maître, considère, par contre, la péricardite typhique comme extrêmement rare; aux cas recueillis dans la littérature (4) il ajoute 3 observations provenant du service de G. de Mussy; toutefois, dans la dernière, la coexistence d'une tuberculose cavitaire commande des réserves sur la nature de la péricardite.

Deux intéressantes observations communiquées par M. Brouardel sont consignées dans un mémoire de M. Letulle (5). Une autre publiée par Le Clerc (6) est citée par Cadet de Gassicourt (7) qui tient cette complication pour particulièrement rare. M. Galliard fait allusion (8) à un cas observé dans le service de M. Millard.

Dans un travail de Romberg (9) il est dit que, dans la typhoïde, se trouvent souvent associées à la myocardite, la péricardite ou l'endocardite, et volontiers on cite cet auteur comme ayant constaté fréquemment la péricardite (7 fois sur 11 cas). Mais, à lire attentivement la description de Romberg, on remarque qu'il s'agit là, non de péricardite au sens habituel du mot, mais bien d'une simple infiltration embryonnaire inflammatoire de la couche sous-épicardique contiguë au myocarde lésé, sans atteinte de la surface séreuse et sans exsudat aucun dans sa cavité. On ne peut donc parler de péricardite vraie et l'auteur lui-même fait remarquer que l'inflammation de la séreuse n'existait que dans un cas (Obs. IV).

mitrale et tricuspide, myocardite, péricardite, mort, *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1875, p. 653. — Bouchut. *Gaz. des hôpit.*, 18 nov. 1875, p. 1074.

(1) N. Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, t. III, 1884, p. 193, 386, etc.

(2) Th.-E. Boyer. *Observations de péricardite dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, août 1877.

(3) M. Petitfour. *De la péricardite dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, juillet 1878.

(4) Il est assez piquant de remarquer que Petitfour, dans l'historique pourtant documenté de sa thèse, ne cite même pas celle de Boyer parue un an auparavant.

(5) M. Letulle. Recherches sur les péricardites latentes, *Gaz. méd. de Paris*, 1879, Obs. XV et XVI, p. 599.

(6) Le Clerc. Cas de péricardite purulente dans la fièvre typhoïde, *France méd.*, 12 fév. 1881, I, p. 206.

(7) C. de Gassicourt. *Traité clinique des maladies de l'enfance*, 1882, t. II, 21e leçon, p. 583.

(8) Galliard. Étude clinique sur les déterminations cardiaques de la fièvre typhoïde, *Arch. gén. de méd.*, 1891, I, p. 525.

(9) E. Romberg. Ueber die Erkrankungen der Herzmuskels bei Typhus abdominalis..., *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1891, XLVIII, p. 387.

Citons encore une observation clinique du service de M. Barié, parue dans la thèse de E. Bernard (1), puis un fait de H. Smith (2) où, malgré les apparences cliniques qui sont celles d'une ostéomyélite compliquée de pyohémie et de péricardite, le séro-diagnostic positif et la vérification de lésions intestinales justifient l'interprétation de l'auteur. Un cas intéressant avec guérison a été publié récemment par M. L. Guinon (3).

Dans les traités classiques, à l'article « Péricardite », M. A. Petit, M. Merklen, retracent brièvement l'histoire de la péricardite typhique. M. E. Weill (4) dit l'avoir observée 2 fois sur 116 cas de dothiénenthérie chez l'enfant.

Enfin, dans sa thèse, Bacaloglu (5) consacre un chapitre à la péricardite et à l'endocardite typhiques; il en rapporte une observation nouvelle et signale d'intéressantes constatations expérimentales sur lesquelles nous aurons à revenir.

Cette longue énumération de tous les faits que nous avons pu recueillir (6) nous a paru utile; d'une part, elle confirme la rareté réelle de la péricardite au cours de la fièvre typhoïde, de l'autre, elle justifiie des documents à l'aide desquels nous essayons de reprendre à notre tour l'étude de cette complication.

II

Avant de signaler les formes anatomiques de la péricardite typhique, une remarque est nécessaire.

Il est fréquent de trouver à l'autopsie de sujets morts de typhoïde (comme de bien d'autres affections d'ailleurs) un léger épanchement de sérosité dans la cavité péricardique. Louis (7) dit avoir constaté ce fait 7 fois dont une où l'épanchement en question était sanguinolent; mais, ajoute-t-il, « aucun d'eux ne m'a offert la moindre trace d'une inflammation récente du péricarde. » Parmi d'autres auteurs, Dewèvre (8) fait la même remarque à propos de 9 cas d'épanchement dit « agonique » du péricarde.

Donc, au point de vue anatomique, il n'y a péricardite que si la séreuse offre des traces évidentes d'inflammation récente, vascularisation, aspect dépoli et surtout présence d'exsudats fibrineux, si minimes soient-ils (9).

Cette réserve faite, l'étude de nos observations montre que la péricardite typhique, revêt deux formes anatomiques : la forme *exsudative fibrineuse* et la forme *purulente*.

Bien que mention en soit faite par quelques auteurs, il n'existe pas — à notre connaissance — de fait avéré de pé-

(1) E.-A. Bernard. *Des altérations d'intensité du premier bruit du cœur*, etc., Th. de Paris, juillet 1896.

(2) H. Smith. Acute epiphysitis and purulent pericarditis complicating typhoïd fever, *Proceed. of the pathol. Soc. of Philadelphia*, mars 1898, n. s., I, p. 151.

(3) L. Guinon. Endopéricardite au cours de la fièvre typhoïde, Soc. de pédiat., 10 av. 1900, et *Revue mens. des mal. de l'enf.*, mai 1900, p. 230.

(4) Grancher, Comby, Marfan. *Traité des maladies de l'enfance* t. III, p. 635.

(5) C. Bacaloglu. *Le cœur dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1900.

(6) Nous n'avons pu prendre connaissance du cas de R. S. Archer. A case of pericarditis occuring as a sequel to enteric fever, *Liverpool med. chir. Journ.*, 1888, p. 486.

(7) A. Louis. *Recherches anat., etc., sur la fièvre typhoïde*, 1841, I, p. 295.

(8) Dewèvre. De la mort subite dans la fièvre typhoïde, *Arch. gén. de méd.*, oct. 1887, II, p. 409.

(9) C'est en raison de l'absence de ces caractères que nous éliminerons le cas de Carpentier (*Presse méd. belge*, mars 1883) et d'autres analogues.

ricardite hémorragique franche dans la dothiénentérie. Tout au plus, dans les deux formes citées, quelques-unes des fausses membranes peuvent-elles être de coloration rougeâtre; l'épanchement lui-même n'est pas hémorragique (1). Ce fait est d'autant plus remarquable que l'on sait avec quelle fréquence les pleurésies de la dothiénentérie revêtent la forme hémorragique.

La forme de beaucoup la plus fréquente de la péricardite typhique est la forme *fibrineuse* : l'exsudat est presque exclusivement plastique, constitué par des fausses membranes, des dépôts fibrineux mous, plus ou moins abondants, plus ou moins épais, plus ou moins étendus, de teinte blanc jaunâtre, parfois rougeâtre (Longuet), et qui tapissent particulièrement le feuillet viscéral au niveau de la face antérieure des ventricules et des gros vaisseaux de la base. Cet exsudat peut établir entre les deux feuillets une série d'adhérences lâches, étendues, qui tendent à créer une sorte de symphyse aiguë. L'épanchement liquide, s'il s'en produit un, est très peu abondant : c'est une sérosité citrine, limpide (sauf dans le cas de Blache), dont la quantité est évaluée à 20 grammes, quelques cuillerées, « quelques onces, » ainsi que dans le fait observé par nous et où nous n'avons pu recueillir par aspiration que 90 grammes. Pareille quantité de liquide doit être considérée comme minime eu égard à celle qu'est susceptible de contenir la séreuse péricardique à l'état pathologique. La péricardite reste donc toujours *plus fibrineuse que séreuse*; elle ne mérite pas, tant est minime l'épanchement, le nom de séro-fibrineuse, et elle ne se traduit cliniquement, nous le verrons, que par les signes de la péricardite sèche.

Il serait intéressant de déterminer la formule cytologique de cette petite quantité de sérosité exsudée; notre examen pratiqué vingt-huit heures *post mortem* ne peut servir de donnée certaine.

Le second type anatomique de la péricardite typhique est celui de la péricardite purulente ou plus exactement *fibrino-purulente*. Il est notablement plus rare et nous n'en avons réuni que quatre observations (L. Andral, Cl. de Boyer, Le Clerc et Cadet de Gassicourt, H. Smith). Sous l'épicarde et sous le feuillet pariétal dépolis, apparaissent souvent de petites suffusions hémorragiques. Ici encore les fausses membranes fibrineuses, jaunâtres, parfois rougeâtres (Le Clerc), crémeuses, plus ou moins abondantes, tapissent la surface du cœur, atteignant parfois un demi-centimètre d'épaisseur (Andral), et nagent dans le pus. Celui-ci est tantôt en petite quantité, tantôt assez abondant (600 grammes, cas d'Andral), distendant le sac péricardique (Smith).

III

Au point de vue CLINIQUE, chacune de ces deux formes doit être considérée à part.

A. La péricardite *fibrineuse* survient dans des *conditions étiologiques* assez variables. En raison même de la prédilection de la dothiénentérie pour les sujets jeunes, c'est chez eux uniquement que s'est rencontrée cette complication. Les observations où il est fait mention de l'âge, — à part une concernant une fillette de cinq ans (Bacaloglu) et la nôtre relative à une femme de trente ans, — s'échelonnent toutes de quatorze à vingt-quatre ans; celles ayant trait à des sujets de sexe masculin se trouvent être plus nombreuses.

Si la péricardite apparaît plus volontiers au cours de formes graves, ataxo-adynamiques, méningitiques, de dothiénentérie, on la voit aussi survenir dans les formes normales ou même d'apparences bénignes (obs. personnelle). Au dire de G. de Mussy, son apparition serait plus fréquente au cours de certaines épidémies. Elle peut être la seule complication notée (comme dans notre cas), mais souvent elle est *associée* à d'autres déterminations, soit cardiaques : *endocardite* (Blache, Letulle, Guinon, Bacaloglu, etc.), myocardite, endo-myocardite; soit pulmonaires : congestion, broncho-pneumonie, pneumonie (Griesinger). Dans deux cas existaient, en plus de l'endocardite associée à la péricardite, une otite suppurée et des phlegmons sous-cutanés (Letulle, Bacaloglu), indice possible d'infection secondaire. Chose digne de remarque, nous n'avons point trouvé de fait où soit mentionnée l'association d'une pleurésie à cette péricardite fibrineuse, à l'inverse de ce que l'on rencontre en d'autres circonstances, dans le rhumatisme articulaire par exemple, où la pleuro-péricardite est d'observation si fréquente.

C'est d'ordinaire au cours du *second septenaire* (Griesinger, G. de Mussy, Letulle, Guinon, etc.), parfois du troisième, que se manifeste la péricardite fibrineuse : dans notre relevé, les jours auxquels ont été notés les premiers signes s'échelonnent du huitième au vingt et unième. Rarement c'est au cours d'une rechute (Petitfour) ou pendant la convalescence (E. Weill) que se dévoile la complication.

Au point de vue SYMPTOMATIQUE cette péricardite de la période d'état de la typhoïde est remarquable en ce qu'elle est d'ordinaire *insidieuse* ou même *latente* au sens habituel du mot. Il en est ainsi d'ailleurs de nombre de péricardites secondaires (Leudet) et c'est sur ce caractère de latence qu'insiste M. Letulle (1) : « Entre toutes les fièvres, la dothiénentérie est peut-être celle qui favorise le plus la forme latente de la péricardite. Les symptômes fonctionnels de l'affection péricardique n'existent point, le coma vigil ou le délire absorbant toute la symptomatologie. » La péricardite peut être alors, si l'on n'a pris soin d'ausculter la région précordiale, une simple découverte d'autopsie.

En effet, les *symptômes fonctionnels et généraux* n'existent pour ainsi dire pas et quand ils existent ils sont parfois comme perdus dans l'ensemble symptomatique de la dothiénentérie ou encore passent inaperçus en raison de l'état d'adynamie du sujet. On n'a signalé ici ni douleur précordiale, ni angoisse, ni dysphagie, etc. Pourtant, M. L. Guinon, dans le cas qu'il a observé chez une fille de quinze ans, note, au début, l'existence d'une douleur profonde du creux épigastrique, et Guéneau de Mussy indique, dans quelques cas, l'hyperesthésie du nerf phrénique appréciable au niveau du sterno-mastoïdien et de l'épigastre. Il peut exister, comme chez notre malade, quelques signes d'éréthisme cardiaque qui attirent l'attention sur le cœur, ou même, avant l'apparition du frottement, des battements tumultueux du cœur, une ondulation violente de la région précordiale (Guinon). La dyspnée aussi a été signalée, mais

(1) Le cas de Louis, nous venons de le voir, ne peut être considéré comme un exemple de ce genre, pas plus que celui de Dufour (1851), qui n'appartient pas vraisemblablement à la dothiénentérie. La présence, dans les formes hémorragiques de la typhoïde, de suffusions sanguines, de taches purpuriques, sur les feuillets de la séreuse, est un fait fréquent dans toutes les toxi-infections graves et dans les états asphyxiques et qui n'a rien de commun avec la péricardite hémorragique.

(1) Loc. cit., p. 433.

elle est souvent d'origine pulmonaire. Le pouls, la température, influencés surtout par la maladie générale, peuvent ne pas être modifiés. Plusieurs fois cependant on a noté l'accélération du pouls et G. de Mussy admet qu'il peut y avoir recrudescence du mouvement fébrile. M. Letulle fait remarquer que, par contre, la péricardite peut être annoncée par un abaissement notable de la température, par une algidité relative.

Les *signes physiques*, en revanche, sont d'ordinaire des plus nets. La palpation, la percussion — cette dernière révélant une matité cardiaque normale ou à peine augmentée — donnent ici peu de renseignements. Mais l'*auscultation* de la région précordiale permet de reconnaître et d'étudier le signe vraiment pathognomonique de cette péricardite fibrineuse cliniquement sèche, le *bruit de frottement*. Ses caractères, bien connus, n'offrent ici rien de spécial. Ce frottement peut être étalé ou circonscrit, s'entendre à la base, à la région pré-ventriculaire, sus-apexienne. Il est parfois simple et plus souvent double : on perçoit alors deux bruits successifs, l'un mésosystolique, l'autre mésodiastolique, intercalés aux deux bruits normaux du cœur; le second bruit, mésodiastolique, est parfois, comme chez notre malade, plus intense que le premier, et quand il existe seul, réduit à un bruit très bref occupant le grand silence immédiatement avant la systole, il constitue un faux bruit de galop d'origine péricardique, lequel peut, au cours de l'évolution de la péricardite, précéder l'apparition du double frottement et lui survivre. Il est tantôt peu intense (ce qui tiendrait, disait Leudet, à la mollesse des fausses membranes), tantôt accentué, presque râpeux; il peut varier d'intensité d'un jour à l'autre, diminuer ou augmenter par la pression du sthétoscope, augmenter dans l'attitude assise, etc. Il est exceptionnel, avons-nous dit, que la minime quantité de liquide épanché soit cliniquement appréciable et suffise à déterminer l'éloignement et l'affaiblissement des bruits du cœur ainsi que l'augmentation de l'aire de matité précordiale. Quand ces signes apparaissent c'est que, le plus souvent, il s'est produit concomitamment une dilatation des cavités cardiaques.

C'est qu'en effet d'autres complications peuvent atteindre simultanément le cœur, se traduisant par des signes spéciaux. L'assourdissement des bruits du cœur, l'extension de la matité cardiaque, l'accélération et la petitesse du pouls, l'arythmie, etc., relèvent de la dilatation cardiaque, de la myocardite associées. D'autres fois, un souffle systolique perceptible habituellement à la pointe, parfois à la base, révèle l'existence d'une endocardite valvulaire mitrale ou aortique, tantôt antécédente (Bacaloglu), tantôt concomitante (Letulle), tantôt enfin consécutive (Guinon) à la péricardite. Enfin, certains bruits systoliques de la pointe, de timbre variable, devraient être mis sur le compte d'une insuffisance des muscles papillaires de la mitrale atteints de myocardite (G. de Mussy, Petitfour).

L'ÉVOLUTION de la péricardite fibrineuse est variable. Son existence ne paraît modifier en rien la marche et la durée de la dothiénentérie au cours de laquelle elle est survenue : le fait nous a semblé particulièrement net dans notre cas. Mais cette complication elle-même peut évoluer en deux sens différents. Le plus souvent, elle va demeurer à l'état de complication *bénigne*. Cliniquement elle reste, pendant toute sa durée, caractérisée presque uniquement par l'existence du frottement. Puis celui-ci va diminuer peu à peu, disparaître, et souvent il cesse d'être perceptible au moment de la défervescence, de la guérison de la dothiénentérie, alors qu'au contraire persisteront les souffles d'endocardite, soit mitrale (Guinon), soit aortique (Bacaloglu), traduisant sans doute une lésion définitivement acquise; cependant le frottement peut persister au delà, pendant la phase de convalescence ou même après la guérison, pour disparaître plus tard. Peut-il se produire alors, comme à la suite de la péricardite rhumatismale, une symphyse du péricarde avec oblitération de la cavité séreuse? Rien n'autorise à le croire, pas même les constatations nécroscopiques de symphyse aiguë, lâche, purement fibrineuse, qui ne paraît pas tendre à s'organiser; il est aussi vraisemblable d'admettre que, dans cette forme, a lieu la résorption partielle des exsudats.

D'autres fois, mais plus rarement, c'est la TERMINAISON fatale qui va survenir. Mais celle-ci n'est pas la conséquence directe de la péricardite; bien souvent elle sera le fait de la *myocardite* concomitante. Le pouls devient fréquent, petit, mou, irrégulier, intermittent, le choc de la pointe disparaît, les bruits du cœur sont à peine perceptibles, la matité cardiaque s'étend; puis surviennent la cyanose, le refroidissement des extrémités, l'algidité progressive, enfin la mort par collapsus cardiaque; cette terminaison fatale se produit en quelques jours, dès la fin du second septenaire ou au cours du troisième. Exceptionnellement, dans le cas de Longuet (où il est d'ailleurs fait mention de signes de dilatation cardiaque) et dans le nôtre, c'est la mort subite qui vient brusquement arrêter l'évolution de la péricardite au vingtième et au vingt-cinquième jour de la dothiénentérie. Mais c'est là un accident qui appartient à la typhoïde, qu'elle s'accompagne ou non de péricardite; nous reviendrons sur ce point à propos du pronostic.

B. Les quatre cas de péricardite typhique *purulente* que nous avons relevés ont été observés chez de tout jeunes sujets : neuf ans (de Boyer, Le Clerc), onze ans (Smith), seize ans (Andral). Deux fois la dothiénentérie revêtait une forme grave, ataxo-adynamique, et chaque fois elle *se compliquait d'autres localisations* infectieuses. La péricardite s'est ainsi trouvée associée à une endocardite végétante de la mitrale et de la tricuspide, avec myocardite, lésions dégénératives du foie et des reins, phlegmon de la cuisse (de Boyer), — à une broncho-pneumonie lobaire (C. de Gassicourt), — à une périostite phlegmoneuse du fémur avec infarctus et petits abcès des deux poumons et pleurésie fibrineuse gauche (Smith), — à une pleurésie purulente gauche (Andral).

Son apparition a été plus tardive, au troisième septenaire et même, dans le cas de Cl. de Boyer, au trente-et-unième jour, après une phase d'apyrexie de cinq jours. Dans cette dernière observation, un peu particulière, la péricardite fut annoncée par une ascension brusque de la température; mais dans les autres, son évolution fut *insidieuse*. Les symptômes notés : pâleur, abattement, tendance plus marquée à l'adynamie, petitesse et irrégularité du pouls, affaiblissement des bruits du cœur et arythmie, etc., sont l'indice de l'atteinte du myocarde. Dans deux cas (Andral, Smith), il est fait mention du bruit de frottement caractéristique, bientôt suivi de l'augmentation de l'aire de matité cardiaque indiquant la formation rapide de l'épanchement purulent. La mort survint six, sept jours, ou plus, après le début de la péricardite, au milieu du collapsus algide.

IV

La PATHOGÉNIE de la péricardite de la dothiénentérie n'est pas encore parfaitement établie.

Il se peut que la forme purulente soit due parfois à la seule intervention de l'agent spécifique de l'infection générale, au bacille d'Eberth lui-même, puisque, d'autre part, ce bacille est l'agent le plus habituel de complications suppurées telles que la pleurésie purulente, les hématomes suppurés, les ostéo-périostites phlegmoneuses, etc. Mais cette forme de péricardite survient, nous venons de le dire, dans les cas compliqués d'autres déterminations qui, elles, relèvent souvent d'agents d'infection secondaire; aussi est-il rationnel de penser que la localisation péricardique puisse, elle aussi, dépendre de ces mêmes agents secondaires : streptocoque, pneumocoque, etc. Seules, de nouvelles observations pourront élucider cette question. Déjà, dans le cas de Smith, l'infection secondaire est évidente, et c'est le staphylocoque blanc qui fut trouvé à l'état de pureté dans le pus de la péricardite comme dans celui de la périostite du fémur.

Le problème est aussi peu résolu en ce qui concerne l'agent causal habituel de la péricardite fibrineuse. Etant donné l'époque plus précoce de l'apparition de cette complication, étant donné aussi ce que l'on sait bien maintenant de la *diffusion du bacille d'Eberth dans tout l'organisme* par l'intermédiaire du courant circulatoire sanguin dès les premiers jours de la dothiénentérie, il est également rationnel de penser que la séreuse péricardique puisse être atteinte par cet agent, comme peuvent l'être, plus fréquemment nous l'avons vu, la plèvre, les méninges, etc. Tel est le fait le plus vraisemblable. Mais les constatations directes sont encore trop rares. Il n'existe qu'un seul examen bactériologique positif, celui de Bacaloglu qui, chez un sujet mort dans le collapsus au deuxième septenaire d'une typhoïde avec endocardite mitrale végétante et léger exsudat séreux dans le péricarde, put isoler le bacille d'Eberth du liquide péricardique. Nos recherches personnelles, dans notre cas, sont restées négatives.

En attendant que ce problème pathogénique ait reçu la solution qu'il comporte, il est intéressant de rappeler les résultats expérimentaux obtenus par Bacaloglu (1). Dans trois des faits qu'il rapporte, l'inoculation dans la séreuse péricardique du cobaye d'une petite quantité de bouillon de culture de bacille typhique à virulence exaltée détermine la production de fausses membranes fibrineuses épaisses qui enserrent le cœur, donnant lieu à une sorte de péricardite adhésive aiguë. Or il est bon de rapprocher cette constatation expérimentale des faits cliniques et de remarquer que cette production abondante de fausses membranes est précisément le caractère anatomique qui semble le plus constant dans la péricardite de la dothiénentérie.

V

Le DIAGNOSTIC de la péricardite typhique comporte la solution de plusieurs problèmes.

Le premier, reconnaître l'existence même de la péricardite, peut n'être pas le plus aisé. Après ce que nous avons dit de la latence habituelle de cette complication, de la nécessité d'ausculter systématiquement la région précordiale pour y chercher et y trouver le bruit de frottement caractéristique, on conçoit qu'il puisse facilement arriver de méconnaître la péricardite. Lorsque les signes constatés dans la région précordiale ne seront pas suffisamment nets, il y aura lieu d'analyser de près les caractères du bruit pathologique que l'on croit être un frottement et de le distinguer, en particulier, des souffles cardio-pulmonaires ou même de ce souffle systolique de la pointe, à timbre variable d'un jour à l'autre, que certains auteurs attribuent à la myocardite des piliers avec insuffisance fonctionnelle mitrale consécutive, de ces frôlements même dont parle G. de Mussy, etc. C'est encore l'auscultation attentive qui permettra de reconnaître s'il n'existe pas concomitamment un souffle organique, indice d'une endocardite valvulaire associée à la péricardite.

Mais la péricardite est une complication tellement rare au cours de la dothiénentérie que, son existence étant reconnue, avant d'affirmer qu'elle est réellement d'origine typhique, il sera bon de s'assurer par un nouvel examen clinique de la nature exacte de la maladie générale au cours de laquelle elle survient. On n'oubliera pas que certaines formes de rhumatisme articulaire aigu, de granulie des séreuses, de septicémies, etc., compliquées de péricardite, peuvent offrir le tableau de l'état typhoïde; on a même décrit, de ce chef, des péricardites à forme typhoïde. Actuellement d'ailleurs, nous possédons à ce point de vue un critérium absolu, et la réaction positive du séro-diagnostic, interprétée comme il convient, tranchera la question en faveur de l'origine éberthienne de l'infection causale.

Quant à la forme anatomique de la péricardite, fibrineuse ou fibrino-purulente, on pourra la présumer de par les signes physiques, indiquant s'il y a ou non épanchement, et de par l'époque d'apparition et surtout l'état général et les complications associées. Une ponction exploratrice faite avec prudence (étant donné la faible quantité ordinaire du liquide) pourrait renseigner sur ce point et permettrait de plus l'étude bactériologique de l'exsudat ainsi recueilli.

VI

Le PRONOSTIC de la péricardite typhique doit être basé sur plusieurs considérations. L'évolution de la maladie générale causale primera de beaucoup, à ce point de vue, celle de la complication locale; celle-ci pourra n'être qu'un incident sans grande importance ajoutant peu, suivant Guéneau de Mussy, à la gravité du pronostic lequel reste lié, presque uniquement, à la forme clinique, aux allures générales de la dothiénentérie elle-même. De même l'état du myocarde, son intégrité apparente ou son atteinte certaine, seront un des éléments importants du pronostic. La nature même de la péricardite entrera aussi en ligne de compte; la forme purulente n'a été observée jusqu'ici que dans des cas à issue fatale; la forme fibrineuse se termine au total le plus souvent par la guérison, probablement même complète, sans reliquat de symphyse notable.

Cependant l'existence de cas comme celui de Longuet et comme le nôtre et où la péricardite accompagnant la dothiénentérie la plus bénigne en apparence s'est terminée brusquement par la mort subite, semble commander les plus grandes réserves. On doit pourtant se demander si, en pareil cas, c'est vraiment la péricardite qui a été la cause provocatrice de ce redoutable accident; Boyer l'admettait, mais sans étayer son opinion d'aucun fait, nous l'avons vu. On sait, d'autre part, que la mort subite n'est point rare au cours, au déclin ou même dans la convalescence

(1) Loc. cit., p. 30, et Soc. biol., 1900, p. 831.

de la typhoïde, et elle relève alors de causes qui n'ont rien de commun avec la péricardite; des quatorze observations de la thèse de M. Dieulafoy (1) concernant toutes des cas de mort subite au cours de la fièvre typhoïde, aucune ne contient mention de l'existence d'une péricardite. On a vu, il est vrai, la péricardite déterminer à elle seule la mort subite par syncope; mais celle-ci est due alors soit à l'abondance subite de l'épanchement, soit à la myocardite associée, soit à une symphyse déjà constituée. Or ni l'un ni l'autre de ces facteurs ne peut être invoqué chez notre malade en particulier, et, chez elle du moins, nous croyons que la mort subite est survenue, non pas du fait même de la péricardite qui est restée un épisode surajouté, mais par suite, malgré ses apparences bénignes, de la toxi-infection typhique générale.

VII

L'apparition de la péricardite au cours de la dothiénentérie donne lieu à quelques INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES spéciales. Il convient d'appliquer sur la région précordiale des révulsifs ou d'y maintenir une vessie de glace, de pratiquer en tous cas une légère émission sanguine locale à l'aide de ventouses scarifiées. S'il existe en même temps des symptômes de défaillance cardiaque, il sera bon de recourir à la caféine, à la digitale, etc. Au cas de péricardite purulente diagnostiquée, la paracentèse suffirait peut-être dans certains cas comme peut suffire la thoracentèse lors de certaines pleurésies purulentes à bacille d'Eberth; pratiquement d'ailleurs, même au cas d'infection secondaire, la péricardotomie donnerait sans doute peu de succès, vu les conditions défavorables dans lesquelles le chirurgien serait appelé à intervenir.

Reste enfin la question de la balnéothérapie. Plusieurs auteurs ont pensé que l'apparition de la péricardite au cours de la typhoïde contre-indiquait la continuation des bains froids et G. de Mussy, en signalant un exemple de cette complication apparue chez un malade soumis au traitement de Brand, n'était pas loin d'accuser cette méthode d'avoir favorisé son éclosion. Il nous semble cependant qu'au cas de péricardite simple, en dehors de toute association à la myocardite ou à l'endocardite, il y a avantage à user de cet excellent moyen thérapeutique dans l'espoir d'aider le malade à réagir contre l'infection générale primitive dont peut dépendre directement la localisation péricardique.

CONCLUSIONS. — De cette étude sur la péricardite typhique nous conclurons :

1° La péricardite est une complication très rare de la dothiénentérie.

2° Elle revêt deux formes anatomiques : l'une, la plus fréquente, fibrineuse, caractérisée par la présence d'exsudats pseudo-membraneux abondants et d'un épanchement séreux insignifiant ou minime; l'autre, la plus rare, fibrino-purulente, à épanchement parfois notable.

3° La péricardite est tantôt isolée, tantôt associée à d'autres complications dont les plus fréquentes sont l'endocardite, la myocardite et les déterminations broncho-pulmonaires.

4° Son évolution est le plus ordinairement insidieuse ou même latente; seule, l'auscultation systématique de la région précordiale permettra de déceler le signe pathognomonique de l'apparition de cette complication, le frottement.

5° Sa nature pathogénique est encore à l'étude. Si la forme purulente paraît devoir relever souvent d'une infection secondaire, il est très vraisemblable d'admettre que par contre la forme fibrineuse doit reconnaître le bacille d'Eberth lui-même comme agent causal.

6° La terminaison fatale a été constante dans les quelques cas de dothiénentérie accompagnée de péricardite purulente. La péricardite fibrineuse reste, cliniquement, à l'état de péricardite sèche et elle se termine le plus souvent par la guérison; lorsque la mort survient elle est le fait d'autres accidents ou complications (myocardite, etc.) et non provoquée directement par la péricardite elle-même. Celle-ci peut être considérée comme un épisode local qui modifie peu le pronostic général de la dothiénentérie.

(1) G. DIEULAFOY. *De la mort subite dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, mai 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(24 MARS 1903 (*fin*))

M. Le Dentu fait un rapport sur un travail de M. Luys, relatif à la **séparation intravésicale des urines.**

La première idée de la séparation intravésicale des urines, au moyen d'un instrument pourvu d'un écran en caoutchouc, appartient, sans conteste, à M. Lambotte (de Bruxelles). Cet instrument, décrit en 1890, peu employé par son inventeur, et qui avait contre lui sa forme rectiligne sur toute sa longueur et sa constitution par deux parties non homogènes, tomba dans un oubli complet.

Au Congrès d'urologie, en octobre 1901, M. Luys, qui ne connaissait pas l'instrument de Lambotte, fit connaître un séparateur des urines d'un modèle tout autre, qu'il perfectionna bientôt, et le 5 mars 1902, M. Hartmann présentait à la Société de chirurgie, au nom de M. Luys, un deuxième type d'instrument qui ne différait du premier que par l'incurvation donnée à sa partie terminale et qui le faisait ressembler dans son ensemble à un mandrin de béniqué.

Cet instrument se compose :

1° D'une pièce centrale formant axe, aplatie d'un côté à l'autre, engainée dans une enveloppe de caoutchouc;

2° D'une chaînette placée sur la concavité de cette pièce centrale, engainée dans la même enveloppe de caoutchouc, fixée en avant au bec de cette pièce, et reliée en arrière à un volant;

3° De deux sondes latérales en métal, appliquées contre les faces latérales de la pièce centrale, ouvertes en avant, du côté vésical, par plusieurs petits orifices situés sur leur face interne et sur leur bord concave.

Si l'on fait agir le volant par rotation de gauche à droite, on tend la chaînette en la raccourcissant. Elle abandonne la courbure de la pièce centrale entraînant avec l'enveloppe de caoutchouc, qui forme, alors, un écran séparateur. Si l'on agit sur le volant de droite à gauche, la membrane tendue ramène, par sa rétraction, la chaînette contre la concavité de la pièce centrale.

Cet ensemble, très simple en réalité, peut facilement se stériliser par ébullition.

Les deux dates énoncées plus haut établissent nettement que les autres séparateurs des urines construits récemment ont vu le jour postérieurement à celui de M. Luys, et comme M. Luys ignorait entièrement, ainsi que le plus grand nombre des chirurgiens, l'invention de Lambotte, on peut dire qu'il partage avec ce dernier le mérite d'avoir inauguré une méthode nouvelle pour le diagnostic de l'état fonctionnel des reins.

L'appareil de M. Luys a fait ses preuves de bon fonctionnement chez l'homme et chez la femme et aussi chez les enfants pour lesquels un modèle réduit a été créé. Ses applications atteignent aujourd'hui le chiffre de 120 environ. Si on ne lui avait pas reconnu des qualités pratiques, il est probable qu'il serait déjà condamné et délaissé.

Comme tous les instruments imaginables, il est susceptible de perfectionnement; mais tel qu'il est, il répond déjà d'une manière très satisfaisante à l'idée inspiratrice de la méthode qu'il dessert.

REVUE DES THÈSES

Du rhumatisme tuberculeux observé récemment dans les sanatoria de Leysin, par M. Frédéric-Ollivier MERSON, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. (Th. de Lyon, 1903.)

> Construire toujours l'hypothèse la plus simple, d'après l'ensemble des renseignements obtenus.
> Auguste COMTE.

Cette thèse récemment soutenue par le docteur F.-O. Merson, qui porte un nom célèbre dans les arts, est une contribution nouvelle et importante à l'étude du rhumatisme tuberculeux (1).

Sur les conseils de M. le professeur Poncet, l'auteur a recueilli, pendant un séjour au Sanatorium de Leysin, les observations des malades en cours de traitement, qui présentaient des manifestations rhumatismales de nature tuberculeuse. Placé au milieu de bacillaires avérés, il s'est proposé d'établir la fréquence de cette variété de rhumatisme, dans un tel milieu. Atteint lui-même de rhumatisme bacillaire, il se trouvait doublement qualifié pour mener à bien une telle enquête.

Sur 100 malades pris au hasard parmi les tuberculeux de Leysin, M. Merson a pu recueillir 20 observations de rhumatisme, qui constituent avec son observation personnelle la base de ses recherches; le pourcentage est donc considérable, puisque 1 tuberculeux sur 5 était atteint d'accidents rhumatismaux de sièges variés, articulaires et autres.

L'analyse minutieuse de ces 20 observations recueillies avec grand soin fait l'objet de la première partie de cette étude.

On note dans ces observations 52 cas de rhumatisme tuberculeux articulaire, et 23 cas de rhumatisme tuberculeux abarticulaire.

Les premiers se répartissent ainsi :

37 arthralgies;
12 rhumatismes articulaires aigus;
3 rhumatismes articulaires déformants.

Les 23 cas de rhumatisme abarticulaire comprennent :

10 sciatiques;
3 pleuralgies;
2 synovites plastiques;
1 zona;
3 myalgies.

Les tuberculeux examinés et reconnus rhumatisants étaient âgés de vingt à quarante ans.

Cette statistique est très voisine de celle de Trebeneau (1). La proportion légèrement plus élevée obtenue par M. Merson s'explique facilement par le milieu spécial dans lequel il a observé.

On est frappé, à la lecture des chiffres, de la rareté des formes chroniques comparativement à la fréquence des formes aiguës ou subaiguës. Cette disproportion confirme la remarque déjà faite souvent que les lésions articulaires pseudo-rhumatismales sont d'autant plus légères et plus fugaces que la tuberculose qu'elles accompagnent est plus rapide et plus grave. Inversement les formes chroniques, déformantes, fibreuses, apparaissent plus volontiers au cours des tuberculoses pulmonaires ou autres, à évolution lente, torpide, pouvant aboutir à un processus de cicatrisation. Les malades de ce genre étant évidemment en minorité dans les sanatoriums, les rhumatisants tuberculeux chroniques y doivent être rares.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans son exposé symptomatique très clair et très complet. Ses descriptions cliniques, uniquement établies d'après les observations qu'il a prises à Leysin, sont en tout comparables aux descriptions des diverses formes de rhumatisme tuberculeux telles qu'elles ont été établies par M. le professeur Poncet et ses élèves : Bérard et Destot, Drevet, Potel, Mailland, Eymann, etc.; les travaux sortis de l'École de Lyon, sur cette vaste question de pathologie générale, sont déjà nombreux et des plus intéressants.

En résumé, l'excellente thèse de M. F.-O. Merson montre, une fois de plus, et d'une façon saisissante, combien il faut compter dans la pratique avec le *rhumatisme tuberculeux de Poncet*. Ce qui est vrai pour des tuberculeux réunis dans le sanatorium de Leysin, l'est pour des malades semblables de tout autre sanatorium, et, cela va sans dire, pour toute espèce de tuberculeux, ainsi, du reste, que l'enseigne la clinique de chaque jour.

Dr M. MAILLAND.

L'adrénaline en ophtalmologie d'après M. P. BRISSOT. (Th. de Paris, 1903.)

L'emploi de l'adrénaline est indiqué, dans les interventions chirurgicales, dans tous les cas où l'on doit inciser la conjonctive. Les instillations d'adrénaline sont donc utiles dans les péritomies, dans les extirpations de tumeurs oculaires, dans l'opération de la cataracte, dans l'autoplastie conjonctivale, etc. Dans le glaucome, associée à la cocaïne, l'adrénaline permet de pratiquer l'iridectomie sans douleur, et de réduire l'hémorragie à son minimum.

L'adrénaline permet aussi aux myotiques et aux mydriatiques d'agir dans le cas où l'absorption se trouve entravée par une forte hyperhémie de la conjonctive. Dans l'iritis, dans les sclérites et épisclérites, elle est capable de donner de bons résultats, mais c'est surtout dans les interventions chirurgicales qu'elle rend les plus grands services.

L. BABONNEIX.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

BON POSTE MÉDICAL. — *Médecin jeune et actif.* — Écrire à M. G. DUBOYS, conseiller municipal, à La Couronne (Charente).

(1) TREBENEAU. *De la fréquence du rhumatisme tuberculeux dans les tuberculoses viscérales et chirurgicales*, Th. de Lyon, 1902.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DU RÉFLEXE CONJONCTIVAL

ÉTUDIÉ CHEZ LES MÊMES MALADES AUX TROIS PÉRIODES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef de Ville-Evrard.

Autant les observateurs ont étudié dans la paralysie générale les troubles des réflexes pupillaires, réflexes lumineux et réflexe accommodateur, autant ils semblent avoir négligé ceux du réflexe conjonctival. Si nous parcourons, en effet, les traités les plus récents sur les maladies mentales, publiés tant en France qu'à l'étranger, ceux de M. Dagonet, de M. Régis, de M. Cullere, de M. Schule, de M. de Kraff-Eting, nous ne trouvons sur ce point aucune indication et il en est de même dans les articles écrits par M. Ballet pour le *Traité de médecine* et par M. Hue pour le *Manuel de médecine*. Bien plus les troubles du réflexe conjonctival ne sont pas mentionnés dans les ouvrages spéciaux d'Auguste Voisin, de M. Mickle, de MM. Magnan et Sérieux.

Malgré d'actives recherches nous n'avons trouvé quelques indications précises sur ce sujet que dans une communication faite en 1894 à la Société médico-psychologique par MM. Briand et Antheaume. Ces aliénistes n'ont constaté chez leurs paralytiques que 9 p. 100 d'altérations du conjonctival, aussi en ont-ils conclu que ce réflexe était rarement troublé au cours de la périencéphalite chronique. Le seul trouble observé fut une exagération très notable poussée même jusqu'au blépharo-spasme, mais comme leur objecta M. Ballet, ils ont eu le grand tort de ne pas tenir compte de l'affaiblissement. Il résulte ensuite de leurs constatations que le maximum des altérations se trouverait à la première période et le minimum à la seconde, même, à celle-ci, ils ont toujours trouvé le conjonctival anormal. Ces résultats sont en complète contradiction, comme on le verra, avec ceux auxquels nous sommes arrivé, et je ne vois guère que la différence des sexes pour expliquer une pareille dissemblance. M. Briand et M. Antheaume ont, en effet, opéré sur le sexe féminin et nous sur le sexe masculin.

Il peut donc n'être pas sans intérêt de relater les constatations faites sur *trente* paralysés généraux, hommes, chez lesquels le réflexe conjonctival a été recherché à des intervalles assez rapprochés depuis la première phase de l'affection jusqu'à sa terminaison par marasme paralytique à la troisième période.

Nous avions entrepris un bien plus grand nombre de malades, mais plusieurs d'entre eux sont morts qui à la première période, qui à la seconde, par congestion cérébrale ou maladies intercurrentes. Trente seulement ont parcouru les trois phases. Ce chiffre de sujets n'est pas très élevé, toutefois il a son importance si on considère que jusqu'ici tous les observateurs ont adopté la méthode de Murh laquelle consiste à rechercher les réflexes chez des paralytiques qui sont les uns à la première période, les autres à la deuxième et à la troisième, comme s'il était bien rationnel de comparer les résultats fournis par des sujets différents à des phases différentes de la paralysie générale. Il est indispensable, je crois, de ne rapprocher que des troubles observés chez les mêmes malades et pour cela d'avoir la patience de les suivre et de les noter du début à la terminaison par marasme de la périencéphalite chronique. C'est ce que nous avons réalisé.

Sur nos 30 paralytiques nous avons recherché l'état du réflexe conjonctival 778 fois, mais par suite de l'indocilité des malades 8 fois seulement nous n'avons pas réussi à le constater, reste donc 770 constatations heureuses qui se décomposent comme il suit :

Normaux	315, soit 40,9 p. 100
Anormaux	455, — 59,1 —

Ainsi d'une manière générale le réflexe conjonctival est plus souvent *anormal* que *normal* et l'anormalité l'emporte de 20 p. 100 dans les constatations opérées durant le cours des trois périodes. Il mérite donc d'être recherché plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Les altérations peuvent être de trois espèces : *exagération*, *affaiblissement*, *abolition*. A cet égard nos 455 constatations d'anormalité se répartissent de la manière suivante :

Exagération	42, soit 9,2 p. 100
Affaiblissement	190, — 41,8 —
Abolition	195, — 42,8 —
Normal d'un côté et affaibli de l'autre	22, — 4,9 —
Aboli d'un côté et affaibli de l'autre	6, — 1,3 —

Trois faits se dégagent de ce tableau.

Tout d'abord dans la presque totalité des cas les deux réflexes de droite et de gauche sont altérés en même temps, de la même altération et au même degré. En effet, c'est seulement dans la très petite proportion de 6,2 p. 100 que nous avons trouvé une différence des deux côtés, contre par conséquent 93,8 p. 100 d'altérations identiques. En second lieu le trouble de beaucoup le plus souvent constaté est un trouble en moins, dans l'énorme proportion de 90,8 p. 100; l'exagération est exceptionnelle (9, 2 p. 100). Enfin les deux altérations en moins, l'affaiblissement et l'abolition, se rencontrent en égale fréquence, puisqu'il n'y a qu'un écart de 1 p. 100 en faveur de celle-ci.

Mais nous ne nous sommes pas contenté de noter le genre d'altération présenté par le réflexe, nous avons aussi apprécié son degré d'intensité. Nous avons obtenu pour les 42 exagérations et les 190 affaiblissements :

Très exagérés	8, soit 19 p. 100
Exagérés	34, — 81 —
Très affaiblis	57, soit 30 p. 100
Affaiblis	133, — 70 —

Ce tableau établit que l'exagération, quand par exception elle se produit, est 4 fois plus souvent modérée que très accusée, nouvelle preuve que la caractéristique du réflexe conjonctival n'est pas l'altération en plus. Aussi est-il assez difficile de comprendre pourquoi les affaiblissements légers sont eux aussi plus du double des marqués. Il semble que le contraire aurait dû se constater avec un réflexe dont la tendance est de s'affaiblir de plus en plus pour finir par disparaître. Je ne vois qu'une explication à ce fait : la rapide évolution de l'affaiblissement pour aboutir vite à l'abolition, rapidité qui permet de rarement constater le degré intermédiaire entre celui-là et celle-ci.

Nous avons vu plus haut que 28 fois il nous est arrivé de ne pas obtenir les mêmes résultats au côté droit et au côté gauche. Jamais dans ces cas il ne s'agissait d'exagération; nous n'avons donc pas eu occasion d'observer une altération en plus dans un œil avec une altération en moins dans un autre. Le cas le plus fréquent a été de trouver le réflexe normal d'un côté et affaibli de l'autre, plus rarement aboli et affaibli. Cette dernière constatation environ 4 fois moins fréquente que la première.

Cependant nous ne pouvons nous contenter de cette étude d'ensemble; il convient d'examiner les troubles du réflexe conjonctival aux *trois périodes* de la paralysie générale. Nous avons tout d'abord le tableau qui suit relatif à la normalité et à l'anormalité.

	Première période.	Deuxième période.	Troisième période.
Normaux	119, soit 42,5 p. 100	112, soit 36,3 p. 100	84, soit 46,1 p. 100
Anormaux	161, — 57,5 —	196, — 63,7 —	98, — 53,9 —
Totaux	280	308	182

Dans ce tableau l'état anormal l'emporte en fréquence sur l'état normal à toutes les périodes de la maladie, et, fait plus important encore, dès la phase initiale le réflexe conjonctival est trouvé atteint dans plus de la moitié des constatations; il s'altère donc de très bonne heure et très souvent, double raison de ne pas négliger son examen dans les cas douteux. Enfin d'après nos observations c'est à la seconde période de la paralysie générale que se trouverait le maximum de fréquence des altérations et le minimum à la troisième. Ainsi le conjonctival serait donc surtout altéré à la phase intermédiaire, mais il le serait encore plus à la phase initiale qu'à la phase ultime; à la troisième période il aurait une tendance à redevenir normal. Toutefois il est juste de remarquer que les écarts constatés ne sont pas très considérables : la fréquence de l'anormalité à la seconde période ne l'emporte que de 9,8 p. 100 sur celle de la troisième et moins encore de 6,3 p. 100 seulement sur celle de la première. L'écart le moins marqué se trouve entre les deux phases extrêmes, il est de 3,6 p. 100. Par conséquent ce qui ressort surtout de nos recherches c'est la grande fréquence des altérations du conjonctival durant tout le cours de la périencéphalite chronique et l'apparition très fréquente de celles-ci dès le début de la maladie.

Le réflexe est-il indifféremment altéré en plus et en moins à tous les moments de la paralysie générale?

Le tableau suivant répond à cette question.

	Première période.	Deuxième période.	Troisième période.	Totaux.
Exagération	42, soit 100 p. 100	0, soit 0 p. 100	0, soit 0 p. 100	42
Affaiblissement	35, — 18,4 —	113, — 59,4 —	42, — 22,2 —	190
Abolition	62, — 31,7 —	77, — 39,4 —	56, — 28,9 —	195
Normal et affaibli	22, — 100 —	0, — 0 —	0, — 0 —	22
Aboli et affaibli	0, — 0 —	6, — 100 —	0, — 0 —	6
Totaux	161	196	98	455

Quatre faits apparaissent dans ce tableau.

En premier lieu la présence de l'exagération du conjonctival à la seule phase initiale de la paralysie générale et en second lieu les altérations non identiques du réflexe à droite et à gauche à celle-ci et à la phase intermédiaire, de telle sorte qu'à la troisième période les seuls troubles observés sont des troubles en moins, affaiblissement et abolition, et identiques des deux côtés.

J'ajouterai que c'est tout à fait au début de la seconde période que 6 fois il nous est arrivé de trouver des altérations à des degrés différents aux deux yeux; jamais pareille observation n'a été faite au cours de la période quand celle-ci avait déjà une certaine durée. Il est donc vrai de dire que les altérations en plus et les altérations différentes à droite et à gauche sont des phénomènes initiaux et que même dès la seconde période, une fois que le gâtisme est bien établi, le conjonctival n'est plus altéré qu'en moins et au même degré des deux côtés.

En troisième lieu, dans notre tableau, les affaiblissements et les abolitions ont tous les deux leur maximum de fréquence à la période intermédiaire, mais le minimum de ceux-là est à la phase initiale et le minimum de celles-ci à la phase ultime.

Enfin aux périodes extrêmes, première et troisième, les

abolitions l'emportent sur les affaiblissements, tandis que le contraire se produit à la seconde période.

Toutes les altérations en plus se trouvant à la phase initiale, les modérées et les marquées, nous n'avons pas à rechercher l'influence que pourrait exercer sur leur fréquence et leur intensité l'aggravation du mal; elles disparaissent quand la maladie s'accentue et passe au gâtisme. Il n'en est plus de même pour les affaiblissements qui, eux, se montrent aux trois périodes.

	Première période.	Deuxième période.	Troisième période.
Affaibli	22, soit 60 p. 100	85, soit 73,3 p. 100	27, soit 64,7 p. 100
Très affaibli	13, — 40 —	28, — 24,7 —	15, — 35,7 —
Totaux	35	113	42

Nous avons vu précédemment à quelles phases ils étaient les plus fréquents, le tableau qui précède nous dira quand ils sont le plus marqués. Ils nous apprend que si les affaiblissements pris dans leur ensemble ont leur minimum de fréquence à la première période, c'est au contraire à cette phase initiale qu'on trouve le plus grand nombre d'affaiblissements marqués et par contre le plus petit nombre à la seconde période où les affaiblissements en général ont leur maximum. Ainsi le degré d'intensité des affaiblissements du conjonctival est en raison inverse de leur fréquence aux diverses périodes de la paralysie générale. Ce fait tient sans doute à ce que plus l'affaiblissement est accusé plus vite il aboutit à l'abolition, tandis que l'affaiblissement modéré persiste un peu plus longtemps et est par là retrouvé un plus grand nombre de fois.

Pour compléter ces données sur les troubles du conjonctival dans la périencéphalite chronique, il nous reste à étudier ceux-ci dans les diverses variétés mentales de la maladie, à rechercher leurs rapports avec les altérations des sensibilités et les troubles moteurs, à étudier l'influence que peuvent exercer sur eux l'âge et l'étiologie du mal.

Le tableau suivant relatif aux *formes mentales* établit tout

	Expansive.	Dépressive.	Mixte.	Démentielle.	Rémission.
Normaux	83, soit 37,5 p. 100	6, soit 20 p. 100	49, soit 63,7 p. 100	148, soit 38,8 p. 100	28, soit 50 p. 100
Anormaux	140, — 62,5 —	29, — 80 —	28, — 36,3 —	230, — 61,2 —	28, — 50 —
Totaux	224	35	77	378	56

d'abord ce fait intéressant que le réflexe conjonctival est aussi souvent anormal que normal durant les rémissions; celles-ci sont donc d'apparence trompeuse, puisque la persistance de l'altération du réflexe est la preuve que la guérison n'est pas réelle et que le feu couve toujours sous la cendre. Il montre ensuite que la forme mixte, mélange de délire mégalomaniaque et de délire lypémaniaque, est la seule dans laquelle l'état normal l'emporte sur l'état anormal; dans les trois autres : l'expansive, la dépressive et la démentielle, le fait inverse se présente. Enfin il prouve nettement que si c'est dans la forme mixte que le conjonctival est le moins altéré, c'est dans la dépressive qu'il l'est le plus et à égale fréquence dans l'expansive et la démentielle.

Mais quelle que soit la forme mentale, en dehors bien entendu de la rémission, le paralytique peut être ou bien agité ou calme. Ces deux états ont-ils une influence sur le conjonctival? Nous le saurons par le tableau qui suit :

	Agitation.	Calme.
Normaux	140, soit 40,8 p. 100	175, soit 40,9 p. 100
Anormaux	202, — 59,2 —	253, — 59,1 —
Totaux	342	428

Nous avons ici la même proportion de normalité et d'anormalité pour les états de calme et d'agitation; le réflexe conjonctival n'est donc en rien influencé par eux. Cependant peut-être n'en est-il pas de même des diverses espèces d'altérations.

	Agitation.	Calme.
Exagération	14, soit 6,9 p. 100	22, soit 11 p. 100
Affaiblissement	99, — 49,2 —	91, — 35,9 —
Abolition	83, — 41 —	112, — 44,5 —
Inégalité d'altérat.	6, — 2,9 —	22, — 8,6 —
Totaux	202	253

Il semble résulter de ce tableau que dans les périodes de calme on constate surtout les deux altérations opposées, l'exagération et l'abolition et durant les crises d'agitation surtout de l'affaiblissement et ainsi qu'il est plus fréquent d'observer avec les premières qu'avec les secondes des troubles à des degrés différents à droite et à gauche. Toutefois toutes les altérations se constatent, que le paralytique soit calme ou agité; il n'en est aucune qui soit exclusive de l'un ou de l'autre; notre tableau ne porte que des différences de fréquence. Reste à opérer les mêmes recherches en ce qui concerne les cinq variétés mentales.

	Expansive.	Dépressive.	Mixte.	Démentielle.	Rémission.
Exagéré	28, soit 20 p. 100	0, soit 0 p. 100	0, soit 0 p. 100	14, soit 6 p. 100	0, soit 0 p. 100
Affaiblissement	63, — 45 —	22, — 75,9 —	14, — 50 —	84, — 36,5 —	7, — 25 —
Abolition	42, — 30 —	7, — 24,1 —	14, — 50 —	118, — 51,5 —	14, — 50 —
Altération inégale	7, — 5 —	0, — 0 —	0, — 0 —	14, — 6 —	7, — 25 —
Totaux	140	29	28	230	28

D'après ce tableau les variétés mentales expansive et démentielle sont les seules des cinq dans lesquelles on observe les quatre espèces d'altérations dont est susceptible le conjonctival. Les formes dépressives et mixtes n'offrent que de l'affaiblissement et de l'abolition à des degrés identiques aux deux yeux et durant les rémissions il n'y a pas d'exagération. Il en résulte que l'affaiblissement et l'abolition sont les seules altérations qu'on constate dans toutes les formes mentales, celle-ci en majorité dans la rémission et la forme démentielle, celui-là dans les formes expansives et dépressives, tandis que l'égalité des deux se rencontre dans la forme mixte; en outre c'est la forme dépressive qui présente le maximum des affaiblissements avec le minimum des abolitions et la forme démentielle le

maximum de ces dernières, toutefois le minimum des premiers n'est pas avec elle mais avec les rémissions. Il est à remarquer cependant que pour le maximum des abolitions l'écart entre la forme démentielle et les formes mixtes et de rémission est insignifiant, seulement de 1 p. 100. Aussi croyons-nous qu'il serait préférable de n'en pas tenir compte. Quant aux exagérations on ne les trouve que dans la forme expansive où elles sont à leur maximum et un peu dans la forme démentielle; elles manquent totalement dans les trois autres. Enfin les altérations inégales à droite et à gauche qui n'ont été relevées ni dans la forme dépressive, ni dans la forme mixte semblent appartenir surtout aux rémissions et se retrouve faiblement et à égale fréquence dans les deux autres formes, l'expansive et la démentielle.

Si maintenant nous interrogeons l'*étiologie*, nous réalisons le tableau suivant, dans lequel la paralysie générale traumatique apparaît comme étant celle dans laquelle le conjonctival est le plus souvent normal et contre toute attente ce sont les paralytiques qui ne sont ni syphilitiques ni alcooliques, dont la maladie s'est produite en dehors de cette infection et de cette intoxication, qui ont le plus souvent le réflexe altéré. Sommes-nous tombé sur une série exceptionnelle? C'est fort possible, car nos constatations pour cette catégorie de paralysés ne s'élèvent qu'à soixante-trois cas, par suite de leur petit nombre, la paralysie générale relevant dans l'immense majorité des cas de la syphilis et de l'alcool. D'après ce tableau les alcooliques ont plus que les syphiliques le conjonctival normal, et c'est surtout quand cette infection s'associe à l'intoxication éthylique que la fréquence de l'altération s'élève, même dans ce cas l'écart en moins avec les causes banales n'est que de 1 p. 100; ce qui tendrait à prouver que pour celles-ci nous sommes tombé sur une série exceptionnelle.

	Syphilis.	Alcool.	Syphilis et alcool.	Traumatisme.	Autres causes.
Normaux..	155, soit 46,1 p. 100	90, soit 51,2 p. 100	29, soit 26,1 p. 100	28, soit 66,7 p. 100	13, soit 20,6 p. 100
Anormaux.	181, — 53,9 —	105, — 48,8 —	105, — 78,4 —	14, — 33,3 —	50, — 79,4 —
Totaux.	336	195	134	42	63

Dans le tableau qui suit nous relevons qu'avec le traumatisme et les autres causes les seules altérations du conjonctival sont l'affaiblissement et l'abolition; c'est donc seulement avec la syphilis et l'alcool que le réflexe s'exagère et est altéré à des degrés divers à droite et à gauche et cela à égale fréquence pour l'exagération, tandis que l'altération inégale se rencontrerait plus souvent quand cette infection et cette intoxication sont associées et moins souvent quand celle-là est seule. Toutefois le fait le plus saillant du tableau est l'énorme proportion des abolitions et le faible chiffre des affaiblissements avec les autres causes, tandis que pour la syphilis, l'alcool et le traumatisme, les deux degrés de l'altération en moins tendent à s'égaliser, l'égalité est même complète pour ce dernier.

	Syphilis.	Alcool.	Syphilis et alcool.	Traumatisme.	Autres causes.
Exagéré......	28, soit 15,4 p. 100	14, soit 13,3 p. 100	0, soit 0 p. 100	0, soit 0 p. 100	0, soit 0 p. 100
Affaibli.......	84, — 46,4 —	50, — 47,5 —	42, — 40,5 —	7, — 50 —	7, — 14 —
Aboli........	62, — 44,3 —	34, — 32,6 —	49, — 46,1 —	7, — 50 —	43, — 86 —
Altér. inégale.	7, — 3,9 —	7, — 6,6 —	14, — 13,3 —	0, — 0 —	0, — 0 —
Totaux...	181	105	105	14	50

(*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(27 MARS 1903)

M. Roubinovitch présente, au nom de M. le professeur Raymond et au sien, un **myxœdémateux congénital**, reçu par lui à sa consultation externe de l'Asile du sauvetage de l'enfance. Agé de vingt-six ans, né à Paris, le sujet a 83 centimètres de taille et pèse 19 kil. 1/2. Ce cas extrêmement caractéristique et non encore traité présente les symptômes suivants : l'absence du corps thyroïde; la pachydermie poussée au plus haut degré; l'arrêt complet de développement des os longs, de la colonne vertébrale, du bassin, alors que le crâne semble développé normalement par rapport à l'âge du sujet; l'absence *totale* des noyaux épiphysaires expliquant toutes les incurvations du squelette; le pied-bot varus droit, le *genu valgum* gauche, la scoliose légère avec lordose; la leucocytose sans déformation des globules rouges ou blancs; une perturbation profonde dans l'élimination urinaire caractérisée par une diminution très marquée des matériaux azotés et minéraux, quelques troubles oculo-pupillaires; infantilisme psychique.

Au point de vue étiologique, cette observation fait ressortir l'influence combinée des facteurs suivants : alcoolisme paternel probable au moment de la procréation; émotion particulièrement pénible et vive de la mère pendant les cinq premiers mois de la grossesse; retard (une heure et demie) dans la section du cordon ombilical; alimentation défectueuse du nourrisson pendant les premiers mois de sa vie. La consanguinité n'a joué aucun rôle dans ce cas. De même il n'y a pas à incriminer, jusqu'à plus ample informé, la syphilis ou la tuberculose héréditaires. Il sera intéressant, étant donné l'ensemble symptomatique si complet que présente ce myxœdémateux de vingt-six ans non encore traité, étant donné surtout l'absence totale des noyaux épiphysaires révélée par les radiographies, de suivre pas à pas ce que donnera en pareil cas le traitement thyroïdien. Les auteurs tenaient à montrer le sujet avant toute intervention thérapeutique pour le représenter ultérieurement lorsqu'il aura subi pendant le temps nécessaire la thyroïdisation qu'on n'a point encore tentée.

MM. H. Méry et L. Guillemot présentent deux enfants du service de M. Grancher atteints d'arthropathies chroniques. Dans le premier cas il s'agit d'un petit garçon de sept ans atteint d'une **double ostéoarthropathie fémoro-tibiale**. La coexistence d'une kératite interstitielle a permis de rattacher cette lésion articulaire à la syphilis héréditaire tardive. Le traitement par les frictions mercurielles n'ayant presque rien modifié, on a employé les injections intramusculaires de biiodure de mercure en solution aqueuse. L'amélioration est considérable actuellement. Ce cas est comparable à ceux que Kirmisson et Jacobson ont rapportés en 1897 dans la *Revue d'orthopédie*.

On retrouve chez ce petit malade l'hyperostose épiphysaire signalée par ces auteurs comme caractéristique de cette forme d'arthropathie. Mais le fait à signaler est l'existence de phénomènes douloureux qui manquent habituellement.

Le second enfant est une fillette de sept ans, qui présente des **déformations des doigts rappelant le rhumatisme noueux**. Elle est, en outre, atteinte d'irido-choroïdite double avec cataracte et hémorragie du vitré. Pour expliquer cette double lésion, on peut invoquer soit le rhumatisme, soit la syphilis. La radiographie plaide plutôt en faveur de cette dernière, mais le traitement n'a pas jusqu'ici confirmé l'origine spécifique : aucune amélioration jusqu'ici, malgré treize injections de biiodure de mercure.

MM. Achard et Grenet présentent un **infarctus très volumineux de l'un des reins**, survenu chez un cardiaque, et dont l'apparition avait provoqué une crise de douleur vive ressemblant à une colique néphrétique. La séparation de l'urine, à l'aide de l'appareil de Luys, avait montré que ce rein sécrétait cinq fois moins d'urine que l'autre; mais la teneur de l'urine en urée était à peu près la même des deux côtés. En effet, l'infarctus est une lésion qui abolit simplement la sécrétion d'un territoire plus ou moins étendu, mais le reste fonctionne à peu près sans changement. Il n'en est pas de même dans les lésions diffuses et progressives qui non seulement diminuent la quantité de parenchyme sécrétant, mais encore modifient les quantités sécrétantes de ce parenchyme. Aussi lorsque ces lésions sont inégalement réparties des deux côtés, comme dans certains cas de tuberculose rénale, peut-on constater des différences dans la composition de l'urine de chaque rein.

Une intéressante observation de **pachyméningite hémorragique, avec chromo-diagnostic se terminant dans l'hyperthermie**, a été communiquée par MM. Chauffard et G. Froin. En voici le résumé :

Une malade, âgée de cinquante ans, est apportée à l'hôpital dans le coma. On raconte seulement qu'elle est très nerveuse et qu'elle a été frappée, il y a quelques mois, d'un ictus ayant duré trois jours, sans paralysie persistante.

Un second ictus est survenu brusquement avec hémiplégie droite et aphasie; trois jours après, elle a quelques secousses convulsives dans la face et les membres supérieurs; elle se réveille un peu, mais après son arrivée à l'hôpital, au septième jour de l'ictus, le coma s'accentue et elle meurt le onzième jour.

A l'autopsie : foyer hémorragique avec caillots comprimant toute la surface externe de l'hémisphère gauche, à siège exclusivement sous-dure-mérien, formant une plaque d'environ 15 centimètres de diamètre. Feuillet viscéral de l'arachnoïde intact.

Par ponction lombaire, au huitième jour de l'état comateux, on retire un liquide ambré, ne contenant pas d'hématies, présentant une lymphocytose légère, ne donnant pas les réactions chimiques et spectroscopiques de l'hémoglobine. Le dixième jour, on retire un liquide absolument limpide, à lymphocytose presque physiologique. Le diagnostic de l'hémorragie a été ainsi confirmé par la ponction lombaire et a montré la faible quantité du pigment appelé *luséine* par Hénocque, ayant diffusé dans le liquide céphalo-rachidien à travers l'arachnoïde.

Enfin on a constaté une hyperthermie énorme. Du septième au onzième jour, la température est montée de 36°5 à 41°5, et après la mort, jusqu'à 42°9. Cinq heures après la mort elle était à 37°4. MM. Chauffard et Froin pensent que ce phénomène est dû plutôt à l'excitation des centres nerveux qui président à la thermogénie, qu'à des fermentations microbiennes dont l'action serait alors bien éphémère. Néanmoins, dans beaucoup de cas, le mécanisme pathogénique est peut-être plus complexe.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(25 mars 1903)

A propos du **traitement sanglant des luxations irréductibles du coude**, M. Picqué rappelle que, dans une discussion qui eut lieu en 1895, il s'était déjà déclaré partisan de la résection et avait combattu l'arthrotomie comme donnant de mauvais résultats. M. Picqué a recours à l'incision médiane postérieure qui divise le triceps et en nécessite sa désinsertion au sommet de l'olécrane. Jamais il n'a constaté d'inconvénient au point de vue du fonctionnement du membre. L'opération est seulement plus difficile par cette incision, le dégagement de l'extrémité supérieure de l'humérus se faisant moins aisément que par les incisions latérales.

M. Tuffier revient sur la question des **germes de l'air des salles d'opération**. Ces germes peuvent être combattus par deux sortes de moyens, des moyens chimiques ou des moyens mécaniques. MM. Quénu et Lucas-Championnière préfèrent les moyens chimiques et en particulier l'eau oxygénée. M. Tuffier, depuis longtemps, emploie de simples pulvérisations d'eau bouillie qui débarrassent très bien les parois des salles d'opérations des germes infectieux qu'elles peuvent contenir.

M. Tuffier a entrepris une série d'expériences dans le but de comparer les résultats de l'emploi de l'eau oxygénée et ceux de l'emploi de l'eau simplement bouillie. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

Lorsqu'une salle d'opérations, ordinairement réservée aux opérations aseptiques, reste close pendant longtemps, le nombre des germes en suspension dans l'air s'abaisse beaucoup;

Le nombre des microorganismes augmente d'autant plus que les assistants sont plus nombreux;

Dans une même séance opératoire, et toutes conditions restant d'ailleurs les mêmes, le nombre des germes n'est pas beaucoup plus grand à la fin qu'au commencement;

Les germes diminuent considérablement de nombre dans une atmosphère humide, qu'il s'agisse de pulvérisations simples (vapeur d'eau sous pression) ou de pulvérisations antiseptiques (eau oxygénée); dans les deux cas, la diminution est à peu près la même, l'eau oxygénée semblant agir surtout par l'humidité qu'elle provoque;

Quels que soient les moyens employés, il paraît impossible d'obtenir un air absolument privé de microorganismes; mais les dangers d'infection de ce côté n'en restent pas moins très petits, car les microbes sont presque toujours de simples saprophytes de l'air.

M. Quénu se félicite que les expériences de M. Tuffier confirment les siennes. Il répond à plusieurs objections qui lui ont été faites; on lui a reproché d'exagérer le rôle de l'air ambiant; c'est une erreur, car il a eu soin de déclarer qu'il considérait le rôle de l'air comme peu important en raison de ce fait que les germes de l'air étaient modifiés par la lumière du soleil et que les chances de contamination étaient diminuées par l'absence de mouvement dans les salles et l'action énergique de la phagocytose à la surface des plaies.

Toutefois, il est bien certain que l'air contient parfois des germes pathogènes. Il est donc indiqué de le purifier, soit par des vapeurs d'eau, ou même par l'eau oxygénée.

M. Quénu préfère ce moyen au lavage antiseptique des plaies préconisé par M. Championnière parce que ce lavage antiseptique met obstacle à la phagocytose. En résumé, il faut, pour les opérations, être aseptique et antiseptique si cela est nécessaire.

M. Delbet fait un rapport sur un cas intéressant de **suture de l'artère iliaque externe**, adressé par M. Wiart. Il s'agissait, dans ce cas, d'une blessure de l'iliaque externe faite,

par un autre chirurgien, au cours d'une cure radicale de hernie inguinale. Il n'y avait qu'une petite déchirure; M. Wiart isola l'artère, y plaça deux pinces de Kocher caoutchoutées et fit la suture. Il n'y eut aucun trouble circulatoire dans les membres correspondants. Le malade fut revu huit mois après l'opération : l'artère fémorale bat très nettement, mais il s'est fait une oblitération secondaire au niveau de sa bifurcation. M. Wiart a obtenu une bonne hémostase en faisant des points perforants. Il en conclut que ces points perforants n'ont pas les inconvénients qu'on leur a attribués. M. Delbet, qui a fait de nombreuses expériences de suture artérielle sur les chiens, n'est pas de cet avis et il pense que la suture d'une artère ne peut donner de bons résultats qu'à la condition que les points ne soient pas perforants.

M. Ricard dans un cas de blessure de l'artère axillaire, au cours de l'excision d'un cancer de l'aisselle, a fait la suture de cette artère. La malade n'eut aucun trouble circulatoire consécutif. Elle succomba, plusieurs mois après, à la récidive de son cancer. A l'autopsie, on put se rendre compte qu'un des points de la suture avait été perforant; ce qui n'a pas empêché la suture d'être parfaitement hémostatique.

Au cours de l'ablation d'une salpingite suppurée adhérente dans la fosse iliaque, M. Ricard s'aperçut qu'une pince à griffes en serrant le pédicule utéro-ovarien avait empiété sur l'artère iliaque externe. Les griffes de la pince avaient fait autant de points perforants. Il tamponna et fit préparer ce qu'il fallait pour faire la suture. Quand tout fut prêt et qu'il retira le tampon, l'hémostase s'était faite spontanément et il ne fut pas nécessaire de suturer.

M. Lejars, chez un blessé qui avait une rupture de la fémorale, a dû faire une suture assez étendue de cette artère. Il s'est efforcé de la faire autant que possible non perforante. Mais il faut bien reconnaitre que cela n'est pas toujours facile. Malgré tout on fait bien toujours quelques points perforants. Il y a à ce point de vue une grande différence entre les veines et les artères. La suture des veines, même perforante, peut donner de bons résultats. Il n'en est pas de même pour la suture artérielle à la suite de laquelle les embolies sont beaucoup plus à craindre, si bien qu'on arrive à se demander si la ligature ne serait pas encore préférable à la suture.

M. Delbet, après les expériences qu'il a faites sur les animaux, serait tout disposé à partager cette opinion.

(*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 AVRIL 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 20 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Gaucher et Bezançon.

1er (oral, nouveau régime), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Poirier, Delens et Cunéo; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Tuffier, Retterer et Rieffel.

3e (ancien régime, 2e partie), *Salle Broussais* : MM. Landouzy, Dejerine et Legry; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Mauclaire; — (2e série) : MM. Terrier, Legueu et Gosset; — M. Wallich, suppléant.

MARDI 21 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Dieulafoy, Desgrez et Renon.

1er (oral, nouveau régime), *Salle Corvisart* (1re série) : MM. Guyon, Thiéry et Rieffel; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Poirier, Launois et Marion.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Gilbert, Gouget et Jeanselme; — (oral, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Bouchard, Blanchard et Letulle; — M. Troisier, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Berger, de Lapersonne et Auvray; — (2e partie, ancien régime) : MM. Hutinel, Achard et Thiroloix; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Chantemesse, Vaquez et Dupré; — M. Albarran, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Schwartz, suppléant.

MERCREDI 22 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral, nouveau régime) : MM. Poirier, Mauclaire et Cunéo.

2e (nouveau régime), *Salle Charcot* : MM Gariel, Richet et Retterer.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Broussais* : MM. Landouzy, Dejerine et Widal.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Joffroy et Wurtz; — M. Potocki, suppléant.

JEUDI 23 AVRIL, à une heure. — 3e (nouveau régime, 2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Gouget et Jeanselme.

1er (oral, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Poirier, Marion et Auvray.

3e (1re partie, oral, nouveau régime), *Salle Trousseau* : MM. Guyon, Thiéry et Potocki; — (2e partie, ancien régime), *Salle Richet* (1re série) : MM. Troisier, Achard et Thiroloix; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Letulle, Wurtz et Vaquez.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Dieulafoy, Blanchard et Renon.

4e : MM. Proust, Gilbert et Dupré; — M. Demelin, suppléant.

VENDREDI 24 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Dejerine et Legry,

1er (oral, nouveau régime), *Salle Broussais* (1re série) : MM. Poirier, Legueu et Cunéo; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Tuffier, Retterer et Rieffel.

3e (oral, 2e partie), *Salle Velpeau* : MM. Blanchard, Widal et Besançon;

4e, *Salle Thouret* : MM. Landouzy, Gaucher et Wurtz; — M. Lepage, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Mauclaire; — (2e série) : MM. Terrier, Gosset et Reclus; — M. Wallich, suppléant.

SAMEDI 25 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert, Widal et Renon.

1er (oral, nouveau régime), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Berger, Thiéry et Marion; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Poirier, Launois et Auvray; — (ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Hutinel, Thiroloix et Vaquez.

3e (2e partie, nouveau régime) : MM. Chantemesse, Blanchard et Jeanselme; — M. Achard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki; — M. Gouget, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — ORAL. — Séance du 25 mars 1903 : Question : « Uretère. — Phlegmon périnéphrétique. »

MM. Gourmand, 12 + 21 1/2 = 33 1/2; Dobrovitch, 13 + 22 = 35; Maillard, 14 + 22 = 36; Sourdille, 14 + 22 = 36; Berthaux, 14 + 20 = 34; David (Louis), 13 + 22 1/2 = 35 1/2; Guilly, 9 + 15 = 24; David (Ch.), 10 + 16 = 26; Mlle Maugeret, 12 + 22 = 34.

— Séance du 26 mars 1903 : Question : « Muscles masticateurs. — Symptômes et diagnostic des fractures du rocher. »

MM. Mocquot, 13 + 20 1/2 = 33 1/2; Deshayes, 16 + 23 = 39; Pathault, 13 + 22 = 35; Ferrand, 10 + 18 = 28; Hérisson, 8 + 18 = 26; Bour (Denis), 6 + 18 = 24; Villandre, 8 + 18 = 26; Francoz, 10 + 19 = 29; Caldaguès, 16 + 21 = 37.

Séance du 27 mars 1993 : Question : « Trompe de Fallope. — Rétention placentaire dans l'avortement. »

MM. Poupardin, 14 + 21 = 35; Malloizel, 14 + 22 = 36; Durey, 9 + 16 = 25; Billaudet, 7 + 16 = 23; Philibert, 14 + 21 = 35;

Sénéchal, 17 + 23 = 40; Demarque, 10 + 19 1/2 = 29 1/2; Chirié, 13 + 22 = 35.

Concours de la médaille d'or de l'internat (chirurgie). — Médaille d'or, M. Renon; médaille d'argent, M. Huguier; accessit, M, Alexandre.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

BON POSTE MÉDICAL. — *Médecin jeune et actif.* — Écrire à M. G. Duboys, conseiller municipal, à La Couronne (Charente).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DU RÉFLEXE CONJONCTIVAL

ÉTUDIÉ CHEZ LES MÊMES MALADES AUX TROIS PÉRIODES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef de Ville-Evrard.

L'âge semble exercer une influence incontestable sur les altérations du conjonctival. Sans doute dans notre tableau le réflexe à toutes les époques de la vie est plus souvent anormal que normal mais il apparaît clairement que l'anormalité de fréquence identique jusqu'à quarante ans s'élève de plus en plus à partir de la quarantaine; l'accroissement de quarante à cinquante ans n'est que de 8,7 p. 100 mais de cinquante à soixante ans il s'élève à 26 p. 100, le fait n'est donc pas niable.

	20 à 30.	30 à 40.	40 à 50.	50 à 60.
Normaux.	48, soit 42,8 p. 100	238, soit 43 p. 100	22, soit 34,3 p. 100	7, soit 17 p. 100
Anormaux. . . .	64, — 57,2 —	315, — 57 —	42, — 65,7 —	34, — 83 —
Totaux. . .	112	553	64	41

C'est également de cinquante à soixante ans que se produit le maximum des abolitions du conjonctival; jusqu'à la quarantaine les deux altérations en moins s'égalisent, puis de quarante à cinquante ans les affaiblissements l'emportent et le contraire a lieu comme nous venons de le dire après la cinquantaine. Il résulte en outre de ce tableau que l'exagération du réflexe d'égale fréquence jusqu'à quarante ans ne se produit plus après cet âge, tandis que l'altération

	20 à 30.	30 à 40.	40 à 50.	50 à 60.
Exagération	8, soit 12,4 p. 100	34, soit 10,7 p. 100	0, soit 0 p. 100	0, soit 0 p. 100
Affaiblissement	28, — 43,8 —	127, — 40,8 —	21, — 50 —	14, — 41,1 —
Abolition.	28, — 43,8 —	132, — 41,6 —	15, — 35,8 —	20, — 58,9 —
Altération inégale	0, — 0 —	22, — 6,9 —	6, — 14,2 —	0, — 0 —
Totaux.	64	315	42	34

inégale à droite et à gauche appartient à la paralysie générale de l'âge moyen; on ne la rencontre ni dans la précoce, avant trente ans, ni dans la tardive, après cinquante ans.

Comme on sait, si les *troubles moteurs* sont toujours excessifs chez tous les paralytiques à la phase ultime, il n'en est plus de même aux deux premières périodes où ils ont une intensité très variable, non seulement chez des malades différents, mais chez le même sujet selon les moments. Le tableau qui suit met en lumière ce fait intéressant qu'à la phase initiale et à la phase intermédiaire de la paralysie

	Légers.	Modérés.	Marqués.	Excessifs.
Normaux.	35, soit 31,5 p. 100	42, soit 59,2 p. 100	85, soit 41,1 p. 100	69, soit 34,1 p. 100
Anormaux.	76, — 68,5 —	29, — 40,8 —	119, — 58,9 —	133, — 65,9 —
Totaux. . .	111	71	204	202

générale les altérations du réflexe conjonctival se constatent surtout quand les troubles moteurs sont à leur minimum ou à leur maximum, et cela avec une fréquence à peu près égale pour ces deux états opposés de la motricité. Si les troubles moteurs sont seulement marqués sans être excessifs, l'état anormal du conjonctival diminue, mais l'emporte encore sur l'état anormal, tandis que s'ils sont modérés sans être légers le rapport est renversé, la normalité l'emporte sur l'anormalité. Tout donc dans ce tableau concorde à établir le fait que nous signalons.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 38, p. 385.

Avec le tableau suivant trois autres faits intéressants apparaissent.

D'abord nous voyons les abolitions décroître progressivement au fur et à mesure que l'intensité des troubles moteurs augmente; si bien que la proportion de 64,5 p. 100 quand ceux-ci sont légers tombe à 25,5 p. 100 quand ils sont excessifs. Les affaiblissements suivent la marche contraire; sans doute avec les troubles modérés nous n'en avons pas trouvé, alors que nous avons une proportion de 9,2 p. 100 avec les troubles légers; mais il est bon de remarquer que nous n'avons que 29 constatations de ceux-là contre 76 de ceux-ci. L'absence constatée peut donc très bien tenir au petit nombre des observations, d'autant qu'avec les troubles marqués la proportion des affaiblissements s'élève brusquement à 47 p. 100 et avec les troubles excessifs à 64 p. 100. Je crois donc que nous pouvons affirmer qu'aux deux premières périodes de la paralysie générate l'abolition du réflexe conjonctival est en raison inverse de l'intensité des troubles moteurs et l'affaiblissement en raison directe de celle-ci.

	Légers.	Modérés.	Marqués.	Excessifs.
Exagération	20, soit 26,3 p. 100	14, soit 48,2 p. 100	8, soit 6,7 p. 100	0, soit 0 p. 100
Affaiblissement	7, — 9,2 —	0, — 0 —	56, — 47 —	85, — 64 —
Abolition	49, — 64,5 —	15, — 51,8 —	41, — 34,6 —	34, — 25,5 —
Altération inégale	0, — 0 —	0 — 0 —	14, — 11,7 —	14, — 10,5 —
Totaux	76	29	119	133

Les deux autres faits intéressants de ce tableau sont en premier lieu l'absence de l'exagération avec les troubles excessifs et au contraire l'absence des altérations inégales à droite et à gauche avec ceux légers et modérés. Il résulte de ces constatations que quand la motricité est peu atteinte les altérations prédominantes du réflexe conjonctival, sont l'abolition et l'exagération, tandis que l'affaiblissement et les altérations inégales l'emportent quand elle l'est beaucoup.

Les rapports des altérations du conjonctival avec les *sensibilités* méritent aussi d'attirer notre attention. Le *tact* fournit à cet égard le tableau qui suit composé avec 509 constatations, durant lesquelles il nous a été possible de nous bien assurer de l'état du réflexe et de la sensibilité tactile.

Sans doute dans ce tableau le réflexe conjonctival se montre non seulement anormal, que le tact soit normal, affaibli, anesthésié ou hyperesthésié, mais l'anormalité l'emporte quel que soit l'état du sens tactile, toutefois il n'est pas moins établi que c'est avec les altérations en moins du tact, affaiblissement, et anesthésie que le réflexe est surtout altéré; même avec cette dernière nous n'avons jamais observé l'état normal du conjonctival.

	Normalité.	Affaiblissement.	Anesthésie	Hyperesthésie.
Normaux	182, soit 44 p. 100	14, soit 38,8 p. 100	0, soit 0 p. 100	15, soit 40,5 p. 100
Anormaux	231, — 56 —	23, — 61,2 —	22, — 100 —	22, — 59,5 —
Totaux	413	37	22	37

Il est donc évident que les altérations en moins du sens tactile, en particulier l'abolition ou anesthésie, favorisent l'état anormal du conjonctival. Il est regrettable que nos constatations ne portent que sur un si petit nombre (96) d'états anormaux de ce sens, mais la sensibilité tactile est rarement altérée dans la paralysie générale, comme le prouvent d'ailleurs nos 413 constatations normales sur 509. Néanmoins nos chiffres, quoique un peu faibles, établissent nettement le fait que nous signalons.

Dans le tableau qui suit, relatif encore au sens tactile, j'ignore si nous sommes tombé sur une série exceptionnellement heureuse; mais d'après nos examens, l'anesthésie s'accompagnerait toujours de l'abolition du réflexe conjonctival et l'hyperesthésie de son exagération.

	Normalité.	Affaiblissement.	Anesthésie.	Hyperesthésie.
Exagération	10, soit 4,3 p. 100	0, soit 0 p. 100	0, soit 0 p. 100	22, soit 100 p. 100
Affaiblissement	102, — 44,3 —	5, — 27,7 —	0, — 0 —	0, — 0 —
Abolition	91, — 39,3 —	18, — 72,3 —	22, — 100 —	0, — 0 —
Altération inégale	28, — 12,1 —	0, — 0 —	0, — 0 —	0, — 0 —
Totaux	231	23	22	22

Quand l'altération en moins du tact n'allait point jusqu'à l'anesthésie complète et n'était que partielle, sous forme d'affaiblissement, l'abolition fut encore le trouble du conjonctival de beaucoup le plus fréquent, mais nous avons aussi noté une faible proportion d'affaiblissement tandis que l'exagération a toujours fait défaut. C'est seulement avec l'état normal du tact que le réflexe a présenté les quatre variétés d'altérations dont il est susceptible, desquelles l'affaiblissement fut le plus fréquent.

La *douleur* a pu être notée en même temps que l'état du conjonctival dans 756 constatations, lesquelles fournissent le tableau suivant qui semble bien établir qu'il n'y a aucun rapport entre les troubles de la sensibilité à la douleur chez les paralytiques et ceux du réflexe conjonctival. En effet c'est avec l'analgésie et l'hyperalgésie surtout que nous avons le minimum d'anormalité du réflexe, mais d'un autre côté nous avons le maximum de cette anormalité avec l'affaiblissement du tact et la normalité de ce sens tient le rang intermédiaire. Tout cela ne se prête à aucune conclusion.

	Normalité.	Affaiblissement.	Analgésie.	Hyperalgésie.
Normal	141, soit 42,2 p. 100	90, soit 32,1 p. 100	41, soit 44,5 p. 100	29, soit 58 p. 100
Anormal	193, — 57,8 —	190, — 67,9 —	51, — 55,5 —	21, — 42 —
Totaux	334	280	92	50

Nous serons encore confirmé dans cette idée d'absence de

tout rapport par ce second tableau dans lequel l'abolition se trouve au maximum et comme unique altération avec l'hyperalgésie qui, venons-nous de voir, détient le minimum de l'état anormal; en outre l'exagération se montre en proportion à peu près la même que la douleur soit normale, affaiblie ou totalement abolie.

	Normalité.	Affaiblissement.	Analgésie.	Hypéralgésie.
Exagération..........	21, soit 10,8 p. 100	15, soit 7,8 p. 100	6, soit 11,7 p. 100	0, soit 0 p. 100
Affaiblissement.......	71, — 36,7 —	84, — 44,3 —	35, — 68,7 —	0, — 0 —
Abolition.............	80, — 41,7 —	84, — 44,3 —	10, — 19,6 —	21, — 100 —
Altération inégale.....	21, — 10,8 —	7, — 3,6 —	0, — 0 —	0, — 0 —
Totaux......	193	190	51	21

Un mot encore avant de finir; le réflexe conjonctival étant plus souvent anormal que normal dès la phase initiale de la maladie, il peut être utile de le rechercher dans les cas douteux pour aider au *diagnostic*. Mais je ne crois pas qu'il puisse contribuer à établir le *pronostic*, à prévoir si l'évolution de la paralysie générale sera courte, moyenne ou longue. Si on se rapporte du moins à ce dernier tableau dans lequel figure la durée du mal chez nos 30 sujets, disposée selon que le réflexe a été altéré d'emblée, dans le cours de la première période, à la fin seulement de celle-ci ou pas du tout.

Ans.	D'emblée.	Au cours.	A la fin.	Pas du tout.
1 à 2....	0	0	0	3
2 à 3....	6	0	2	0
3 à 4....	6	3	2	0
4 à 5....	3	3	0	0
5 et plus.	0	0	0	2

En effet de 5 malades qui n'eurent jamais le conjonctival altéré au cours de la première période, 3 ont mis moins de deux ans à parcourir les trois phases, mais 2 en ont mis plus de cinq. L'absence d'altération s'est donc trouvée aussi bien avec l'évolution très lente qu'avec la rapide. Puis quand le réflexe a été trouvé altéré d'emblée, dès la première constatation, nous avons eu des évolutions de deux, trois et même plus de quatre ans. Enfin nous relevons dans ce tableau des évolutions plus rapides quand l'altération du conjonctival s'est produite tout à fait à la fin de la première période que quand elle a été notée dans le cours de celle-ci.

De tout ce qui précède nous tirerons les conclusions suivantes :

I. Le réflexe conjonctival dans la paralysie générale est plus souvent anormal que normal.

II. L'exagération du réflexe est tout à fait exceptionnelle; les altérations en moins sont dix fois plus fréquentes.

III. L'affaiblissement et l'abolition se montrent en égale fréquence.

IV. Qu'il s'agisse d'altérations en plus ou d'affaiblissements les degrés modérés l'emportent : de quatre fois pour les premières et du double pour les secondes.

V. Il est tout à fait exceptionnel de ne pas trouver aux deux yeux des altérations identiques et au même degré; dans ces cas très rares, les troubles ne sont jamais de nature différente; le plus souvent il y a normalité d'un côté et altération en moins de l'autre, ou encore affaiblissement et abolition; jamais d'altération en plus.

VI. L'anormalité l'emporte sur la normalité à toutes les périodes de la paralysie générale et dès la phase initiale celle-là se présente dans plus de la moitié des constatations. En outre, c'est à la seconde période que se trouve le maximum de fréquence des altérations et le minimum à la troisième, mais les écarts constatés ne sont pas considérables.

VII. Les altérations en plus et les altérations inégales des deux côtés sont des phénomènes des premiers temps de la maladie. En second lieu les affaiblissements et les abolitions ont tous les deux leur maximum de fréquence à la période intermédiaire mais le minimum de ceux-là est à la phase initiale et de celles-ci à la phase ultime. Enfin aux périodes extrêmes les abolitions l'emportent sur les affaiblissements, tandis que le contraire se produit à la période intermédiaire.

VIII. Le degré d'intensité des affaiblissements est en raison inverse de leur fréquence aux diverses périodes de la maladie.

IX. Le conjonctival est aussi souvent anormal que normal durant les rémissions.

X. La forme mentale mixte est la seule dans laquelle l'état normal l'emporte sur l'état anormal, et la dépressive, celle dans laquelle l'anormalité est à son maximum.

XI. Les états de calme et d'agitation dans toute les formes mentales sont sans aucune influence, quant à la fréquence de l'anormalité et il n'est pas une seule altération du réflexe qui soit exclusive de ceux-là ou de ceux-ci; toutefois avec les premiers on constate surtout les deux troubles opposés, exagération et abolition ainsi que les troubles à des degrés divers à droite et à gauche et avec les seconds plus particulièrement de l'affaiblissement.

XII. Les variétés mentales expansives et démentielles sont les seules dans lesquelles on observe les quatre espèces d'altérations du conjonctival, les formes dépressives et mixtes n'ayant que des altéaations en moins à des degrés identiques aux deux yeux et la rémission n'ayant pas d'altération en plus.

XIII. La forme dépressive présente le maximum des affaiblissements avec le minimum des abolitions, et la rémission ainsi que les formes démentielles et mixtes le maximum de ces derniers, alors que le minimum des premiers se rencontre dans les rémissions.

XIV. Les exagérations ne se trouvent que dans la forme expansive où elles sont à leur maximum et un peu dans la forme démentielle.

XV. Les altérations à des degrés différents à droite et à gauche ne se constatent que dans les rémissions surtout et faiblement avec fréquence égale dans les deux formes expansive et démentielle.

XVI. La paralysie générale traumatique est celle dans laquelle le conjonctival est le plus souvent normal et la paralysie générale due à des causes autres que le traumatisme, la syphilis et l'alcool, celle dans laquelle nous l'avons vu le plus souvent anormal.

XVII. Les alcooliques ont plus que les syphilitiques le conjonctival normal et l'anormalité est surtout accusée quand l'alcool et la syphilis sont combinés.

XVIII. Avec le traumatisme et les autres causes les altérations en moins égales des deux côtés sont les seules constatées et avec ces dernières il y a une proportion énorme d'abolitions.

XIX. A tous les âges le conjonctival est plus souvent anormal que normal, mais l'anormalité de fréquence, identique jusqu'à quarante ans, augmente de plus en plus à partir de la quarantaine.

XX. L'exagération du réflexe conjonctival ne se produit plus après quarante ans, tandis que l'altération inégale à droite et à gauche appartient à la paralysie générale de l'âge moyen.

XXI. Aux deux premières phases de la paralysie générale les altérations du réflexe conjonctival se produisent surtout quand les troubles moteurs sont à leur minimum ou à leur maximum.

XXII. Quand la motricité est peu atteinte les altérations prédominantes du conjonctival sont l'abolition et l'exagération et quand elle l'est beaucoup on trouve l'affaiblissement et les altérations inégales.

XXIII. Les altérations en moins du sens tactile favorisent l'état anormal du conjonctival.

XXIV. L'anesthésie s'accompagne toujours de l'abolition du conjonctival et l'hyperesthésie de son exagération.

XXV. Il n'y a aucun rapport entre les troubles de la sensibilité à la douleur et les troubles du conjonctival.

XXVI. Les altérations du conjonctival par leur précocité peuvent aider au diagnostic de la paralysie générale dans les cas douteux, mais elles ne fournissent aucune indication pronostique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(31 mars 1903)

Dans une précédente séance, M. Lannelongue, en faisant une communication sur la **maladie de Paget**, faisait appel à ses collègues de l'Académie, en particulier sur la conduite à tenir à l'égard des malades atteints de cette affection qui, selon lui, doivent être considérés comme des syphilitiques. M. Fournier a répondu à cet appel et a fait, sur le même sujet, une importante communication dont nous extrayons les passages suivants :

« En quoi consistent les expressions de l'hérédo-syphilis sur le système osseux, sur l'enfant d'un certain âge et sur l'adolescent?

En ceci, quant à leurs attributs principaux, prédominants. composant ce qu'on peut appeler la note spéciale, la caractéristique de l'affection.

Ostéopathies remarquables par les cinq particularités suivantes :

1. Ostéopathies à prédilection particulière pour certains os, tels que les os longs, et plus particulière encore, pour l'un de ces os, à savoir le tibia, le tibia véritable siège d'élection pour elles, puisqu'à lui seul il est affecté plus souvent que tous les autres os;

2. Ostéopathies très généralement multiples;

3. Ostéopathies ayant pour prélude habituel un stade de douleurs plus ou moins vives;

4. Ostéopathies très particulièrement remarquables par leur ampleur de développement, leur volume plus ou moins considérable, leur caractère massif, c'est-à-dire véritables hyperostoses affectant tout un segment d'os, voire presque tout un os, par exemple, intéressant le tibia sur toute la hauteur de sa diaphyse ;

5. Conséquemment, ostéopathies déformantes par excellence, c'est-à-dire renflant un os, l'exagérant, le bosselant, le modifiant comme direction générale, l'incurvant, etc., bref, le rendant absolument et fortement difforme par rapport à son type normal.

Telles se présentent classiquement les ostéopathies de la syphilis héréditaire chez l'enfant ou l'adolescent.

Eh bien, retrouve-t-on, dans les ostéopathies décrites sous le nom de maladie de Paget, quelques-unes des particularités dominantes de cet ensemble clinique?

Précisément, oui; et non pas seulement quelques-unes, mais toutes, absolument toutes, sans réserve. »

M. Fournier reproduit ici les caractères principaux de la maladie de Paget et les rapproche des précédents.

Donc, voilà bien des traits communs à relever de l'un à l'autre de ces tableaux cliniques. Or, est-ce qu'une constatation de cet ordre ne comporte pas une signification? Au nom du bon sens, est-ce que cette série d'analogies, de similitudes, d'identités objectives et autres, entre les deux entités morbides en parallèle ne témoigne pas d'une parenté de l'une à l'autre, d'une connexion d'origine, voire de nature, entre elles deux? Telle a été l'impression de M. Fournier en écoutant l'argumentation de M. Lannelongue, et telle elle subsiste encore, après examen plus mûri de la question.

Cela dit, les considérations qui précèdent sont et resteront toujours impuissantes à démontrer le fait qu'il s'agit de démontrer, à savoir que les lésions de Paget sont le produit de l'hérédo-syphilis. Cette démonstration ne sera scientifiquement et définitivement acquise, que le jour où nous serons en possession d'un fait ou, mieux encore, d'un groupe de faits répondant au schéma suivant :

D'une part, un malade affecté d'ostéopathies répondant d'une façon bien certaine au type des lésions de Paget :

Et, d'autre part, antécédents d'hérédo-syphilis incontestablement établis sur ce malade, cela soit de par la constatation sur lui de stigmates avérés d'hérédité sypilitique, soit, mieux encore (car c'est là le critérium par excellence en l'espèce), de par la syphilis avérée des ascendants, avérée d'après des témoignages bien authentiques.

Nous n'avons pas encore de faits semblables, mais M. Fournier en rapporte deux qui s'en rapprochent.

M. Robin, sans conclure quoi que ce soit au point de vue la nature même de la maladie de Paget, fait connaître les résultats des recherches qu'il a faites sur la composition chimique des os, dans la syphilis d'une part, et, d'autre part, dans la maladie de Paget. Il y a de très grandes différences entre des os de syphilitiques et des os de malades atteints de la maladie de Paget, au point de vue de la composition chimique. Tandis que la teneur en eau, par exemple, est dans un tibia syphilitique de 53 p. 100, elle n'est dans la maladie de Paget que de 44,8 p. 100. Il n'y a pas de différence sensible au point de vue des matières minérales, 25,9 dans un cas, 25,8 dans l'autre.

Au point de vue des matières azotées, la différence est appréciable : 21,8 p. 100 dans la syphilis, 16 seulement dans la maladie de Paget, mais où cette différence devient considérable, c'est au point de vue des matières grasses : 0,17 à 1 ou 1,5 p. 100 au maximum dans la syphilis et 13,19 p. 100 dans la maladie de Paget.

Autre point, celui-ci d'ordre tout différent.

En terminant sa communication, M. Lannelongue faisait appel à l'Académie pour lui signaler les dangers d'avenir auxquels restent exposés les enfants ou les adolescents hérédo-syphilitiques qui ne savent pas ce dont on les traite, qui oublient bien vite ce dont on les a traités, et dont les familles même, quelquefois, sont souvent ignorantes de la qualité du mal qui a sévi sur leurs enfants.

Oui, très certainement oui, dit M. Fournier sans la moindre hésitation, il importe que le malade affecté de syphilis

héréditaire soit prévenu de son état syphilitique et en soit conscient.

Il y va et de son intérêt personnel et de l'intérêt général.

Quel procédé, maintenant, mettre en œuvre pour aboutir à ce résultat?

Rien que de très simple, me semble-t-il.

De deux choses l'une : on a affaire ou bien à un sujet au-dessous de l'âge de raison, ou bien à un sujet en âge de raison.

Première alternative : le médecin, bien évidemment, n'a qu'une chose à faire : c'est, d'abord de confier aux parents de l'enfant le diagnostic de la maladie, et cela avec tous les ménagements, toutes les précautions d'usage que je n'ai pas à dire, de façon à éviter toute déclaration imprudente qui risquerait de troubler la paix d'un ménage. (Je passe ici sur certains détails variables suivant le cas particulier.)

Puis, cette première déclaration faite, continuer ainsi l'entretien avec les parents : « Maintenant que vous savez ce qu'a votre enfant, ce sera un devoir pour vous, alors qu'il sera en âge de raison, de l'éclairer sur la maladie qu'il a eue ; devoir pénible, mais indispensable, et que saura remplir votre tendresse. » Faire comprendre alors à ce père ou à cette mère ce que l'un et l'autre peuvent bien ignorer, à savoir : qu'il peut y avoir un intérêt majeur, considérable, pour leur enfant à connaître ses antécédents spéciaux, et cela, d'abord, pour continuer à se traiter tout le temps nécessaire à la guérison, puis, pour se tenir en garde contre l'éventualité toujours possible d'accidents à venir, accidents qui auront toutes chances pour guérir si la cause en est connue, mais qui, au contraire, risqueraient fort d'aboutir aux pires catastrophes, voire à la mort.

Sauvegarder ou tout au moins essayer de sauvegarder ainsi l'avenir de l'enfant me paraît un objectif bien digne de l'attention d'un médecin.

Seconde alternative : on a affaire à un sujet en âge de raison.

Règle formelle, absolue, générale. Il faut éclairer le sujet (homme ou femme, n'importe) sur son état de syphilis, qu'il y aurait pour lui (comme pour les autres, par ricochet) danger grave à ignorer.

Mais précisons : convient-il de dire simplement à ce malade : « Vous avez la syphilis, » ou bien a-t-on obligation de lui dire : « Vous avez la syphilis, que vous tenez de vos parents »?

M. Fournier s'en tient à la première formule, quant à lui, jugeant la seconde inutile.

Il termine en disant que dénoncer ainsi la syphilis à un sujet affecté de syphilis, de façon que ce sujet puisse s'en traiter et en préserver autrui, est œuvre de prophylaxie, constituant un devoir professionnel auquel le médecin n'a pas le droit de se soustraire.

MM. Galippe et H. Mayet communiquent une note intitulée : **Le rachitisme considéré comme maladie de dégénérescence, hérédité du rachitisme, la famille rachitique.**

Dans ce travail se trouvent confirmées, en ce qui regarde le rachitisme, les idées exposées récemment par M. Galippe sur la non-spécificité de stigmates dystrophiques portant sur les maxillaires et sur les dents.

A l'aide de nombreuses observations recueillies soit dans la clientèle privée, soit à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades, ainsi que dans le service de M. le professeur Lannelongue, MM. Galippe et H. Mayet ont mis en lumière un certain nombre de faits importants sur l'étiologie du rachitisme, rapportée jusqu'ici presque exclusivement à la mauvaise alimentation, et ils ont particulièrement insisté sur l'hérédité du rachitisme.

Ils concluent que l'on doit considérer le rachitisme comme une maladie de dégénérescence.

Que si les anomalies maxillo-dentaires sont très fréquentes chez les rachitiques comme chez les autres dégénérés, elles n'ont aucun caractère qui soit propre au rachitisme.

La transmission des stigmates du rachitisme est soumise aux lois régissant l'hérédité morbide, aussi bien pour les anomalies affectant les maxillaires et les dents que pour celles ayant pour siège d'autres points du squelette; cette transmission peut être homotypique ou hétérotypique.

C'est ainsi que l'on peut expliquer que des parents rachitiques puissent transmettre d'autres tares que celles qu'ils possèdent et que leurs enfants soient aptes à leur tour à reproduire des rachitiques alors qu'ils ne l'étaient pas eux-mêmes.

M. Emile Parmentier lit une note sur **la cryoscopie du lait et ses applications à l'hygiène.**

La cryoscopie du lait a pour base la constance de la température de congélation du lait, signalée, en 1895, par M. Winter. Ce procédé lui paraissait appelé à servir de moyen de contrôle simple et sûr de son état de pureté et de conservation.

A l'occasion d'une fraude commise dans son service d'hôpital, M. E. Parmentier se rappela le procédé et fit une série de recherches sur le lait pur intégral, sur le lait altéré ou falsifié. La grande importance pratique des résultats obtenus, conformes à ceux de M. Winter, ne doit plus être ignorée des hygiénistes et des médecins.

Le lait intégral frais, quelle que soit son origine, a un point de congélation de — 0°55 ou voisin de — 0°55 ; — 0°54 et — 0°57 représentent les limites extrêmes d'oscillation exceptionnellement rencontrées et déjà suspectes pour un mélange.

La cryoscopie du lait peut, dans l'industrie comme en hygiène publique, donner des renseignements précieux sur une matière où tout varie et faire découvrir rapidement certaines altérations ou falsifications, en particulier le mouillage et le titre de ce mouillage.

Les grands dépôts de laiterie, les crèches, les hôpitaux, les laboratoires municipaux, les experts devraient en faire usage. Elle apporterait ici plus de certitude dans l'expertise, c'est-à-dire plus de justice, là plus de facilité dans la découverte de la fraude, par conséquent une crainte salutaire.

Poursuivant son enquête officieusement, M. E. Parmentier a eu toute facilité pour examiner à loisir le lait des hôpitaux, des crèches, de la ville, des quartiers riches et ouvriers et de faire de navrantes constatations. Le mouillage à 5 ou 10 p. 100 est habituel et bien souvent il dépasse ce chiffre.

Les conséquences de cette fraude, infiniment plus générale et plus dangereuse qu'on ne le suppose, se traduisent par le taux élevé de la mortalité infantile, surtout des enfants au-dessous d'un an ; or, sur 1000 enfants qui meurent, 385 en moyenne, et, dans certaines villes, 500 et davantage sont emportés par la gastro-entérite et la diarrhée.

Quelle est donc la cause de cette diarrhée, sinon la mauvaise qualité du lait, additionné d'eau impure, insalubre, de toute origine? Sur 100 décès d'enfants par diarrhée, on en compte 90, en moyenne, chez des enfants élevés au biberon.

Comme le dit M. P. Strauss, il est criminel de laisser des enfants exposés à un véritable empoisonnement, sans que toutes les précautions aient été prises pour les soustraire au danger.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Du dédoublement du second bruit du cœur à précession aortique. (Cuffer et Bonneau. *Revue de méd.*, mars 1903, p. 173.) — Les auteurs rappellent d'abord l'existence possible du dédoublement du deuxième bruit à précession pulmonaire et montrent qu'il peut être dû à une cause soit

physiologique (hypertension pulmonaire due aux modifications de pression dans la petite circulation sous l'influence de la respiration), soit pathologique (hypertension pulmonaire momentanée consécutive à un spasme vasculaire réflexe ou dépendant d'une affection aiguë ou subaiguë du poumon).

Parallèlement à ce symptôme ils décrivent un dédoublement du second bruit à précession aortique, dû à un spasme vasculaire périphérique, d'où hypertension aortique et chute anticipée des valvules sigmoïdes; ce spasme serait la conséquence d'une intoxication tétanisante endogène ou exogène.

Ce syndrome *dédoublement-hypertension* serait ainsi un signe soit d'infection récente, soit d'une poussée d'infection nouvelle dans le cours d'une infection chronique, soit enfin d'intoxication; il peut se voir aussi dans le cours des affections aiguës ou chroniques au moment des complications.

P. RAVAUT.

Cancer du voile du palais traité par la quinine. (GAUDIER. *Nord médical*, 1er avril 1903, p. 80.) — M. Gaudier (de Lille) a présenté récemment, à la Société centrale de médecine du Nord, un malade atteint de cancer du voile du palais, entré à l'hôpital à la dernière extrémité, alors qu'il présentait une adénite énorme et des hémorragies. Le médecin traitant l'envoyait à l'hôpital pour qu'on lui fît une trachéotomie.

M. Gaudier soumit ce malade au chlorhydro-sulfate de quinine, à la dose de 2 grammes par jour, par ingestion; et depuis huit mois ce traitement a été maintenu. Actuellement le malade, qui est âgé de soixante ans, est très sensiblement amélioré; il mange, il travaille, l'œdème des jambes a disparu. L'adénopathie a rétrocédé et la tumeur du voile du palais, qui est d'ailleurs inopérable, a pris un meilleur aspect.

MM. Surmont et Oui, dans la discussion qui a suivi, ont appuyé sur les bons effets qu'ils ont eux-mêmes obtenus dans le cancer par l'emploi de la quinine.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Des occlusions aiguës de l'intestin grêle et de leur différenciation avec les appendicites. (*Revue de chir.*, 1903, n° 1, p. 28.) — M. CAHIER dans cet article insiste à propos d'une observation personnelle sur les difficultés qu'il peut y avoir pour séparer les occlusions aiguës de l'intestin grêle des appendicites.

Les signes que l'on recherche habituellement : limitation des symptômes autour du point de Mac Burney, élévation rapide de la température, toucher rectal, ne lui semblent pas suffisants dans certains cas pour éviter une erreur.

Il engage à utiliser les trois signes suivants, qui se rencontrent dans l'appendicite :

1° Examen de la formule hématologique, qui permet de trouver de la leucocytose, parfois de l'éosinophilie (Laignel-Lavastine).

2° Différence de la température axillaire et rectale qui est de près de 1 degré (Schüle).

3° Phénomènes d'hypersensibilité produits par les applications chaudes sur la région appendiculaire [Lewin (de Berlin)].

M. Cahier ajoute que fréquemment ces occlusions aiguës reconnaissent comme cause une hernie dans les fossettes duodénales décrites par Jonesco.

ET. LE SOURD.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des tumeurs vasculaires par les injections d'eau bouillante. (*New-York med. Journ.*, 6 déc. 1902, p. 969.) — M. John WYETH propose une méthode originale pour traiter les neoplasmes vasculaires. La cautérisation suffit, d'après lui, pour les petites tumeurs; celles qui ont un volume modéré sont justiciables de l'électrolyse; mais lorsqu'elles atteignent des proportions considérables, la méthode sanglante expose à des hémorragies redoutables et la perte de substance qui suit l'extirpation est difficilement compensée. C'est alors que l'auteur a sa méthode. Avec les précautions aseptiques usuelles, l'eau chaude est puisée directement dans un récipient et poussée dans les tissus angiomateux au moyen d'une seringue en métal munie d'une aiguille appropriée. Dans les tumeurs volumineuses on enfonce l'aiguille profondément et on pousse XXX à LX gouttes; on la retire alors d'un ou deux centimètres et on fait une nouvelle injection jusqu'à ce que la tumeur soit solidifiée. L'eau doit être à une température suffisante pour coaguler l'albumine du sang et des tissus. Quand la tension détermine en un point quelconque un certain degré de blanchissement on doit cesser l'injection à ce niveau. Pour traiter les petites tumeurs de la face on peut employer une aiguille fine et faire à la périphérie des injections de quelques gouttes d'eau à 90 degrés. Les injections sont répétées tous les huit ou dix jours et on doit en surveiller soigneusement les effets. Quand il s'agit d'anévrismes circoïdes ou de gros angiomes caverneux, l'eau doit être maintenue péndant toute la durée de l'opération à son point d'ébullition. L'auteur de la méthode y parvient en utilisant un appareil en métal revêtant la forme d'un tube dans lequel l'eau est maintenue à la température voulue par un brûleur de Bunsen.

A. HOUSQUAINS.

De l'emploi de l'iodure de méthyle comme agent révulsif. (Ch. GARNIER. *Revue méd. de l'Est*, 1903, n° 5, p. 155.) — M. Ch. Garnier (de Nancy) a eu l'idée d'employer comme révulsif, dans la clinique du professeur Bernheim, l'iodure de méthyle.

Ce composé organique, qui ne semble pas avoir été employé jusqu'ici en thérapeutique, se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, réfringent, à odeur douceâtre. Sa densité est de 2,19 et il a son point d'ébullition à 45 degrés. Conservé à la lumière, il se colore, au bout de quelque temps, en brun jaunâtre, par suite de la mise en liberté d'iode, d'où la nécessité de le placer à l'abri des rayons lumineux, et de le garder dans des flacons de verre teinté.

« Lorsqu'il est appliqué localement sur la peau, sur une certaine étendue, et que les vapeurs du liquide, se volatilisant peu à peu à la chaleur du corps, sont maintenues quelque temps au contact de l'épiderme par une lame de tissu imperméable, on observe ce qui suit :

Au bout d'une à trois minutes après l'application, le patient ressent une sensation de chaleur locale qui va augmentant d'intensité, jusqu'à donner parfois l'illusion d'une brûlure. Cette douleur cuisante persiste pendant cinq à dix minutes, puis décroît. Ensuite se fait une période de calme complet qui peut persister; souvent, après une dizaine de minutes de trêve, réapparaît une impression de chaleur locale insignifiante, dont la durée est très variable et qui, en tout cas, est à peine sensible pour le malade et ne trouble pas son sommeil.

Localement, on observe, quelques minutes après l'application du médicament, de la pâleur fugace de la peau, bientôt remplacée par une rougeur d'intensité croissante. Cette congestion des petits vaisseaux du derme s'accompagne ensuite d'une exsudation de sérosité, localisée d'abord dans la région sous-épidermique (région papillaire). Cette exsudation fait saillir la plaque érythémateuse sur la peau saine environnante, dont elle se délimite par un léger bourrelet. Secondairement alors, le processus exsudatif continuant, la sérosité traverse le corps muqueux de Malpighi et vient soulever les assises superficielles de l'épiderme, en provoquant la formation de bulles et de vésicules

de grandeur variable : l'effet vésicant est alors produit. »

Voici comment on applique l'iodure de méthyle :

Après avoir savonné et lavé avec une solution antiseptique la région où l'on veut faire de la révulsion, on sèche la peau avec un tampon d'ouate.

On prépare alors une lame imperméable de taffetas gommé taillée exactement suivant les dimensions que l'on veut donner au vésicatoire. Elle servira à recouvrir une feuille de papier filtre dont on peut prendre deux épaisseurs, et de surface moindre que le taffetas.

On imbibe le papier avec XXX à L gouttes pour un vésicatoire de 10/10 centimètres. On applique le papier sur l'épiderme, puis le taffetas, enfin une plaque d'ouate collodionnée dépassant le tout et que l'on fait adhérer sur la peau.

On laisse le tout huit à dix heures. Il suffit d'enlever l'ouate pour que le vésicatoire se détache de lui-même.

On panse le vésicatoire comme d'habitude.

L'iodure de méthyle paraît à M. Garnier n'avoir aucun inconvénient, il semble donc qu'on puisse l'employer en toute sécurité, toutes les fois qu'il y aura à faire de la révulsion, ou à pratiquer l'épreuve dite du vésicatoire pour corroborer un diagnostic.

L. GAYARD.

Moyen pour éviter la confusion des médicaments. (*Nouveaux remèdes*, 1903, n° 6. p. 122). — MM. E. Berger et Robert Loewy proposent un moyen ingénieux et bien simple de signaler les flacons dangereux.

L'emploi des flacons de forme diverse étant une complication dans bien des cas, les auteurs ont eu l'idée suivante basée sur l'emploi des signaux colorés dans les chemins de fer et dans la marine.

« Parmi les signaux colorés, le blanc indique : voie libre, pas de dangers; le vert signifie : ralentissement, précaution; le rouge : voie barrée, défense.

Nous proposons, disent-ils, d'une façon analogue, l'emploi d'étiquettes de trois couleurs, étiquettes obligatoires de grande dimension, apposées sur tout flacon ou boîte de médicament.

L'étiquette blanche indique : substance inoffensive, emploi direct par le malade; l'étiquette verte indique : précaution, emploi par le garde-malade ou le malade lui-même s'il est intelligent et conscient; l'étiquette rouge : substance toxique, défense absolue d'emploi, usage exclusif réservé aux médecins.

On pourrait généraliser cet étiquettage dans le commerce. »

L. GAYARD.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les bouilleurs de cru [*Privilège, Fraude, Alcoolisation*] (1), par A. Antheaume, médecin-inspecteur adjoint des asiles d'aliénés, ex-chef de clinique de la Faculté, et L. Antheaume, docteur en droit, ancien élève de l'Ecole des sciences politiques.

Toute question relative à l'alcool fait à juste titre l'objet de la préoccupation des médecins et des hygiénistes. Les quatre cinquièmes des quantités produites en France passent en effet à la consommation de bouche et les constatations cliniques suffisent au médecin pour voir en l'alcool la cause d'un fléau trop réel, l'alcoolisme.

Malgré l'importance qu'à ce titre l'alcool acquiert en ce qui nous concerne, il ne faut pas oublier cependant que sous d'autres aspects il occupe une place considérable dans les études des économistes et des financiers. On le regarde généralement comme la grande réserve budgétaire des Etats modernes; et d'autre part il joue un rôle fort notable dans le développement économique d'une nation, tout à la fois par la main-d'œuvre qu'il emploie à sa fabrication, et par les usages industriels, en voie de progression de plus en plus marquée chaque jour.

Si donc on veut aujourd'hui faire une étude sérieuse et approfondie d'une question relative à l'alcool, il est indispensable d'envisager cette question à tous ces points de vue différents, qui font naître des problèmes dont les éléments se pénètrent mais dont aussi la solution ne peut être adéquate et complète que si l'on a tenu compte de leur connexité.

C'est ce que n'ont pas oublié MM. Antheaume dans un ouvrage récent : *Les bouilleurs de cru*. Aussi ce livre est-il le plus complet qui ait paru sur la matière, et, par le fait même, son intérêt dépasse-t-il les limites que son titre semble lui imposer, puisqu'il traite toute la question des eaux-de-vie dites naturelles en France, au point de vue hygiénique et moral, au point de vue économique et au point de vue fiscal.

MM. Antheaume expriment d'abord ce qu'on entend par bouilleurs de cru, leur privilège et les abus qui en résultent.

Au point de vue fiscal, disent-ils, le privilège des bouilleurs de cru engendre l'inégalité devant l'impôt.

De plus le privilège ouvre la porte à la fraude, fraude à la fabrication, fraude à la consommation, et c'est par là que son retentissement fiscal est le plus considérable. On a beaucoup écrit et discouru sur cette question de la fraude. D'après MM. Antheaume, les manœuvres des fraudeurs arrivent en moyenne à soustraire annuellement au Trésor 65 millions de francs (soit 300,000 hectolitres d'alcool pur). La corrélation : 1° de la baisse des cours de l'alcool, 2° des moins-values budgétaires, avec les époques d'activité de la fabrication des bouilleurs de cru, sont des preuves irréfutables de la fraude. La diminution des quantités imposées d'alcool qui, dans les années de récolte abondante, se manifeste beaucoup plus dans les départements à bouilleurs de cru que dans les départements sans bouilleurs, fournit à deux reprises, en 1895 et 1901, à MM. Antheaume le meilleur argument dans leur lumineuse démonstration, argument sur lequel le ministre des finances, M. Rouvier, s'est appuyé dans son discours à la Chambre (séance du 13 février dernier), en recommandant le livre que nous analysons aux méditations du Parlement.

Au point de vue agricole, cette distillation privée ne fournit aucun résidu utilisable; au point de vue industriel, elle n'emploie pas de main-d'œuvre.

En matière purement viticole, l'industrie des bouilleurs a poussé à la surproduction des vins, et tend à aboutir à la surproduction des eaux-de-vie, ajoutant ainsi une crise à une autre. Au point de vue commercial le privilège constitue, grâce à la fraude, une concurrence déloyale au commerce régulier.

L'étude des conséquences du privilège au point de vue hygiénique n'est pas la partie la moins remarquable de l'intéressant ouvrage de MM. Antheaume. Les plus déplorables résultats, à cet égard, découlent aussi bien du simple usage que de l'abus du privilège. Les bouilleurs de cru profitent de leur privilège pour s'alcooliser en famille, eux, leurs femmes, leurs enfants, leurs serviteurs, grâce à la franchise d'impôt sur la consommation familiale.

Le préjugé de l'innocuité de l'eau-de-vie naturelle contribue pour une large part au développement de la consommation alimentée par les bouilleurs de cru.

Or rien n'est plus mal fondé que ce préjugé presque universellement répandu. Les eaux-de-vie dites naturelles renferment d'une part, plus d'impuretés que les eaux-de-vie similaires faites avec des alcools de fabrication industrielle. C'est un fait que font très nettement ressortir MM. Antheaume

(1) In 8°. — Paris, C. Naud.

et qu'établissent les travaux de Joffroy et de Riche, etc. Ces eaux-de-vie sont donc à ce titre dans une certaine mesure plus toxiques. Mais l'élément prépondérant de toxicité, dans les eaux-de-vie et liquides alcooliques, ce n'est pas tant les impuretés que l'alcool lui-même, l'alcool éthylique. Or les eaux-de-vie d'origine industrielle sont consommées au titre de 37 à 40 degrés et les eaux-de-vie naturelles, qu'on boit telles qu'on les fabrique, ne titrent jamais moins, en moyenne, de 50 degrés et atteignent souvent 60 et 65 degrés. Elles contiennent à la fois plus d'alcool et plus d'impuretés. Voilà qui est suffisant pour trancher la question de la toxicité comparée des deux sortes d'eaux-de-vie et établir le bilan du privilège au point de vue hygiénique.

La Chambre, à la suite des derniers débats, a voté une réglementation, qui a porté au privilège un coup dont il ne se relèvera pas. MM. Antheaume demandent plus encore : la suppression totale et absolue des immunités concédées aux bouilleurs de cru, ne leur laissant aucune franchise d'impôt à titre de consommation familiale et n'exemptant aucun d'entre eux de la nécessité d'une déclaration et d'une prise en charge réellement indispensables pour faire avec efficacité obstacle à la fraude.

Quoi qu'il en soit un gros résultat est déjà acquis. Si l'on n'est pas encore au dernier terme, une étape est franchie. Des ouvrages qui, comme celui de MM. Antheaume, exposent avec méthode et clarté l'état de la question, en approfondissent tous les éléments et posent les bases d'une solution, contribuent puissamment à rapprocher du but à atteindre ; ils permettent de mesurer la distance qui en sépare encore et fournissent le moyen de la parcourir en montrant la voie à suivre. H. TRIBOULET.

Précis de technique microscopique de l'œil (1), par MM. MONTHUS, chef du laboratoire la clinique ophtalmologique de Paris, et OPIN, préparateur du laboratoire.

Ce volume sera lu avec le plus vif intérêt par tous ceux qui s'occupent de laboratoire ; il contient en effet, outre des chapitres plus spécialement destinés à la pathologie oculaire, d'autres parties où l'on trouvera le résumé très exact et très clair de toutes les méthodes usuelles, employées en histologie pathologique.

Après un court chapitre sur la bactériologie de la conjonctive normale, MM. Monthus et Opin entreprennent l'étude des bactéries pathogènes qui intéressent l'ophtalmologiste.

Le rôle considérable de l'infection dans nombre de processus pathologiques de l'œil est mis clairement en lumière, à propos de chacun des germes étudiés en particulier.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à l'anatomie pathologique, les procédés de fixation et de coloration en ce qu'ils ont de spécial, sont exposés en style clair, sobre, précis ; une place considérable est réservée aux méthodes névrologiques, si importantes aujourd'hui.

Enfin les différents tissus de l'œil sont l'objet d'une rapide revue d'histologie normale. Nous citerons, en particulier, les chapitres relatifs a la cornée, la rétine, le corps vitré.

Les auteurs, voulant donner à leur livre une sanction pratique, ont réuni, dans les dernières pages, une série de reproductions photomicrographiques, minutieusement choisies parmi les plus démonstratives, dans le but de montrer aux débutants comment on doit lire une préparation d'histologie oculaire. ET. LE SOURD.

Les agents physiques dans la cure de la tuberculose (2) par le docteur BARADAT [de Cannes].

« Nous avons tout autour de nous, et sous notre main, en quelque sorte, la guérison de la tuberculose. L'air que nous respirons, le soleil qui nous chauffe et nous éclaire, l'eau où nous nous baignons, toutes les forces éparses de la nature sont autant de médicaments anti-tuberculeux. La prairie et la plage, la vallée et la montagne tiennent en réserve, sous des formes agréables et inoffensives, la santé dont nous achetons très cher la contrefaçon dans les pharmacies. »

Le docteur Baradat conseille donc la cure naturelle de la tuberculose. Cette cure, qui s'adapte à toutes les formes possibles de la maladie, et qui se laisse facilement doser et régler, doit, avant d'être symptomatique, se faire résolument préventive. Commencée à l'école et au lycée, elle doit être continuée toute la vie. Seule de toutes les médications, elle assure la guérison de la tuberculose, car, « nous nous mourons faute d'air, de lumière, et de mouvement. Aérons, ensoleillons la vie humaine ! » L. BABONNEIX.

(1) In-18 de 270 p., avec 14 fig. dans le texte et 2 pl. hors texte, cart. Prix 5 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

(2) J.-B. Baillière et fils, Paris, 1903.

QUESTION D'INTERNAT

Accidents nerveux du diabète sucré.

ANALYSE SYMPTOMATIQUE. — 1. Les **troubles moteurs** que l'on peut observer au cours du diabète sucré consistent en *fatigue musculaire*, *convulsions* et surtout *paralysies*.

a. La *fatigue musculaire* est précoce : elle débute par les muscles du tronc, où elle peut aller jusqu'au véritable lumbago et, de là, gagne les membres inférieurs. Survenant dans le cours d'une santé en apparence excellente, elle subit des oscillations parallèles à celles de la maladie générale ; elle diminue par le traitement antidiabétique.

b. Les *convulsions*, partielles ou généralisées, précèdent le plus souvent d'autres accidents (paralysie, apoplexie, coma).

c. Les *paralysies* [Leudet, Marchal (de Calvi), Lecorché, Lasègue, Bernard et Féré], peuvent affecter plusieurs types. α. *Monoplégies* : paralysie de tout un membre, d'un groupe musculaire, ou d'un seul muscle (extenseur de l'index, droit externe, oblique) ; β. *Hémiplégies*. Au cours du D. on peut observer deux variétés d'hémiplégies : tantôt il s'agit d'hémiplégies banales, tantôt d'hémiplégies incomplètes, mobiles, transitoires, étranges dans leurs allures et leur évolution, parfois compliquées de troubles sensitifs : les premières sont de nature organique, liées à une hémorragie où à un ramollissement, les secondes seules sont de nature diabétique. γ. Les *paraplégies* du D. se caractérisent par des *troubles moteurs* variables : dans une première forme (*forme légère*), il ne s'agit que de faiblesse, de pesanteur des membres inférieurs ; dans une seconde (*forme paralytique*), les troubles moteurs sont beaucoup plus marqués ; ils prédominent au niveau des extenseurs des pieds, d'où steppage (1), mais peuvent frapper tous les muscles des membres inférieurs et même gagner les membres supérieurs (Leyden, Charcot) : ils se compliquent souvent d'*ataxie* : la démarche est mal assurée, surtout dans l'obscurité, il existe de l'incoordination motrice du signe de Romberg ; — *troubles sensitifs* subjectifs (fourmillements, douleurs fulgurantes, névralgies), et objectifs : anesthésie, hyperesthésie en plaques, dysesthésies superficielles et profondes, perte du sens musculaire ; — *troubles trophiques* : amyotrophie portant sur les extenseurs, maux perforants, chute des ongles et des poils ; — *troubles sphinctériens* : seulement dans les formes graves ; signaler l'impuissance ; — *troubles des réactions électriques* : réaction de dégénérescence dans quelques cas. Les *réflexes rotuliens* sont abolis dans 30 (Bouchard) à 40 p. 100 (Rivière) des cas.

Suivant les cas, ces paraplégies affectent (Leyden) la forme *hyperesthésique*, *paralytique* et *ataxique* ou *pseudotabétique*. Cette dernière, la plus importante, est caractérisée

(1) Voir la question *Paralysies alcooliques*, *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 3, p. 24.

par des troubles multiples (troubles sensitifs, perte du sens musculaire, abolition des reflexes tendineux, ataxie, signe de Romberg, maux perforants, troubles sphinctériens, impuissance, etc.). δ. On a décrit quelques cas de *paralysie ascendante aiguë* au cours du D. (Lecadre, Dionis.)

2. Les **troubles trophiques** les plus fréquents sont : *a.* la *chute des ongles* (Folet, Vergely et Pitres, Auché) spontanée : l'ongle tombe sans aucun phénomène inflammatoire, ou provoquée par une hémorragie sous-onguéale ; *b.* la *chute des dents* ; *c.* le *mal perforant* (Kirmisson, Jeannel, Duplay, Tuffier et Chipault, etc.), ne s'observe que chez les D. présentant des accidents névritiques ; caractères banaux ; *d.* l'*amyotrophie* localisée aux extenseurs du pied.

3. Les **troubles sensitifs** consistent en : a. *névralgies* localisées α. aux nerfs périphériques : sciatique, crural, intercostaux ; β. aux viscères : gastralgie, entéralgie, angine de poitrine (Vergely) ; γ. aux articulations : arthralgies ; δ. aux nerfs crâniens : migraine, céphalalgie. Elles sont ordinairement bilatérales et symétriques (Worms), anti-très vives, rebelles à tout traitement, sauf au traitement diabétique ; b. *paresthésies* diverses : fourmillements, etc. ; c. *troubles objectifs* : α. hyperesthésies : prurit cutané, cryesthésie, douleurs de la nuque ; β. anesthésie ordinairement en plaques, prédominant aux extrémités, présentant quelquefois les types syringomyélique ou hémianesthésique (hystérie).

4. Des **troubles sensoriels**, ne retenir que les *troubles oculaires* : a. l'*amblyopie* présente deux formes (Lécorché) : une *légère*, précoce, fugace, curable ; une *grave*, tardive, insidieuse, progressive, s'accompagnant d'hémorragies rétiniennes, d'atrophie simple de la papille ou d'iridochoroïdite ; b. la *cataracte*, extrêmement fréquente, est souvent précédée de céphalée, de névralgies sus-orbitaires, d'amblyopie. Elle est toujours *double* et *molle*. Son évolution est variable ; c. *Paralysies oculaires*.

5. Des **troubles cérébraux**, *a.* les uns consistent simplement en *modifications de l'intelligence et du caractère* (signaler l'association possible de paralysie générale) ; *b.* les autres en *troubles somatiques* : vertiges, insomnie, attaques de sommeil (*narcolepsie*) parfois périodiques (Chauffard) ; *c.* le plus important est le *coma*.

Éliminer du coma les accidents relevant : α. d'une hémorragie ou d'un ramollissement ; β. d'une urémie aiguë ; γ. du collapsus cardiaque (Dreschfeld). Très fréquent à tout âge, mais surtout entre trente et quarante ans, favorisé par toutes les causes de fatigue physique et morale (*le diabétique est un colis fragile*, Landouzy), et même, pour Pavy, par la thérapeutique antidiabétique, le coma D. est précédé de prodromes lointains : troubles psychiques, vertiges, troubles de la sensibilité, convulsions) ; ou immédiats : excitation ou dépression morale. Il passe ensuite par deux phases : *α. phase d'invasion : troubles respiratoires* : inspiration profonde, difficile, pénible, expiration brève et suspirieuse (respiration de Küssmaul) ; décubitus dorsal et pas d'accélération des mouvements respiratoires malgré la dyspnée ; odeur chloroformique de l'haleine ; rien d'anormal à l'auscultation (dyspnée toxique) ; — *troubles gastro-intestinaux* constants et accusés : nausées, vomissements alimentaires ou bilieux, diarrhée avec, parfois, grains riziformes (*type cholériforme*) ; ballonnement du ventre, douleurs abdominales, surtout épigastriques, parfois très vives (*type péritonitique* de Jaccoud) ; — *troubles urinaires* : l'urine est rare, pauvre en sucre, riche en albumine ; elle exhale une odeur chloroformique. Par Fe^2Cl^6, elle donne une coloration rouge Porto (Gerhardt) ; par le nitro-prussiate de soude, une coloration pourpre (Legal) [acétone] ; — *troubles nerveux* : d'abord excitation (gaieté exagérée, cris ou angoisse), puis dépression, somnolence ; quelquefois, chez les enfants, convulsions (Baginsky, Leroux). *Pas de troubles cardio-vasculaires* ; *pas de fièvre*. — Exceptionnellement, cette phase peut manquer et le malade arrive immédiatement à la phase du coma. — β. Le *coma* est absolu, avec mydriase, pâleur, refroidissement progressif des extrémités. Mort en trente-six à quarante-huit heures, exceptionnellement plus tardive. — On a décrit des formes *vertigineuse* (Jaccoud et Dreschfeld), *atténuée* (Lecorché), *péritonitique* (Jaccoud), etc.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Amélioration du traitement et de l'alimentation des personnes hospitalisées. — Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique vient d'adresser la lettre suivante aux directeurs des hôpitaux :

« Monsieur le directeur,

J'ai été saisi de diverses réclamations relatives au traitement et à l'alimentation des personnes hospitalisées dans nos établissements.

Après avoir examiné attentivement ces réclamations, j'ai pensé que la plupart étaient fondées.

Aussi bien, je me suis aperçu, au cours des visites que j'ai pu faire jusqu'ici dans nos établissements, qu'il serait possible de tirer un meilleur parti des ressources et des moyens limités dont nous disposons pour les malades de nos hôpitaux et les administrés de nos hospices.

Vous avez dû également vous en rendre compte, monsieur le directeur, et je suis persuadé que vous voudrez me seconder dans la répression des abus qui nous seront signalés et dans la recherche des améliorations qui pourront être apportées dans le fonctionnement des divers services hospitaliers.

J'appelle aujourd'hui votre attention sur divers faits qui ont trait, soit au traitement proprement dit, soit à l'administration, soit aux soins de propreté.

A. Traitement. — Les prescriptions des médecins ne sont pas toujours exécutées avec ponctualité dans les salles de malades. Les médicaments les plus simples manquent parfois à la pharmacie ; il est arrivé qu'on attende plusieurs jours pour avoir de l'iodure de potassium, de l'eau de sedlitz, de la farine de lin, des fleurs de tisane.

Souvent, la tisane est servie froide le matin pour toute la journée, au lieu d'être donnée chaude, au moins deux fois par jour, ce qui serait aisé puisque chaque service possède une office.

Lorsque les médecins prescrivent des bains de vapeur dans un établissement où il n'existe pas de service spécial pour ces bains, ceux-ci devraient être donnés au lit ; mais le personnel, dont le service est ainsi augmenté et compliqué, prétend fréquemment que l'appareil ne fonctionne pas. Il en est de même pour le traitement par l'électricité.

Les lavements sont parfois oubliés ou même refusés sous prétexte que le service est terminé. Les frictions ne sont pas toujours faites ; on se contente souvent de donner l'onguent aux malades qui se frictionnent comme ils peuvent.

Je compte sur vous, monsieur le directeur, pour recommander au personnel de se conformer strictement aux prescriptions des chefs de service ; vous inviterez les surveillantes à veiller sur cette partie si importante du traitement, en leur rappelant qu'elles sont responsables des fautes ou de la négligence du personnel placé sous leurs ordres ; vous vous assurerez par vous-même, lors de la visite quotidienne que vous devez faire dans les différentes parties de votre établissement, de la rigoureuse observation de vos instructions en interrogeant, non seulement le personnel, mais *surtout* les malades.

B. Alimentation. — Les malades du quatrième degré placés dans les services spéciaux (voies urinaires, maladies vénériennes et de la peau) pourront recevoir du lait en remplacement du vin qui leur est alloué.

Lorsque le chef de service ne s'y opposera pas, vous vous efforcerez de leur donner satisfaction.

Le bouillon est souvent sans saveur, la viande bouillie, lavée et d'aspect peu engageant.

De fréquentes visites à la cuisine avant les repas vous permettront de vous rendre compte de la qualité de la nourriture.

Vous vous assurerez aussi que les aliments sont rapidement distribués dans les salles et qu'ils parviennent chauds aux malades, qu'aucun d'eux n'est oublié dans la distribution sous le prétexte que le malade dort ou qu'il n'a pas accepté immédiatement les aliments qui lui étaient offerts.

Le pain doit être à discrétion pour les malades du quatrième degré. Comme les appétits et les goûts diffèrent, il convient de donner à chaque personne, non pas une ration uniforme de pain, mais de mettre des corbeilles remplies de petits morceaux à la disposition des malades qui ne sont pas atteints d'affections contagieuses.

C. Propreté. — Les couverts doivent être lavés après chaque repas. Je vous prie, monsieur le directeur, de tenir particulièrement la main à ce nettoyage, ainsi qu'aux autres soins de propreté qui, trop souvent, sont négligés.

Les différents locaux de votre établissement : salles de malades, offices, lavabos, cabinets, couloirs, escaliers, cours, logements du personnel, services généraux, doivent être tenus dans un état constant de propreté.

Il est également indispensable que les objets qui ont servi aux malades sortis ou décédés (lits, tables de nuit, bassins, urinaux, etc.) soient désinfectés soigneusement. Il ne faut pas que le personnel considère cette désinfection comme une corvée dont on peut se débarrasser rapidement.

Je sais que la propreté du linge laisse fréquemment à désirer. Je donne des instructions pour que son lavage soit mieux fait et qu'il ne soit plus rendu aux établissements simplement essangé et à peine rincé. Vous voudrez bien, monsieur le directeur, me signaler, par rapport spécial, les livraisons qui vous seraient faites de linge insuffisamment nettoyé; mais vous inviterez aussi le personnel à prendre le plus grand soin du linge et à ne pas se servir, comme cela se fait parfois, de serviettes ou de draps de lit pour essuyer les meubles ou le parquet.

Les effets remis aux malades doivent être propres et raccommodés. Il importe que la désinfection de leurs vêtements personnels se fasse avec précaution, de façon à les détériorer le moins possible.

Les gilets de flanelle et les tricots sont souvent interdits, même l'hiver. Lorsque le chef de service n'y fera pas d'objection, les malades pourront être autorisés à conserver ces effets de dessous qui seront, à leur arrivée à l'hôpital, rapidement désinfectés et nettoyés.

Je n'ignore pas, monsieur le directeur, que l'observation rigoureuse de mes instructions exigera de votre personnel un effort plus soutenu et un travail plus considérable; mais les améliorations qui sont apportées en ce moment à la situation du personnel hospitalier lui font un devoir de redoubler de zèle et de ne ménager jamais, pour les malades qui lui sont confiés, son temps, sa peine et son dévouement.

Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,

G. Mesureur. »

Cours pratique sur les maladies de l'estomac (service de M. le docteur Alb. Mathieu). — MM. les docteurs Jean-Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de la consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et A. Laboulais, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, chef de laboratoire de M. le docteur Alb. Mathieu, commenceront, sous la direction de M. le docteur Alb. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, un cours théorique et pratique sur les maladies de l'estomac, le vendredi 8 mai 1903.

Le cours sera complet en un mois et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à cinq heures et demie du soir.

Les travaux pratiques (examens du suc gastrique et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours, de quatre heures un quart à cinq heures un quart, avant le cours. Il sera constitué des séries par ordre d'inscription.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, tous les matins de huit heures à midi, et tous les soirs, d'une heure à six heures, sauf le mercredi.

Stupidité administrative. — Le *Matin* du 22 mars rapporte le fait suivant :

Un médecin, le docteur Gilet, ancien député, voyageant dans un train, fut appelé en cours de route auprès du « postier », atteint d'une indisposition subite (une colique néphrétique, paraît-il), et, pour le soigner, il resta entre deux stations dans le wagon postal. A sa descente, procès-verbal lui fut dressé pour ce séjour défendu par les lois ; et il a été condamné à 16 francs d'amende, avec loi Bérenger il est vrai, par le tribunal de Bar-le-Duc, parce que la contravention est évidente et que, d'après l'appréciation de M. le procureur, la maladie du postier n'était pas assez grave pour être considérée comme un cas de force majeure !!! Gageons cependant que, le jour où M. le président serait pris brusquement d'une colique néphrétique ou hépatique, il serait enchanté de se faire faire une piqûre de morphine, sans trop se demander en quel local serait le médecin.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Joseph Caucanas (de Thézan-les-Béziers), Chantelauze (de la Chaise-Dieu) et L. Hoffmann (de Paris).

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

BON POSTE MÉDICAL. — *Médecin jeune et actif.* — Écrire à M. G. Duboys, conseiller municipal, à La Couronne (Charente).

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS (43, rue des Écoles) a l'honneur de prévenir qu'elle possède un service de renseignements parfaitement organisé, fonctionnant depuis cinq ans.

Elle met à la disposition de MM. les médecins de jeunes docteurs ou des étudiants présentant toutes les garanties requises par la loi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la glycérine, physiologie, thérapeutique, pharmacologie, par A. Catillon, président honoraire de la Société des pharmaciens de 1re classe de Paris, ex-interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société de thérapeutique. — Un vol. in-8° carré de 184 pages. — Prix : broché, 4 francs. — Paris, C. Naud.

Technique des analyses chimiques médicales, industrielles, de produits alimentaires et pharmaceutiques, à l'usage des pharmaciens, par J. Tarbouriech, chef des travaux pratiques de chimie, pharmacie et toxicologie à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier. In-8°. — Paris, A. Maloine.

Thérapeutique clinique : les médicaments, par le docteur Alfred Martinet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° cavalier de 284 p. — Prix : broché, 4 francs. — Paris, C. Naud,

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 40. — SAMEDI 4 AVRIL 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 4 AVRIL 1903. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Le diplostreptocoque dans le rhumatisme articulaire aigu. Étude critique.

Par H. TRIBOULET, médecin des hôpitaux.

Dans une étude récente (1), je viens de rappeler que « l'étude des cocci a pris dans ces quatre ou cinq dernières années une place prépondérante dans l'histoire bactériologique du rhumatisme.

Dans plusieurs centres scientifiques différents et même distants, on aurait rencontré avec fréquence, avec constance même, disent les plus fortunés chercheurs, un *diplococcus* qui paraît bien être celui qu'ont mis en évidence nos premiers travaux français de 1897 (Triboulet et Coyon).

Ce diplostreptocoque est envisagé par les uns comme un streptocoque quelconque (Singer); par les autres, comme un streptocoque ayant gagné, par son séjour et son passage sur le milieu humain, une quasi-spécificité, plus humorale que microbienne (Menzer); pour d'autres enfin, ce diplostreptocoque est vraiment l'agent pathogène *spécifique* du rhumatisme articulaire aigu (Leyden, Litten, Wassermann, F. Meyer en Allemagne, Poynton et Paine en Angleterre).

Pour prouver cette spécifité, les derniers auteurs que je cite invoquent un argument expérimental irréfutable : les uns comme les autres, en Allemagne comme en Angleterre, auraient *reproduit expérimentalement le rhumatisme articulaire aigu*.

Bien qu'ayant envisagé la spécificité sous un aspect un peu différent de la conception ordinaire, Menzer prétend justifier ses idées par un argument décisif, celui de la thérapeutique étiologique; et par le maniement du streptocoque morbifère et par le passage dans des milieux chimiques et vivants choisis avec discernement, il arrive à la production d'un sérum curatif de la fièvre rhumatismale et de ses complications.

On voit que, tandis qu'en France nous paraissons nous être momentanément désintéressés des recherches sur le rhumatisme articulaire aigu, la question a trouvé à l'étranger un accueil des plus favorables, bien justifié, il faut le reconnaître, si on en juge par les résultats que nous venons d'énoncer.

Il reste à voir dans quelle mesure tant et de si grandes choses sont d'acquisition définitive ».

Le travail auquel je fais allusion nous a apporté deux ordres de faits : les uns, de constatation simple, directe, concernant la présence fréquente d'un microorganisme particulier (diplocoque) dans le rhumatisme ; les autres, de réalisation plus contingente, relevant d'une expérimentation dont les données sont encore imprécises : la reproduction expérimentale du rhumatisme articulaire aigu, et son traitement par un sérum spécifique.

Procédant du moins connu à ce qui nous paraît plus certain, je vais discuter la valeur de ces catégories de faits en sens inverse, et j'envisagerai d'abord : 1° la question de la sérothérapie, puis, 2°, celle du rhumatisme expérimental, pour terminer mon travail, 3°, par ce que je crois pouvoir ajouter de faits à ceux que j'ai déjà recueillis sur l'étiologie du rhumatisme et sur la nature microbienne vraisemblable de ses complications.

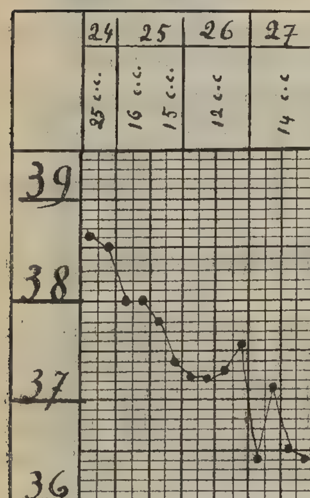
I

Sérothérapie spécifique du rhumatisme. — Les exemples thérapeutiques que nous rapporte Menzer sont de nulle démonstration, et je prouve, comme je l'ai déjà fait, d'ailleurs, pour la médication supposée spécifique par le salicylate, et je prouve que les courbes sont illusoires. Qu'on veuille bien comparer cette courbe de gauche — tout en faveur de la sérothérapie de Menzer — avec celle de droite qui appartient à une évolution spontanée de fièvre polyarticulaire dans un de nos cas cliniques, et l'on verra qu'on pourrait les superposer jour par jour, point par point.

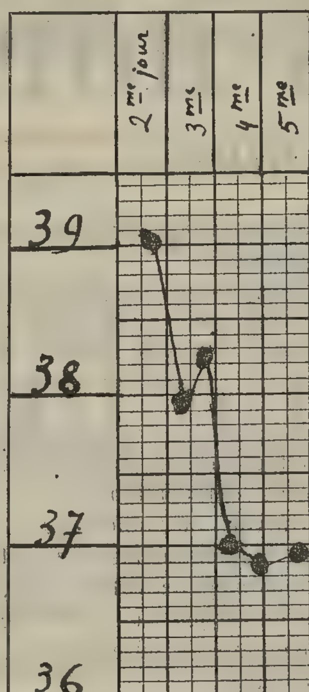
Il n'est pas besoin d'insister pour montrer qu'à simple lecture on se rend compte que la détente du processus aigu rhumatismal est assuré par la « natura medicatrix », aussi vite et aussi bien que par les inventions du génie humain... dans les cas simples et favorables. Quand, avec la fièvre rhumatismale, évolue quelque complication, le sérum, comme les forces naturelles, d'ailleurs, échoue et nous voyons que les essais tentés par M. Huchard sur trois cas de rhumatisme

(1) H. TRIBOULET. *Gaz. des hôpit.*, 27 décembre 1902.

avec endocardite n'ont pas été couronnés de succès (1). Menzer a, du reste, dans son travail, insuffisamment relaté la



Sérothérapie (Menzer).



Autothérapie.

nature exacte des affections rhumatismales par lui traitées : rhumatisme simple, ou compliqué (anciennement ou nouvellement), etc.

II

Reproduction expérimentale du rhumatisme articulaire aigu. — Je ne signale que pour énumération les observations de Libmann, aux Etats-Unis ; le malade qui a fourni les germes d'inoculation était nettement atteint de *pseudo-rhumatisme* d'infection. Il n'en est pas moins advenu que, chez le lapin, on a réalisé des arthropathies, et une endocardite végétante, dans un cas.

Que dire des résultats expérimentaux de Predtetchensky? L'auteur nous fait savoir qu'avec une culture pure d'un diplococcus, isolé du sang de rhumatisants, on a, par inoculation au cobaye, déterminé une affection se RAPPROCHANT BEAUCOUP du rhumatisme articulaire aigu de l'homme. Or, si les animaux maigrissaient, avaient de la fièvre, et présentaient du gonflement des grosses articulations, ce qui se *rapproche beaucoup* du rhumatisme, ils MOURAIENT, ce qui s'éloigne fort de la marche habituelle de l'affection polyarticulaire. De plus, on trouvait, à l'autopsie, des modifications inflammatoires périarticulaires, et, dans les articulations, un liquide, *à peine louche*, *fournissant le microcoque* à l'état de pureté.

En Allemagne, Wassermann, Menzer, F. Meyer et Litten ont successivement réalisé les inoculations en série : il est tout à fait remarquable, en effet, de provoquer, comme l'ont fait les auteurs allemands, toutes les manifestations, depuis la polyarthrite, jusqu'à la complication endocardique, en réalisant simultanément, ou successivement, la péricardite, la pleurésie, etc.

J'ai vu, ainsi que je le disais, les résultats très saisissants des expériences de MM. Poynton et Paine, à Londres. Je déclare être convaincu de la réalité des faits expérimentaux anglais et de ceux qu'on a rapportés en Allemagne, mais je ne le suis nullement de leur nature rhumatismale vraie, et c'est là ce que je veux une fois encore mettre en lumière.

Les différents chercheurs se laissent trop aisément éblouir par les apparences du succès ; ils perdent volontiers de vue le contrôle impitoyable des faits, et c'est à lui que je me vois obligé de les ramener de force.

Expérimentalement F. Meyer a reproduit toutes les particularités du rhumatisme, et notamment des arthrites caractérisées par la formation d'un exsudat séreux ou trouble, *dans lequel l'examen microbiologique ne permet pas de déceler de bactéries.* Par contre, Menzer a *rencontré le diplocoque* dans le liquide articulaire, dans la moitié des cas, et MM. Poynton et Paine *ont mis maintes fois en évidence le diplocoque dans l'exsudat articulaire chez le lapin.*

Je tiens à signaler, en passant, de telles contradictions, et je vais montrer que, contrôlées de près, les expériences sont moins démonstratives que ne le pensent leurs auteurs.

De tous les résultats expérimentaux connus, ceux qu'on a observés en Angleterre et en Allemagne, pour parler des plus nombreux, et des plus récents, je retiens qu'on a pu reproduire par l'expérimentation la plupart des manifestations séreuses du rhumatisme ; qu'on a même ajouté à la liste de ces complications, puisque, très souvent, le *péritoine* réagit par un épanchement assez marqué chez le lapin et chez le cobaye. Avec une fréquence qui est à bien souligner, le péricarde s'est trouvé lésé, à des degrés divers, mais de façon non douteuse, avec ou sans participation, d'ailleurs, de l'endocarde. Je dirais volontiers qu'il semble bien qu'on ait manié « un microbe des séreuses et de l'endocarde » ; mais a-t-on isolé et inoculé le « microbe du rhumatisme polyarticulaire aigu » ? Rien ne me le démontre.

N'est-ce pas, par exemple, un des attributs cliniquement spécifiques du rhumatisme que l'extrême mobilité en vertu de laquelle il semble courir d'une articulation à l'autre sans se fixer sur aucune? Si donc il advient que la fixité augmente, et qu'une arthrite rhumatismale passe à chronicité, il y a à supposer que cette arthrite n'est plus alors rhumatismale, et qu'il s'y est ajouté quelque chose. Ce supplément étiologique c'est, parfois le diplostreptocoque, et c'est avec ce germe, en particulier, que MM. Poynton et Paine ont justement réalisé un type d'arthropathies chroniques par expérimentation.

« Il faut reconnaître, ajoutent ces auteurs, que les arthrites reproduites expérimentalement chez le lapin sont bien plus sévères que les arthropathies du rhumatisme articulaire de l'homme. LA PRÉSENCE DE MICROORGANISMES DANS UNE TELLE FORME D'ARTHRITES (EXPÉRIMENTALES) RAPPROCHE LES POLYARTHRITES AIGUES DES ARTHRITES SEPTIQUES, GONOCOCCIQUES, PNEUMOCOCCIQUES, etc. »

A mon avis, non seulement il y a RAPPROCHEMENT, mais il y a CONFUSION ; et les polyarthrites de l'expérimentation ne sont qu'une des variétés de pseudo-rhumatismes d'infection. Cette variété d'infection a pour elle, comme élément spécifique, de ne jamais provoquer de suppurations, d'avoir une affinité très marquée pour les séreuses, mais elle se distingue du vrai rhumatisme en ce qu'elle peut tuer, par généralisation, et en ce qu'elle peut, *in situ*, dans l'articulation, provoquer un travail inflammatoire, subaigu et chronique.

En résumé, les différents expérimentateurs ont pu réaliser des polyarthrites par *diplococcie*, mais il leur reste à prouver

(1) HUCHARD. Sérothérapie du rhumatisme, *Journ. des prat.*, 13 décembre 1902.

que le rhumatisme articulaire aigu humain *est une diplococcie.* Ce que nous allons avoir à apprécier avec les notions successives de fréquence, de provenance et de virulence spécifique des diplocoques chez l'homme.

III

Le diplostreptocoque dans l'étiologie du rhumatisme aigu de l'homme. — 1° Sa fréquence. — En pathologie humaine, tout rhumatisme articulaire aigu cliniquement incontestable, est-il sûrement et nécessairement à diplostreptocoque? Pour le prouver il faut étudier les différents milieux humoraux du rhumatisant. Les auteurs allemands négligent trop volontiers cette recherche; il leur suffit, semble-t-il, de reconnaître l'existence du diplocoque sur la surface naso-pharyngée dans 50 à 60 p. 100 de leurs observations pour généraliser à tous les faits de rhumatisme. Nous n'acceptons pas cette façon d'agir, pour des raisons formelles que nous allons exposer plus loin.

Il faut étudier une septicémie par culture du sang, et, dans ces conditions, nous voyons que Poynton et Paine ont trouvé le diplocoque dans *treize* cas sur 21, et que Triboulet et Coyon l'ont rencontré *huit* fois sur un même total de 21 cas. Il y a vraiment lieu de se demander, dans ces conditions, si les autres observations ont des relations possibles, ou non, avec l'infection diplococcique.

On nous dit, à ce propos, que le sang est un mauvais milieu de séjour pour les germes, qu'il n'est assurément, en tout cas, qu'un lieu de passage, et que, peut-être, en certains points de l'organisme, nous aurons chance de rencontrer le diplocoque plus aisément, et, par suite, dans un plus grand nombre d'observations.

2° Sa provenance. — S'agit-il de savoir d'où provient le microbe spécifique, nous apprenons de F. Meyer que, « l'examen bactériologique du sang et de l'exsudat articulaire dans le rhumatisme articulaire aigu ayant constamment donné des résultats NÉGATIFS, il faut aller étudier l'enduit amygdalien. » Par cette étude, F. Meyer a constaté la présence de diplocoques dans la gorge chez **80 p. 100** des rhumatisants; et, par les recherches de contrôle, dit-il, on démontre que *les autres angines ne donnent pas ce coccus.*

Eh bien, je réponds à F. Meyer que déjà une proportion de 80 p. 100 laisserait à supposer que 20 p. 100 environ des rhumatisants ne livrent pas le microbe causal; mais qu'en réalité, la disproportion est bien plus forte encore : j'affirme que les diplococci ne sont pas aussi fréquents dans la gorge des rhumatisants, au moins de moitié. Par contre, j'affirme, avec d'autres, qu'au cours de certaines angines non rhumatismales, *on trouve du diplocoque.* (Voyez notamment, les résultats microbiens obtenus dans les hôpitaux d'enfants.)

3° Sa spécificité rhumatismale. — Etant donné qu'on rencontre quelque germe dans le sang d'un rhumatisant, est-ce toujours un diplostreptocoque, et le seul diplostreptocoque spécifique?

Je n'ai cessé, depuis que j'étudie le rhumatisme, de formuler des réserves très motivées sur la constance, sur la provenance univoque et sur la spécificité rhumatismale du diplocoque, d'autres ont agi de même, et ce n'est pas un des moindres arguments pour renforcer ma conviction que ces restrictions identiques posées par des auteurs différents sur le même sujet.

Ainsi Wassermann a pu dire, au cours des séances de la Société de médecine internationale de Berlin, et écrire ensuite : « Tous ces diplostreptocoques sont-ils d'une même espèce? Je demande qui pourrait, par exemple, établir avec certitude que le streptocoque trouvé dans mon observation et celui que M. F. Meyer nous a présenté aujourd'hui ne font qu'une seule et même espèce? »

Autre question : « Ne trouvera-t-on toujours dans le rhumatisme articulaire que des streptocoques qui possèdent dans l'expérimentation sur les animaux cette propriété de rendre les articulations malades, ou bien y a-t-il encore d'autres agents d'inflammation, des staphylocoques, par exemple, propres à provoquer la même inflammation articulaire? »

Et encore : *Comment se comporterait le diplostreptocoque dans d'autres maladies? Ne le trouvera-t-on chez l'homme que dans les cas où une maladie aiguë de l'articulation est en jeu?*

A ces diverses questions, je vais montrer que nous pouvons formuler aujourd'hui des réponses très catégoriques.

Non le diplocoque ne se trouve pas constamment dans le sang des rhumatisants, il ne s'y rencontre qu'en une certaine proportion (2/5, ou 1/2 des cas); et il est bon de ne pas oublier, nous ne le rappellerons jamais trop, qu'il existe des rhumatismes aigus francs, typiques, avec staphylocoque dans le sang, et des rhumatismes sans microbes révélables.

Non, on ne trouve pas le diplocoque chez l'homme au seul cas de maladie aiguë articulaire; on le rencontre dans d'autres maladies. Thiercelin (1), Hulot et Rosenthal (2) nous ont déjà fait connaître comment il se comporte quand il agit pour son propre compte. Voici un autre travail qui va également nous renseigner sur la diplococcie à manifestations cardiaques, en dehors du rhumatisme.

Je renvoie le lecteur à une communication de la Société médicale des hôpitaux du 16 mai 1902 (3). J'en veux retenir ici ces passages qui s'appliquent si bien immédiatement à notre sujet :

« Dans l'épidémie de diphtérie de 1901, nous avons vu dans un certain nombre de cas la mort survenir avec endocardite compliquée de thrombose cardiaque... Cette complication endocardiaque est la conséquence d'une infection sanguine à diplocoques... Et, dit Deguy, il est remarquable de voir ce germe prendre dans les cultures, tantôt un aspect streptococcique (diploccus perlucidus), tantôt un aspect staphylococcique (D. albus).

On peut retrouver notre diptococcus dans la gorge des enfants. »

Il y a là, n'est-il pas vrai, une forte ressemblance avec le diplostreptocoque, et j'insisterai surtout sur les aspects strepto-staphylococciques des cultures, sur l'habitat pharyngé chez l'enfant, sur l'infection sanguine et sur la localisation de prédilection sur l'endocarde.

Si, dans le syndrome morbide observé chez les petits moribonds, on ne trouve pas les manifestations articulaires, c'est que, justement, le diplostreptocoque en question n'a rien d'arthropathogène et que, comme je persiste à le donner à entendre, il intervient chez l'homme, dans le rhumatisme, comme dans d'autres maladies, à titre d'élément d'infection secondaire.

Mais, ajoute encore Wassermann, tous ces diplostreptocoques sont-ils d'une seule et même espèce? et il en doute. Parmi eux quel est le vrai, le spécifique? L'hésitation est

(1) Thiercelin. De l'entérococcie, Soc. de pédiat., 1901.

(2) Hulot et Rosenthal. Entérococcie généralisée, *Presse méd.*, 6 nov. 1901, p. 257.

(3) Deguy et Legros. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 16 mai 1902, p. 466.

permise, indiquée même. — Menzer, après avoir énuméré tous les caractères de ce diplocoque, nous dit : « C'est bien le diplostreptocoque de F. Meyer, celui de Wassermann, mais est-ce le microbe du rhumatisme? *je suis, pour ma part, trop prudent pour l'affirmer.* »

« Ce n'est rien, dit F. Meyer, de trouver du diplocoque, il faut trouver le diplocoque spécifique, celui qui, cultivé, puis inoculé aux animaux, reproduira chez eux la polyarthrite et des complications d'ordre rhumatismal... C'est celui-là que j'ai isolé. »

Ainsi donc, des observateurs différents puisent dans la gorge du rhumatisant, et les uns en tirent telle ou telle variété de diplocoque, alors qu'un autre, plus habile, en tire la variété rhumatismale. Mais je voudrais savoir si l'obtention du diplocoque, *dit spécifique*, au milieu des amas de cocci du naso-pharynx, a été pour F. Meyer un résultat de hasard, ou s'il s'agit pour lui d'un isolement par une technique rigoureusement déterminée. Je voudrais savoir également si les polyarthrites expérimentales de Wassermann et de Menzer, bien qu'obtenues avec des germes d'une spécificité un peu mise en doute par ces auteurs, sont moins, ou tout aussi rhumatismales que les polyarthrites expérimentales de F. Meyer?

Admettons pour tel ou tel cas de rhumatisme observé, l'influence d'un diplocoque, quelle sera alors la pathogénie des désordres?

On nous dit bien : le diplostreptocoque, parti du naso-pharynx, ou de régions autres, provoque la *réaction spécifique articulaire*; mais cette réaction pour F. Meyer est spécifique par le *microbe*; tandis que pour Menzer, la spécificité est *histologique*, certains tissus réagissent spécifiquement au diplostreptocoque (articulations, endocarde, etc.); et la fièvre rhumatismale n'est pas une infection, mais une réaction.

Qu'il y ait dans l'une et l'autre opinion une part de vérité, c'est possible : les expériences de Bezançon, sur certains cocci arthrophiles, les constatations de Vaquez sur le gonocoque à affinités arthropathogènes acquises plaident en faveur de la première, tandis que l'absence de lésions cardiaques dans les pseudo-rhumatismes, et leur fréquence dans le rhumatisme vrai sont des arguments en faveur de la réaction de tissus spécifiques, à l infection chez le rhumatisant. Mais encore faut-il, pour qu'il y ait réaction, dans l'un ou l'autre sens, qu'il y ait microbe à constater.

Que penser, quand on ne trouve pas de diplocoque? On a la ressource de déclarer, il est vrai, « qu'il est si difficile de le révéler; » ou, encore, qu'il est de « vitalité si éphémère ».

Et moi, je dis plus simplement : quand le microbe est en cause, on le trouve; mais il n'y est pas toujours.

Les difficultés des cultures microbiennes, et leurs chances de succès étant les mêmes dans tous les cas, si, « toutes choses égales d'ailleurs, » certains ensemencements restent stériles, alors que d'autres sont fertiles, si, après une période de stérilité, dans un même cas, peut venir la fertilité, j'en ai conclu, comme je continue à le faire, avec la même naïveté, que chez certains sujets le diplocoque ne passe pas dans le sang du rhumatisant, le rhumatisme reste alors SIMPLE, non infecté de diplocoque, alors que chez les autres, il y a infection diplococcique surajoutée. Cette infection, rarement contemporaine de la poussée rhumatismale articulaire, lui est habituellement postérieure; mais rien ne s'oppose — bien que ce soit absolument exceptionnel — à ce que l'infection diplococcique et ses complications ne précèdent le rhumatisme polyarticulaire proprement dit.

Ceci doit d'autant moins nous surprendre que la diplococcie peut exister EN DEHORS MÊME DU RHUMATISME, comme nous l'avions donné à entendre il y a cinq ans déjà à propos de deux observations de Thiercelin, et comme le prouvent les constatations récentes de Deguy.

J'ai, depuis longtemps, demandé qu'on établisse très simplement, au courant des constatations cliniques, quels sont les rhumatismes amicrobiens, ou microbiens; quelles variétés microbiennes se rencontrent dans telle ou telle modalité clinique (rhumatisme simple, rhumatisme compliqué, avec endocardite, avec péricardite, avec pleurésie, etc.). Personne n'accepte ce programme, seul moyen pourtant de s'entendre, en ne parlant que des mêmes choses; et il arrive qu'on se livre de différents côtés à des recherches dont l'objet n'est pas deux fois le même. Je reviens sur cette donnée essentielle, *sine qua non*, d'une étude de la polyarthrite rhumatismale. En suivant l'ordre logique des faits, on se rend un compte précis des rapports de la fièvre rhumatismale et des complications, ce qui est toute la conception du rhumatisme.

La fièvre rhumatismale polyarticulaire SIMPLE, si intense qu'on la suppose, évolue, en clinique, *spontanément*, vers la guérison (disparition spontanée et prompte des fluxions articulaires, et chute de la température). Cette fièvre d'un septenaire, voilà le substratum du rhumatisme. Elle peut, je ne le répéterai jamais assez, constituer toute l'affection, et, dans ce cas, la polyarthrite fébrile rhumatisme, si intense qu'elle soit, reste une affection congestive, bruyante, mais de surface, et éphémère. Voilà le rhumatisme simple. Mais malheur au rhumatisant, si, à la faveur de la fièvre, et du trouble humoral qu'elle entraîne, il s'adjoint quelque agent d'infection, parmi lesquels certains cocci et, de préférence, le diplostreptocoque.

Logés en surface, initialement, ils vont pénétrer le milieu sanguin à tel ou tel moment : ce sera à une date contemporaine du début de la fièvre rhumatismale; ce sera au cours du premier septénaire, ou après lui, — et à une date indéterminée.

Chez un sujet atteint de fièvre rhumatismale à plusieurs reprises, telle attaque s'est *seule* compliquée : tantôt la première, tantôt la seconde ou la dernière. Parfois, la première attaque a constitué toutes les complications, les autres évoluent inoffensives. Certains rhumatisants ont eu de nombreuses attaques, et n'ont jamais fait de complications; alors que d'autres ont été lésés dès la première fois, chaque attaque nouvelle apportant son nouveau tribut : poussée d'endocardite, péricardite, etc.

Je dis que tous ces rhumatisants-là ont fait la même fièvre rhumatismale, mais qu'ils l'ont — suivant les différents cas — compliquée, ou non, d'une infection secondaire, laquelle a varié dans sa date d'apparition, et quelquefois aussi dans sa nature, puisqu'il y a des infections à staphylocoque et des infections à diplostreptocoque, cette dernière plus fréquente.

Au gré de la virulence du germe qui se surajoute, se feront les complications graves, rapides (allures de certaines endocardites infectantes), ou lentes, torpides, telles les endocardites à évolution fibroïde, à action progressive quasi-mécanique.

IV

Hématologie du rhumatisme. — J'ai montré, à diverses reprises, dans des études antérieures, comment l'étude

clinique (par les courbes thermiques) permettait déjà une bonne appréciation des variétés de rhumatisme, simple ou compliqué; comment la bactériologie, dans un certain nombre de cas, sanctionnait les décisions de la clinique. Je voudrais maintenant, à ces deux données déjà si précises, les variations de la courbe thermique et les résultats microbiologiques, en ajouter une troisième, d'ordre scientifique et clinique à la fois : la variation des *constatations hématologiques* pour les différents cas de rhumatisme.

On sait que toute maladie infectieuse possède une formule leucocytaire qui peut varier en raison du degré de l'infection, et en raison aussi des réactions individuelles. En cause, à ce double titre, infection et réaction, le rhumatisme articulaire aigu a-t-il une formule leucocytaire à lui particulière?

Il y aurait lieu, pour répondre à cette question, d'entreprendre un travail de contrôle important. C'est un chapitre de l'histoire du rhumatisme qui est à constituer; voici des éléments d'attente :

« Ayant pu suivre l'évolution de la formule leucocytaire dans un certain nombre de cas de rhumatisme, nous avons constaté, disent Achard et Lœper (1) une leucocytose de 12 à 15 000 leucocytes avec une polynucléose de 76 à 84 p. 100. LA RÉACTION NOUS A PARU D'AUTANT PLUS MARQUÉE QUE L'INFECTION ÉTAIT PLUS ACCENTUÉE ET LA FIÈVRE PLUS ÉLEVÉE...

... Il était intéressant de superposer la réaction leucocytaire du liquide articulaire et la réaction du sang circulant. Comme l'avaient déjà indiqué Widal et Ravaut, dans deux cas (*Cong. de méd.*, 1900), nous avons constaté que le liquide de l'hydarthrose rhumatismale est presque uniquement formé de polynucléaires extraordinairement abondants, intacts dans leurs formes et dans leurs réactions colorantes. »

Je signale encore l'examen de l'exsudat des pleurésies rhumatismales, par Castaigne et Rathery (2). « Dans trois cas, on ne trouve guère que des polynucléaires, à peine quelques lymphocytes, quelques gros mononucléaires, et un ou deux placards endothéliaux ; dans notre second groupe de cas, les cellules endothéliales représentent l'élément prédominant... Pour nous, en confrontant les faits cliniques et nos examens, nous croyons que certains épanchements se sont produits sous l'influence de lésions pulmonaires sous-pleurales (cas à placards endothéliaux); notre autre groupe de faits (à polynucléaires prédominants) correspondrait à une inflammation pleurale comparable à celle qui se localise sur les séreuses articulaires et sur le péricarde. »

Je rappelle enfin que dans un travail sur l'*Eosinophilie du vésicatoire*, Audibert (3), préparateur à l'École de médecine de Marseille, a trouvé dans le rhumatisme articulaire aigu 9,3 p. 100 correspondant au premier septenaire, et 17 p. 100 à la fin de la maladie.

Voilà des généralités sur la leucocytose dans le rhumatisme; que peut-on en déduire au point de vue de la pathologie? Ces données hématologiques nous sont présentées à titre de *formules leucocytaires du* RHUMATISME. Je ne puis que déplorer, ici encore, l'emploi de ce terme si vague, si indéterminé. Je voudrais voir préciser bien davantage, et je demande, tout particulièrement, si la formule varie pour les différentes formes cliniques et bactériologiques que nous connaissons : rhumatisme simple et rhumatisme compliqué?

Dans les textes que j'ai cités, je ne puis rien prendre de positif pour répondre à ces questions; toutefois, la distinction des pleurésies exsudatives et des pleurésies inflammatoires, reconnaissable histologiquement, n'est pas sans intérêt. Il y aurait lieu de tenter de même une classification des arthrites en cours de rhumatisme, et tout de même, encore, une classification des péricardites, par leur leucocytose d'épanchement.

A défaut de ces recherches, que je signale à l'attention sans avoir pu les entreprendre moi-même, je désire faire connaître, pour finir, certains résultats de l'étude hématologique du rhumatisme. Je me borne d'ailleurs, quant à présent, à un résumé rapide.

Dès nos premières recherches avec A. Coyon, examinant de parti pris le sang de tous nos rhumatisants, au bleu polychrome de Unna, nous avions réalisé des préparations dont l'interprétation ne nous avait pas préoccupés alors au point de vue leucocytaire, et qui me paraissent aujourd'hui parler dans un sens assez évident.

Je voulais donner ici la photographie de préparations de sang (prises dans une série de lames semblables) qui appartenaient à un sujet de trente-quatre ans, atteint de rhumatisme aigu très franc, à 40 degrés, au second jour, mais à défervescence rapide et à guérison sans complication. La leucocytose (sang pris dès l'entrée, deuxième jour) y est atténuée à un point tout à fait remarquable. Je puis me reprocher de n'avoir pas fait le contrôle au cours de l'affection, ou au moment de la défervescence. Toutefois, ayant examiné des préparations de sang au cours et au déclin de plusieurs rhumatismes simples, je n'ai pas constaté de leucocytose très accentuée (9 à 11 000, en moyenne). J'ajoute que, dans tous ces cas, la polynucléose est bien prédominante (80 p. 100 environ).

Par contre, ayant examiné du sang de rhumatisants atteints de polyarthrite et de complications, j'ai trouvé respectivement, pour trois observations parmi les plus récentes : 19 500, 19 800 et 20 000 (1). Or, il s'agissait, dans ces trois cas, d'un rhumatisme lent, avec péricardite en voie de guérison, et dans les deux autres, de rhumatisme subaigu avec endaortite et de rhumatisme aigu avec lésion mitrale.

Plus spécialement encore signalerai-je telle ou telle préparation de rhumatismes polyinfectés où la leucocytose, et je pourrais presque dire la polynucléose, est développée à un degré extrêmement prononcé.

Si bien que, n'était la crainte de hasarder des conclusions avant de pouvoir les appuyer sur un faisceau de preuves convaincantes, j'accentuerais les caractères qui me paraissent bien distinctifs des variétés de rhumatisme aigu, entre elles, en ajoutant cette donnée hématologique supplémentaire : qu'une leucocytose moyenne appartient aux formes *simples*, et qu'une polynucléose quasi-proportion-

(1) ACHARD et LŒPER. Soc. biol., 1er déc. 1900. — ACHARD. *Nouveaux procédés d'exploration*, 1902, p. 197.
(2) CASTAIGNE et RATHERY. Soc. biol., 12 janv. 1902.
(3) AUDIBERT. *Presse méd.*, 31 déc. 1902, p. 1257.

(1) Je dois une de ces observations à M. A. Coyon, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine, et les deux autres à M. Aubertin, interne des hôpitaux. Les préparations ont été fixées aux vapeurs osoniques et colorées à l'éosine bleu de toluidine. Malheureusement, la reproduction photographique n'a pu me fournir d'épreuve valable pour l'impression.

nelle à l'intensité de l'infection surajoutée, caractérise les formes *compliquées* du rhumatisme.

Le sujet demanderait encore un complément d'investigation : à savoir si la leucocytose subit des variations quantitatives et qualitatives, suivant l'infection secondaire en cause (diplocoque, staphylocoque, bacille, etc.).

En terminant, je fais appel ici aux compétences de contrôle.

Pour donner à ce que j'ai écrit une conclusion, je dirai, qu'à mon avis, IL EST ABSOLUMENT INDIQUÉ D'ENVISAGER SÉPARÉMENT LES DEUX ÉLÉMENTS : RHUMATISME ET DIPLOCOCCIE, parce que :

1. Si le rhumatisme et le diplocoque peuvent avoir, et ont même réellement des relations intimes, ce ne peut être cependant dans le rapport de cause à effet, puisqu'il y a un bon nombre de rhumatismes sans diplococcie; puisqu'il y a, par contre, des diplococcies sans rhumatismes;

2. Si le diplocoque peut, expérimentalement, REPRODUIRE TOUTES LES COMPLICATIONS SÉREUSES DU RHUMATISME, c'est encore à titre d'agent de complication qu'il touche les articulations, créant ainsi une des variétés des pseudo-rhumatismes d'infection. En effet, ces arthropathies expérimentales renferment le microbe, alors que les vrais exsudats articulaires du rhumatisme sont amicrobiens. Est-il besoin d'insister sur ce fait clinique qu'ainsi (par présence du microbe), peut se réaliser une arthrite chronique avec ankylose, alors que les arthropathies rhumatismales franches guérissent *ad integrum*?

3. Jusqu'à nouvel ordre, en suivant la route jalonnée par les faits indiscutables dans la réalité et dans l'ordre logique, il est préférable d'interpréter, pas à pas, le rhumatisme simple et les rhumatismes compliqués par les données de la bactériologie (recherches négatives ou positives concernant le microbe qui fait l'attaque), et par les données de l'hématologie qui témoignent de la défense.

Il nous paraît indispensable de confronter les faits de la clinique, ceux de la bactériologie et ceux de l'hématologie, et de reconnaître au rhumatisme simple telle formule microbienne et leucocytaire, aux rhumatismes compliqués telle ou telle autre, changeant avec telle variété bien définie. Agir ainsi ce sera faire comprendre peut-être pourquoi la sérothérapie de composition univoque qu'on nous a proposée jusqu'ici s'est révélée impuissante, et ce sera, je le souhaite, orienter les recherches vers des méthodes thérapeutiques plus fécondes en résultats. La première mesure à préconiser actuellement m'apparaît d'ordre prophylactique, et consistera à éviter aux malades, s'il est possible, cette complication : le diplocoque dans le rhumatisme.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(28 MARS 1903) (*suite*)

M. Kirmisson, à propos de la discussion sur le **traitement des luxations irréductibles du coude**, présente une jeune fille de quatorze ans, chez laquelle il a pratiqué une hémi-résection du coude droit pour une luxation ancienne. Chez cette jeune fille l'avant-bras était en extension complète sur le bras; les mouvements de flexion ne dépassaient pas 25 degrés. La malade ayant été endormie, M. Kirmisson tente, sans succès, la réduction; il pratique alors, séance tenante, l'hémi-résection; longue incision au côté externe de l'olécrâne, passant à travers les fibres du vaste externe, on arrive sur des fragments osseux représentant l'épicondyle fracturé, qui sont enlevés. On fait saillir l'extrémité inférieure de l'humérus, on la dénude de son périoste et on la scie au-dessus de la saillie épitrochléenne. Les os de l'avant-bras sont conservés dans leur intégrité; immobilisation pendant quinze jours, à angle droit, dans un appareil plâtré.

Aujourd'hui, treize mois après l'opération, l'articulation est très solide; il n'y a pas de mouvements de latéralité; l'extension n'est pas complète, mais la flexion, la pronation, la supination s'exécutent fort bien.

M. Championnière aurait préféré, dans ce cas, l'opération complète qui, dit-il, tout en donnant la même solidité, aurait été plus avantageuse.

M. Montprofit (d'Angers), dans des cas de ce genre, a toujours employé le procédé suivant qui lui a donné de bons résultats.

Premier temps : incision de 10 centimètres sur la face postéro-interne de l'articulation; recherche et réclinaison du nerf cubital;

Deuxième temps : mise à nu de l'épitrochlée, dénudation, saillie de l'extrémité humérale dans la plaie;

Troisième temps : résection d'une longueur convenable de l'humérus;

Quatrième temps : réduction de l'extrémité humérale dans la plaie; drainage suivant les cas.

A la suite de cette intervention, M. Montprofit ne met aucun appareil contentif.

Après huit jours, la plaie est guérie et on commence à faire quelques mouvements.

Pour avoir un bon résultat, M. Montprofit estime qu'il faut serrer de près la flexion, pour ne rien perdre de ce côté. Il fournit plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir.

Puis, pour lui, de toutes les voies d'accès vers l'extrémité humérale inférieure, c'est la postéro-interne qui semble la plus facile. Le seul obstacle est le nerf cubital. M. Montprofit le met à nu pour le bien voir et le fait récliner. Lorsque l'opération est terminée, on n'a, en somme, touché à aucun organe essentiel.

M. Nélaton rappelle qu'on a pratiqué aussi l'incision latérale externe parce que le ligament latéral externe est le plus résistant et on luxait en dehors, comme M. Montprofit luxe en dedans. Contrairement à M. Montprofit, ce n'est pas tant la flexion que l'extension totale que M. Nélaton considère comme nécessaire.

M. Quénu estime que cette question de l'extension totale ou de la flexion forcée dépend avant tout de la profession du malade.

M. Championnière préfère l'incision médiane.

M. Kirmisson répond à M. Championnière que les mouvements de flexion sont très satisfaisants chez sa malade et que c'est là l'important au point de vue fonctionnel. Aussi reste-t-il partisan de l'hémi-résection qui, avec une mobilité un peu restreinte, fournit une grande solidité.

M. Sébileau présente une femme de quarante ans à laquelle il a pratiqué une **résection partielle de la mâchoire inférieure**. Au cours même de l'opération, M. Delair remplaça le fragment de mâchoire sacrifié par un appareil de prothèse en porcelaine. Cette pièce est solidement fixée sur les os; la malade ouvre largement la bouche et serre les mâchoires, la mastication est possible.

M. Sébileau présente plusieurs appareils analogues.

La porcelaine, dans ce cas, paraît supérieure au caoutchouc durci.

M. Walther présente un malade qu'il a opéré, il y a deux ans, pour une **ectopie testiculaire inguinale.** Il a pratiqué la fixation à travers la cloison qui, ainsi qu'on en peut juger, a donné un très bon résultat persistant.

M. Pierre Delbet présente un **anévrisme de l'artère fémorale superficielle** qu'il a extirpé, il y a quinze jours, chez une femme de soixante-cinq ans. L'anévrisme siégeait à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse. Les douleurs étaient très vives; c'est ce qui poussa M. Delbet à intervenir. Il se décida pour l'extirpation. M. Delbet décrit, en détail, l'opération qu'il a pratiquée sans hémostase préalable. La malade n'a présenté aucun trouble circulatoire.

M. Rochard présente une **grossesse extra-utérine non rompue** qu'il a opérée, avec le docteur Demelin, sur une jeune femme ayant eu deux enfants et se trouvant enceinte pour la troisième fois. Elle eut quelques petites pertes et des douleurs qui firent croire à une fausse couche. MM. Demelin et Rochard portèrent le diagnostic de grossesse extra-utérine et décidèrent d'intervenir. On trouva un kyste fœtal n'ayant contracté aucune adhérence, mais bloqué dans le petit bassin et accolé à l'utérus. C'était une grossesse tubaire interne.

M. Ricard fait ressortir tout l'intérêt de cette pièce. Il est rare, en effet, de pouvoir ainsi enlever facilement en totalité une grossesse extra-utérine. La forme lisse de la tumeur, l'absence d'adhérences, la présence de fibres musculaires épaisses au niveau du pédicule, l'existence de la trompe normale au-dessus de la tumeur font penser à M. Ricard qu'il s'agit d'une grossesse interstitielle plutôt que tubaire.

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1903)

La Société reprend la discussion sur **la pluralité des néoplasmes** soulevée à l'occasion d'une présentation de M. Monod. M. Potherat a eu l'occasion d'observer 11 cas de kystes de l'ovaire, coexistant avec des fibromes utérins. Il estime que, dans ces cas, il faut enlever, à la fois, kystes et fibromes.

M. Lejars rappelle que la question n'est pas nouvelle; on sait, en effet, que c'était là une question chère à Verneuil et qu'il a particulièrement insisté sur cette pluralité des néoplasmes qu'il avait un peu trop de tendance à généraliser. Quoi qu'il en soit, cette association est encore assez fréquente, surtout l'association des fibromes utérins avec kystes ovariques. M. Lejars en a recueilli 8 cas dans lesquels il s'agissait de gros fibromes et de gros kystes. Il a aussi rencontré des kystes de l'ovaire coïncidant avec le cancer utérin; il a eu aussi à enlever des fibromes utérins coïncidant avec des fibromes de l'ovaire. Dans un cas, il a observé un fibrome du fond de l'utérus coïncidant avec un cancer du col. Enfin, comme M. Potherat, il a vu aussi coïncider des fibromes utérins ou des kystes ovariques avec des tumeurs de l'intestin. Quel lien réunit entre eux ces différents néoplasmes? Quelle connexion pathogénique y a-t-il entre eux? Il est difficile, en effet, d'admettre qu'il y ait là un simple phénomène de hasard. M. Lejars s'efforce de rechercher quelle peut être cette pathogénie; quant au traitement il conclut à la nécessité de l'intervention, de l'ablation totale des néoplasmes.

M. Routier relate un cas intéressant de fibrome utérin s'étant accompagné de crises d'appendicite et, à l'opération, on s'aperçut qu'il s'agissait, non d'une appendicite, mais d'un néoplasme intestinal qui nécessita une ouverture de l'intestin. Quant aux relations qui existent entre ces divers néoplasmes, M. Routier estime que nous n'en connaissons encore aucune explication.

Nous arrivons aux présentations :

M. Championnière présente un malade auquel il a pratiqué, il y a dix-huit ans, la **résection du genou**. Résultat parfait. A propos de ce malade, M. Championnière rappelle qu'il a pratiqué cent vingt fois cette opération sans mortalité. Cette opération, qui était autrefois l'une des plus meurtrières, donne aujourd'hui généralement de bons résultats. M. Championnière rappelle qu'Ollier lui-même la pratiquait bien rarement, car au Congrès de Lyon il a présenté bien des exemples de résections diverses, mais pas un seul cas de résection du genou.

M. Lejars présente un malade chez lequel il a pratiqué la réunion d'une **rotule fracturée** par le procédé de M. Quénu, l'hémi-cerclage. Dans ce cas, le fragment inférieur étant très volumineux, il fut très facile de le traverser d'un bord à l'autre d'un fort fil en bronze d'aluminium qui ensuite cercla le bord supérieur. Résultat parfait. Cet homme se leva après douze jours et il est présenté à la Société dix-huit jours après l'opération. M. Lejars le présente surtout comme un exemple très favorable à la méthode de la mobilisation précoce. Ce malade présente aussi ceci de particulier qu'il s'est fracturé deux fois la rotule droite qui a été, les deux fois, suturée avec succès. Cette fois-ci, c'est la rotule gauche qu'il s'est cassée.

M. Lucas-Championnière fait remarquer combien est beau le résultat obtenu, dans ce cas, par M. Lejars.

M. Reynier fait observer que le résultat obtenu à la suite de la suture de la rotule droite chez ce malade, n'a pas été moins beau, bien qu'il ait été immobilisé pendant vingt jours.

M. Poirier présente une pièce qu'il a extraite le matin même. Une femme de vingt-trois ans, enceinte de trois mois et demi, est prise de crises d'appendicite à la suite desquelles on constate une tumeur dans le côté droit du ventre, au niveau du point de Mac Burney. Suivant le précepte auquel il reste fidèle et qui consiste à opérer toujours dans ces cas, M. Poirier opère cette malade; au lieu de l'abcès auquel il s'attendait, il trouve une tumeur qu'il prit d'abord pour un kyste de l'ovaire à pédicule tordu; mais ayant attiré cette tumeur au dehors, il reconnut qu'il s'agissait d'une **tumeur épithéliale de l'iléon**, laquelle était tordue trois fois sur son pédicule, chacune de ces torsions ayant répondu à une crise qui avait été prise pour de l'appendicite.

M. Potherat présente une grosse **tumeur fibromateuse de l'utérus** très complexe, avec une cavité autre que la cavité utérine, et dans laquelle existait un polype fibreux.

Il présente une autre pièce, un utérus avec **polype fibreux** et **cancer du fond du corps.**

M. Quénu montre un **corps étranger de l'appendice**, une épingle qui y a séjourné fort longtemps; elle était devenue le centre d'un calcul, sans jamais avoir déterminé aucun trouble; c'est là une trouvaille d'autopsie.

M. Championnière présente une **tumeur du lobe frontal antérieur** qui déterminait des crises d'épilepsie jackson-

nienne et qu'il a enlevée le matin même par la trépanation. Il y eut une hémorragie considérable. Le malade est mort quelques heures après l'opération.

REVUE DES THÈSES

L'ulcère traumatique de l'estomac, par M. Dumény. (Th. de Paris, 1903.)

L'ulcère simple peut succéder à un traumatisme ayant porté sur l'estomac et ayant lésé sa muqueuse. La lésion initiale résulte, dans la majorité des cas, d'un violent choc épigastrique, surtout pendant la période digestive. Le traumatisme peut léser la muqueuse par action directe, par contusion indirecte sur la colonne vertébrale, par éclatement de la muqueuse dû à la brusque susdistension de l'estomac. La muqueuse déchirée ou ulcérée, le suc gastrique hyperacide sur cette perte de substance suffit à expliquer sa transformation en ulcère simple de Cruveilhier. Le rôle de l'hyperchlorhydrie est en effet capital. Si le suc gastrique est normal, l'ulcération primitive guérit rapidement et c'est ce qui se produit heureusement assez souvent,

L'hématémèse peut se montrer à trois époques différentes de l'évolution de la lésion : immédiatement ou peu de temps après le traumatisme; une semaine ou deux après l'accident, elle coïncide alors avec la chute de l'escare; plus tardivement, quelques mois après : elle révèle alors un ulcère simple, et s'accompagne des autres signes cardinaux de l'affection : douleurs caractéristiques et vomissements.

La perforation peut s'observer dans le cas d'ulcère simple d'origine traumatique. Précoce, elle semble due à la chute d'une escharre qui occupait toute l'épaisseur de la paroi stomacale.

Il est assez fréquent de constater la sténose du pylore, la biloculation de l'estomac, ou d'autres troubles dans la statique de cet organe, après cicatrisation des ulcères post-traumatiques.

Le traitement médical consiste surtout à prescrire le régime lacté et l'eau de Vichy. Immédiatement après l'accident, si le blessé est pris de vomissements sanglants, l'intervention chirurgicale est formellement indiquée.

Elle est indiquée aussi dans le cas d'abondante hématémèse mettant rapidement la vie du malade en péril. Si les hématémèses, quoique peu abondantes, se répètent très fréquemment, l'avis est unanime, il faut intervenir.

L. BABONNEIX.

La péricystite lacrymale, par M. le docteur Louis Roche. (Th. de Paris, 1903.)

L'auteur désigne, avec M. Parinaud, sous le nom de *péricystite lacrymale* les accidents aigus ou chroniques qui se développent autour du sac lacrymal, et qui sont sous la dépendance d'une affection chronique du canal lacrymo-nasal.

Ce que l'on décrit généralement, dans les classiques, sous le nom de *phlegmon du sac lacrymal*, n'est pas une inflammation aiguë cavitaire du sac avec dilatation de ce dernier, mais l'infection du tissu cellulaire périsacculaire par des germes venus du sac chroniquement enflammé. De plus, beaucoup d'affections chroniques de la région oculo-nasale, classées sous le nom générique de *tumeurs lacrymales* à contenu purulent ou muqueux, ont leur siège dans le tissu cellulaire qui est situé en avant du sac, tantôt communiquant avec lui par une fistule assez large, tantôt en restant apparemment indépendantes.

Dans le cours des affections chroniques du sac, les microbes qui y sont contenus, soit que leur virulence s'exagère sous l'influence d'une cause indéterminée, soit qu'il vienne se joindre à eux des espèces nouvelles trouvant un épithélium malade et souvent desquamé, envahissent la muqueuse et les corpuscules lymphoïdes qu'elle renferme et gagnent, par voie lymphatique, le tissu cellulaire environnant, créant ainsi le phlegmon ou l'abcès sans qu'il y ait besoin pour cela d'une déchirure des parois du sac.

Des examens bactériologiques du pus des péricystites, il résulte que dans tous les cas aigus qui ont été examinés tant par MM. Parinaud et Morax que par M. Roche, le streptocoque a été trouvé à l'état de pureté. Une seule fois, dans la péricystite gangréneuse de Veillon et Morax, il a été trouvé allié à des anaérobies, le *bacillus fundiliformis* de Halle et un coccobacille non identifié.

Au point de vue clinique, l'auteur distingue dans la péricystite des formes aiguës et des formes chroniques.

1° Formes aigues. — a. *Péricystite à forme phlegmoneuse.* — Elle répond comme symptomatologie à la description que les auteurs donnent du phlegmon lacrymal. Le début est assez brusque au cours d'une affection chronique. L'état général est ordinairement atteint avec céphalagie et fièvre. Souvent, il existe de l'adénite préauriculaire. Localement, on observe une tuméfaction de la région naso-orbitaire et sous-palpébrale avec une rougeur localisée qui revêt la forme d'une virgule, dont le sommet répond à la coupole du sac, et dont le corps embrasse dans une concavité supéro-interne le grand angle de l'œil. En même temps, il existe un œdème palpébral considérable, s'étendant souvent à la joue correspondante et parfois aux paupières du côté opposé. Puis, au bout de quarante-huit heures environ, le pus se collecte dans une cavité anfractueuse qui entoure le sac et se crée une issue, soit dans ce dernier formant une fistule borgne interne, soit sur la peau, créant une fistule borgne externe, soit dans les deux directions à la fois. La suppuration dure généralement peu et la fistule est fermée au bout de quinze jours ou trois semaines, si on a eu soin de rétablir la perméabilité des voies d'excrétion des larmes.

b. *Péricystite à forme érysipélateuse.* — Elle simule l'érysipèle à son début, mais ne tarde pas à s'en différencier.

L'état général est peu accusé; il y a peu d'œdème local, mais une rougeur accusée, lie de vin, avec tuméfaction, affectant la forme de virgule, mais n'étant pas entourée par un bourrelet limitatif. Cette forme n'aboutit pas à la suppuration, et se termine par résolution, en huit à dix jours ou plus tôt, si on a pratiqué un cathétérisme précoce.

c. *Péricystite à forme gangréneuse.* — Localement, elle ressemble à la forme phlegmoneuse, mais elle s'en distingue par l'état général du malade qui est profondément intoxiqué, comme dans toutes les affections où les anaérobies jouent un rôle, par l'élimination d'escares putrides par la fistule, et par la fétidité du pus.

2° Formes chroniques. — a. *Forme enkystée.* — Elle revêt tantôt l'aspect d'une collection suppurée chronique enkystée avec légère réaction inflammatoire de la peau, bien limitée, plus ou moins fluctuante, et non réductible par la pression; tantôt l'aspect d'un kyste volumineux fluctuant, indolent, sans réaction de la peau simulant le mucocèle, mais plus saillantes que lui, situées au-dessous du tendon de l'orbiculaire ou au-devant de lui, peu ou pas réductibles à la pression suivant qu'il existe ou non une communication avec le sac.

b. *Forme périostique* simulant les périostites syphilitiques ou tuberculeuses de la branche montante du maxillaire supérieur, mais s'en distinguant en ce qu'elle s'étend surtout au bord inférieur de l'orbite et guérit par le cathétérisme.

Le traitement varie suivant le degré atteint par l'inflammation et aussi suivant la forme. Si on a le bonheur de prendre l'affection dès le début alors que la peau ne présente encore qu'une légère teinte rose, un seul cathété-

risme pourra arrêter la marche de l'inflammation. Plus tard, lorsqu'il y a une infiltration prononcée des tissus présacculaires sans fluctuation comme dans le début de la forme phlegmoneuse et dans la forme érysipélateuse, on se contentera d'appliquer des pansements humides sur la région. Quand le pus est collecté et dès qu'on perçoit la fluctuation, il faut ouvrir la collection sans retard pour éviter les décollements étendus et la destruction de la paroi antérieure du sac. Enfin dès que les phénomènes inflammatoires commencent à céder, il faut pratiquer le cathétérisme.

Dans les formes enkystées, lorsque la tumeur communique avec le sac, le cathétérisme et la compression suffiront. Ce n'est que dans le cas où ce traitement aurait échoué qu'on sera autorisé à ouvrir et à cureter si la tumeur est inflammatoire, à l'enlever sans l'ouvrir s'il n'y a pas trace d'inflammation.

L. GAYARD.

Réactions méningées chez l'enfant, par M. le docteur R. Monod. (Th. de Paris, 1902, Steinheil.)

Les pseudo-méningites infantiles ne sont, en réalité, que des méningites au debut. Depuis la méningite à liquide séreux, stérile, d'origine toxinienne, jusqu'à la méningite purulente microbienne, tous les stades intermédiaires existent.

Les pseudo-méningites n'entraînent que des lésions insignifiantes des centres nerveux; elles diffèrent cependant du méningisme, c'est-à dire des accidents hystériques simulant une méningite, par l'existence de modifications constantes du liquide céphalo-rachidien.

Leur symptomatologie est très variable; elle est d'autant plus pauvre que l'enfant est plus jeune. Aussi le diagnostic clinique est-il le plus souvent impossible. La ponction lombaire, en montrant que le liquide céphalo-rachidien contient des germes pathogènes, permet seule de reconnaître ces pseudo-méningites, dont le pronostic est grave. Le traitement est malheureusement impuissant : il ne faut cependant pas oublier que la ponction lombaire détermine, dans la plupart des cas, une amélioration momentanée.

L. BABONNEIX.

Des luxations de la tête du radius compliquant les fractures du cubitus, par M. Delafouchardière. (Th. de Paris, 1902.)

Les luxations de la tête radiale s'accompagnant de fractures du cubitus sont assez fréquentes; rares en arrière, elles sont surtout antérieures. Ces luxations peuvent se produire en même temps que la fracture, ou se faire tardivement par refoulement de la tête radiale par un cal volumineux ou par raccourcissement avec parfois pseudarthrose.

Le diagnostic devra être le plus précoce possible, la radiographie rendra de grands services.

La luxation immédiate devra être traitée par l'immobilisation en flexion et demi pronation après réduction.

Chez l'enfant, en cas de luxation tardive, massage et mobilisation, car il se forme une néarthrose radiale compatible avec des mouvements étendus; chez l'adulte la résection est, dans la luxation tardive, l'opération de choix.

ÉT. LE SOURD.

Exploration de l'œsophage à l'aide des rayons X, par M. Pierre Jore d'Arees. (Th. de Paris, 1903.)

La radioscopie est un moyen précieux d'exploration pour l'œsophage, il est simple et sans aucun inconvénient pour le malade.

Avec elle, on ne s'expose plus aux dangers du cathétérisme dans les cas de cancer de l'œsophage. L'écran montre le siège exact des sténoses et mesure approximativement leur longueur ainsi que celle des dilatations sus-sténosiques. Les diverticules œsophagiens peuvent être dépistés.

La radioscopie montre les déviations du canal alimentaire, ses rapports avec l'aorte, les ganglions et les poumons dont le rôle est si important parfois dans la pathologie œsophagienne.

Enfin les corps étrangers peuvent être reconnus dans leur siège exact.

ÉT. LE SOURD.

Procédé pour la résection du genou sans ouverture de l'articulation pour arthrite tuberculeuse chez l'adulte, par M. Charles Perrot. (Th. de Paris, 1902.)

Ce procédé, employé par M. Marion, permet l'ablation complète des foyers tuberculeux, et la mise en contact de larges surfaces osseuses saines pour former le cal.

Cette opération plus rapide que l'opération classique permet mieux que celle-ci l'extirpation totale des tissus malades.

Mais elle a l'inconvénient de supprimer toute l'articulation sans tenir compte de l'étendue des lésions; elle sacrifie les cartilages de conjugaison et par suite doit être proscrite chez l'enfant.

Chez l'adulte il faut la réserver aux cas graves, dans lesquels elle donne le maximum de garantie contre la récidive.

ÉT. LE SOURD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Oral. — Séance du 2 avril 1903 : Question : « Configuration et rapports du corps thyroïde. — Symptômes et diagnostic de la dilatation des bronches. »

MM. Macé de Lépinay, 6 + 17 = 23; Poisot, 12 + 22 = 34; Cotard (Lucien), 10 + 15 = 25; Lafosse, 14 + 20 1/2 = 34 1/2; Monier, 10 + 16 = 26; de Fourmestraux, 13 + 20 = 33; Rivet, 18 + 25 = 43; Pater, 16 + 24 1/2 = 40 1/2; Lemaire, 14 + 20 = 34; Claude, 13 + 21 1/2 = 34 1/2.

Marine. — M. le médecin en chef de première classe Fontan est désigné pour remplir les fonctions de sous-directeur du service de santé à Toulon, en remplacement de M. le docteur Bertrand, nommé directeur de l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

M. le médecin en chef de première classe Ambiel est désigné pour occuper la chaire de clinique chirurgicale à l'École d'application des médecins stagiaires à Toulon, en remplacement de M. le docteur Fontan.

— Des concours pour deux emplois de professeur dans les écoles de médecine navale seront ouverts au port de Toulon le 9 juin 1903 :

1° Concours pour la chaire de chirurgie militaire et navale et de médecine opératoire à l'École d'application des médecins stagiaires.

2° Concours pour la chaire de chimie biologique à l'École annexe de médecine navale de Toulon.

La caisse des pensions de retraite du corps médical français tiendra son assemblée générale le dimanche 19 avril 1903, à dix heures du matin, au siège social, 22, place Saint-Georges, P. ris.

La réunion du comité directeur aura lieu le samedi 18 avril, à deux heures et demie très précises, et celle du comité des censeurs le dimanche 19 avril à neuf heures du matin.

Ordre du jo r. — 1° Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée de 1902.

2° Lecture du compte rendu annuel par le secrétaire général.

3° Lecture du rapport du trésorier.

4° Lecture du rapport des censeurs.

5° Propositions soumises par le comité directeur à l'assemblée.

6° Approbation des pensions de retraite.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 1er mai au 30 juin 1903, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de laboratoire de la Faculté; de Beurmann, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Queyrat, médecin de l'hôpital Ricord, ancien chef de clinique de la Faculté, par MM. Gastou, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Emery, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Edmond Fournier, chef de laboratoire à l'hopital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Milian, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours sera complet en soixante-quinze leçons. Il aura lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, à deux heures de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique. Il commencera le 1er mai 1903. Trois fois par semaine, aura lieu un deuxième cours, à trois heures et demie, de manière à terminer le programme le 30 juin 1903.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, etc.), sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des leçons : M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Thérapeutique dermatologique. — M. Balzer. Gale. Impetigo. Ecthyma. Prurits. Prurigos. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. Eczéma. Séborrhées et acnés. — M. de Beurmann. Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Tuberculides. Traitement du lupus. Chancre syphilitique. Syphilis secondaire. — M. Queyrat. Blennorragie aiguë. Blennorragie chronique. Complications et traitement de la blennorragie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. — M. Gastou. Maladies du cuir chevelu : teignes, favus, pelade, pityriasis versicolor, erythrasma, examen des cheveux, dermites artificielles. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Petite chirurgie dermatologique. — M. Emery. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Hérédo-syphilis. Syphilis et grossesse. — M. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses, syphilides ulcéreuses, gommes. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : leucoplasie, neurasthénie, paralysie générale, tabès. Dermatologie : lèpre, dystrophies pigmentaires, nævi, ichtyose et kératose pilaire; érythèmes, urticaire, purpura; zona, tumeurs de la peau, phtiriase.

Le droit de laboratoire à verser est de 100 francs. Il sera réduit à 60 francs pour les internes des hôpitaux de Paris en exercice.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat ds la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (à l'hôpital Saint-Louis).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la douzième semaine 1030 décès, au lieu de 1018 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1182. Les maladies épidémiques sont rares; les maladies de l'appareil respiratoire, quoique un peu moins rares que pendant les deux semaines précédentes, restent fort au-dessous de la moyenne.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 13).

La rougeole a causé 8 décès (moyenne 21); la scarlatine n'a pas causé de décès; la coqueluche a causé 10 décès, chiffre identique à la moyenne; la diphtérie a causé 8 décès (moyenne 13); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 132, au lieu de 107 pendant la semaine précédente (moyenne 89).

La variole n'a pas causé de décès.

La diarrhée infantile a causé 22 décès de 0 à 1 an au lieu de 27 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 30.

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 177 décès au lieu de 158 pendant la semaine précédente et au lieu de 243, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 17 décès (moyenne 18); bronchite chronique, 17 (moyenne 33); pneumonie, 51 (moyenne 63); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 92 (moyenne 129), dont 28 sont dus à la congestion pulmonaire et 48 à la broncho-pneumonie. En outre, 7 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 240 décès; la méningite tuberculeuse, 27 décès; la méningite simple, 21 décès, les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Semaine sainte à Rome.* — Train spécial à prix réduits de Paris à Rome : 2e classe, 103 francs; 3e classe, 67 francs (aller et retour.)

Aller : départ de Paris le 6 avril, à 2 h. 10 soir; arrivée à Rome le 8 avril à 6 h. 50 matin. — Retour : au gré des voyageurs dans un délai de 3 semaines, c'est-à-dire jusqu'au 27 avril au départ de Rome et 28 avril au départ de Modane, par tous les trains comportant des voitures de la classe du billet, à l'exception toutefois des trains express italiens nos 24, 20 et 6.

On pourra se procurer des billets pour ce train : à la gare de Paris, dans les bureaux succursales de la Compagnie, dans diverses agences de voyages, ainsi que dans toutes les gares et stations de la Compagnie du Nord.

Pour plus de renseignements, voir les affiches publiées par la Compagnie.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

BON POSTE MÉDICAL. — *Médecin jeune et actif.* — Écrire à M. G. Duboys, conseiller municipal, à La Couronne (Charente).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Abdominales méconnues : les déséquilibrées du ventre sans ptose (Thérapeutique pathogénique), par le docteur Monteuuis (de Dunkerque). Préface du docteur H. Huchard, de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 367 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Élongation trophique (cure radicale des maux perforants, ulcères variqueux, etc., par l'élongation des nerfs), par le docteur A. Chipault, de Paris. N° 33 de l'*Œuvre médico-chirurgical.* 1 broch. gr. in-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 41. — MARDI 7 AVRIL 1903. 76e ANNÉE. MARDI 7 AVRIL 1903. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

ATROPHIE INFANTILE A UN DEGRÉ AVANCÉ

TRAITÉE ET GUÉRIE PAR L'EMPLOI MÉTHODIQUE DU LAIT STÉRILISÉ INDUSTRIELLEMENT. RÉFLEXIONS (1)

Par G. VARIOT,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

J'ai eu l'honneur de présenter l'an dernier, à la Société des hôpitaux, un petit garçon qui pesait 4k150 à onze mois et que nous étions parvenus à élever heureusement, sans lait de femme, avec le lait stérilisé manié à la Goutte de lait de Belleville. Aujourd'hui je vais rapporter l'histoire d'un autre enfant dont nous avons sauvegardé la vie dans des circonstances qui n'étaient guère moins critiques.

La petite Marthe C... est née à terme le 17 juillet 1901 ; son poids de naissance était de 2k650. Le père et la mère sont assez bien portants ; c'était leur premier enfant. La mère, tout à fait inexpérimentée, essaya de donner le sein pendant un mois et demi, puis elle plaça l'enfant en garde pour être élevée au biberon, parce que, dit-elle, son lait s'était passé. L'enfant reçut alors du lait de crémerie et ne tarda pas à avoir des vomissements et de la diarrhée : elle fut apportée au Dispensaire pour la première fois le 15 novembre 1901, à l'âge de quatre mois par conséquent, dans un état déplorable, avec un *facies* rappelant l'athrepsie de Parrot, le visage pâle et ridé, la peau du ventre et des membres flasque, les fesses et les talons excoriés par un érythème ancien, etc. Son poids était alors de 3k275.

Le lait de la mère était entièrement passé ; on tente l'élevage au lait stérilisé industriel. Après deux jours de diète hydrique, on prescrit de faibles quantités : 30 grammes de lait plus 15 grammes d'eau bouillie et un peu de sucre à chaque tétée. Néanmoins le 29 novembre, le poids total de l'enfant est descendu à 3k120. Par une enquête précise, nous apprenons que la mère n'a pas suivi nos conseils pour la graduation des tétées, qu'elle s'obstine à donner 100 grammes de lait par biberon ; d'où la persistance de la diarrhée et des vomissements.

Nous obtenons enfin que la mère ne donne que 45 grammes de lait, plus 15 grammes d'eau bouillie et une demi-cuillerée à café de sucre en poudre toutes les deux heures et demie. Le poids se relève légèrement le 13 décembre à 3k200. Dès lors l'augmentation de poids est lente mais progressive ; les vomissements diminuent de fréquence, de même que les déjections.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux, séance du 3 avril 1903.

La série des poids est la suivante :

20 décembre 1901	3k300
27 —	3k320
3 janvier 1902	3k400
10 —	3k500
17 —	3k500
31 —	3k700

A ce moment léger retour de diarrhée, et poussée d'impétigo.

7 février	3k600
14 —	3k700
21 —	3k650

L'enfant est alors âgé de sept mois.

28 février	3k720
7 mars	3k820
14 —	3k900
21 —	4k020
28 —	4k200

Toute cette période pendant laquelle la croissance appréciée à la balance a été si lente, puisque l'enfant n'a gagné qu'un kilo, correspond évidemment à la réparation lente des lésions du tractus gastro-intestinal, et à la restauration graduelle des fonctions de ce tractus.

Le 11 avril, le poids est de 4k450 ; l'enfant prend alors toutes les deux heures et demie 100 grammes de lait pur, sans rien rejeter.

18 avril	4k400
2 mai	4k525
9 —	4k750
16 —	4k850

On commence à donner un jaune d'œuf mêlé au lait.

30 mai	4k850
13 juin	5k150
20 —	5k120
10 juillet	5k450
22 août	5k500
12 septembre	6k
26 —	6k600
10 octobre	6k650
7 novembre	6k700
28 —	7k200

L'enfant pousse ses premières dents; son état de nutrition paraît satisfaisant; aucun vestige apparent de rachitisme; les leviers osseux sont grêles, sans tuméfaction des épiphyses, mais la fontanelle antérieure est bien fermée.

Le 26 décembre, le poids est de..	7k270
16 janvier 1903..............	7k300
30 —	7k250

L'enfant a eu la grippe.

27 février......................	7k850
13 mars........................	8k050

L'aspect général et le teint sont bons, l'enfant fait ses premiers pas tenu par la main à vingt mois.

C'est là un bel exemple de l'élevage laborieux d'un enfant arrivé à un degré extrême d'atrophie gastro-intestinale, puisqu'à sept mois il ne pesait que 3k650, c'est-à-dire environ le poids d'un enfant à la naissance, et à peu près la moitié du poids normal d'un enfant de cet âge. Entre ce degré d'atrophie extrême et l'athrepsie vraie de Parrot, il n'y a pas loin; et il est vraiment bien remarquable de voir des nourrissons tombés dans un tel état de cachexie gastro-intestinale, survivre et pouvoir être élevés heureusement à l'aide du lait stérilisé industriel manié avec méthode et régularité.

Qui peut le plus peut le moins, et j'ai la satisfaction de confirmer, après cinq ans, ce que j'ai annoncé dès 1898, à savoir que nous parvenons très habituellement à élever au lait stérilisé, dans notre Goutte de lait de Belleville, des enfants retardés dans leur développement à la suite de gastro-entérites plus ou moins graves et prolongées, présentant une atrophie pondérable d'un quart, d'un tiers, c'est-à-dire auxquels il manque un quart, un tiers et même la moitié de leur poids apprécié à la balance.

C'est par centaines que nous comptons depuis huit ans les enfants atrophiques dont nous avons surveillé l'élevage au lait stérilisé, mes collaborateurs, MM. Lazard, Roger, et moi. On ne saurait trop insister sur l'importance de ce progrès décisif dans l'allaitement artificiel. Sans doute, avec le lait de femme, avec les nourrices mercenaires, on pourrait restaurer tous ces pauvres petits. Mais nous avons affaire à la population malheureuse des faubourgs de Paris, et les ressources font défaut pour payer le lait d'une autre femme, quand le sein de la mère est tari. Il faut que l'enfant atrophique vienne sur le lait stérilisé ou qu'il meure; il n'y a pas d'autre alternative.

La stérilisation du lait, d'une part, le fonctionnement méthodique de nos consultations de nourrissons, d'autre part, nous permettent d'élever toute une catégorie d'enfants que nous n'aurions même pas tenté autrefois de relever par l'allaitement artificiel, tant nous considérions le biberon comme meurtrier!

Il me sera permis, à ce propos, de rappeler que c'est en 1898, dans une communication à la Société des hôpitaux (1), que j'ai restauré en France la notion d'*atrophie* courante à l'étranger, pour désigner les enfants retardés dans leur développement, surtout à la suite de troubles gastro-intestinaux, et présentant une diminution notable de leur poids relativement au poids normal. J'ai proposé en même temps de donner une base précise à cette notion de l'atrophie, en nous servant de la balance pour en mesurer le degré.

(1) Le traitement de l'atrophie infantile par l'emploi méthodique du lait stérilisé, nov. 1898.

Mes élèves, et spécialement MM. Battino et Ignard, ont exposé et développé mes idées sur ce sujet, et ont bien montré qu'à côté du type extrême de l'atrophie, l'athrepsique de Parrot, il y a place pour un autre type morbide, l'atrophique, dont l'un des caractères essentiels est la curabilité par l'emploi méthodique du lait stérilisé. Les lésions du tube digestif dans l'athrepsie vraie de Parrot sont le plus souvent irréparables, et l'allaitement au sein même est impuissant pour guérir cet état de cachexie.

Depuis lors, la notion d'*atrophie* infantile, distincte de celle d'athrepsie a été acceptée et est devenue classique; c'est ainsi que M. Marfan parle longuement de l'atrophie infantile dans la deuxième édition de son ouvrage sur l'*Allaitement*, en 1903. Mais, je le répète, on cherchera vainement dans les travaux des pédiâtres français l'expression d'atrophie infantile, avant le mémoire que j'ai publié en 1898.

Parrot, en faisant ses recherches sur les maladies du tube digestif des nouveau-nés, était placé à un tout autre point de vue que nous; il s'occupait bien moins de l'étude clinique et thérapeutique des enfants, que de constatations anatomiques et histologiques précises sur leurs organes. La dénomination d'*athrepsie*, dont le sens est par trop étroit, lui suffisait.

Il était indispensable, en tenant compte du progrès thérapeutique résultant de la stérilisation du lait, d'établir des types cliniques suivant le degré plus ou moins avancé des lésions anatomiques correspondantes. C'est ce qui m'a décidé à reprendre le mot d'atrophie dont l'acception est plus générale que celui d'athrepsie, pour désigner les enfants dont la nutrition a plus ou moins souffert à la suite de troubles gastro-intestinaux, qui sont curables en général par l'emploi du lait stérilisé; on doit les distinguer des athrepsiques vrais dont Parrot a tracé un tableau si saisissant.

La cure et l'élevage des enfants atrophiques nourris au biberon sont notre principale occupation dans les « Gouttes de lait », installées dans les dispensaires. On nous y apporte des enfants de tout âge, revenant de nourrice, ayant fréquenté les crèches, gavés de lait de porte cochère, de mauvaises mixtures, de bouillies farineuses administrées prématurément.

Les mères ont perdu leur lait depuis longtemps, force est donc de continuer le biberon. Nous fournissons du bon lait stérilisé à prix réduit, nous donnons des conseils précis pour les graduations des tétées, et nous inspectons et pesons chaque semaine les enfants à jour fixe.

Les gouttes de lait *ouvertes*, où l'on reçoit les enfants d'où qu'ils viennent, les nourrissons au biberon, aussi bien que ceux à l'allaitement mixte ou au sein, sont très distinctes de celles qui fonctionnent dans les maternités sous la direction des accoucheurs. Ceux-ci font revenir chaque semaine les femmes qui ont accouché dans leur service et surtout celles qui nourrissent au sein.

Il y avait à la consultation de nourrissons de la clinique Tarnier 60 p. 100 des enfants nourris entièrement au sein, 34 p. 100 des enfants à l'allaitement mixte et 6 p. 100 seulement des enfants au biberon.

C'est aussi bien l'œuvre des sociétés philanthropiques que des médecins d'encourager l'allaitement maternel, et comme il ne paraît pas possible de surveiller tous les nourrissons dans les « Gouttes de lait » (40 000 enfants environ chaque année dans l'enceinte parisienne), il paraît plus urgent de

s'occuper des enfants au biberon qui meurent quatre fois plus de gastro-entérite que ceux élevés au sein, d'après les statistiques officielles.

L'avenir des « Gouttes de lait » est leur développement dans cette direction et, comme je l'ai dit ailleurs (1), ces institutions nouvelles deviendront par la force des choses des écoles d'allaitement artificiel. La mère dont l'enfant élevé au sein se développe bien reste chez elle ; celle qui n'aura pas su élever le sien au biberon, ce qui est la règle, accourt à la Goutte de lait.

Il est vrai que quelques esprits chagrins ont été jusqu'à prétendre que les distributions de lait stérilisé faisaient tort à l'allaitement maternel ; que le fait de soigner et de guérir les enfants au biberon, les atrophiques, était une prime à l'allaitement artificiel. Nous sommes tous d'accord pour admettre que l'allaitement artificiel est une triste nécessité sociale, dont nous ne pouvons qu'atténuer les dangers et que nous sommes impuissants à supprimer. On ne reproche pas aux médecins qui soignent et guérissent les maladies vénériennes d'encourager la prostitution.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(3 avril 1903)

La séance a été en grande partie consacrée à la lecture et à la discussion du rapport de M. Barth sur les **moyens à employer pour désencombrer les hôpitaux**, en particulier sur la création d'asiles spéciaux pour les demi-infirmes et sur l'envoi des vieillards à la campagne où ils pourraient être hospitalisés par des paysans.

Les conclusions de ce rapport ont été adoptées à l'unanimité par les membres présents.

Voici ce que M. Babinski, auteur du projet de création d'un asile pour demi-infirmes, entend sous ce nom. Il existe toute une catégorie de malades chroniques ou incurables qu'on doit assister, si dans la lutte pour la vie, ils sont abandonnés à leurs propres forces, qu'il n'y a pourtant lieu d'admettre ni dans les hospices ni dans les hôpitaux, parce qu'ils sont encore en état de travailler et que, s'ils ont besoin de soins, ils peuvent les recevoir sans séjourner dans ces établissements. C'est la catégorie des malades qu'on peut appeler les demi-infirmes, dont le type est l'épileptique à accès espacés.

Pour des malades de ce genre il faudrait créer des asiles spéciaux différant complètement par leurs caractères des hospices et des hôpitaux et infiniment plus économiques. On construirait à la périphérie de la ville des baraquements analogues à ceux d'Aubervilliers où les malades dont il s'agit trouveraient un refuge ; ils seraient en droit d'y passer la nuit seulement ou d'y rester une journée. En raison de la liberté qu'ils auraient ils pourraient s'occuper en ville dans la mesure de leurs forces et par leur travail se procurer le bien-être dont ils seraient privés en restant constamment à l'asile.

Il est certain que ce mode d'assistance rendrait de grands services.

Ensuite vint une communication de M. Triboulet sur la **tachycardie transitoire dans l'alcoolisme** que nous publierons *in extenso*.

M. Variot présente ensuite un enfant qui démontre les **avantages que l'on peut retirer de l'emploi de l'alimentation par le lait stérilisé industriellement** (surchauffé à **108 degrés**). (Voir plus haut, p. 417.)

Enfin M. Hirtz lit, en son nom et au nom de M. Louste, un travail où est démontrée **l'action favorable du nitrite d'amyle sur certaines manifestations hystériques**. Ces nouveaux faits viendraient à l'appui de la conception de M. Hirtz sur certains accidents qu'on peut réunir sous le nom de maladie angiospasmodique, maladie qui, dans certains cas, prenant la forme d'angiospasme périphérique, pourrait précéder l'artério-sclérose ; pourrait aussi se traduire par de l'angiospasme viscéral et constituer, suivant la localisation sur le système cérébro-spinal, toutes les modalités de l'hystérie et de l'hystéro-neurasthénie ; pourrait enfin aboutir par sa localisation sur les vaisseaux du rein à de l'albuminurie intermittente (orthostatique ou autre) ; et pourrait même créer dans l'estomac des ulcérations avec hématémèses ; on comprend, avec cette théorie, l'action favorable du nitrite d'amyle.

MÉDECINE PRATIQUE

L'orthoforme en obstétrique.

M. le docteur Aveline vient de publier une étude d'ensemble (1) où nous puisons des enseignements utiles pour le praticien. On sait que l'orthoforme est une poudre d'un blanc jaunâtre, finement cristallisée, très légère, incolore, insipide, très peu soluble dans l'eau. A 15 degrés, l'eau n'en dissout qu'une très faible proportion, mais, à une température supérieure, sa solubilité augmente dans de notables proportions. En pratique, lorsque, à la température de 60 à 70 degrés, on fait dissoudre cinquante centigrammes d'orthoforme dans 100 centimètres cubes d'eau, on peut, après refroidissement, compter sur une solution parfaitement stable. La solubilité de l'orthoforme peut donc être évaluée à 0,50 p. 100.

Au moment où on la prépare, la solution aqueuse d'orthoforme est presque incolore, mais à mesure qu'elle vieillit, elle jaunit peu à peu et laisse déposer dans le fond du flacon un précipité amorphe rouge brique : cette transformation fait perdre à la solution une grande partie de son pouvoir anesthésique et se rapproche ainsi des vieilles solutions de cocaïne et d'holocaïne.

L'orthoforme est insoluble dans le chloroforme, la benzine, le sulfure de carbone et l'essence de térébenthine ; il est peu soluble dans l'éther ; le formol le dissout au début en modifiant sa couleur, mais, assez rapidement, il se forme un précipité qui doit très probablement correspondre à une décomposition du produit. L'huile et la glycérine maitiennent assez bien l'orthoforme en suspension, mais des cristaux finissent par se déposer au fond du flacon. Seule, l'huile d'amandes douces conserve longtemps en suspension le médicament et l'empêche d'adhérer soit aux parois du vase, soit aux parois de la seringue de Pravaz. Cette propriété a été utilisée par Kassel, qui mélange pour cet usage 25 grammes d'orthoforme à 100 grammes d'huile.

L'alcool est un bon dissolvant de l'orthoforme, mais, si l'on veut avoir des solutions tout à fait stables, il ne faudra jamais, dans la pratique, dépasser la teneur de 20 p. 100, en employant de l'alcool à 93 degrés.

Les solutions hydro-alcooliques se préparent assez facilement et répondent plus que suffisamment aux besoins de la

(1) L'avenir des Gouttes de lait, *Arch. de méd. de l'enf.*, avril 1903.

(1) Aveline. *L'orthoforme, accidents auxquels il peut donner lieu en obstétrique*. J. Rousset, Paris 1902.

pratique journalière. MM. Guinard et Soulier recommandent les formules suivantes :

Orthoforme.........	4 grammes.
Alcool.............	34 centimètres cubes.
Eau................	66 —

Orthoforme.........	1 gramme.
Alcool.............	10 centimètres cubes.
Eau................	90 —

Ces solutions sont parfaitement stables à condition que l'on ait pris soin de dissoudre d'abord l'orthoforme dans l'alcool, puis d'ajouter l'eau distillée. La seconde est préférable à la première en ce qu'elle contient beaucoup moins d'alcool et qu'elle est, par conséquent, d'un emploi plus pratique.

L'antipyrine facilite la dissolution du médicament. Si l'on fait, à chaud, une solution à parties égales d'antipyrine et d'orthoforme (1 gramme pour 100 grammes d'eau), on obtient un liquide jaune verdâtre, un peu opalescent et qui ne précipite pas.

M. Morsault a signalé une incompatibilité intéressante, si l'on prescrit :

Antipyrine................	} āā 1 gramme.
Orthoforme................	
Dermatol..................	

L'antipyrine ne tarde pas à se liquéfier; la poudre s'agglomère en grumeaux durs, compacts, inutilisables.

Les propriétés physiologiques du médicament ont été fort bien étudiées par M. Viala. En dissolution, l'orthoforme s'absorbe facilement et s'élimine de même; il semble n'avoir qu'un pouvoir d'imprégnation assez faible et ne paraît agir qu'en masse, subitement, mais d'une manière relativement fugace. Ces propriétés, jointes à sa faible solubilité, permettent de le considérer comme un médicament habituellement sans danger. Mais, dans quelques cas, à la suite de l'administration de l'orthoforme, on voit survenir des accidents locaux : irritation de la plaie, éruptions cutanées, quelquefois même sphacèle et gangrène circonscrite — ou généraux, céphalalgie, fièvre, vomissements, prostrations plus ou moins intenses. C'est sur ces accidents que M. Aveline attire l'attention. Il est bon, en outre, de se rappeler que l'allaitement avec un sein pansé à l'orthoforme n'est pas sans retentir fâcheusement sur le développement du nourrisson.

L'orthoforme étant surtout un analgésique, et n'ayant que de faibles propriétés antiseptiques, est indiqué toutes les fois qu'un pansement analgésique et simplement stérile se trouve indiqué et particulièrement dans le traitement des crevasses et gerçures du sein au début.

Pour éviter tout accident, il convient d'observer les règles suivantes que formule M. Aveline.

1° N'employer l'orthoforme qu'en poudre brute ou en solution alcoolique.

2° Ne laisser le pansement en place que pendant une courte durée, une demi-heure environ.

3° Après avoir retiré le pansement à l'orthoforme, irriguer avec soin la plaie avec de l'eau boriquée ou de l'eau bouillie et ne présenter le sein à l'enfant qu'après avoir fait une toilette complète du mamelon.

4° Au plus léger symptôme d'irritation locale chez la mère, ou au plus léger trouble de nutrition observé chez l'enfant, cesser immédiatement l'emploi du médicament.

L. B.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies de la prostate (1), par Von Frisch. Traduit par MM. les docteurs Bidlot et Renard-Dethy.

Si l'édition allemande de ce volume répondait à un besoin général, ainsi que l'affirme son éditeur, la traduction française en est parfaitement justifiée. Il est toujours utile de connaître l'opinion moyenne à l'étranger sur une question quelconque : à ce point de vue le livre de M. Frisch est fort intéressant; c'est du reste un plaisir pour le lecteur français de constater que le rôle de l'école de Necker demeure prépondérant en ces matières. Il en est ainsi pour la physiologie de la prostate, la tuberculose et surtout l'hypertrophie, que, comme il convient, constitue le chapitre le plus important du livre. Ce n'est pas à dire que les aperçus originaux fassent défaut; un certain nombre de chapitres sont fort instructifs; je citerai en particulier les chapitres consacrés à la prostatite chronique et aux névroses de la prostate. L'hypertrophie est longuement étudiée puisqu'elle comporte environ la moitié du livre, le traitement surtout en est minutieusement détaillé : il est permis seulement de regretter, pour un livre qui porte la date de 1903 l'absence à peu près complète de discussion sur la prostatectomie. Par contre le lecteur français s'intéressera à la description de l'opération de Bottini, encore peu connue chez nous et qui, cependant, a donné à l'étranger des résultats très appréciables. Je n'ajouterai qu'une réflexion : les ouvrages allemands, même lorsqu'ils sont luxueusement édités, ce qui n'est pas rare, présentent habituellement les dispositions typographiques les plus fâcheuses; il en résulte qu'ils sont lourds d'aspect et pénibles à lire. Il serait à désirer que les traducteurs français fissent effort pour faire disparaître ces défauts.

L. IMBERT.

Photothérapie et photobiologie (2), par Leredde et Pautrier.

Dans ce livre, les auteurs se sont proposé de résumer les faits relatifs à l'action de la lumière sur les êtres vivants et de faire connaître les applications qui en ont été tirées au point de vue de la pratique médicale. Après avoir rappelé les caractères physiques de la lumière et les principaux détails de la spectroscopie, MM. Leredde et Pautrier étudient successivement l'*action de la lumière sur les formes élémentaires de la vie*, l'*action de la lumière sur les bactéries*, *les végétaux et les animaux*. Un chapitre entier, très complet et très clair, est réservé à l'*action de la lumière sur l'organisme humain*, considérée tant dans les lésions organiques que dans les lésions chroniques que la lumière est capable de produire sur le revêtement cutané normal ou pathologique.

Forts de ces données physiologiques, les auteurs nous font alors connaître les applications thérapeutiques de la lumière; ils traitent successivement des résultats thérapeutiques de la *photothérapie positive*, de la *photothérapie négative* et du *bain de lumière*. Une place importante est, comme de juste, réservée au traitement du lupus, dont de superbes photographies, prises avant et après la cure, montrent la réelle valeur. Ainsi que le dit Finsen dans la préface de ce livre, « le sujet est difficile, mais il a été étudié avec beaucoup de soin, d'intelligence et d'esprit critique. » Nous ne pouvons que souscrire à l'opinion autorisée du savant que l'on doit considérer comme le véritable créateur de la photothérapie.

L. BABONNEIX.

---

(1) In-8° de XVII-208 p. Prix : 8 francs. — Paris, J. Rousset.
(2) Gr. in-8°. — Paris, C. Naud.

L'alcoolisme et la lutte contre l'alcool en France (1), par le docteur Romme, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

Livre tout d'actualité au moment où l'alcool trouve des défenseurs tout au moins inattendus.

Dans la première partie de cet aide-mémoire, l'auteur étudie les méfaits de l'alcool sous toutes ses formes et dans toutes ses manifestations. D'importants chapitres traitent de l'action physiologique de l'alcool, de son action toxique, de la consommation de l'alcool, et enfin des conséquences sociales de l'alcoolisme en France. — La seconde partie est consacrée aux moyens que nous avons de lutter contre l'alcoolisme, et comprend trois chapitres : les causes de l'alcoolisme; la valeur des lois prohibitives et de l'initiative privée; les conditions de la lutte contre l'alcoolisme.

Chacun trouvera dans cet ouvrage tout ce qui est nécessaire de savoir sur ces graves questions, et pourra y puiser les idées précises et les renseignements exacts qui lui permettront de joindre son effort à celui des hommes de bonne volonté qui, de toutes parts, travaillent à organiser la lutte contre l'alcoolisme, et à en enrayer les ravages.

L. GAYARD.

La lutte contre le lupus vulgaire (2), par Niels R. Finsen.

Le lupus « n'est pas seulement redoutable pour le patient lui-même, il est aussi, pour son entourage, un objet d'effroi et de dégoût ». Aussi s'est-on efforcé, depuis longtemps, de lui opposer une thérapeutique efficace, mais les traitements les plus divers et quelquefois même les plus bizarres ont échoué, et le lupus est généralement considéré comme une affection incurable.

Depuis quelques années, M. Finsen a essayé une nouvelle thérapeutique, la photothérapie. Cette méthode a donné les meilleurs résultats, et, dès aujourd'hui, elle apparaît comme véritablement curative. Ce sont ces résultats qu'expose M. Finsen dans une brochure que complètent des photographies très démonstratives de lupus *avant* et *après* la cure.

L. BABONNEIX.

Précis de matière médicale (3), par E. Collin.

« Pendant plusieurs siècles, la matière médicale s'est bornée principalement à exposer l'histoire, l'origine botanique, les caractères extérieurs et les usages des drogues simples... Sous l'influence des progrès rapides réalisés dans la seconde moitié du siècle dernier par les sciences physico-chimiques et naturelles auxquelles elle est si étroitement liée, elle modifie profondément ses méthodes d'examen. L'étude de l'apparence extérieure des drogues fut complétée par celles de leur structure anatomique, de leur composition chimique, de la détermination de la localisation et du dosage de leur principe actif. »

D'où la nécessité d'un précis de matière médicale en harmonie avec les récents progrès de la science, précis qui, pour répondre aux désirs du public savant, doit être exact, complet et clair.

C'est un livre ainsi compris que vient d'écrire M. Collin. Adoptant la classification botanique de Benthem et Hooker, il signale, à l'occasion de chaque plante, les détails les plus importants de leur structure; il étudie avec minutie les drogues « qui sont le plus souvent vendues sous la forme pulvérulente et dont l'identité sous ce dernier état ne peut être constatée que si l'on connaît parfaitement les détails de leur structure »; il indique la composition chimique de chaque substance, la nature de son principe actif, les moyens de le doser et de le localiser, les falsifications auxquelles il peut donner lieu. Des figures schématiques illustrent cet excellent ouvrage.

L. BABONNEIX.

(1) Petit In-8°. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) Gr. in-8°, — Paris, C. Naud.
(3) In-8°. — Paris, O. Doin.

Étude statistique sur la criminalité en France, de 1826 à 1900 (1), par H. Guégo.

L'étude présentée par le docteur Guégo repose sur des documents rigoureusement exacts, jusqu'ici épars, incomplets ou inédits. C'est une œuvre de coordination et de synthèse, qui facilite la solution des problèmes sociaux en fournissant des données précises. Elle a donc l'intérêt de toute statistique bien faite; de plus, elle apporte les arguments les plus précieux à ceux qui admettent, sans preuves suffisantes, que la criminalité augmente actuellement en France.

Ce travail soigné intéressera tous ceux que passionnent les questions de pathologie sociale.

L. BABONNEIX.

Le diabète et l'alimentation aux pommes de terre (2), par A. Mossé.

Depuis quelque temps déjà, M. Mossé s'est efforcé de prouver que les pommes de terre peuvent, dans une certaine mesure, être substituées au pain dans le régime des diabétiques, et que leur ingestion amène habituellement « une diminution rapide de la soif, de la glycosurie, une amélioration du syndrome urologique et un mieux-être général ».

Cette théorie, en opposition avec les idées régnantes, M. Mossé la reprend aujourd'hui dans un volume qui contient tous les travaux qu'il a publiés sur ce sujet. De ses recherches cliniques et pathogéniques, l'auteur conclut que l'alimentation aux pommes de terre est non seulement inoffensive, mais même utile dans le diabète et dans les complications chirurgicales diabétiques et qu'elle apporte aux diabétiques les éléments d'une véritable *cure alcaline.* Conclusions des plus intéressantes et qui, si elles ne nous laissent pas encore entrevoir la guérison radicale du diabète, permettent du moins de rendre le régime des diabétiques « moins sévère, moins coûteux, plus simple, plus efficace ».

L. BABONNEIX.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Association générale des médecins de France.

Le court article que nous consacrions récemment à l'Association générale des médecins de France a eu dans la presse médicale un certain retentissement qui a ému quelques membres du conseil général — et cela bien à tort, car nous visions simplement une question de principe.

Désireux de garder une stricte impartialité, nous avons demandé à M. le secrétaire général de l'Association des renseignements sur la création de ce fameux Bulletin périodique.

Ces renseignements les voici :

A l'Assemblée générale du 19 avril prochain, le conseil proposera de compléter le vote émis le 6 avril 1902 en autorisant l'insertion au Bulletin d'un certain nombre de pages contenant des annonces et dont le prix contribuera à alléger les charges qu'impose à la caisse centrale la publication des actes de l'Association.

Cette question de la création d'un Bulletin remonte exactement à 1863. Mais jusqu'ici les Assemblées générales n'avaient jamais ratifié les différentes propositions qui leur avaient été faites dans ce sens.

(1) In-8°, broché, avec cartes et diagrammes. — Paris, Michalon.
(2) In-8°. — Paris, F. Alcan.

Cette proposition a été maintes fois reprise ces dernières années et, le 6 avril 1902, l'Assemblée donna au conseil général l'autorisation de transformer immédiatement l'annuaire en une publication périodique paraissant tous les deux mois.

L'Assemblée actuelle a à voter uniquement sur la question des annonces. Car ainsi que faisait remarquer le docteur Boursier à la séance annuelle de la Société centrale: « Qui paiera les frais de l'annuaire? Est-ce la caisse destinée à servir des allocations ou des secours aux médecins, à leurs veuves et à leurs orphelins, ou bien seront-ce des agences de publicité ? »

La question est nettement posée: la réponse du conseil général est qu'il faut demander aux annonces de payer les frais.

Tels sont les faits. Leur exposé, presque officiel, ne change rien à notre façon de voir et nous continuerons à demander aux délégués d'étudier la question de très près.

L'Association de la presse médicale avait offert son concours gracieux pour donner aux comptes rendus des séances de l'Association générale toute la publicité désirable. L'accord était fait. La publication se faisait régulièrement, *gratuitement*. Puis tout à coup les journaux de médecine n'ont plus rien reçu, sans qu'aucun d'eux fût averti de l'orientation nouvelle des idées du comité directeur.

C'est devant ce revirement subit, que nous nous sommes demandé si un fait nouveau n'était pas survenu pouvant légitimer la création d'un Bulletin périodique, or ce fait nouveau nous ne le trouvons pas.

Ce Bulletin créé, il faut, pour qu'il ne soit pas onéreux, recourir à l'annonce. A quel taux arrêtera-t-on le chiffre des recettes? Sera-ce au chiffre exact des dépenses? Mais, quelques annonces de plus et le Bulletin cesserait d'être onéreux, peut-être même, la tentation aidant, serait-il d'un bon rapport.

Voilà pourquoi nous voyons avec quelque crainte une mutualité médicale se lancer dans la création d'un Bulletin rémunéré par des annonces. C'est la porte ouverte à l'imprévu. Ce sera pour ceux qui sont à la tête du Bulletin la tentation forte de faire mieux, de faire plus, et de lancer l'Association dans une aventure de presse avec tous ses risques. Le péril n'est peut-être pas à craindre pour aujourd'hui et nous sommes même persuadés que les auteurs du projet veulent maintenir strictement le Bulletin sur le terrain professionnel.

Mais le principe admis, nul ne peut répondre que, dans cinq ou dix ans, le Bulletin ne prendra pas par la force des choses une extension plus grande, justifiant le nom d'*affaire commerciale* que nous avons employé.

C'est sur ce danger que nous tenons encore à insister et c'est sur lui que nous attirons l'attention des délégués avant le vote auquel ils vont être appelés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. MM. Ribot, Baudoin, Rivet, Papin, Béal, Pater, Denécheau, Sénéchal, Claret, Picot.

11. Mlle Mouroux, MM. Deshayes, Tanon, Siegel, Gaillard, Clément, Morel, Bloch, Tixier, Israël de Jong.

21. Broc, Jeannel, Chartier, Caldaguès, Claeys, Cottard, Pillet, Moutier, Delille, Dreyfus.

31. Sourdille, Renaud, Jardry, Maillard, Rigollot, Malloizel, Duval, Blondin, Liné, Mougeot.

41. David, Dobrovitch, Cerise, Deglos, de Martel de Janville, Leenhardt, Philibert, Poupardin, Pathault, Perreaux.

51. Horteloup, Brésard, Chirié, Lebret, Naudrot, Vieillard, Eschbach, Mathieu Picqué, Lutaud, Lafosse.

61. Claude, Mlle Maugeret, MM. Magitot, Tassin, Landowski, Dézarnaulds, Bornait-Legueule, Brissy, Le Jemtel.

Internes provisoires. — 1. MM. Camus, Jules Lemaire, Berthaux, Blanluet, Küss, Rouhier, Gy, Poisot, Gravelotte, Moncany.

11. Ameuille, Gourmand, Mocquot, Roland, Rabourdin, Barthélemy, Burgaud, Chaix, Cornélius, Kauffmann.

21. Chassagnol, de Fourmestraux, Christesco, Joseph Fabre, Vannier, Nathan, Ripart, Friedel, Bardon, Deniker.

31. Labarrière, Jullich, Oppert, Sautelet, Blairon, Fayolle, Gruget, Darcanne, Desmoulins, Coutelas.

41. Walter, Herbinet, Demanche, Rœderer, Pappa, Chochon-Latouche, Daversin, Demarque, Pelletier, Chevallier.

51. Francoz, Perrin, Cléret, Benoît, Baldenweck, Bodolec, Clovis Vincent, Maurice Barbier, Sauphar.

61. Charles Hubert, André Patry, Carlotti, Leremboure, Le Louët, Germain, Lew, Ferrand, Raymond.

— *Concours pour six places de médecin des hôpitaux.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Proust, Variot, du Castel, Gilbert, Bouchard, Cuffer, Hirtz, Dalché, Ménétrier, Jacquet, Dieulafoy et Poirier.

MM. du Castel, Bouchard, Hirtz, Dalché, Ménétrier et Dieulafoy ont accepté.

La date du concours est reportée au lundi 4 mai, à midi.

— *Concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Boissard, Doléris, Porak, Champetier de Ribes, Bonnaire, Capret et Delbet.

Seuls, MM. Doléris et Delbet n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Écoles de médecine. — *Nantes.* — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 3 avril 1903, un concours s'ouvrira, le 16 novembre 1903, devant la faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'accouchement à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Collège de France. — Par décrets du 1er avril 1903, il est créé au Collège de France une chaire de pathologie générale et comparée.

M. le docteur Charrin (Benoît-Albert), agrégé de la faculté de Paris, directeur du laboratoire de médecine expérimentale annexé à la chaire de médecine du Collège de France, est nommé professeur de la chaire de pathologie générale et comparée instituée audit établissement.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Breen (de Bordeaux).

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

BON POSTE MÉDICAL. — *Médecin jeune et actif.* — Écrire à M. G. Duboys, conseiller municipal, à La Couronne (Charente).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 42. — JEUDI 9 AVRIL 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 9 AVRIL 1903. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

A PROPOS DE DEUX CAS DE TACHYCARDIE ALCOOLIQUE TRANSITOIRE (1)

Par H. TRIBOULET, médecin des hôpitaux.

L'alcool, comme divers produits d'ingestion, thé, café et comme aussi le tabac, chiqué ou fumé, exerce sur le cœur une action non douteuse dans le sens d'une accélération du rythme cardiaque.

Cette accélération peut se manifester suivant trois modes différents : mode *transitoire*, mode *paroxystique*, mode *continu*.

Le premier mode s'est révélé à nous deux fois, en quelques semaines, sous forme d'un trouble fonctionnel *passager*, d'une netteté quasi expérimentale, et a servi comme type d'exposé à M. Guérin, externe des hôpitaux, dans sa thèse récente sur la tachycardie alcoolique (2).

OBS. I. — Le nommé Y..., trente-cinq ans, électricien, entré en pleine période d'excitation alcoolique, avec attaques d'hystérie.

On l'isole, et du jour au lendemain les attaques cessent, laissant un certain état de dépression physique et intellectuelle; mais il est possible, à ce moment, d'examiner complètement le sujet.

On constate un état gastrique (nausées), le malade a, d'ailleurs, vomi les jours précédents, et de la constipation. — Langue large, étalée, blanche. — Anorexie. Cet homme est comme parésié (membres supérieurs et inférieurs), et on constata chez lui l'existence de zones très nettes d'anesthésie, d'ailleurs fugaces et variables d'un jour à l'autre. Ce malade est absolument apyrétique, mais son pouls, d'ailleurs bien frappé, va de 130 à 136 à la minute. Il y a *tachycardie*. A l'auscultation, le cœur et l'aorte paraissent normaux. La tension artérielle est de 15.

Rien d'anormal à l'auscultation du poumon; il y a lieu d'ajouter que les urines sont émises en quantité à peu près normale, et qu'on n'y trouve ni sucre, ni albumine.

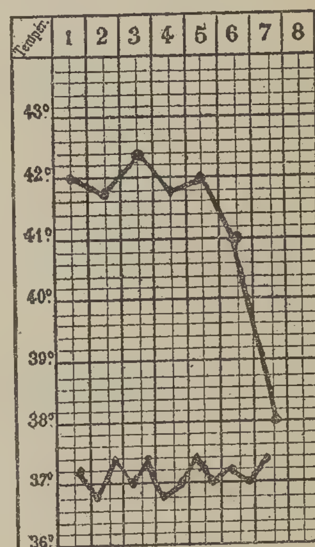
(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux, séance du 3 avril 1903.

(2) EUG. GUÉRIN. *Tachycardie alcoolique*, Th. de Paris, mars 1903.

Traitement : purgations, régime lacté.

Le sixième jour, après l'entrée à l'hôpital, on note 116 pulsations, puis le septième jour 100, et enfin 80, au huitième jour, et par la suite.

Voici donc bien une *tachycardie transitoire;* elle a duré exactement sept à huit jours, et s'est terminée par le retour des pulsations à leur chiffre moyen. Comme il y a tout lieu de supposer que le pouls était normal avant l'entrée à l'hôpital, on est autorisé à admettre l'intervention d'une influence intercurrente, laquelle est bien ici une intoxication alcoolique, comme le montre clairement la notion étiologique.



Tracé de la première observation.

Cet homme, grand et vigoureux (à noter qu'il a eu des accidents de saturnisme), se sentant souffrant, et moralement déprimé, se met à boire, en quatre ou cinq jours, un litre et demi à deux litres de rhum, et tombe alors dans l'état d'intoxication profonde que nous avons constaté lors de son entrée à l'hôpital.

L'évolution n'est pas moins démonstrative, et, sous l'influence du repos et du régime, le malade ayant évacué son toxique, recouvre à la fois son équilibre intellectuel et fonctionnel viscéral, notamment son rythme cardiaque normal. Il semble bien qu'il y ait là pleine justification de lavage : *Sublatâ causâ tollitur effectus.*

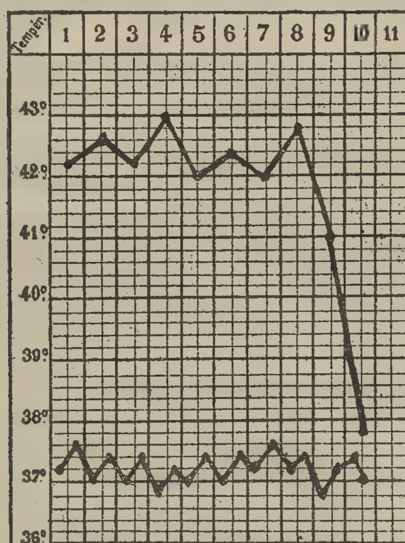
LA DEUXIÈME OBSERVATION n'est pas moins probante :

Homme, trente-huit ans, chauffeur, entre pour un ensemble de symptômes caractéristiques de l'alcoolisme chronique : état gastrique à pituites, insomnies, crampes, avec déchéance de l'état général. Urines de quantité et de qualité normales.

Il n'y a pas de fièvre, et, cependant, le pouls bat à 132, 140. Il est régulier, et l'auscultation du cœur ne dénote aucune modification appréciable.

Pendant huit jours, du 12 au 19 juin, le pouls oscille entre 132 et 140 pulsations; puis, brusquement, le 20 juin, il tombe à 116, le 21 à 88, et à 76, 80 les jours qui suivent.

Comme on voit, le deuxième tracé est absolument superposable au premier, et le tout est d'une concordance non douteuse, car l'étiologie est aussi l'imprégnation par l'alcool. Longtemps soumis à une ration d'un litre et demi de vin et de deux apéritifs, ce malade a augmenté depuis



Tracé de la deuxième observation.

quelque temps, et avoue deux à trois litres de vin, et deux ou trois absinthes supplémentaires.

Ici enfin, même traitement, même évolution : régime lacté, purgations, et, encore la même constatation : *sublatâ causâ, tollitur effectus.*

Je n'ai pas, avec ces deux observations, la prétention de révéler l'existence d'un trouble physiologique nouveau : la tachycardie alcoolique est bien connue; mais, toutefois, j'insiste sur la netteté tout expérimentale des désordres dans les cas actuels, véritables schémas de *tachycardie transitoire.*

Mais j'estime qu'il y a plus à faire ici que de se contenter de cet exposé pur et simple. Je me demande, et je demande à ceux qui ont des observations de ce genre, si la guérison de ces tachycardies toxiques n'est pas plus apparente que réelle.

Ces malades, que nous soumettons au repos et à une hygiène parfaite, améliorent leur état fonctionnel morbide, au point que nous concluons à la guérison; mais que deviennent-ils dès la reprise de leurs travaux, et surtout... de leur régime?

Je suis autorisé à poser cette question, car, dans la thèse de M. Guérin, j'ai signalé une troisième observation dans laquelle la tachycardie, d'origine complexe, il est vrai (béribéri ancien, tabac, absinthe), avait revêtu le type paroxystique (160 à 200 pulsations, pendant quatre à cinq semaines). L'asystolie avait été menaçante et voici que le malade, subitement, s'était amélioré au point de faire croire à la guérison. Deux mois plus tard, la tachycardie reparaissait, avec l'asystolie, et le malade succombait. L'absence d'autopsie, dans ce cas, n'a pas permis de vérifier s'il y avait lésion cardiaque concomitante; mais celle-ci n'aurait, en tout cas, su être que tardive, puisqu'il y avait eu rétablissement de la santé, sans signes physiques de cardiopathie avec lésion cliniquement appréciable.

A propos de ces observations, je veux développer quelques considérations, les unes d'ordre étiologique et pathogénique, les autres d'ordre anatomo-clinique, et concernant le pronostic d'avenir de ces troubles fonctionnels cardiaques.

En premier lieu, il y a à établir sans contestation que le rythme tachycardique est bien dû à l'imprégnation par l'alcool, puisque, je le répète, l'alcool supprimé, la tachycardie disparaît.

Mais, a-t-on dit, l'alcool agit-il bien par imprégnation nerveuse directe des fibres cardiaques, ou du bulbe, et ne s'agit-il pas plutôt de son action par voie réflexe stomacale?

Je répondrai non, sans hésiter, à cette question. Nous connaissons, en effet, les tachycardies liées à l'excitation de l'alcool à distance, par voie muqueuse stomacale, ou par voie buccale même. Cette tachycardie dure ce que dure la sollicitation, quelques minutes, au cas de dégustation; quelques heures, au cas d'ingestion. Or, la tachycardie par nous observée a duré *huit* jours, environ. Mais, dit-on encore, pourquoi incriminer les centres ou les filets nerveux? Pourquoi ne pas admettre l'action toxique sur la fibre cardiaque? Parce que, répondrai-je, dans les cas rapides, dits réflexes, l'influence nerveuse ne fait pas de doute; parce que, dans les cas intenses et prolongés, on voit la névrite périphérique accompagner les troubles cardiaques, et tout donne alors à entendre qu'il s'agit d'imprégnation nerveuse. Si, donc, la voie pathogénique est nerveuse dans les cas d'origine, et aussi dans les cas ultimes, on ne voit pas pourquoi les cas moyens échapperaient à cette influence. D'ailleurs, les allures cliniques de la myocardite ne sont en rien celles des faits que nous avons observés : le pouls était ample et de tension normale, 15.

Le deuxième point sur lequel j'insiste, c'est que, trop communément, on croit que l'action de l'alcool sur l'innervation cardiaque n'appartient qu'aux formes graves et diffuses de paralysie alcoolique. Or, nos deux observations, comme celle de Vaquez et Laubry (1), montrent la tachycardie évoluant comme symptôme unique, et sans névrites périphériques appréciables.

Enfin, au point de vue ANATOMO-CLINIQUE, je me demande, en présence des tachycardies *transitoires* (quelques jours), *prolongées* (quelques semaines), et *continues*, avec ou sans rémissions, quand doit-on songer à la névrose exclusivement; quand, à la névrite? Ou mieux, sans préjuger des désordres histologiques que l'examen direct ne permet pas souvent de contrôler, ne peut-on supposer qu'il y ait, entre les formes transitoires et les deux autres formes, une sorte de gradation, en raison de laquelle, modifiable, régressible en deçà, le trouble fonctionnel devient permanent au delà?

Mon impression clinique serait volontiers que ces tachycardies sont d'un pronostic d'avenir à réserver, que les filets ou que les centres cardiaques soient touchés par l'alcool, assez légèrement, en apparence, pour que les désordres paraissent longtemps de nature fonctionnelle, plutôt que d'ordre matériel, il n'en reste pas moins que « la virginité fonctionnelle » du centre, ou des filets cardiaques, est perdue. Impalpable, intangible, indémontrable par nos moyens de recherche actuels, la modification des éléments nerveux se laisse supposer, à la facilité extrême des récidives. De plus, n'est-ce pas en raison de cette modification, progressive, qu'à une atteinte *transitoire* peut succéder tôt ou tard un trouble fonctionnel durable (formes *paroxystiques*)? Le système nerveux cardiaque est devenu plus vulnérable, et il peut l'être à ce point qu'aux désordres précédents peuvent succéder parfois rapidement, et brutalement même, les troubles définitifs qui conduisent à l'asystolie ultime. Les observa-

(1) VAQUEZ et LAUBRY. Soc. de neurol., 3 juillet 1902.

tions avec mort, et elles ne sont pas rares, ne le démontrent que trop.

Comme atténuation à ces données pronostiques si sévères, je signale, par contre, la facilité et la rapidité de la désimprégnation toxique par l'alcool, dans les phases initiales, dès que le malade, renonçant à son poison, revient aux règles de l'hygiène normale. N'en est-il pas, d'ailleurs, de la tachycardie, comme de tous les désordres fonctionnels imputables à l'alcool?

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(7 avril 1903)

L'emploi du **sérum gélatineux** ou mieux de la solution salée gélatineuse en injections sous-cutanées dans le traitement des anévrismes, tend de plus en plus à se généraliser surtout depuis les intéressantes communications de M. Lancereaux. Cette méthode est, dans une certaine mesure, efficace, cela est aujourd'hui démontré; mais est-elle absolument inoffensive? Certes non, si l'on s'en rapporte aux recherches de MM. Lop et Murat, qui ont relevé dix-huit cas de mort par tétanos consécutif à ces injections.

M. Chauffard, chargé d'un rapport sur ce travail, a très nettement exposé la question devant l'Académie. Il pense que tout le monde sera de son avis pour aviser à prendre les mesures nécessaires afin de supprimer le danger possible de ces injections coagulantes, si précieuses dans certains cas.

Voyons d'abord quelles sont les conclusions de MM. Lop et Murat. On devra, disent-ils, n'employer les injections de sérum gélatiné que dans des cas très graves et presque désespérés; « opinion, ajoute M. Chauffard, qui me paraît très contestable, puisque les sujets les plus malades, les plus affaiblis, sont aussi les moins résistants devant l'infection tétanique.

Leur seconde conclusion, relative à l'emploi exclusif de la colle de poisson, est acceptable, mais sous réserves. Sans doute, l'ichtyocolle est un produit moins impur et moins dangereux que les colles de Flandre, mais on ne saurait cependant le considérer comme donnant toute sécurité, et les occasions de contamination secondaire ne lui manquent pas au cours des opérations de fabrication et de séchage.

En réalité, seule une stérilisation appropriée peut écarter tout danger. Mais il ne s'agit pas ici de la stérilisation habituelle par ébullition, malheureusement signalée dans bien des observations; il faut une stérilisation capable de tuer les spores si résistantes du tétanos.

MM. Lop et Murat proposent d'employer soit une stérilisation faite trois jours de suite, à 100 degrés, pendant une demi-heure, en maintenant la solution à l'étuve entre deux stérilisations successives, pour permettre aux spores non détruites de se développer et d'être tuées par la stérilisation suivante; soit le procédé plus rapide et plus commode de la stérilisation à 115 degrés. Dans ce dernier cas, MM. Lop et Murat proposent une heure de stérilisation, durée qui me semble exagérée; pour ma part, les solutions que j'emploie depuis plusieurs années sont stérilisées dans mon laboratoire à 115 degrés pendant une demi-heure, et elles ne m'ont jamais donné le moindre accident. »

M. Chauffard ajoute que « l'Académie peut faire plus, et qu'elle doit appuyer d'une sanction les mesures préventives qu'elle jugera nécessaires. Il est, sans doute, très utile et très sage de spécifier quelle gélatine doit être choisie, et comment il convient de la stériliser. Mais où sera le contrôle, et comment le médecin pourra-t-il se tenir pour assuré de l'innocuité de la solution gélatinée qui lui est livrée? Et comment, en dehors de cette certitude, recourir à une médication passible de tels désastres, puisque tous les cas connus de tétanos gélatinique ont été rapidement mortels?

Faudra-t-il, comme le conseille Roux (de Lausanne), faire suivre chaque injection gélatinée d'une injection préventive de sérum antitétanique? Il faut avouer qu'une telle pratique impliquerait une si profonde méfiance de la méthode, qu'elle équivaudrait presque à en supprimer l'emploi.

On pourrait inscrire d'urgence au Codex, et rendre par cela même légalement obligatoire, la technique rigoureuse qui doit être suivie pour la préparation des sérums gélatinés. Ce serait, assurément, un progrès, mais j'aurais bien peur qu'il ne fût pas décisif, et que la notion vulgaire, si dangereuse dans le cas présent, que l'ébullition est un procédé de stérilisation toujours suffisant, ne continuât longtemps encore à faire des victimes.

En fait, je ne vois qu'une solution qui ait quelques chances d'être efficace, c'est de décider que la préparation des sérums gélatinés n'est pas libre, et qu'elle doit être soumise aux lois et règlements qui régissent la préparation des sérums thérapeutiques.

Dans ces conditions, les sérums gélatinés ne pourraient être fabriqués que par les établissements spéciaux qui préparent les produits opothérapiques et les différents sérums, établissements pourvus d'un outillage approprié, habitués aux procédés scientifiques de stérilisation, et directement soumis au contrôle administratif.

Telle est la conclusion que j'ai l'honneur de proposer à l'Académie, la soumettant à son examen et à son vote, si elle juge convenable de l'approuver ».

M. Lancereaux tient à déclarer que, sur des milliers d'injections coagulantes, il n'a jamais observé le moindre accident de quelque gravité. Parfois un peu de tuméfaction ou une fièvre un peu élevée ne durant qu'un jour.

Le rapport de M. Chauffard a donné lieu à une petite discussion : M. Chantemesse fait d'abord observer que l'expression de sérum ne convient pas pour désigner la solution salée gélatinée. Il craint, en outre, que la température de 115 degrés ne fasse perdre à cette solution ses propriétés coagulantes.

Ce n'est pas l'avis de M. Pouchet, qui affirme que cette solution, même portée à 115 degrés, conserve ses propriétés coagulantes, grâce sans doute à la chaux qu'elle contient en quantité considérable.

M. Gley pense qu'il y aurait un moyen d'éviter les accidents infectieux, ce serait peut-être de remplacer la gélatine décalcifiée pure du commerce, qui perd ses propriétés coagulantes, par une solution de chlorure de calcium acidulé. Des expériences concluantes ont été faites sur les animaux.

M. Nocard ne croit pas que les médecins consentiraient à substituer le chlorure de chaux à la gélatine. Il estime, en outre, qu'il serait peut-être excessif de réserver uniquement aux fabricants autorisés à préparer les sérums la préparation de la gélatine médicale. Il préférerait la simple inscription au Codex : stérilisation à 115 degrés, sous pression.

M. Chauffard pense que ce ne serait pas là une garantie suffisante, bien des pharmaciens de petites villes n'étant pas outillés pour faire cette stérilisation.

M. Brouardel ajoute que la seconde proposition de M. Chauffard, la fabrication réservée à ceux qui sont autorisés à faire des sérums, n'offrirait qu'une garantie illusoire, l'inspection de ces établissements étant impossible faute de crédits.

Aussi M. Brouardel préfère-t-il l'inscription au Codex.

M. Chantemesse se sert depuis plusieurs années de chlorure de calcium donné par la bouche pour prévenir les hémorragies de la fièvre typhoïde.

M. Dieulafoy fera connaître, dans la prochaine séance, un dix-neuvième cas de mort par tétanos consécutif à une injection de sérum gélatineux.

M. Leredde fait une communication sur le **traitement de la couperose par la photothérapie.**

Le traitement de l'acné rosée est dans la plupart des cas difficile; quelquefois la maladie devient incurable, en général elle ne guérit qu'à la condition de soins prolongés, par des pommades, des scarifications et l'électrolyse.

La photothérapie, déjà employée dans cette affection par Finsen, réalise un progrès considérable dans son traitement, comme il a pu s'en assurer. Parmi les malades que M. Leredde a soignés, la plupart avaient résisté aux méthodes anciennes et présentaient par conséquent des formes graves. Sur 8 cas, il a obtenu 8 guérisons. Dans les premiers cas qu'il a soignés, le traitement a été long parce qu'il craignait de déterminer des cicatrices en faisant des séances de photothérapie de plus d'une demi-heure. Mais peu à peu il est arrivé à faire des séances aussi longues que chez les lupiques et il a constaté que jamais il n'y avait de cicatrices consécutives. Dans ces conditions on peut guérir en deux ou trois semaines une couperose qui a résisté à des traitements, parfois pénibles, poursuivis pendant des mois.

M. L.-R. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, lit une note sur l'**emploi médico-légal de l'électrodiagnostic et de la radiographie dans la médecine des accidents.**

L'expert a, dans la radiographie, le moyen d'appuyer sur des preuves irrefutables ses constatations cliniques en ce qui concerne les lésions survenues aux organes et aux tissus à la suite des plaies avec corps étrangers, des contusions, entorses, luxations, fractures.

L'électrodiagnostic le renseigne aussi exactement sur la valeur réelle de l'excitabilité des nerfs et des muscles et par conséquent sur l'aptitude de ces derniers au travail.

Les données fournies par l'électrodiagnostic peuvent encore être contrôlées à l'aide de l'ergographe ou du collecteur de travail.

Grâce à l'emploi de ces trois moyens de contrôle on peut apprécier mathématiquement la perte de l'aptitude au travail et déjouer toutes les tentatives de simulation.

Les moyens de contrôle qui nous sont proposés par M. Regnier sont évidemment des plus utiles et des plus précieux. Mais peuvent-ils être mis facilement à la portée de tous les praticiens? (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Paralysies et crises laryngées du tabes. (M. Collet. *Lyon méd.*, 1903, p. 459.) — M. Collet rapporte quatre observations qui sont des cas de coexistence de deux manifestations fréquentes, du tabes, les paralysies et les crises laryngées, et il accompagne ces observations de quelques réflexions intéressantes :

« Les paralysies sont très fréquentes, dit-il, il faut s'attendre évidemment à trouver cette fréquence variable suivant les auteurs, puisqu'il ne s'agit que de statistiques restreintes. Le fait incontestable c'est que la paralysie porte sur les abducteurs de la glotte dans la moitié des cas (33 fois sur 71 cas de tabes avec paralysie laryngée, d'après Bürger). Elle se révèle par l'écartement défectueux des cordes vocales et une inspiration parfois sonore, surtout lorsque le malade s'agite.

Quant aux crises laryngées, leur symptomatologie est bien connue : forme légère caractérisée par des accès de toux convulsive avec reprise inspiratoire plus ou moins sonore, forme moyenne caractérisée par la fermeture spasmodique de la glotte avec cornage, puis asphyxie et souvent perte de connaissance, forme foudroyante. »

Les observations rapportées par M. Collet montrent qu'il ne faut pas confondre les *accès* spasmodiques de la crise avec la sténose glottique peu prononcée et constante, résultat mécanique de la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte.

« Cette paralysie peut seulement simuler les crises de très loin et à un examen superficiel; mais elle augmente l'intensité des crises, elle coexiste fréquemment avec elle et constitue peut-être l'une de leurs principales causes, en favorisant la contracture des adducteurs, et en tenant ainsi le larynx en continuelle *imminence de spasme.* »

M. Collet fait remarquer en terminant l'accélération du pouls qui accompagne parfois cette paralysie et l'amélioration évidente des crises, obtenue par la suspension ou l'extension de la moelle. L. GAYARD.

Maladie d'Addison et grippe. [Bouyer fils (de Bordeaux). *Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 avril 1903, p. 238.)] — M. Bouyer a présenté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux du 3 avril un cas très intéressant de maladie d'Addison à marche insidieuse, avec asthénie et mélanodermie discrètes dans les débuts et subitement aggravée par une attaque intercurrente de grippe.

M. Bouyer insiste sur l'importance du rôle de cette infection qui a donné un coup de fouet à l'auto-intoxication addisonienne en cours. La mélanodermie s'est étendue très rapidement, l'asthénie s'est accentuée. M. Bouyer met en cause l'insuffisance de lutte d'un organisme frappé de déchéance par lesion d'une glande de défense. Il signale en outre certains symptômes particuliers, un liséré gingival ardoisé simulant cliniquement le liséré plombique de Burton et une pigmentation pointillée noirâtre de la face qu'il compare à des taches excrémentitielles de mouche. E. RENAUD.

Des sténoses des voies lacrymales d'origine nasale. (*Revue. hebd. de laryngol.*, déc. 1902, n° 51, p. 729.) — Le docteur Eug. Fischer publie une observation de kyste lacrymal bilatéral guéri par une intervention intranasale analogue à celle que décrivait Passow (de Heidelberg) en 1901.

Il s'agissait d'un homme de trente-deux ans, présentant, des deux côtés de la racine du nez, des tumeurs de la grosseur d'un œuf, élastiques et nettement fluctuantes; elles remontaient à sept ou huit ans.

Le cathétérisme des voies lacrymales ne permettait pas de franchir l'embouchure inférieure du canal nasal.

L'auteur réséqua la portion antérieure des cornets inférieurs de façon à mettre à nu l'embouchure du canal nasal dans le méat inférieur; l'intervention fut couronnée de succès; les deux tumeurs s'effondrèrent, leur contenu se déversant dans le nez presque instantanément; la guérison s'est maintenue depuis. P. VIOLLET.

HYGIÈNE PUBLIQUE

De quelques nouveaux cas d'altération et de falsification des aliments. (A. Barraja. *Marseille méd.*, 1903, p. 203). — M. Barraja, interne en pharmacie des hôpitaux de Marseille attire l'attention sur quelques faits nouveaux qui intéressent la santé publique et qu'il lui a été donné d'observer. Il s'agit d'altération d'aliments : En voici quelques exemples.

Confitures contenant de l'acide sulfurique. Les fruits destinés aux confitures sont conservés par certains fabricants au moyen d'acide sulfureux qui a l'inconvénient de les décolorer. Pour leur rendre leur couleur première on les passe à l'eau acidulée SO^3H^2, mais on ne parvient pas à les débarrasser des traces de l'acide sulfurique qui s'est formé pendant les manipulations et qui reste adhérent aux fruits. C'est ainsi que sur des cerises M. Barraja a pu trouver 0 gr. 25 d'acide sulfurique libre par kilogramme.

Viande conservée par le sulfite de soude. — Ce procédé est employé par quelques bouchers qui badigeonnent la viande avec le sulfite de soude pour l'empêcher de noircir.

Les viandes examinées renfermaient environ 1 gramme de sulfite par kilog et le goût n'en décelait rien.

Lait additionné de formol. — Dans le but de conserver le lait, le formol serait employé par certains laitiers, dans la proportion d'une cuillerée à soupe pour 10 litres de lait. Le goût est masqué par 250 grammes d'eau de fleurs d'orangers et il est impossible, paraît-il, de s'en apercevoir.

M. Barraja après avoir signalé quelques autres altérations, termine en citant un *pseudo café*, fabriqué avec des graines de caroubier.

Ce produit a au moins l'avantage de n'être point toxique, et il possède même des propriétés plus nutritives que le vrai café. L. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le docteur Veverka signale les excellents résultats qu'il a obtenus à la clinique du professeur Rubesca à Prague, dans la prophylaxie de l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés, par le protargol. D'après l'auteur, la plus importante propriété du protargol se trouve dans ce fait qu'il n'est précipité ni par les albumines ni par les alcalins. Ce qui lui permet de porter son action bactéricide puissante jusque dans la profondeur des tissus. Le protargol fut employé chez onze cents nouveau-nés. Il n'y eut que quatre cas d'ophtalmo-blennorrhée, dont deux étaient venus du dehors. Des deux autres, l'un fut atteint après un accouchement très long chez une mère atteinte de blennorrhée du col, et pourtant la conjonctivite n'éclata qu'au septième jour comme chez le quatrième enfant, ce qui fait qu'on doit considérer ces deux cas comme dus à une infection secondaire. Après avoir insisté sur les avantages du protargol, l'auteur termine en disant qu'une solution de protargol à 20 p. 100 devrait toujours être dans l'arsenal de tout accoucheur.

QUESTION D'INTERNAT

Accidents nerveux du diabète sucré (1).

DIAGNOSTIC. — A. Les **paralysies diabétiques**, et particulièrement les paraplégies, peuvent être confondues avec *a.* les névrites à forme pseudo-tabétique (névrite alcoolique, diphtérique, arsenicale, etc.); *b.* avec certains tabes. Dans ce dernier cas, le diagnostic se fera α. par l'examen des antécédents et l'évolution de la maladie; β. par la recherche des signes de la série tabétique : atrophie papillaire, signe d'Argyll, diplopie, troubles vésicaux. (V. Babinski, *Traité Charcot Bouchard*, t. VI, 1re éd., p. 806 et sqq.)

B. Le **coma diabétique** est favorisé par une fatigue antérieure; il est annoncé par des troubles respiratoires (R. de Kussmaul), abdominaux (coliques, vomissements, diarrhée) et urinaires (acétonurie); il s'accompagne de mydriase et d'hypothermie. Il se distingue ainsi *a.* du *coma apoplectique* (hyperthermie, déviation conjuguée de la tête et des yeux, stertor, escare sacrée); *b.* du *coma alcoolique* (odeur alcoolique de l'haleine et des vomissements, évolution rapide); *c.* du *coma saturnin*, fin ordinaire des autres formes d'encéphalopathie saturnine (examen des antécédents, liséré de Burton) (2); *d.* du *coma urémique* (albuminurie, respiration de Cheyne-Stokes, myosis); *e.* des *comas dus à une intoxication* (opium, belladone, etc.).

D'une façon générale, le diagnostic des accidents nerveux du diabète repose : *a.* sur l'étude de l'affection générale (d'où nécessité de l'examen systématique des urines), *b.* sur les caractères particuliers de l'accident.

PRONOSTIC très grave pour le coma; variable pour les autres troubles : dépend du traitement, de l'évolution générale du diabète, etc., etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Les accidents nerveux du D. peuvent se diviser en deux variétés : A. dans la première, rentrent les accidents qui peuvent s'observer au cours du diabète, mais indépendamment de lui, et dont l'apparition ne peut être considérée que comme une coïncidence. Tels sont α. les hémiplégies dues à un ramollissement ou à une hémorragie (Trousseau, Raymond, Steinthal, Marfan, Ogle, Marinesco); β. les accidents comateux dus à une hémorragie cérébrale, à un ramollissement ou à une urémie aiguë.

B. Lorsqu'on a éliminé ces complications banales du D., il reste les accidents véritablement diabétiques.

1° De ces accidents, les seuls sur lesquels on ait des notions anatomiques sont les paraplégies D. Ces paraplégies paraissent relever de lésions nerveuses périphériques et centrales. Les lésions périphériques consistent en lésions de névrite, surtout accusées aux extrémités des membres : elles ont été attribuées à la glycémie. Mais α. il n'existe aucun parallélisme entre le taux de la glycémie et l'intensité des troubles nerveux; β. le sucre est peu irritant, et, par suite, peu capable de déterminer des altérations névritiques (Pitres et Auché). Quant aux lésions centrales, elles sont doubles : α. Pryce, Nonne, etc., signalent des lésions de poliomyélite antérieure subaiguë; β. Sandmeyer, Leyden, Souques et Marinesco, des lésions de sclerose des cordons postérieurs.

Ces dernières lésions sont de nature à expliquer l'existence des symptômes pseudo-tabétiques si fréquents dans les paraplégies D. A ce sujet, en présence de symptômes tabétiques observés au cours de D., on peut formuler trois hypothèses : α Il s'agit de tabes et de D. associés (et alors atrophie pupillaire, signe d'Argyll, troubles vésicaux); β: il s'agit de tabes propagé au bulbe et donnant lieu à de la glycosurie (et alors tachycardie, crises laryngées et respiratoires, troubles sensitifs dans le domaine de trijumeau); γ. il s'agit de pseudo-tabes D. : c'est dans ce cas que l'on observe, cliniquement, les signes précédemment décrits (1), et, anatomiquement, de la sclérose des cordons postérieurs associée aux autres lésions nerveuses.

2° Pour les autres accidents, on en est réduit à des hypothèses. *a.* Certains paraissent relever de lésions localisées de l'écorce ou du bulbe : telles sont les convulsions, les monoplégies et hémiplégies D.; *b.* d'autres ont été attribués à des lésions locales : telle la fatigue musculaire; *c.* enfin, pour d'autres, on a incriminé l'intoxication générale. La cataracte a été attribuée à la déshydratation du cristallin, à son imprégnation par le sucre, à l'albuminurie concomitante (Bouchard).

Pour essayer d'expliquer le coma, on a invoqué plusieurs théories. α. Le coma D. est dû à l'*acétonémie* (Kussmaul, Tappeiner, Lecorché). Mais *a.* l'acétone est peu toxique; *b.* elle peut se rencontrer en dehors du coma diabétique (on l'aurait même trouvée chez des individus normaux); *c.* elle peut manquer dans le coma D. β. Le coma D. est dû à une intoxication acide : *acide diacétique* (Rupstein et Gerhardt); mais cet acide est peu toxique; *acide crotonique* (Stadelmann); *acide oxybutyrique* (Kulz et Minkowski, Hugounencq), agissant par lui-même ou en diminuant l'alcalinité du sang. Mais cet acide peut manquer dans le coma D. (Roques, Devic et Hugounencq); γ. le coma est dû à la *présence anormale d'albumines* (Klemperer). En réalité, nous savons bien

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 39, p. 400.

(2) DELÉARDE. Encéphalopathie saturnine, Revue gén., *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 60, p. 653.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 39.

que le coma D. est d'origine toxique, mais nous ignorons la nature de cette intoxication.

Traitement. — Traitement général du diabète (v. classiques). Dans le coma, il est d'usage de recommander l'ingestion et même l'injection intraveineuse de hautes doses d'alcalins (bicarbonate de soude) pour lutter contre l'intoxication acide.

LABORDE

C'est avec une réelle affliction que nous apprenons la mort du docteur Laborde, notre sympathique président de l'Association de la Presse médicale. C'est une perte sensible pour la science, pour la physiologie dont il était le représentant le plus autorisé et surtout le plus ardent à l'Académie de médecine; c'est une perte cruelle pour tous ceux qui ont connu et apprécié, comme il le méritait, l'homme privé. En effet Laborde n'était pas seulement le savant et habile expérimentateur, toujours sur la brèche quand il s'agissait de défendre les droits, si sacrés pour lui, de la physiologie, quelquefois un peu vif pour ses adversaires, mais toujours sincère et convaincu; c'était aussi un homme de cœur, bon, affable et serviable, profondément dévoué à ses amis, heureux du bien qu'il pouvait faire.

Se passionnant pour les causes qu'il prenait en mains, il s'est particulièrement depensé pour cette question de l'alcoolisme qui lui tenait tant à cœur et il considérait comme le plus impérieux de ses devoirs de combattre par tous les moyens, par la parole, par la plume, par l'expérimentation sur les animaux, ce fléau qu'il jugeait comme le plus terrible de tous pour l'humanité. Récemment encore, dans cette dernière discussion à l'Académie, il a défendu ses idées avec une telle énergie que, déjà très malade, il montait à la tribune, pouvant à peine se faire entendre, pour adjurer ses collègues d'adopter ses conclusions; on peut dire, sans exagération, qu'il a ainsi hâté sa fin.

Chef des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine, membre de l'Académie, des Sociétés d'anthropologie et de biologie, professeur à l'école d'anthropologie, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés, etc., Laborde apportait dans toutes ces fonctions une exactitude et une conscience parfaites; aussi a-t-il fourni un labeur considérable. Il restera de lui le procédé de rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue, procédé qui a permis de sauver bien des existences et qu'il ne serait que juste d'appeler de son nom.

D'origine méridionale, de tempérament quelque peu exalté, Laborde était un écrivain et surtout un orateur un peu prolixe, mais la sincérité de ses convictions faisait bien vite oublier l'amplification un peu trop abondante de son style ou de sa parole.

C'était, malgré tout, un pur savant, ne vivant que pour et par la science, s'étant consacré à elle tout entier; et, on peut le dire, étant mort pour elle. Cette vie, toute de travail, mérite qu'on s'incline respectueusement devant elle et restera comme un bel exemple. Dr Brochin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le vendredi 24 juillet 1903, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Facultés de médecine. — *Toulouse.* — M. le docteur Bézy est nommé professeur de clinique des maladies des enfants à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

M. le docteur Marie, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Le dispensaire antituberculeux « Emile-Loubet ». — Dimanche 5 avril, à la Sorbonne, à l'assemblée générale de l'Union nationale des présidents des sociétés de secours mutuels, M. le président de la République a fait un don de 12 000 francs au dispensaire antituberculeux des mutualistes, qui est une filiale de l'Œuvre de la tuberculose humaine. Ce dispensaire antituberculeux, qui portera comme titre « Fondation Emile Loubet », sera construit sur un terrain de 1750 mètres sis dans le XIIIe arrondissement, concédé gracieusement par la ville de Paris à l'Œuvre de la tuberculose humaine. Il sera affecté spécialement aux mutualistes qui ont également l'intention de fonder prochainement un sanatorium pour leurs membres.

IIe Congrès international de la Presse médicale. (Madrid 20, 21, 22 avril 1903.) — Le programme du Congrès vient d'être arrêté définitivement dans les termes suivants :

Lundi 20 avril, à trois heures et demie, séance d'ouverture dans le palais de l'Université; à neuf heures et demie, réception chez M. le président du Congrès.

21 avril, à neuf heures et demie du matin, séance ordinaire, rapport de M. Larra, communications de MM. Perez, Noguera, etc.; à deux heures, seconde séance ordinaire, rapports de MM. Pulido et Blondel, communications de MM. Martinez, Vargas, etc.; à quatre heures et demie, grande fête de jeu de paume dans le fronton central, en l'honneur des congressistes; à neuf heures et demie, fête offerte aux congressistes par l'Association générale de la Presse politique, littéraire, etc.

22 avril, à neuf heures du matin, séance d'ouverture; à une heure, banquet; à quatre heures, rapports de MM. Rodriguez, Mendès, etc., séance de clôture; à six heures, réception à l'Hôtel de Ville; à neuf heures, représentation théâtrale de gala.

Maladies du système nerveux. — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux samedi 18 avril 1903 à dix heures un quart et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Tourbès, interne à l'ambulance d'El-Kettar (Algérie).

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS, 21, rue Hautefeuille, prévient Messieurs les docteurs qu'elle a un service de remplacements fonctionnant régulièrement et qu'elle tient à leur disposition des remplaçants présentant toutes les garanties légales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas manuel de gymnastique orthopédique. Traitement des déviations de la taille, 25 pl. comprenant 209 fig. et 53 fig. dans le texte, par Mme Nageotte-Vilbouchévitch, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° cavalier de 330 p. — Prix : broché, 8 francs. — Paris, C. Naud.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 43. — SAMEDI 11 AVRIL 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 11 AVRIL 1903. — N° 43.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Les travaux récents sur le diagnostic, le traitement et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Par M. le docteur LÉVI-SIRUGUE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La fièvre typhoïde est certainement la maladie qui a donné lieu aux travaux les plus considérables de ces dernières années, et les recherches du laboratoire sont venues aider puissamment la clinique dans le diagnostic souvent si délicat de cette affection.

Les divers procédés de diagnostic dont s'est enrichie la clinique reposent soit sur les modifications humorales qu'engendre cette infection vraiment *totius substantiæ*, soit sur la présence du bacille en divers milieux de l'organisme.

I

Les *modifications humorales* qui sont intéressantes pour le diagnostic sont celles *des urines* et surtout *du sang*.

L'importance de l'étude *des urines* dans la fièvre typhoïde a déjà été bien établie, il y a vingt-cinq ans, par M. A. Robin (1), qui depuis a souvent traité ce sujet dans ses leçons cliniques (2). Il y a, comme le dit cet auteur, un vrai *uro-diagnostic* de la fièvre typhoïde, d'une recherche des plus simples et pouvant fournir des renseignements dès le début de la maladie. Le *syndrome urologique* de la fièvre typhoïde est le suivant, d'après M. A. Robin : les urines, peu abondantes, ont une forte couleur bouillon de bœuf avec reflets verdâtres, et aspect trouble sans teinte urobilinurique. L'albuminurie est constante en faible quantité. L'urée d'abord augmentée diminue ensuite à la période d'état dans les formes graves; on note la persistance ou l'augmentation de l'acide urique. Les phosphates terreux sont en notable diminution, caractère différentiel avec la granulie.

L'état des principes colorants de l'urine a une certaine importance. Le simple examen du bocal des urines montre l'absence du disque rougeâtre qui colore souvent le vase, et qui est l'indice de l'existence de l'*uro-érythrine*. La réaction faite avec l'acide chlorhydrique (x gouttes ajoutées à 5 centimètres cubes d'urine filtrée et bouillie) ne donne pas la teinte rose ou rouge, qui est l'indice de l'*urohématine*. Par contre on trouve constamment de l'*indican*; celui-ci est décelé par le procédé de Gubler, ou mieux en versant 5 centimètres cubes d'acide chlorhydrique pur, puis xx gouttes d'urine; on chauffe le mélange sans arriver à l'ébullition, on agite et on obtient ainsi une couleur variant du violet au noir en passant par le bleu selon la quantité de chromogène de l'indigose. L'indicanurie abondante dès le début de la maladie, sans avoir une valeur diagnostique absolue, doit faire incliner vers une infection éberthienne.

La recherche la plus importante du syndrome urologique est l'épreuve de la *diazo-réaction*. Sans vouloir insister sur ce sujet qui a été traité ici même par MM. Lœper et Oppenheim (1), nous rappellerons seulement en quoi consiste la réaction d'Ehrlich. Pour l'obtenir on prend deux solutions contenant l'une : eau distillée 1000, acide chlorhydrique 50, acide sulfanilique quantité suffisante ; la seconde : eau distillée 100 grammes, nitrite de sodium 0,50. On mélange 250 centimètres cubes de la première à 3 centimètres cubes de la seconde, puis on verse parties égales d'urine et de réactif; on alcalinise avec de l'ammoniaque. Si la réaction est positive, le mélange devient rouge quand on ajoute l'ammoniaque. Dans la fièvre typhoïde la diazo-réaction est constante du sixième au dixième jour; quelquefois elle apparaît dès le soir du deuxième jour, mais plus souvent le troisième. Si elle n'est guère utile pour différencier la fièvre typhoïde de la granulie, elle l'est par contre pour le diagnostic avec l'embarras gastrique.

L'étude du *sang* faite très complètement autrefois par le professeur Hayem lui avait fourni les éléments d'un *hémo-diagnostic* intéressant dans certains cas. Dans la fièvre typhoïde il existe surtout un *reticulum fibrineux* très peu marqué, à l'encontre de ce qu'on voit dans la grippe, la granulie, surtout la pneumonie. Si dans la fièvre typhoïde le reticulum est accentué, c'est que celle-ci est compliquée

(1) A. ROBIN. *Essai d'urologie clinique; la fièvre typhoïde*, Paris 1877.
(2) A. ROBIN. Uro-diagnostic de la fièvre typhoïde, *Bull. méd.*, 1897, n° 81.

(1) LŒPER et OPPENHEIM. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 577.

d'une phlegmasie, telle que par exemple une péritonite. On voit donc toute la valeur diagnostique de la proportion de fibrine du sang, soit pour savoir si on a affaire à une fièvre typhoïde, soit pour dépister une complication.

Pour ce qui est des éléments figurés du sang, Hayem a noté l'intensité de l'anémie globulaire : les *variations leucocytaires* ont été particulièrement étudiées dans ces derniers temps. On savait déjà qu'il était de règle de noter l'absence de leucocytose. Courmont et Barbaroux (1) ont montré que l'état leucocytaire a peu de valeur par le diagnostic de la maladie non plus que pour en apprécier la gravité. Le plus souvent on observe de l'hypoleucocytose, état qui dure plus dans les cas plus graves. Il y aurait au début de la polynucléose, et c'est la diminution des lymphocytes qui serait la cause de l'hypoleucocytose. La polynucléose du début ferait place à une mononucléose. Quelque intéressant que soit à noter cet état leucocytaire il n'a qu'une très médiocre valeur diagnostique.

Plus importante en pratique est l'étude du sérum au point de vue de ses propriétés spécifiques qui permettent le *séro-diagnostic*. Introduit dans la pratique médicale par M. Widal, le séro-diagnostic a été depuis son apparition l'objet de si nombreux travaux tant en France (2) qu'à l'étranger que nous n'aurons qu'à en rappeler ici quelques points. Il a d'ailleurs été étudié à ses débuts dans une revue de la *Gazette des hôpitaux* (voir Schæfer, 1897). Il consiste, comme on sait, dans la propriété agglutinante que possède le sérum des typhiques sur une culture récente en bouillon du bacille d'Eberth. Quelques gouttes d'une culture de vingt-quatre heures mise en contact du sérum typhique présente, au bout d'un temps variable de quelques minutes à plusieurs heures à un examen au microscope, des amas constitués par des bacilles agglutinés. L'examen à l'œil nu des cultures laissées à l'étuve quelques heures montre des grumeaux qui tombent au fond du tube tandis que le reste du liquide s'éclaircit. Ces réactions seront étudiées en comparaison avec ce qui se produit dans des cultures de même date non additionnées de sérum typhique. Pour donner à la recherche du phénomène toute la précision désirable, il importe de pratiquer la mensuration. Si la réaction est négative il faudra la répéter, car on sait aujourd'hui que le pouvoir agglutinant est susceptible de présenter à deux examens faits à un intervalle rapproché des différences quantitatives considérables, sans changement dans l'allure de la maladie. Il peut même momentanément disparaître ; une séro-réaction négative, prise isolément, ne signifie donc rien quant à l'absence d'une typhoïde. Elle n'en peut infirmer le diagnostic que si elle se reproduit constamment à plusieurs examens rapprochés (3).

La séro-réaction a permis d'établir l'existence de fièvres typhoïdes sans lésions intestinales, et la fréquence assez grande des formes abortives se traduisant par un simple embarras gastrique, ou de formes à début anormal.

La technique à suivre est des plus simples : on aspire avec une pipette x gouttes d'une culture récente de moins de vingt-quatre heures, et on les porte dans un verre de montre. On ajoute une goutte de sérum en mélangeant bien. On prend une goutte de mélange ; on examine entre lame et lamelle. Dans la solution au 10e s'il ne se forme pas d'amas, si les bacilles restent mobiles, on peut regarder la réaction comme négative.

Positive, la réaction de Widal a une valeur incontestable, confirmée par des examens aujourd'hui très multipliés, et que ne sauraient infirmer les rares cas contradictoires qu'on a publiés. Il est vrai qu'on a objecté que, susceptible de persister un temps plus ou moins long après l'infection éberthienne, elle peut n'être que le vestige d'une dothiénentérie antérieure et prêter ainsi à une erreur de diagnostic ; mais ce sont là des cas tout à fait d'exception.

Plus souvent l'apparition de la séroréaction, au lieu de coïncider avec les premiers jours de la maladie, se trouve reportée à une échéance plus ou moins éloignée, quelquefois même à la fin de l'infection. C'est pour ces cas qu'il importe de faire appel aux autres méthodes de diagnostic qui se sont introduites tout récemment dans la pratique.

II

Les méthodes que nous avons maintenant à étudier consistent dans la *recherche du bacille d'Eberth* dans divers milieux de l'organisme.

Il y a déjà longtemps que la présence du bacille a été démontrée *dans la rate*, et qu'on a conseillé, pour le diagnostic des cas difficiles, la ponction de cet organe. Mais c'est là une opération aveugle qui n'est pas exempte de dangers ; les mouvements de l'organe pendant la ponction peuvent amener une déchirure suivie d'une hémorragie redoutable à cause de la grande vascularisation. Aussi la ponction de la rate n'est-elle pas entrée dans la pratique ordinaire.

La recherche du bacille *au niveau des taches rosées* échappe à cette objection. E. Fraenkel a montré dans des coupes de roséole typhique la présence du bacille. Seemann (1) a confirmé ces faits et conseillé de procéder ainsi. On nettoie la peau et avec un scalpel pointu stérilisé on prend une goutte de bouillon qu'on porte sur les parties latérales de la tache de roséole en faisant des stries comme pour la vaccination ; on retire un peu de suc de la plaie en évitant l'issue d'une grosse goutte de sang. On porte le mélange de bouillon et de tissu roséolique dans le fond liquide d'un tube d'agar ou en bouillon et on met à l'étuve. Déjà au bout de dix heures et surtout après, on constate dans quelques tubes des cultures typhiques. Neufeld a réussi treize fois sur quatorze examens en diluant tout de suite le sang obtenu dans du bouillon.

La présence du bacille dans la rate et les taches rosées implique sa présence *dans le sang*. Dès les premières recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde on s'était appliqué à la recherche du bacille dans le sang, mais l'imperfection des procédés d'investigation ayant amené à de nombreux insuccès, on avait conclu que le bacille d'Eberth ne séjournait pas dans le sang, qui ne constituait qu'un véhicule. C'est là une opinion qui n'est pas conforme à la réalité des faits, comme l'ont montré les nombreux résultats positifs de différents observateurs qu'on trouvera consignés dans le travail de Busquet (2) et les recherches personnelles de cet auteur, qui, dans 43 cas examinés, a constamment trouvé le bacille d'Eberth dans le sang à une époque plus ou moins voisine du début de l'infection. Aujourd'hui on admet d'ailleurs que dans les maladies infectieuses la présence des

(1) Courmont et Barbaroux. *Journ. de path. gén.*, 1901.
(2) Voir Bensaude. Th. de Paris, 1897.
(3) Pamart. Th. de Paris, juillet 1899.

(1) Seemann. *Wien. klin. Woch.*, 29 mai 1902.
(2) Busquet. *Presse méd.*, 15 janvier et 21 juin 1902.

microbes dans le sang est plus fréquente qu'on ne le pensait et récemment Bezançon, Griffon et Philibert (1) ont donné un procédé permettant de déceler le bacille tuberculeux dans le sang de tuberculeux pulmonaires.

La présence souvent très précoce du bacille d'Eberth dans le sang peut faire de la bacillémie un signe utilisable pour le diagnostic. Busquet a trouvé sur ses 43 cas la séroréaction positive 22 fois dans le premier septenaire à partir du quatrième jour. Castellani a vu quatre fois le bacille à une époque où la réaction de Widal était négative; Cole a isolé six fois le bacille avant que le séro-diagnostic ne fût positif au 50e. On peut avoir quelquefois une réponse en un temps fort court; Busquet a réussi à obtenir une culture dans 33 cas sur 43 examens à la première prise de sang. Mais d'autres fois on est obligé de renouveler l'épreuve.

Busquet préconise le procédé suivant : on retire du sang d'une veine du pli du coude avec une seringue stérilisée et munie d'une aiguille en platine irradié qu'on flambe. On retirera de 1 à 5 centimètres cubes de sang, mais 1 centimètre cube est très suffisant à la recherche du bacille. L'aiguille enlevée, on aspire le sang dans une pipette; on prélève une à deux gouttes de ce sang qu'on met dans des ballons de bouillon de 250 centimètres cubes. On ensemence de 20 à 30 ballons qu'on met à l'étuve à 37 degrés. Souvent le bouillon se trouble déjà après vingt-quatre heures. Les bacilles obtenus dans les premiers ensemencements sont souvent des diplobacilles peu mobiles, mais qui reprennent leur forme ordinaire après un réensemencement. Quelquefois on constate l'existence d'une symbiose microbienne. Si la recherche du bacille dans le sang n'offre pas les dangers de la ponction de la rate, ce n'est cependant pas, comme le reconnaît Busquet, un moyen à la portée de tous les praticiens, la technique en étant souvent assez laborieuse, et nécessitant un outillage de laboratoire qu'on ne peut trouver que dans des centres hospitaliers.

Le bacille typhique donnant lieu à des lésions qui ont leur siège d'élection dans l'intestin il était tout naturel de chercher la présence du bacille *dans les selles*. La difficulté de cette recherche réside dans celle de l'isolement du bacille d'Eberth d'avec la riche flore microbienne qui lui est adjointe, et en particulier le coli-bacille. La sagacité des bactériologistes s'est donc ingéniée à combiner des milieux nutritifs pour faciliter cet isolement. Elsner avait imaginé un milieu dont la valeur a été fort contestée pour ce qui est de la mise en évidence du bacille d'Eberth (2).

Piorkowski a proposé un procédé d'isolement du bacille typhique dans les fèces. Schütze (3) a pu ainsi démontrer l'existence du bacille dans les selles dans un cas où manquait la réaction de Widal. Pour la recherche on procède ainsi : On dissout un peu de matière fécale dans un mélange d'urine avec de la gélatine fondue puis refroidie, et de ce tube on prélève un peu de matière qu'on laisse solidifier et qu'on maintient à une température de 21 ou 22 degrés. Au bout d'une vingtaine d'heures on voit des colonies rondes, jaune brun, de colibacilles et de grandes colonies en têtes d'épingle avec une partie centrale d'où partent les filaments, colonies de bacille typhique.

Mais ces divers procédés semblent devoir céder le pas à celui qu'a décrit, sous le nom de *gélo-diagnostic*, M. Chantemesse (1). Cette méthode d'isolement du bacille typhique d'avec le colibacille repose sur la résistance du bacille d'Éberth à l'acide phénique et l'absence de fermentation de la lactose par ce microbe. Les conditions de cette méthode reposent sur la possibilité de faire pulluler les bacilles typhiques des matières, d'obtenir sur gélose des colonies superficielles, de rendre par l'acide phénique la gélose impropre à cultiver d'autres microbes que le bacille typhique et le colibacille, de différencier ces deux microbes par la culture en milieu additionné de lactose et de tournesol, où les colonies de colibacille deviennent rouges à cause de l'acide lactique qui s'est produit, tandis que celles de bacille d'Eberth sont bleues. On achève le diagnostic par la recherche de l'agglutination. Les matières qui serviront à l'examen doivent être fraîches et on les ensemence dans un tube contenant 10 centimètres cubes d'eau peptonée neutre à 3 p. 100. Après six à sept heures de séjour à 37 degrés on filtre, on ajoute au filtrat quelques gouttes de sérum agglutinant antityphique. On centrifuge. On décante et le culot obtenu est délayé en bouillon. Au besoin on répète la manœuvre. La dilution est jetée sur un papier à filtre plat superposé à d'autres papiers. Seuls les bacilles agglutinés restent sur le filtre, les autres le traversent. Avec un bouchon de carafe plat, on tamponne le filtre et on porte sur des plaques de Petri de gélose lactosée, tournesolée et phéniquée, répondant à la formule : eau peptone, 3 p. 100, gélose, 2 p. 100, lactose, 2 p. 100 et additionnée quand elle est liquide de solution aqueuse d'acide phénique cristallisé à 3 p. 100 (IV gouttes pour 10 centimètres cubes de gélose) et de 1 centimètre cube de teinture de tournesol. Les plaques sont mises douze heures à l'étuve. On cueille une parcelle des colonies bleues qu'on porte dans un tube peptoné additionné de sérum agglutinant. Si l'agglutination se produit on a la preuve qu'il s'agit bien de bacille typhique. M. Chantemesse a vu le gélo-diagnostic fournir un résultat à une période où le séro-diagnostic était encore négatif.

La clinique de la fièvre typhoïde s'est donc enrichie grâce aux recherches du laboratoire de procédés précieux pour arriver à un diagnostic aussi précoce qu'il est désirable. De toutes les méthodes que nous venons de passer en revue il en est deux qui, en raison de leur simplicité et de la sûreté de leurs résultats, ont une importance primordiale; ce sont le séro-diagnostic et le gélo-diagnostic. La première ne nécessite que la prise de quelques gouttes de sang qu'on laisse se séparer dans une petite éprouvette en caillot et sérum et que tout praticien même à la campagne peut facilement recueillir pour envoyer à un laboratoire. De même il est très simple de recueillir un peu de matière fécale dans un tube à essai, et de les envoyer aussitôt à un laboratoire d'examen. Ces petites manœuvres ne sont pas plus compliquées que l'examen bactériologique des fausses membranes qui est entré dans la pratique courante, et elles n'ont pas moins d'importance pour la conduite du médecin.

Quoique d'une précision bien inférieure, la diazo-réaction, en raison de sa simplicité, ne doit pas être négligée, et si elle serait insuffisante pour affirmer un diagnostic de dothiénentérie, elle peut avoir de la valeur en s'adjoignant à d'autres signes de présomption.

La méthode qui est destinée à rester plutôt une méthode d'exception, comme le fait remarquer M. Busquet lui-même,

(1) Bezançon, Griffon et Philibert. *Presse méd.*, 14 janvier 1902.
(2) Voir Retout. Th. de Paris, 1898.
(3) Schutze. *Zeits. f. Klin. med.*, band XXXVIII, h. 1 et 3.

(1) Chantemesse. Acad. de méd., 20 mai 1902; *Presse méd.*, 16 juillet 1902.

qui en a montré l'intérêt, c'est la recherche du bacille dans le sang. Elle nécessite une prise de sang dans une veine, opération qui malgré sa simplicité exige un peu d'habitude, elle est surtout applicable à proximité d'un laboratoire, dans un hôpital par exemple. Avec ces trois procédés : séro-diagnostic, gélo-diagnostic, bacilloscopie du sang, on est en mesure de déceler avec certitude, même sous ses formes frustes et larvées, l'infection éberthienne, que n'avaient pu que faire soupçonner l'uro-diagnostic et l'hémo-diagnostic. On comprend qu'il est important de faire un diagnostic précoce aussi bien dans l'intéret du malade que pour la prophylaxie de l'entourage.

III

L'étude des faits intéressant la prophylaxie de la fièvre thyphoïde n'a pas été négligée dans les travaux récents.

Malgré le grand nombre des procédés préconisés pour déceler le *bacille d'Eberth dans les eaux potables*, la recherche ne laissait pas d'être assez laborieuse. La méthode du gélo-diagnostic de M. Chantemesse simplifie le problème (1). Pour l'examen d'une eau on procédera ainsi : on ajoute à un litre de l'eau à examiner qui a été préalablement filtrée 30 grammes de peptone Defresne neutralisée, on laisse le liquide à 24 degrés pendant vingt heures, on le filtre s'il y a des grumeaux; on l'additionne de sérum antityphique, on laisse le liquide déposer; au bout de deux heures on décante avec précaution. On suit ensuite la même technique que pour le gélo-diagnostic des selles. Cette méthode a sur toute autre de grands avantages, qui sont sa simplicité et sa précision.

Mais les eaux ne constituent pas les seuls véhicules du germe typhique. Les excréta renferment une grande proportion de bacilles dont l'élimination continue encore quelque temps à la convalescence par les selles et aussi par l'urine. On comprend les dangers de contamination pour l'entourage du malade, pour le personnel qui le soigne. Ces faits nous expliquent des cas bien avérés de contagion hospitalière, tel un cas observé par M. A. Robin, d'une jeune femme hospitalisée dans le lit voisin d'une typhique et qui contracta une fièvre typhoïde mortelle. Ils nous montrent que, si la dothiénentérie n'est pas contagieuse au même degré que d'autres infections, elle l'est cependant, et que c'est à tort qu'on en a trop négligé la prophylaxie. L'isolement des typhiques devrait être pratiqué à l'hôpital.

Il est donc du devoir du médecin, d'assurer une prophylaxie sévère, et de veiller à une *désinfection rigoureuse des vases* ayant renfermé des excreta, selles ou urines. Si la présence du germe typhique dans les selles est un fait qui a été établi dès l'origine des études bactériologiques dans la fièvre typhoïde, la présence du bacille dans les urines avait par contre passé inaperçue. Cette *bactériurie typhique* a été bien mise en évidence et on a trouvé dans l'*urotropine* un agent précieux pour la désinfection de l'urine. La bactériurie chez les typhiques peut se prolonger longtemps après la fin de l'infection. Büsing (2) l'a vue durer plus de quatre mois après le début de la convalescence. Dans ce cas un seul jour de traitement par l'urotropine suffit à amener la disparition des bacilles. Neufeld (3) a vu que ce médicament à la dose de 2 à 4 grammes fait disparaître la bactériurie en deux jours; mais par contre l'urotropine ne semble pas agir quand on l'additionne à l'urine pour en amener la désinfection (1). Le sublimé est préférable à ce point de vue à l'urotropine. Léopold Lévi et Lemierre ont trouvé aussi dans l'urotropine un utile agent pour la prophylaxie urinaire de la fièvre typhoïde (2). Chez un malade atteint de cystite typhique avec bacille d'Eberth dans l'urine on vit, sous l'influence de 12 grammes d'urotropine pris en six jours, la pyurie et la bactériurie disparaître. Pour certains auteurs les urines joueraient dans la dissémination de la fièvre typhoïde un rôle encore plus grand que les matières fécales, d'où la nécessité de veiller à la désinfection des unes et des autres.

Enfin les *crachats* des typhiques atteints de complications pulmonaires peuvent renfermer le bacille d'Eberth et être par conséquent des agents de propagation de la maladie. Des recherches de Stühlern, complétées par celles de Jehle (3), il résulte que chez les typhiques atteints de complications pneumoniques on trouve souvent dans les crachats des bacilles d'Eberth, seuls ou souvent associés au microbe de la grippe. Même dans la simple bronchite typhique on trouve souvent des bacilles dans les crachats. On voit les conséquences pratiques qui découlent de ces notions; si la contagion par les crachats desséchés ne doit pas être le mode le plus fréquent, on ne peut cependant en nier l'existence. Ou bien inhalés les bacilles engendrent un pneumotyphus, ou bien avalés avec la salive ils produisent la forme ordinaire à localisation primitive sur l'intestin. Ces bacilles peuvent, dans les crachats comme dans les urines, persister après la convalescence, d'où nécessité là aussi de mesures sévères de désinfection.

L'avenir de la thérapeutique des maladies infectieuses résidant dans la *prophylaxie par les vaccinations*, et le traitement par la sérothérapie, on comprend que les investigations se soient dirigées dans cette voie pour une maladie aussi grave, aussi souvent meurtrière chez des sujets à la force de l'âge. M. Metchnikoff, dans son récent ouvrage sur l'*Immunité dans les maladies infectieuses*, a consacré un chapitre très documenté à cette intéressante question, qui a été surtout étudiée par des auteurs anglais, et en particulier par Wright (4). Le *vaccin* consistait en cultures de bacille d'Eberth dans du bouillon peptonisé et neutralisé, maintenu trois à quatre semaines à 37, et additionné de 1/10 de lysol ou d'acide phénique à 5 p. 100. On stérilisait en outre les cultures par le chauffage à 60 degrés.

Pour déterminer la toxicité du vaccin on prenait des cobayes de 250 à 300 grammes, auxquels on injectait de $0^{cc}5$ à $1^{cc}5$. Les animaux mouraient généralement du deuxième au troisième jour.

Pour les vaccinations chez l'homme on employait $0^{cc}5$ si la dose mortelle minima pour 100 grammes de cobaye était de $0^{cc}5$; on allait jusqu'à $1^{cc}5$ avec un vaccin plus faible. Le vaccin est injecté sous la peau du flanc ou de l'épaule. Il y a dans les quarante-huit heures un léger mouvement fébrile. Les résultats obtenus pendant la guerre sud-africaine semblent satisfaisants. Dans le siège de Ladysmith on a vu près de huit fois moins de cas de fièvre typhoïde chez les vaccinés. (Sur 1705 vaccinés, 35 cas au lieu de 1499

(1) Chantemesse. *Presse méd.*, loc. cit.
(2) Busing. *Deuts. med. Woch.*, 19 juin 1902.
(3) Neufeld. *Deuts. med. Woch.*, 28 février 1901.

(1) Fuchs. *Wien. klin. Woch.*, 13 février 1902.
(2) Léopold-Lévi et Lemierre. Soc. méd. des hôpit., 6 déc. 1901.
(3) Jehle. *Wiener klin. Woch*, 27 fév. 1902.
(4) Wright et Leishmann. *Brit. med. Journ.*, 20 janv. 1900. — Calmette. *Caducée*, 1902, n° 5.

sur 10 529 non-vaccinés.) En outre les fièvres typhoïdes ont paru plus bénignes ; la mortalité a été plus faible.

Ailleurs mêmes résultats heureux ; aux Indes la morbidité a été onze fois plus faible chez les vaccinés, et la mortalité douze fois plus faible.

En Egypte et à Chypre il n'y a eu qu'un cas de fièvre typhoïde sur 720 vaccinés, et le malade avait été vacciné seulement pendant l'incubation.

En Russie Wyssokowitch a vu dans un régiment de Kiew 3 cas de fièvre typhoïde chez des non-vaccinés alors qu'il n'y en a pas eu chez 235 vaccinés.

Cette question des vaccinations antityphiques est donc à l'étude et mérite de retenir toute l'attention des chercheurs, en raison de l'intérêt pratique que présenterait la possibilité de préserver soit le personnel qui soigne les typhiques et qui, manipulant des linges souillés par les déjections, est si exposé à la contagion, soit les collectivités vivant dans un foyer épidémique, comme c'est le cas pour les militaires. Comme le fait remarquer M. Metchnikoff, on pourrait peut-être combiner cette vaccination par cultures atténuées avec celle par les sérums des animaux immunisés.

IV

M. Chantemesse a utilisé un *traitement sérothérapique* (1) qui lui a fourni de bons résultats. Comparant la mortalité par fièvre typhoïde pendant une même période à son hôpital d'une part où était mise en œuvre la sérothérapie à côté du traitement ordinaire hydrothérapique, et dans les autres hôpitaux parisiens d'autre part, il a vu avec la sérothérapie une mortalité abaissée à 3,7 p. 100, tandis qu'ailleurs elle était en moyenne de 12 p. 100, chiffre qui semble le plus faible auquel on puisse parvenir avec la méthode de Brandt. L'écart entre les deux chiffres semble l'effet de la sérothérapie. La sérothérapie a paru à M. Chantemesse diminuer les chances de perforation intestinale, à condition que le typhique ait été inoculé de bonne heure, avant le second septénaire, époque où est déjà réalisée la nécrose de l'intestin. La sérothérapie agit rapidement sur des séquelles de l'infection typhique telles que les suppurations osseuses. La méthode est encore d'introduction trop récente pour qu'on puisse porter à son sujet un jugement définitif. La valeur d'une thérapeutique ne peut être appréciée que lorsqu'on l'a expérimentée sur un nombre considérable de cas. C'est donc le temps seul qui permettra de trancher la question. Le sérum paraît agir d'une façon assez complexe ; il agit sur le microbe qu'il rend plus sensible à l'attaque cellulaire sur la toxine qu'il atténue, enfin il a une action manifeste comme excitant des phagocytes et des appareils préposés à la leucopoïèse. M. Chantemesse conseille de n'agir qu'avec de très faibles doses dans les formes sévères de l'infection.

A l'étranger Jez (2) a obtenu avec les organes des animaux immunisés un extrait antityphique, pouvant être donné, d'après les recherches de l'auteur, à hautes doses sans inconvénients. Donnée d'une manière continue, cette préparation diminuerait la fièvre, renforcerait le pouls, abrégerait la maladie. Le mode d'administration par voie buccale serait à préférer aux injections sous-cutanées. Ce sont là des faits qu'il serait intéressant de voir contrôler par d'autres travaux.

(1) Chantemesse. *Presse méd.*, 24 déc. 1902.
(2) Jez et Kluczygki. *Wien. klin. Woch.*, 24 janvier 1901.

Le traitement sérothérapique n'empêche pas d'ailleurs d'user de la balnéation dont l'action est aujourd'hui au-dessus de toute contestation, car c'est grâce à la méthode de Brandt que la fièvre typhoïde s'est pour ainsi dire transformée et qu'on peut compter comme une rareté ce qui jadis était la règle, comme les escares sacrées, les suppurations prolongées. A ces divers traitements, on pourra ajouter le *sérum artificiel* dont Bosc (1) a montré l utilité dans la fièvre typhoïde en injections sous-cutanées de 800 à 1000 centimètres cubes. Celles-ci ont pour effet d'élever la pression, d'augmenter l'énergie du cœur, de faciliter les émonctoires, par suite l'élimination des toxines. Dans les cas d'hémorragies intestinales ces injections se sont montrées douées d'une action hémostatique certaine.

La plus redoutable complication de la fièvre typhoïde, la *péritonite*, a bénéficié des progrès de la chirurgie. Aussi bien à l'étranger et particulièrement en Amérique qu'en France, cette question a donné lieu à d'intéressantes discussions dans les sociétés savantes. L'impuissance du traitement médical suffit à justifier une intervention qui semble audacieuse chez un malade mis depuis longtemps en état de *minoris resistentiæ* par le fait de la dothiénentérie et de plus en état de shock péritonéal. Le professeur Dieulafoy (2), qui a particulièrement étudié la question, distingue deux grands groupes de péritonite typhique : l'*appendicite paratyphoïde*, survenant à une époque assez tardive de la maladie comme le reliquat des ulcérations folliculaires de l'appendice. C'est dans ces cas que l'opération se fait dans les meil eures conditions, qu'elle donne les meilleurs résultats. Plus aléatoires sont ceux de l'intervention dans les *péritonites par perforation intestinale*, cependant il y a lieu d'espérer dans une opération faite à temps, et c'est encore l'intervention qui semble fournir le plus de chances de salut. Le danger réside surtout dans la possibilité, lorsque continue à évoluer l'infection typhique, de nouvelles perforations. On a vu, à l'autopsie d'un malade de Dieulafoy opéré par Routier et ayant succombé, la suture cicatrisée ; la mort avait été le fait de nouvelles perforations. Il y lieu d'espérer que la sérothérapie antityphique, mise en œuvre avec précaution, pourra aider l'intervention et en assurer le succès.

C'est pour écarter autant que possible cette redoutable éventualité de la perforation intestinale qui doit être toujours présente à l'esprit du médecin qu'on a conseillé une diète exclusivement liquide pendant la période d'activité des ulcérations intestinales. Cependant dans ces derniers temps, on a essayé de diminuer un peu la rigueur de cette diététique, et M. Vaquez s'est fait à la Société des hôpitaux le défenseur d'une *alimentation* plus substantielle. D'après lui, les résultats de la statistique ainsi obtenue ne seraient pas moins favorables ; on y gagnerait d'affaiblir moins le malade et la convalescence s'en trouverait abrégée. Néanmoins la plupart des praticiens conseillent une grande prudence pendant le stade des oscillations thermiques. Pendant la convalescence même il convient d'aller très progressivement. Si le malade était particulièrement débilité, on pourrait se trouver bien de l'usage de la lécithine.

C'est donc dans la sérothérapie que la thérapeutique des typhiques doit mettre toute ses espérances. Le jour où on aurait un remède d'une efficacité analogue à celle du sérum antidiphtérique, on ne se contenterait pas de soigner le

(1) Bosc. Congrès de 1900.
(2) Dieulafoy. Acad. de méd., 27 octobre 1896.

typhique mais on traiterait la fièvre typhoïde. Le malade aura tout à y gagner, car en abrégeant la maladie on diminuera la longueur de la convalescence, on rendra moins profondes les modifications subies par l'organisme, on amoindrira les risques de perforation intestinale, on préviendra ces lésions traîtresses qui continuent à bas bruit leur évolution après la terminaison de la fièvre typhoïde, et qui souvent finissent par emporter un sujet qui paraissait avoir triomphé de l'infection. C'est enfin en multipliant les mesures de prophylaxie, en comptant la fièvre typhoïde au nombre des maladies à déclarer; en assurant une désinfection soigneuse de tous les objets qui auront pu être souillés par le malade pendant tout le cours de la maladie, en vaccinant préventivement les personnes qui sont le plus directement en contact avec le malade, en assurant l'antisepsie des matières et des urines pour diminuer le nombre des germes qu'elles renferment, qu'on pourra arriver à enrayer une maladie redoutable presque comme la tuberculose dans certaines agglomérations humaines, dans l'armée par exemple, où elle emporte des sujets robustes, ou bien en fait des infirmes, laissés à la merci de toute opportunité morbide.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(7 avril 1903) [*fin*].

M. Albin Meunier (de Lyon) lit un travail sur **les propriétés générales des essences et sur leur rôle dans les liqueurs.**

Il résulte d'études expérimentales faites avec Cadeac que, selon eux, les essences doivent être classées, d'après leurs propriétés physiologiques, en trois groupes : 1° les essences convulsivantes et épileptisantes; 2° les essences excito-stupéfiantes; 3° les essences soporifiques.

Les premières déterminent facilement des crises épileptiques; à doses plus faibles, elles amènent de l'agitation, de l'ivresse active; à doses un peu plus fortes, des secousses, des crampes, de l'hyperesthésie, du délire et des hallucinations à caractère terrifiant.

Les deuxièmes provoquent une excitation psycho-motrice qui peut aller jusqu'à la convulsion ; mais cette stimulation est toujours suivie d'une profonde dépression. Elles sont aussi responsables de l'ivresse à formes variées, des fourmillements, des hallucinations et de la somnolence.

Les troisièmes ont pour caractéristique de produire la fatigue musculaire et la torpeur cérébrale; comme l'alcool, elles déterminent d'abord une excitation passagère, suivie bientôt d'engourdissement et d'une ivresse lourde.

Les vapeurs des essences ont toutes les propriétés de ces essences, elles sont épileptisantes ou soporifiques selon la nature des essences qui les émettent. Les essences déterminent les mêmes altérations anatomiques que l'alcool.

Suivant la présence, la proportion, le groupement de ces variétés d'essence dans les liqueurs, on a des boissons excitantes ou déprimantes.

Dans le vulnéraire appelé aussi eau d'arquebuse, ils ont trouvé, comme essences épileptogènes, celles de sauge, d'absinthe, d'hysope, de fenouil et de romarin; comme essences excito-stupéfiantes, celles de calamont, d'origan, de marjolaine, d'angélique et de menthe ; comme essences soporifiques, celles de thym, de serpolet, de lavande et de rue. L'expérimentation démontre que le mélange de toutes les essences contenues dans le vulnéraire, comme cet alcoolat, produit comme résultante, de l'excitation, de l'hyperesthésie générale et des convulsions.

Dans la liqueur d'absinthe, il entre, comme essences épileptisantes, celles d'absinthe, d'hysope et de fenouil; comme essences excito-stupéfiantes, celles d'origan, d'angélique et de coriandre; comme essences soporifiques, celles de mélisse, d'anis et de badiane. La composition de la liqueur d'absinthe varie avec chaque distillateur; on a, suivant les doses d'essences excitantes ou d'essences soporifiques employées, une liqueur convulsivante ou une liqueur déprimante et stupéfiante.

L'eau de mélisse qui passe pour cordiale est soporifique. Elle renferme cependant comme essences excitantes, celles de citron, de cannelle, de coriandre et d'angélique, mais en très faibles doses, et comme essences stupéfiantes, celles de muscade, de girofle et de mélisse, à poids dix fois plus fort.

L'elixir de Garus qui a la réputation d'un stimulant est un déprimant. Il renferme : comme essence excitante, celle de cannelle et la vanilline; comme essences soporifiques, celles de muscade, de girofle, de myrrhe, de safran, d'aloès et de fleur d'oranger.

Le kummel, quand il est préparé avec le cumin, est très excitant ; quand il est parfumé avec l'essence de carvi, il est convulsivant. L'essence de carvi est épileptisante.

Le gin, la liqueur de genièvre des Hollandais, doit son parfum et ses propriétés à l'essence de genièvre. Cette huile essentielle est un stupéfiant énergique.

Le vermouth, qui est un vin d'absinthe composé, renferme, en plus de cette essence épileptisante, celle de tanaisie, qui est convulsivante, des essences excito-stupéfiantes, celles de bigarade et de cannelle, des essences soporifiques, celles de muscade, de girofle et de badiane. Les formules des différentes marques sont très variables.

Le bitter est parfumé avec une essence épileptisante, celle de calamus aromaticus, avec des essences excito-stupéfiantes, celles d'orange, de cannelle et de coriandre. Cet apéritif détermine rapidement chez le chien de l'agitation, de l'ivresse, de la raideur musculaire et des mouvements convulsifs et choréiques.

Les essences, dont on ignorait les propriétés physiologiques avant leurs travaux (on ne connaissait que l'essence d'absinthe), ont créé par leur action propre, sans le concours de l'alcool, sans le concours du vin, des désordres nouveaux, toutes les modalités nouvelles de l'alcoolisme, elles l'ont orienté vers les formes les plus graves, elles ont changé complètement la mentalité du buveur des temps modernes, elles peuvent par elles-mêmes le faire passer par toutes les phases de l'ivresse, de la dépression, de la torpeur, de l'hébétude, ou le pousser jusqu'à l'excitation la plus violente, jusqu'à la crise épileptique, le délire et la folie.

M. Suarez de Mendoza (de Paris) lit une note sur **les conséquences immédiates et éloignées d'une thyrotomie médiane pratiquée à la recherche d'un corps étranger du larynx.**

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(8 avril 1903)

M. Guinard a fait un rapport sur une communication de M. Delangre (de Tournay) relative au **traitement des malformations du visage par des injections de paraffine.** Dans

l'observation relatée par M. Delangre, il s'agit d'un officier français qui, par suite d'une chute de cheval ayant déterminé une fracture des os du nez, présentait une difformité grave et complexe. En 1890, Ollier lui restaura la paupière supérieure gauche qui avait été déchirée. L'année suivante, Péan lui pratiqua une opération sur la face, lui enleva une partie de la branche montante du maxillaire. On lui appliqua un appareil prothétique en aluminium qui ne fut pas toléré. L'année suivante, on lui restaura de nouveau la paupière supérieure. Malgré toutes ces interventions, il restait un affaissement du nez des plus disgracieux. C'est alors qu'intervint M. Delangre qui fit, dans les tissus, deux séries d'injections de paraffine stérilisée; 18 centimètres cubes de paraffine colorée par de la poudre de corail furent ainsi injectés. Il est dans ces injections, un gros écueil qu'est parvenu à éviter M. Delangre. Après un certain temps, il se fait une sorte de migration de la paraffine, dans les tissus, d'où un peu d'affaissement de la partie moulée. Pour éviter cet inconvénient, M. Delangre prend un moule en gutta percha de la région corrigée, fait faire un moule en vulcanite qu'il applique sur la région pendant quelques semaines et fixe ainsi la paraffine. Grâce à cet ingénieux procédé la correction est obtenue d'une façon définitive.

M. Guinard rapproche de ce fait un cas qui lui est personnel. Il s'agit d'un confrère qui, à la suite d'une chute d'automobile, présentait une déformation du nez très notable. En novembre 1901, M. Guinard lui fit une injection de vaseline stérilisée. Il obtint un résultat parfait. Après deux mois, la vaseline s'était un peu résorbée. Mais seize mois après, elle était définitivement fixée et le nez était resté parfaitement corrigé. Après cette intervention, M. Guinard a été pris d'une crainte rétrospective en apprenant que plusieurs fois, à la suite de ces injections de vaseline, il s'était produit des accidents très graves et même mortels, embolies, mort subite. Aussi, dans un cas de ce genre, abandonnerait-il la vaseline pour la paraffine, qui ne présente pas les mêmes dangers.

M. Bazy analyse une observation de M. Mauclaire dans laquelle il s'agit d'un homme qui a eu une fracture des deux os de l'avant-bras par **morsure de cheval**. Malgré une injection sous-cutanée préventive de 0,10 centimètres cubes de sérum antitétanique, le tétanos se déclara et persista pendant vingt-cinq jours. Le traitement consista en trois nouvelles injections de sérum antitétanique, en trois ou quatre saignées de 150 à 250 grammes, en 12 grammes de chloral par jour. Le tétanos parut atténué et le malade finit par guérir. M. Mauclaire attribue cette atténuation et peut-être aussi la guérison à l'injection préventive.

M. Mauclaire a observé 12 cas de tétanos sur lesquels il n'a vu que deux guérisons, l'une à la suite d'une injection intracérébrale de sérum antitétanique, l'autre à la suite d'une injection sous-cutanée préventive. Il pense que, dans ce dernier cas, les saignées ont pu avoir aussi une action favorable.

Pour M. Bazy le meilleur traitement du tétanos est l'injection sous-cutanée préventive de sérum antitétanique.

Depuis qu'il a recours systématiquement à ce mode de traitement, il n'a plus jamais vu de tétanos dans son service.

M. Poncet fait une communication sur le **rhumatisme tuberculeux**. A côté de la tuberculose chirurgicale infectante et spécifique, il admet l'existence d'une tuberculose rhumatismale atténuée. C'est une forme inflammatoire pure et simple; depuis la simple arthralgie jusqu'à l'arthrite chronique, noueuse, déformante, on peut rencontrer la tuberculose à tous ses degrés. Il n'y a pas, dans ces cas, de granulation, de lésions anatomiques.

M. Poncet rapporte l'observation suivante qui a trait à un coiffeur de trente-trois ans. A quinze ans et demi, sans antécédents pathologiques, il tombe malade, et quelques jours après, présente tous les symptômes d'un rhumatisme articulaire aigu. Le salicylate de soude reste sans effet. Il entre à l'hôpital où il présente successivement de la coxalgie, du mal de Pott; cela dure trois ans. Il part à la campagne, où l'on constate une accalmie de quatre ans, puis survient de la tuberculose pulmonaire avec des hémoptysies; après quoi tout rentre dans l'ordre. Dans une autre période surviennent des gommes, des scrofulides tuberculeuses; aujourd'hui ce malade est atteint d'un mal de Pott dorsal avec polyarthrites aiguës et tuberculose pulmonaire avec hémoptysies.

M. Poncet fait suivre cette observation de considérations générales sur les formes de rhumatismes tuberculeux trop souvent méconnues.

Nous arrivons aux présentations :

M. Routier présente un malade qui était atteint de phénomènes d étranglement interne et chez lequel il a trouvé, en l'opérant, une **hernie inguinale réduite en masse et étranglée dans le ventre**; il a levé l'étranglement et fait la cure radicale de dedans en dehors, en fermant le canal inguinal du côté de son orifice interne.

M. Guinard présente un homme de soixante-huit ans, qui fut opéré, il y a dix-huit ans, par Verneuil, d'un **épithélioma de la langue** par l'ouverture large sus-hyoïdienne; il y eut peu de temps après une récidive que Verneuil détruisit avec le galvano-cautère; puis ce malade est resté dix-huit ans sans rien présenter de particulier. Il se fait actuellement une troisième récidive sur la langue, du côté opposé à celui qui a été primitivement atteint. Cette récidive doit être opérée. « Ce cas, ajoute M. Guinard, est encourageant et bien fait pour pousser les chirurgiens à poursuivre toujours le cancer par l'intervention chirurgicale. Si ce malade avait été soumis à un traitement par un des nombreux sérums préconisés contre le cancer, on n'aurait pas manqué d'attribuer à ce sérum l'absence de récidive.

Ces faits ne sont peut-être pas aussi rares qu'on semble le croire généralement. Nous avons le souvenir de plusieurs malades opérés deux et trois fois de cancer récidivé et qui sont restés ensuite indemnes pendant plus ou moins longtemps. Nous nous souvenons, entre autres, d'une malade opérée cinq fois en quatre ans de cancer du sein récidivé sous la cicatrice, dans l'aisselle, et qui, après la cinquième opération, est restée indemne pendant douze ans et a succombé à une affection cardiaque. Nous soignons encore actuellement une malade qui a été opérée par le cautère tranchant, il y a seize ans, d'un épithélioma du col de l'utérus, dont des fragments avaient été examinés dans le laboratoire de M. Cornil, et qui, jusqu'ici, est restée indemne de toute récidive. On dira à cela qu'il y a eu erreur de diagnostic histologique; c'est possible, mais, coïncidence curieuse, la mère de cette malade a été emportée en quelques mois par un cancer de l'utérus qui s'est très rapidement généralisé. »

M. Potherat signale le fait d'une femme de soixante-douze ans, atteinte actuellement d'un cancer annulaire du rectum

et qui a été opérée, il y a douze ans, d'un cancer de la langue.

M. Berger a enlevé un épithéliome de la langue chez une vieille dame de Versailles qui est restée ensuite sans récidive pendant dix ans.

M. Routier a opéré deux fois, à quelques mois de distance, un homme d'un cancer de la langue. Voilà neuf ans qu'il reste sans récidive après ces deux opérations.

Tous les chirurgiens ayant une pratique un peu longue y trouveront certainement des exemples de ce genre.

M. Delbet a extrait de l'articulation du genou d'un malade **un corps étranger d'origine traumatique**. L'histoire de ce malade est assez curieuse : c'est un cantonnier du fort de Bicêtre auquel un camarade fit faire, sans qu'il s'y attendît, une violente pirouette sur lui-même. Dans ce brusque mouvement son pied et sa jambe gauche restèrent arrêtés contre un obstacle et ne suivirent pas le mouvement du reste du corps; le genou gonfla, il s'y fit un épanchement et on y reconnut l'existence d'un corps étranger, confirmé d'ailleurs par la radiographie. M. Delbet fit l'arthrotomie, put très facilement extraire le corps étranger qui n'était autre qu'un fragment osseux détaché d'un condyle du fémur.

M. Berger présente une volumineuse **tumeur parotidienne** que portait, depuis dix ans, une femme d'une soixantaine d'années. A l'occasion de ce fait, M. Berger insiste sur les précautions qu'il prend, dans ces cas, pour ne pas léser le nerf facial ou une de ses branches. Il prend toujours dans une pince les tissus qu'il va sectionner et, avant de les sectionner, il s'assure si le pincement de ces tissus n'a pas déterminé une contraction de l'orbiculaire des lèvres. Cette précaution est bonne à retenir.

M. Sébileau prend ces mêmes précautions et les recommande également dans les opérations de la mastoïde. Il peut se produire, dans ces cas, deux sortes de paralysies faciales, la paralysie traumatique immédiate par blessure du nerf et de ses branches et la paralysie par névrite post-opératoire.

Il n'y aura pas de séance mercredi prochain.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
(2 AVRIL 1903)

Deux communications, l'une de MM. Widal, Sicard et Ravaut, l'autre de MM. Guillain et Parant, ont eu trait à la **présence d'albumines dans le liquide céphalo-rachidien de certains processus méningés chroniques, principalement le tabes et la paralysie générale**.

Quand on chauffe, dans un tube à expériences, 2 à 3 centimètres cubes d'un liquide céphalo-rachidien normal, on observe une légère opalescence. Cette opalescence est due à la présence physiologique d'une petite quantité de globuline. Celle-ci peut en effet être précipitée à froid par le sulfate de magnésie et le liquide, chauffé après filtration, reste absolument clair.

Quand on chauffe le liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint de paralysie générale, de tabes, de méningite chronique, on observe un trouble extrêmement prononcé. Après avoir précipité à froid la globuline par le sulfate de magnésie on observe encore un trouble après chauffage, qui décèle par suite la présence de la sérine.

Cette réaction est souvent en parallèle avec la lymphocytose mais cependant parfois le précipité obtenu par la chaleur peut être assez prononcé sans que l'on puisse déceler la réaction lymphocytique. C'est ainsi que MM. Widal, Sicard et Ravaut ont rencontré cette dissociation dans quelques cas de d'érysipèle de la face, de syphilis à la période secondaire, d'érythème polymorphe. D'autre part, la présence de globules rouges souillant accidentellement la ponction sont capables de donner un précipité albumineux qui peut induire en erreur; aussi pour ces auteurs, malgré l'intérêt pratique de la recherche de l'albumine, la numération des éléments figurés, le cytodiagnostic, garde-t-elle toute sa valeur. MM. Guillain et Parant ont observé aussi de leur côté qu'il n'y a pas un parallélisme exact entre la lymphocytose et la réaction albumineuse, aussi estiment-ils que dans les cas d'irritation méningée, il existe vraisemblablement des troubles de la circulation lymphatique qui expliquent le passage de l'albumine du sérum sanguin et lymphatique dans le liquide céphalo-rachidien.

MM. Dejerine et Max Egger essaient de différencier **l'ataxie d'origine centrale et l'ataxie d'origine périphérique.** Ils ont étudié deux malades atteints de lésion de la couche optique avec hémianesthésie présentant les caractères de l'hémianesthésie organique d'origine cérébrale. Or malgré la perte complète du sens des attitudes, ces deux malades réalisaient avec leurs membres anesthésiques avec une grande perfection toutes les positions demandées, elles avaient conservé l'équilibre cinétique et la synergie des mouvements volontaires. Cet état diffère donc de celui des tabétiques qui, avec la perte complète du sens articulaire, ne peuvent absolument pas réaliser une attitude quelconque. L'ataxie tabétique qui est d'ordre périphérique diffère donc notablement de l'ataxie d'origine centrale. Or les troubles sensitifs conscients ont la même intensité dans les deux cas. Il faut dès lors admettre dans l'axe cérébro-spinal une série de centres superposés et à fonction d'autant plus complexe qu'on se rapproche de l'écorce cérébrale. Le faisceau sensitif apporte des excitations et des notions à chacun de ces étages. Si donc le faisceau sensitif est altéré à la périphérie, dans la racine, comme on le voit dans le tabes, le défaut de renseignement atteindra tous les centres aussi bien les médullaires que les sous-corticaux et l'incoordination sera au maximum. Au contraire, dans les lésions centrales, encéphaliques, seuls les centres sous-thalamiques seront privés de l'apport sensitif et par suite l'ataxie sera moins accusée dans les lésions de la couche optique que dans le tabes.

MM. Max Egger et P. Armand-Delille ont eu l'occasion d'examiner histologiquement les nerfs dans un cas de **paralysie radiculaire totale du plexus brachial** d'origine traumatique remontant à quatre ans.

L'état du membre, excessivement atrophié, dont l'impotence et l'anesthésie étaient complètes et accompagnées de troubles circulatoires, faisait présumer qu'il y avait une destruction complète des fibres nerveuses du membre atteint, aussi les auteurs ont-ils été surpris de trouver dans chacun des principaux nerfs examinés par différentes méthodes un nombre considérable de cylindres-axes revêtus de leurs gaines de myéline, mais, toutes les fibres sont grêles.

On peut se demander s'il ne s'agit pas de fibres de régénération, car tandis que pendant les deux premières années, la sensibilité ne pouvait être rappelée par aucun procédé,

dans les années qui suivirent, l'anesthésie cédait à la sommation.

Enfin nous signalerons la présentation de plusieurs malades fort intéressants. C'est un malade de MM. Ballet et Delherm, **myopathique** atteint de troubles psychiques prononcés consistant surtout en débilité mentale et d'autre part d'un état très sclérodermique de la peau, épaissie et adhérente aux masses musculaires athrophiées; M. Ballet insiste tout particulièrement sur l'aspect parfois si particulier de la peau dans la myopathie.

Un malade de MM. Egger et Delille est porteur d'une **paralysie radiculaire inférieure du bras**, paralysie presque exclusivement sensitive avec une zone d'anesthésie qui empiète sur le territoire des deuxième et troisième racines dorsales et des troubles vasomoteurs, de la face dépendant de la lésion du ramus communicans sympathique de la première dorsale.

MM. Pierre Marie et Crouzon montrent à la Société deux malades. Le premier est atteint d'hémiplégie gauche, de paralysie de l'oculo-moteur commun droit, de paralysie faciale droite, de paralysie du trijumeau droit. Ce syndrome ne répond ni au syndrome de Weber, ni au syndrome de Millard-Gubler, il semble être une association de ces deux syndromes et est en rapport avec des lésions pédonculaire et bulboprotubérantielle coexistantes.

Leur deuxième malade âgé de soixante ans est atteint de mouvements involontaires des mains et de grimaces depuis l'âge de sept ans. Cette symptomatologie diffère de celle de l'athétose double et ressemble plutôt à la **chorée chronique**. Il est donc intéressant de signaler dans le cas actuel le début de la chorée chronique à l'âge de sept ans, l'absence d'hérédité similaire, l'absence de troubles mentaux après une si longue duré.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de la prostatectomie périnéale totale pour hypertrophie (1), par le docteur Robert Proust.

C'est un excellent petit livre que vient de publier M. Proust. Il se recommande par un aspect des plus engageants; édité avec un luxe réel, il est accompagné de très nombreuses figures qui viennent à chaque page éclairer le texte. Dans le premier chapitre, consacré à l'anatomie chirurgicale, l'auteur a su laisser de côté tous les détails inutiles tout en mettant en pleine lumière les faits importants; il faut signaler surtout l'étude minutieuse de la loge prostatique. L'étude anatomo-pathologique met en évidence le rôle de l'obstacle prostatique : comme tous les partisans de la prostatectomie, Robert Proust pense que le fait primitif, la cause première du prostatisme, c'est l'augmentation du volume de la glande; ce principe établi, l'extirpation s'impose. Peut-être cependant a-t-on une trop grande tendance à atténuer la fréquence de l'inertie vésicale primitive. Au reste, tout ce chapitre est très instructif, même après l'étude publiée par Albarran et Motz dans les *Annales génito-urinaires* de 1902.

Les indications opératoires sont posées avec une précision et aussi avec une modération qu'il faut louer. Il faut rejeter l'opération à la première période du prostatisme parce qu'elle n'est pas encore nécessaire, et à la fin, lorsque la vessie a perdu sa vigueur, parce qu'elle n'est plus suffisante. C'est donc le début de la deuxième période qui constitue l'époque de choix. Mais il y a des cas intermédiaires, à rétention chronique complète ou incomplète, avec musculature encore satisfaisante, qui peuvent bénéficier de l'opération. Je ne parle pas des complications, hématuries, infections, calculs, qui peuvent et doivent intervenir encore dans la détermination du chirurgien.

Les règles opératoires formulées par l'auteur se rapprochent de celles qu'il avait indiquées précédemment. Elles n'en diffèrent que par une suite de simplifications fort appréciables pour plus d'un chirurgien. C'est ici surtout que les figures, nombreuses et excellentes, viennent éclairer le texte qu'elles suppléeraient au besoin. L'auteur défend l'ouverture de l'urètre, admise maintenant par tous, et repousse en principe le morcellement.

Tel est ce petit livre : écrit avec la préoccupation d'être clair et précis, il facilitera singulièrement la tâche de tout chirurgien qui tentera pour la première fois d'extirper une prostate.

LÉON IMBERT.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. Paris, C. Naud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Protection de la santé publique. — Le *Journal officiel* du 9 avril publie la loi relative à l'application, à la ville de Paris e au département de la Seine, de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après :

Médaille de vermeil. — M. le docteur Hervey (de Troyes).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Louis Camous (de Nice) Orlanducci (de Vascovato) et Verne (de Cadenet).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Gaussorgues (d'Anduze), Bézaguet et Vollier (de Paris).

Mention honorable. — M. le docteur Baratier (de Jeugny).

Guerre. — Corps de santé militaire. — Par décret du 9 avril 1903, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Triffaud, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Toulouse; — Baudouin, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. les médecins-majors de première classe Cahier, maintenu médecin-chef de l'hôpital militaire de Versailles; — Lemoine, maintenu professeur à l'École d'application du service de santé militaire; — Marty, désigné pour l'hôpital militaire de Rennes; — Béchard, maintenu médecin-chef aux salles militaires de l'hospice mixte de Nîmes.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe, Olivier, maintenu au 148e d'infanterie; — Villiers, désigné pour le 160e d'infanterie; — Maguin, pour le 61e d'infanterie; — Sabatier, maintenu au 74e d'infanterie : — Ohier, désigné pour le 67e d'infanterie; — Renard, pour le 73e d'infanterie; — Jannot, pour le 2e d'artillerie; — Ecot, maintenu répétiteur à l'école du service de santé militaire; — de Casaubon, désigné pour le 137e d'infanterie; — Licht, pour le 1er du génie; — Farganel, pour le 52e d'infanterie; — Robelin, pour le 6e du génie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Rabuson, désigné pour le 113e d'infanterie; — Lafforgue, maintenu à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis; — Baills, désigné pour le 22e d'artillerie; — Mendy, pour le 37e d'infanterie; — Metzquer, pour le 20e du train des équipages; — Brisard, pour le 64e d'infanterie; — Faideau, maintenu au 157e d'infanterie; — Rivet, maintenu au service géographique de l'armée; — Biérer, désigné pour le 13e d'infanterie; — Martin, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Tartavez, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Folly, pour les

hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Pinet, désigné pour le 95e d'infanterie; — Duchêne-Marullaz, pour le 139e d'infanterie; — Paul, pour le 52e d'infanterie; — Navaz, pour le 91e d'infanterie.

Congrès des sociétés savantes à Bordeaux. — *Sciences médicales et hygiène.* — SÉANCE DU MARDI 14 AVRIL. — *La salubrité dans les milieux habités : villes, campagnes et sanatoria.* — Inscrits : MM. Emile Georget; le docteur Gilbert Lasserre; J Robin.

Les méthodes de désinfection contre les maladies contagieuses et les résultats obtenus dans les villes, les campagnes et les établissements où la désinfection des locaux habités est pratiquée. — Inscrit : M. le docteur Davezac.

La peste, ses diverses formes et sa propagation; possibilité de sa propagation en France. — Inscrit : M. le chanoine Eugène Ferran.

Communications diverses. — M. le docteur Beluze : La crèche, son asepsie et son antisepsie.

M. le docteur Thiry : Sur la présence, dans la bouche humaine, d'un « leuconostoc : S. Mesenteroïdes ».

M. le docteur Bergonié : De la radiographie et de l'examen électro-diagnostique dans les accidents du travail.

MM. les docteurs Boursier et Venot : Considérations sur les symptômes et le traitement du cancer primitif du corps utérin.

M. le docteur Gentès : Anatomie et histologie de la glande pinéale.

M. le docteur Fernand Ledé : Sur la différenciation chimique et la différenciation pratique du lait cru et du lait bouilli.

M. le docteur Auché : De la tuberculose des vertébrés à sang froid.

SÉANCE DU JEUDI 16 AVRIL. — *La tuberculose et les moyens d'en diminuer la contagion.* — Inscrits : MM. P. Cozette et F. Crémont; les docteurs G. Ferré et Buard; Henri Lamarque; Gilbert Lasserre et E. Solles.

Communications diverses. — M. le docteur Mongour : Intervention chirurgicale dans les néphrites médicales.

MM. Ormières et le docteur Lalesque : La prophylaxie de la tuberculose aux stations hivernales par la villa modèle.

MM. les docteurs Jolyet et Lalesque ; Les ressources de la station biologique d'Arcachon.

M. le docteur Gourdon : L'influence des mauvaises attitudes scolaires dans la pathogénie des déviations du rachis de l'adolescence : moyens d'y remédier.

M. le docteur E. Rolland : Raisons militaires de la lutte contre l'attitude vicieuse des enfants pendant le travail de près : ses moyens.

M, le docteur Villar : 1° Résultats de deux extirpations du ganglion de Gasser; 2° Traitement de l'appendicite.

M. le docteur Bégouin : Sur le traitement de l'appendicite.

M. le docteur Pousson : Sur le traitement chirurgical des néphrites médicales.

M. le docteur Armaignac : De la résorption spontanée du cristallin chez l'adulte à la suite des cataractes traumatiques ou provoquées.

M. le docteur Verdelet : Cure radicale de la hernie avec fils de soie.

MM. les docteurs de Nabias et Dupouy : Sur un poison d'épreuve du Haut-Oubanghi.

SÉANCE DU VENDREDI 17 AVRIL. — *Question d'hygiène coloniale.* — Inscrit : M. le docteur Le Dantec.

Rôle des insectes et spécialement de la mouche vulgaire dans la propagation des maladies contagieuses. — Inscrit : M. Lavialle.

Communications diverses. — M. le docteur Arnozan : Vin et alcool devant la médecine.

M. le docteur Chambrelent : Des rapports de la grossesse et de la fièvre typhoïde.

M. le docteur Pitres : Application médicale de la rachicocaïnisation.

M. le docteur Régis : L'alcoolisme et la paralysie générale à Bordeaux.

M. le docteur G. Ferré : Du traitement des accidents paralytiques de la diphtérie.

M. le docteur Audebert : 1° Les pyélo-néphrites gonococciques pendant la puerpéralité; 2° L'anesthésie obstétricale par le chlorure d'éthyle.

M. le docteur B. Dupuy : 1° Corps neutres et principes amers en thérapeutique; 2° Guérison de la pelade.

M. le docteur Auché : Erysipèle erratique chez un bébé de deux mois.

Clinique Apostoli. — MM. Laquerrière et Delherm commenceront le lundi 4 mai une série de douze conférences pratiques d'électrothérapie.

Programme. — I et II. Électrophysique et appareils. — III. Electrophysiologie. — IV et V. Gynécologie. — VI et VII. Tube digestif. — VIII et IX. Maladies nerveuses. — X. Dermatoses. — XI. Ralentissement de la nutrition. — XII. Applications diverses (voies urinaires, affections articulaires, etc.).

Le prix de la série des douze conférences est de 50 francs.

Ces conférences auront lieu trois fois par semaine à huit heures et demie du soir.

On est prié de s'inscrire d'avance, s'adresser à la Clinique, 15, rue Montmartre.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

OFFICE DE L'INTERNAT. — On sait que le Comité de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de créer, sous le nom d'*Office de l'Internat*, un bureau ouvert à tous les internes associés ou non.

L'*Office de l'Internat* met à la disposition des internes en exercice un tableau général de leur répartition dans les divers services des hôpitaux et hospices, pendant les quatre années de leurs fonctions.

Il est très important que MM. les chefs de service et MM. les internes veillent bien aviser l'Office des changements qui dans le courant de l'année peuvent se produire dans cette répartition, permettant ainsi de tenir le tableau des places constamment à jour.

Les internes trouvent à l'Office des renseignements, *qui leur sont exclusivement réservés*, touchant les remplacements, les cessions de clientèles, les postes médicaux vacants, les situations nouvelles, les gardes et assistances opératoires.

Ces différents services fonctionnent depuis le 1er avril. Ils seront entièrement gratuits.

MM. les docteurs de Paris et des départements qui désirent se faire remplacer, sont priés de s'adresser à l'Office *aussitôt que possible*, surtout en ce qui concerne les remplacements pendant les mois de juillet et août.

L'*Office de l'Internat* centralise en outre les renseignements concernant l'Association des internes, et les diverses institutions de prévoyance, qui intéressent les docteurs anciens internes, aussi bien que les internes encore en exercice.

L'*Office de l'Internat* est situé, 28, rue Serpente, téléph. 127-83. Les bureaux sont ouverts les mardis, jeudis et samedis, de deux à cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 44. — MARDI 14 ET JEUDI 16 AVRIL 1903. 76e ANNÉE. MARDI 14 ET JEUDI 16 AVRIL 1903. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE MÉDICALE

LÉSIONS ORGANIQUES OU TROUBLES FONCTIONNELS?

A PROPOS D'UN CAS D'ASTASIE-ABASIE ET D'UN CAS D'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE (1)

Par M. Chauffard, médecin de l'hôpital Cochin.

Il est une question, en neuropathologie, qui revient à propos de presque tous les examens de malades, et qui constitue le problème le plus difficile à résoudre, c'est celle-ci : étant donné un syndrome neuropathologique observé, faut-il le considérer comme relevant de lésions organiques, ou doit-on au contraire simplement l'imputer, soit à des troubles toxiques, soit à des troubles fonctionnels? Nous savons, par tout ce qu'on a écrit sur la neuropathologie depuis vingt ans, que la simulation d'un syndrome organique par des troubles toxiques ou fonctionnels peut être complète, que l'hystérie et l'urémie, pour prendre deux grands types, peuvent simuler, pour ainsi dire, toutes les lésions organiques. De plus, il s'est fait, à propos des névroses, une modification dans nos idées, qui est venue encore rendre le problème un peu plus difficile, et si vous lisez ce qu'on écrivait sur le sujet il y a une vingtaine d'années, vous trouvez émise partout cette opinion et cette espérance que la classe des névroses n'est qu'une classe provisoire destinée à disparaître. On croyait que ces maladies sans lésion, dites névroses, n'étaient telles que parce que la lésion nous échappait, et que plus tard, par des moyens plus pénétrants, on trouverait la lésion explicative.

Sur ce point, nos idées se sont modifiées, et les névroses sont en train de reconquérir leur autonomie, parce que leur mécanisme pathogénique est compris actuellement d'une façon différente. On disait autrefois de la névrose que c'était une lésion *sine materia*, nous disons aujourd'hui que c'est une maladie à substratum psychique derrière laquelle, très souvent, se trouve le mécanisme de l'idée subconsciente, de l'idée psychique latente, et qui finit par disparaître. Voilà des points qui commencent à être débrouillés aujourd'hui parce que nous disposons de méthodes nouvelles qui nous permettent de faire plus facilement le « départ » de ce qui est organique, fonctionnel, psychopathique.

Cette question se pose à propos de deux malades qui, certes, n'ont aucune ressemblance clinique l'un avec l'autre, puisque l'un est un abasique et l'autre a eu une hémorragie méningée, et cependant, pour ces deux malades, cette même question fondamentale s'est présentée sous des apparences différentes.

Le premier avait l'aspect d'un paraplégique; l'autre nous avait été présenté comme un urémique, un toxique, et nous avons trouvons une lésion organique. Il semble donc que ces deux cas, entièrement dissemblables cliniquement, ressortissent à la même catégorie de faits, à ce diagnostic différentiel des états organiques et des états toxiques, fonctionnels.

Voici le premier malade, qui nous est arrivé marchant très mal et qui maintenant est presque guéri et marche à peu près bien. La démarche est cependant encore un peu hésitante, et le pied gauche marche un peu moins bien que le droit. Néanmoins, il a bien repris son équilibre et exécute même des mouvements assez compliqués : il a cependant un passé presque paraplégique. Voici son histoire :

Il est âgé de trente et un ans. Dans ses antécédents personnels, nous trouvons trois choses très importantes à signaler :

1° Il a eu, dans son enfance, des convulsions dont on ne peut exactement préciser la nature, mais c'est un signe toujours à signaler, car c'est un signe de tendance nerveuse qui inscrit un peu le sujet dans la famille des névropathes, à moins que ces convulsions ne soient épisodiques, comme dans la pneumonie ou broncho-pneumonie infantile.

2° Il y a neuf ans, il a eu la syphilis, soignée un mois par des frictions; nous voyons l'apparition de plaques muqueuses sur son bulletin, puis traitement à l'iodure de potassium; — en somme traitement assez peu sérieux.

3° Il a eu, il y a quatre ans, la blennorragie et un rhumatisme polyarticulaire ou plutôt des arthropathies multiples, surtout douloureuses au niveau des genoux et des pieds. C'est depuis ce moment qu'il a conservé dans le pied

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Laufer.

une raideur des jointures qui est venue se surajouter à d'autres troubles paralytiques qu'il a présentés.

On le soigne donc pour ces phénomènes d'arthropathie, et une fois guéri, quand on le veut faire lever, on s'aperçoit qu'il ne peut pas se tenir sur ses jambes. On le garde au lit pendant six semaines, puis il recommence à marcher, mais reste dans un état très précaire au point de vue de la force des jambes et de la marche.

Au mois de février dernier, il entre dans un autre hôpital de Paris où on le considère comme atteint de paraplégie syphilitique; on lui fait 40 injections d'huile bi-iodurée en trois mois et demi. Il quitte cet hôpital au mois de septembre sans amélioration notable, il y revient au mois d'octobre avec un point de côté à droite dû à une petite pleurite sèche qui guérit très vite.

Il entre dans notre service le 10 décembre, je trouve de petits signes de pleurésie sur lesquels je passe. En revanche sa démarche me frappa, et dès les premiers jours nous la qualifiions d'hésitante et de phobique. Il marchait avec d'infinies précautions comme un homme qui a peur de manquer d'équilibre et de tomber; il présentait assez bien l'apparence d'un paraplégique incomplet. De plus, nous trouvions les réflexes rotuliens un peu exagérés, une légère trépidation du pied, une hyperesthésie plantaire, une inégalité pupillaire, pas de signe d'Argyll, pas de troubles des réservoirs, pas de points hystérogènes. Seulement, en l'interrogeant, il nous a dit plusieurs choses tout à fait contraires à l'idée d'une lésion organique. Il nous a dit, en effet, que, s'il ne pouvait pas marcher, il pouvait travailler avec une machine à coudre à deux pédales en les faisant manœuvrer avec ses pieds. En outre, il nous a dit qu'il faisait bien de la bicyclette, ne pouvant pas se donner le départ, mais roulant indéfiniment une fois lancé.

Il est certain que nous ne sommes pas habitués à voir des paraplégiques aller à bicyclette; ceci est paradoxal, et nous a fait dire qu'il s'agissait non de troubles anatomiques mais de troubles fonctionnels. Nous ne pouvons admettre en effet qu'un trouble de la moelle qui empêche de marcher puisse permettre au sujet de pédaler correctement. Une autre fois, il s'était trouvé dans la rue mêlé à une querelle, et là, il avait laissé canne et béquille pour cogner sur son adversaire. Voilà donc un type bien singulier de paraplégique qui boxe avec son adversaire et a le dernier mot. Nous avons donc bien affaire à un « fonctionnel ».

Il y avait cependant, en faveur de la lésion certains arguments dont nous ne pouvons négliger la valeur. Il y avait d'abord la syphilis qui est énorme comme cause de lésions organiques de la moelle et il est certain que nous sommes toujours portés à attribuer à des lésions d'origine syphilitique les troubles un peu graves que nous voyons survenir chez d'anciens spécifiques. Mais si la syphilis est une grande productrice de lésions au point de vue du cerveau, elle névropathise tout autant qu'elle lèse, et on ne compte plus les hystériques et les neurasthéniques d'origine syphilitique. Nous pouvons donc lui attribuer aussi bien un rôle pathogène comme cause de troubles fonctionnels.

D'autre part, sa légère inégalité pupillaire est quelque chose qui n'entre pas dans le cadre des troubles fonctionnels que nous avons constatés. A ce point de vue, ce malade demande à être maintenu en observation, car il y a là un symptôme un peu suspect, dont nous connaissons toute la valeur au début du tabès et surtout au début de la paralysie générale.

Autre chose : ce malade, au début, présentait un état émotif; quand on voulait le faire marcher, on voyait que tout son système nerveux était sous pression, ses yeux devenaient saillants, sa figure se congestionnait, il avait l'air de faire un effort énorme. D'autre part, en l'examinant, nous ne trouvions aucun signe d'hystérie : pas de point hystérogène, pas de rétrécissement du champ visuel, pas de crises convulsives, pas de stigmates de neurasthénie, pas d'allure neurasthénique, rien.

Qu'incriminer alors comme cause de cet état fonctionnel bizarre?

Cet état correspond à un état décrit, il y a une vingtaine d'années à peu près, par Charcot et Blocq et désigné sous le nom d'astasie-abasie (astasie : impossibilité de se tenir debout; abasie : impossibilité de marcher). D'après Charcot, la définition de l'astasie est la suivante : impossibilité de la station verticale et de la marche alors même que la force musculaire, la coordination musculaire et la sensibilité sont conservées.

C'est bien le cas chez notre homme : aucun trouble de sensibilité ou de coordination : quand j'ai voulu fléchir sa jambe, je l'ai trouvée rigide.

Ces phénomènes ont, depuis Charcot, été étudiés par un grand nombre de neurologistes : à l'heure actuelle on les considère comme des troubles de représentation mentale et de la mémoire spéciale qui accompagne la station verticale et la marche. Il en est de ces états particuliers comme des actes que nous apprenons; il y a une certaine mémoire spéciale tout à fait automatique, inconsciente, qui fait que, sans effort psychique, conscient, nous faisons la coordination musculaire voulue. Dans certains états pathologiques, cette mémoire spéciale de la station verticale ou de la marche disparaît, et apparaît alors ce syndrome de l'astasie ou de l'abasie. En plus, chez certains sujets, intervient cet état émotif, angoissant, caractéristique des phobies, c'est-à-dire des peurs instinctives, incontrôlables, qu'ont certains sujets, Les uns ont la crainte du feu, de l'incendie; pour d'autres, c'est la crainte de ne pas se rappeler de telle ou telle chose; pour un médecin que j'ai connu, c'était la crainte d'avoir fait une prescription toxique. Il avait à peine quitté le malade qu'il envoyait une dépêche pour être bien sûr qu'il n'avait pas prescrit, par exemple, 100 grammes de salicylate au lieu de 5 grammes.

Dans tous ces cas, ce qui caractérise la phobie, c'est, en même temps que ces faits particuliers, l'état d'angoisse profonde dans lequel est mis le sujet atteint de phobie. Ces états d'angoisse ont été décrits par Séglas, en France, sous le nom de dysbasie émotive, par Debove et Boulloche, en 1873, sous le nom de stasobasophobie, et par un grand nombre d'autres neurologistes allemands et français.

Dans une observation très curieuse de Grasset, on trouve un cas curieux d'agoraphobie. Les agoraphobes sont des sujets qui se trouvent dans l'impossibilité de s'aventurer dans les espaces libres, de traverser une place, une rue, s'ils n'ont pas, pour les réconforter, l'appui moral, beaucoup plus que physique, du bras de la personne qui les accompagne.

Chez une de ces malades, Grasset a vu l'agoraphobie se circonscrire de plus en plus, se rétrécir peu à peu et le malade arriver à ne plus pouvoir traverser un trottoir, et même à ne plus marcher, et sa phobie initiale aboutissait à une véritable astasie-abasie.

Ce sont là des phénomènes connexes qui ressortissent tout à fait au même mécanisme pathogénique.

On en a décrit des types très variés : type paralytique pur, type ataxique, type cérébelleux, type spasmodique, suivant que la démarche affectait telle ou telle de ces particularités. Ici, je ne puis qualifier la particularité qui caractérise l'état de notre malade; il a une démarche craintive, mais c'est tout ce qu'on peut dire; en outre, son angoisse n'est pas des plus marquées. En somme, ce n'est pas un basophobe très net, c'est un intermédiaire, une transition entre l'abasie vulgaire et la basophobie.

Voilà le diagnostic auquel nous avons abouti. Nous avons à peu près guéri notre malade. Comment?

Nous n'avons fait aucun traitement spécifique puisque, pendant trois mois, il n'en avait retiré aucun bénéfice. Il nous aurait fallu pouvoir contrôler la présence ou l'absence de lymphocytes dans son liquide céphalo-rachidien, qui nous aurait éclairé d'une façon très nette, mais, dès que l'aiguille touchait ce malade, celui-ci se cabrait, se remuait, déplaçait sa colonne vertébrale. Il aurait fallu, pour y parvenir, le chloroformiser, et je ne m'en suis pas reconnu le droit.

Néanmoins, nous passant de ce renseignement, nous avons pu le guérir par un traitement purement suggestif et psychique. Nous lui avons bien fait, il est vrai, deux injections de spermine de Poehl, mais nous avons employé ce produit parce que nous étions sûr que le malade n'en avait pas entendu parler. D'autre part, quand on veut intervenir psychiquement, il faut préparer le malade, le mettre en état d'attente favorable; on a alors beaucoup plus de chances d'agir que si, d'emblée, l'on brûlait toute sa poudre.

Nous avons fait la mise en scène voulue, et vingt-quatre heures après la première injection, il marchait plus correctement que la veille et se considérait lui-même comme en voie de guérison. Nous lui avons alors fait une deuxième injection, et il va quitter le service à peu près guéri.

Pour notre second malade, nous avons suivi, dans la voie du raisonnement et du diagnostic, la marche inverse.

Nous avons eu affaire à un malade qu'on pouvait, à priori, soupçonner de troubles cérébraux d'origine toxique, et en l'examinant plus attentivement, nous avons abouti au diagnostic d'hémorragie méningée qui a été confirmé par l'examen anatomique.

Il s'agit d'un homme de soixante-deux ans, de l'histoire antérieure duquel nous ne savons rien, sinon que c'était un tonnelier, ce qui donne de fortes présomptions d'alcoolisme. Dans la nuit du 28 au 29 décembre, cet homme était tombé brusquement malade, après avoir présenté pendant les jours précédents un certain sentiment de fatigue.

Le 29 au matin, on le trouva, dans sa chambre, affaissé sur une chaise dans un état de coma complet.

Le premier fait qui me frappa à son entrée ici, c'est une dyspnée un peu spéciale, sa respiration était très pénible et l'aile droite du nez était complètement abaissée. A chaque mouvement inspiratoire la narine droite était déprimée, la narine gauche au contraire se dilatait. De plus, il « fumait la pipe », c'est-à-dire qu'il avait de la flaccidité des joues.

Il n'avait pas de strabisme, pas d'inégalité pupillaire, un léger myosis des deux pupilles, les réflexes lumineux conservés quoique un peu lents, et les quatre membres en état de rigidité, notamment les avant-bras et les jambes. La contracture était un peu moindre à gauche qu'à droite et quand on levait ses deux bras en l'air, le côté gauche retombait le premier. La sensibilité à la douleur était un peu retardée, la sensibilité au froid conservée autant qu'on pouvait le dire étant donné l'état comateux; il y avait une incontinence d'urine et des matières. Le cœur était irrégulier, à 80, avec intermittences très nettes, pas de bruit de galop, mais un état athéromateux de l'aorte. En le sondant, on retira un peu d'urine claire contenant une quantité considérable d'albumine : 9 grammes par litre; on ne trouva pas cependant d'œdème ni d'autre signe.

Ce malade avait été considéré comme urémique; on lui avait fait une saignée de 400 grammes et on lui avait injecté 500 grammes de sérum. Il était resté dans le même état comateux que la veille. Seulement, en l'examinant de plus près, nous avons trouvé qu'il y avait des signes qui ne concordaient pas avec ce diagnostic d'urémie. D'abord, il avait une grosse albuminurie et point d'œdème. L'examen de ses urines centrifugées ne montrait aucun cylindre et cependant, pour fournir 9 grammes d'albumine, s'il y avait néphrite, celle-ci devait être étendue et probablement ancienne. D'autre part, son type de dyspnée avec cet aplatissement de la narine, tout cela ne donnait pas l'impression d'une lésion purement toxique. J'en conclus qu'il s'agissait d'un état organique.

Il restait deux questions à résoudre :

1° Valeur de cette grosse albuminurie;

2° A quelle lésion organique pouvons-nous avoir affaire?

Relativement à la première question, nous nous sommes dit que cet homme était probablement un alcoolique, assurément un athéromateux aortique et un scléreux rénal et que son ictus cérébral avait aggravé une albuminurie très légère. L'expérience clinique nous montre qu'une hémorragie cérébrale, un ramollissement, peuvent — sans qu'il y ait auparavant trace d'albuminurie — faire naître une albuminurie aiguë. J'ai vu une malade dont les analyses d'urine *récentes* ne signalaient rien, qui fit un ictus hémiplégique, et qui du jour au lendemain eut 5 grammes d'albumine pendant huit ou dix jours, puis la quantité décrut et l'albumine disparut complètement.

Ici, nous pouvons donc admettre quelque chose d'analogue, et cela a du reste été confirmé, car, pendant les derniers jours qui ont précédé la mort du malade, l'albumine avait presque disparu.

Passons à la deuxième question. Nous avons pensé que la lésion à laquelle nous avions affaire était une hémorragie méningée. Pourquoi?

Nous ne pouvions guère localiser les symptômes, car ce malade présentait des symptômes bi-latéraux : mais les jours suivants nous avons vu apparaître une blépharoptose gauche. En outre, une attaque épileptiforme se produisit pendant la nuit du 1er janvier, puis une autre le jour de sa mort. De plus, la contracture des membres était variable. Dans cette variabilité et cette bilatéralité, il y avait quelque chose d'étranger à la symptomatologie habituelle des hémorragies cérébrales vulgaires et des ramollissements et qui nous a fait dire que probablement il y avait une réaction méningée avec lésions bilatérales : lésions paralysantes dans l'hémisphère droit, et lésions contracturantes dans l'hémisphère gauche.

Nous avons eu recours à la ponction lombaire : il y avait peu d'hypertension, mais nous nous sommes trouvé en présence d'un liquide franchement hémorragique qui, en dépo-

sant, s'est éclairci et a donné un petit culot rouge sombre au début et qui est devenu brun noir.

Ce sang provient bien du liquide céphalo-rachidien et non d'une blessure que l'aiguille aurait pu occasionner à une petite artériole, car, dans ce dernier cas, le mélange n'est pas homogène et, dans le deuxième ou troisième tube, le sang ne se retrouve plus. Ici, au contraire, le mélange est parfaitement homogène dans les quatre tubes.

Donc, notre diagnostic était assuré, et nous pouvions affirmer l'hémorragie méningée.

Restait à discuter la topographie et la variété de cette hémorragie. S'agissait-il de pachyméningite antérieure avec production de fausses membranes vasculaires à la face interne de la dure-mère et d'un foyer hémorragique dans l'épaisseur de ces fausses membranes dures-mériennes? Mais ici, l'inflammation endo-dure mérienne se traduit par des troubles : phénomènes paralytiques vagues, douleurs de tête, qui préparent, de longue main, la pachyméningite. Et ce n'était pas le cas.

Restait l'hémorragie sous-arachnoïdienne primitive ou l'hémorragie sous-arachnoïdienne avec inondation ventriculaire, c'est-à-dire l'hémorragie intra-cérébrale ayant rempli secondairement la cavité ventriculaire et l'espace sous-arachnoïdien, entre la pie-mère et l'arachnoïde viscérale.

La première est beaucoup plus rare et nous nous sommes rangés au diagnostic d'ictus par hémorragie méningée soit directement intra-ventriculaire, soit peut-être sous arachnoïdienne primitive.

Dans ces cas, la mort est en général très rapide : notre malade est mort au sixième jour de son ictus. Son tableau thermométrique est intéressant : pendant les deux premiers jours, apyrexie; à partir du quatrième jour, la température s'élève à 38 degrés, 38°5, puis 39°5 et 39°6 et le malade meurt. Il y a là un élément important de pronostic; quand la température monte du quatrième au sixième jour, le malade meurt presque toujours vers le sixième, septième ou huitième jour.

Il arrive que, dans ces cas, la température monte encore dans les premières heures qui suivent la mort, et qu'elle atteint 41 et 42 degrés, il semble que les fermentations calorigènes ne cessent pas avec la vie. Il est probable qu'ici nous aurions pu constater ce phénomène.

Il s'agit maintenant de contrôler ce diagnostic par l'examen nécroscopique.

Le cœur était athéromateux, sans hypertrophie ventriculaire gauche. Symphyse pleurale des deux côtés. Vieille bacillose scléreuse des deux sommets. Rein petit, présentant deux kystes, atrophie corticale très marquée; en somme lésions scléreuses rénales très nettes et un peu asymétriques, prédominance sur le rein droit.

Restent les centres nerveux. A la face interne de la dure-mère il n'y a pas de caillots, pas d'inflammation pseudo-membraneuse, pas de pachyméningite, mais sur presque toute la surface des deux hémisphères, notamment dans les parties latérales, le long de la scissure sylvienne, la surface est de coloration rouge noirâtre hémorragique très vive.

Pour ce qui est du mésencéphale, rien de particulier.

Hémisphère gauche. — Plaques hémorragiques rouge brunâtres occupant la partie antérieure et inférieure du lobe frontal, à cheval pour ainsi dire sur la scissure sylvienne et s'allongeant de bas en haut et d'avant en arrière.

Hémisphère droit. — Infiltrations sanguines beaucoup plus prononcées; le cerveau est rouge noir dans toute la région sylvienne.

A la coupe, on trouve le point de départ de la lésion à peu près à la partie moyenne. Et nous reconstituons ainsi l'histoire de notre malade.

Celui-ci est mort d'une maladie artérielle à localisation cérébrale, dont la cause première se trouve dans l'état humoral, c'est-à-dire l'alcoolisme, les troubles d'hygiène générale, et nous avons une hémorragie intra-cérébrale de l'hémisphère droit, pénétration dans les ventricules latéraux et dans tout l'espace sous-arachnoïdien et épanchement en nappe. Voilà donc le cycle complet : diagnostic anatomique, topographique, pathogénique et chimique initial.

Quoi qu'il en soit, je tiens, en terminant, à rapprocher ces deux malades et à vous montrer comment tous deux, bien que très dissemblables par la nature du syndrome de la maladie, se ressemblent cependant par la difficulté du diagnostic qu'ils ont présenté. Pour tous les deux, un diagnostic objectif s'est présenté dès le premier instant, sans que ce diagnostic, fait à première vue, fût vrai. Celui qui avait l'air d'un organique se trouve être un fonctionnel, et celui qu'on croyait un toxique se trouve être un organique. Cela nous prouve une fois de plus qu'il faut examiner les malades sans aucune espèce de parti pris, sans idée *à priori*, et que le diagnostic qui peut sauter aux yeux au premier abord n'est pas nécessairement le bon.

Il ne faut donc jamais se laisser envahir par une première impression, et surtout ne jamais négliger, parce qu'on a eu cette impression première, d'examiner à fond un malade. C'est ainsi que l'on arrive souvent à rectifier le diagnostic du premier moment et qu'on arrive à en porter un tout différent au point de vue de la nature de la maladie, de l'affection et aussi au point de vue du traitement. Et, pour rectifier justement ces diagnostics de première impression, il faut faire appel à toute la technique moderne, notamment à ces ponctions lombaires qui, à l'heure actuelle, deviennent obligatoires dans la symptomatologie du système nerveux.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(14 AVRIL 1903)

Séance peu chargée, comme toutes celles de la semaine de Pâques, peu de membres présents; sans quelques correspondants nationaux ou étrangers qui viennent à Paris, à cette époque, il n'y aurait presque rien à l'ordre du jour.

Au début de la séance, M. Lancereaux rend un légitime hommage à notre regretté collègue Laborde.

Au nom de la commission de la **tuberculose**, M. Landouzy fait un rapport, qui a été demandé par la Direction des services pénitentiaires sur les précautions à prendre pour éviter la contagion de la tuberculose dans les prisons. M. Landouzy pense que la meilleure de toutes les mesures est d'installer des crachoirs collectifs ou privés fixés au sol, contenant toujours une solution de lysol et désinfectés tous les matins par l'ébullition pendant un quart d'heure.

M. Bœckel (de Strasbourg) rapporte l'intéressante observation d'un enfant de sept ans et demi, sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés, et qui présentait une affection abdominale caractérisée par une extrême augmentation du volume du ventre et par une occlusion intestinale partielle.

Le cathétérisme stomacal, le cathétérisme intestinal, la ponction de l'intestin furent successivement employés sans succès. Comme l'état de l'enfant s'aggravait, M. Bœckel se

décida à faire la laparotomie. Il constata une torsion de l'intestin telle que l'anse sigmoïde se trouvait dans la fosse iliaque droite. Il en résultait une poche considérable où s'était accumulée une grande quantité de matières fécales. Il évacua le contenu intestinal par une incision pratiquée sur cette anse, et la sutura séance tenante. Puis, pour éviter le retour de nouveaux accidents, il réséqua l'anse sigmoïde sur une étendue de 29 centimètres. Elle était notablement plus longue que normalement, et en partie transformée en tissu fibreux. Aussi ne fonctionnait-elle plus que très incomplètement et s'était-elle transformée en une véritable poche plus ou moins inerte.

Après la résection, les deux bouts de l'intestin furent abouchés et réunis par une suture à la soie fine à deux étages. La guérison fut absolument normale et dès la troisième semaine le petit opéré put être envoyé chez lui.

D'après M. J. Bœckel il s'agit, dans ce cas, non pas d'un volvulus congénital consécutif à une péritonite contractée pendant la vie intra-utérine, mais d'une torsion intestinale due à une longueur anormale et congénitale de l'anse sigmoïde et de son méso. Dans des cas analogues, il ne faut pas hésiter à pratiquer la laparotomie et à lever l'obstacle par la résection de l'intestin dès que les symptômes d'occlusion deviennent menaçants et risquent de compromettre l'existence. Elle seule est capable de sauver le malade et de le guérir définitivement.

M. Fochier (de Lyon) a pratiqué dans une **ostéomalacie** arrivée au huitième mois d'une grossesse et manifestement menacée de mort prochaine, l'amputation de l'utérus et des ovaires. L'opération a été faite le 21 janvier 1903 et la guérison de l'ostéomalacie était assurée le 7 avril. La rapidité de cette guérison détermine l'auteur à proposer l'ablation de l'utérus et des ovaires, comme traitement de choix de l'ostéomalacie, même en dehors de la grossesse.

M. Nélaton décrit un procédé de **rhinoplastie** qui consiste à se servir du cartilage transplanté de la huitième côte pour former le squelette du nez.

Ce procédé comprend deux temps :

Dans le premier, on prend le cartilage de la huitième côte et on l'insère sous la peau du front.

Au bout de deux mois, dans un deuxième temps, le lambeau frontal, armé de ce squelette cartilagineux, est amené devant la perte de substance et façonné. Deux observations lui ont donné de bons résultats.

M. Jalaguier fait une lecture sur le rôle de l'**appendice** dans la production de l'invagination iléo-cæcale.

L'appendice, organe essentiellement musculaire, peut s'enfoncer comme une tige rigide dans le cæcum et devenir ainsi l'amorce d'une invagination. M. Jalaguier a trouvé cette disposition chez deux de ses opérés d'appendicite. Il se demande si la fréquence relative de l'invagination iléo-cæcale ne serait pas imputable à la présence de l'appendice et aux altérations de l'appendicite chronique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(3 avril 1903) [*fin*]

Il nous a été impossible dans la dernière séance de suivre de façon suffisamment précise les deux communications faites par M. P. Lereboullet, en son nom et au nom de son maître le professeur Gilbert, la première sur les **angiocholites chroniques anictériques**, la deuxième sur les ictères chroniques simples. Nous complétons la lacune involontaire de notre précédent compte rendu. Du premier mémoire, il résulte que les angiocholites anictériques ont les mêmes antécédents familiaux que les ictères chroniques simples et présentent les mêmes symptômes avec cependant l'*ictère en moins*. On peut alors remarquer, justement par suite de l'absence de l'ictère, que certains signes ont une importance beaucoup plus considérable. La splénomégalie peut être prise pour une splénomégalie primitive, les hématémèses font croire à l'ulcère gastrique, la fièvre en impose pour la tuberculose ou le paludisme, la pleurésie voit son origine biliaire méconnue. Il n'en est pas moins vrai que la pathogénie de ces angiocholites chroniques anictériques est la même que celle des ictères chroniques simples et comme ceux-ci elles permettent de saisir les liens qui tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique rattachent la cholémie familiale aux cirrhoses biliaires.

L'autre mémoire est une étude d'ensemble de 15 cas d'**ictères chroniques simples**. Dans la plupart la recherche de l'étiologie a mis en relief l'hérédité biliaire et l'ancienneté de l'affection remontant à de longues années en arrière et parfois à la naissance. L'ictère est léger, avec imprégnation des conjonctives ; il s'accompagne d'hypertrophie du foie et de la rate ; de coloration du sérum, d'urobilinurie. L'étude clinique, montre en outre des signes semblables à ceux de la cholémie familiale et des cirrhoses biliaires. On peut distinguer plusieurs formes de ces ictères : la *forme pure* dans laquelle aucun des deux organes n'est hypertrophié ; la *forme hépato-splénomégalique* avec développement parallèle du foie et de la rate ; *forme hépatomégalique*, sans hypertrophie splénique et *forme splénomégalique*. Ces ictères se lient étroitement d'une part à la cholémie familiale, d'autre part aux cirrhoses biliaires et semblent avoir pour origine une infection biliaire ascendante. Cette infection amène des lésions d'angiocholite dont on peut décrire deux degrés une angiocholite pure embryonnaire ou scléreuse, ou une angiocholite avec espace-prostite secondaire.

Enfin, MM. Widal, Lemierre et Gadaud, dans une note sur la **recherche du pneumocoque dans le sang des pneumoniques**, disent qu'il était intéressant de rechercher si la méthode qui consiste à ensemencer des quantités massives de sang dans une grande quantité de milieu de culture (5 centimètres cubes de sang dans 3 à 500 centimètres cubes de bouillon et d'eau peptonée), méthode qui a donné des résultats si nouveaux dans la fièvre typhoïde, donnerait des résultats comparables dans d'autres affections. Ils ont étudié à ce point de vue 18 cas de pneumonie ; six fois ils ont eu un résultat positif. Des 12 cas où ils n'ont pu isoler le pneumocoque du sang, 2 seulement se sont terminés par la mort ; les 10 autres ont eu une évolution régulière.

Des 6 cas positifs 2 ont été mortels ; un par méningite suppurée, l'autre par insuffisance cardiaque. Les 4 autres cas ont guéri, mais ont eu des pneumonies graves avec signes d'infection intense. Les ensemencements de sang ont été pratiqués entre le quatrième et le huitième jour de la maladie.

MM. Widal, Lemierre et Gadaud pensent, avec les auteurs qui les ont précédés, que la présence du pneumocoque dans le sang, au cours de la pneumonie, sans comporter un pronostic fatal et sans permettre de prévoir d'une façon constante une localisation extra-pulmonaire, paraît être un facteur de gravité.

REVUE DE LA PRESSE

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Les nourrissons en voyage, comment voyagent les pupilles de l'Assistance publique. De l'installation des dépôts de lait stérilisé dans les gares d'embranchement. (M. Bonnard. *Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, mars 1903.) — Le docteur Bonnard (de Tournon) vient de publier un fort intéressant travail qui montre avec quelle

négligence d'un autre âge des administrations comme les hospices de Lyon et l'Assistance publique de Marseille traitent les nourrissons dont elles ont la charge.

L'Ardèche, nous dit-il, reçoit un grand nombre d'enfants assistés ou non, de Lyon, en même temps que l'Assistance publique de Marseille lui envoie la majeure partie de ses pupilles.

C'est un va et vient constant de nourrissons et de nourrices dans la vallée du Rhône, aussi l'encombrement est-il souvent grand dans les gares d'embranchement qui desservent la montagne. Le transport des enfants se fait dans des conditions déplorables, surtout en hiver, avec cette aggravation que l'administration des hospices de Lyon a la mauvaise habitude de faire partir les nourrices fort tard dans la journée ce qui les force à voyager de nuit ou à coucher en route.

A Marseille, on en est encore à un système d'un autre siècle, celui des *meneuses*. La meneuse prend un lot plus ou moins considérable d'enfants, les entasse dans un compartiment, et après un long voyage, cahoteux, avec de nombreux changements de train, elle arrive dans la montagne de l'Ardèche au point de répartition des nourrissons. Là recommence pour l'enfant un nouveau voyage sous la pluie ou le soleil, si bien, ajoute M. Bonnard, qu'une fois sur trois ce sera sa dernière étape, son étape vers le cimetière.

Dans l'un comme dans l'autre cas, comment l'enfant est-il alimenté pendant le voyage? C'est un mystère que n'éclaire que trop l'effroyable mortalité par gastro-entérite constatée dès les premiers jours de l'arrivée par tous les médecins-inspecteurs.

A différentes reprises les médecins-inspecteurs, les sociétés savantes se sont élevés contre la négligence de l'administration.

M. Bonnard proteste une fois de plus, mais il a le mérite de proposer en outre un remède à cet état de choses en demandant la création de dépôts de lait stérilisé dans les principales gares d'embranchement.

Cette création ne constituerait pas une amélioration ruineuse pour les administrations responsables. M. Bonnard évalue, en effet, le nombre de flacons nécessaires pour l'Assistance publique de Marseille à treize cents flacons environ revenant à 10 centimes au maximum.

On doit savoir gré à M. Bonnard de la persévérance qu'il apporte dans ses légitimes revendications. Nous espérons bien vivement qu'il sera entendu.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des accès d'asthme par le pyramidon. (G. Bardet. *Bull. gén. de thér.*, 1903, p. 470.) — On sait que le pyramidon est entré dans la pratique comme succédané de l'antipyrine, dont il n'est d'ailleurs qu'une modification heureuse, à la fois chimique et thérapeutique.

M. Bardet, reprenant des recherches qu'il avait faites à ce sujet il y a plusieurs années avec M. Albert Robin, et voulant utiliser les propriétés si intéressantes de ce médicament sur le système nerveux, a donné du pyramidon à un certain nombre d'asthmatiques et il est arrivé à définir ainsi l'indication du pyramidon.

Ce médicament pourra être prescrit avantageusement chez tous les malades à asthme pur, à accès nerveux bien caractérisés, mais on n'aura aucun avantage à insister quand on aura reconnu que les accès sont compliqués de phénomènes inflammatoires ou congestifs et surtout quand ces manifestations auront précédé l'accès.

Le pyramidon, en effet, est un agent spécial du système nerveux et ne peut agir favorablement que quand son indication est nette et logique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1903-1904.* — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1903-1904, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1902) : ceux de deuxième, troisième et quatrième années, le samedi 25 avril, à trois heures ; ceux de première année, et pour MM. les internes provisoires, le lundi 27 avril, à deux heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 mai 1903) : ceux de troisième année, le mardi 5 mai, à deux heures; ceux de deuxième année, le jeudi 7 mai, à deux heures; ceux de première année, première moitié de la liste, le samedi 9 mai, à deux heures; deuxième moitié de la liste, le lundi 11 mai, à deux heures.

MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Bonnecaze (de Colombes) est nommé chevalier du Mérite agricole.

XIVe Congrès international de médecine. — La plus grande partie des congressistes ayant déjà quitté leur pays, le comité exécutif du Congrès a décidé de ne pas envoyer le programme définitif à domicile, mais bien de le distribuer à tous les membres, lors de leur arrivée à Madrid.

Hommage à M. Huchard. — Un groupe d'élèves et d'amis de M. Huchard se proposent de lui offrir, à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur, une plaquette en bronze.

Les souscriptions doivent être adressées à M. le docteur Fiessinger, 5, rue de la Renaissance, Paris 8e.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la treizième semaine 1055 décès, au lieu de 1030 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1075.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (moyenne 10).

La rougeole a causé 18 décès (moyenne 28); la scarlatine a causé 3 décès (moyenne 5); la coqueluche a causé 3 décès (moyenne 10); la diphtérie a causé 10 décès (moyenne 10); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 108, au lieu de 132 pendant la semaine précédente (moyenne 79).

La variole n'a causé que 1 décès.

La diarrhée infantile a causé 23 décès de 0 à 1 an, au lieu de 22 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 29.

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 188 décès au lieu de 177 pendant la semaine précédente et au lieu de 212, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 15 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 12 (moyenne 30); pneumonie, 55 (moyenne 55); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 106 (moyenne 110), dont 38 sont dus à la congestion pulmonaire et 54 à la broncho-pneumonie. En outre, 13 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 221 décès; la méningite tuberculeuse, 34 décès; la méningite simple, 16 décès, les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 20 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Martinet, médecin-major de l'armée coloniale, décédé sur le bateau qui le ramenait du Soudan en France, et Saunier, conseiller d'arrondissement de Xertigny (Vosges).

L'architecture moderne et l'hygiène, par Marcel Lemarié. In-8°, broché. — Prix : 1 franc. — Paris, Bibliothèque internationale d'éditions, 20, rue Mazarine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les dispensaires antituberculeux.

Par le docteur A. SALLARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Rôle et but général des dispensaires dans la lutte antituberculeuse. — Nous avons ici même (1), il y a deux ans, tenté de tracer à grands traits les phases principales de la lutte engagée, en France, contre la tuberculose, montrant en même temps par quels procédés, le même combat était soutenu dans les divers centres civilisés de l'étranger, tout particulièrement chez nos voisins les Allemands à qui l'assurance obligatoire a permis de réaliser un si puissant armement dans ce genre. On ne peut nier que, depuis, cette organisation antituberculeuse n'ait accompli chez nous de constants et incontestables progrès; l'initiative officielle guidée par les maîtres de nos facultés, aussi bien que l'initiative privée secourue par l'appui de la presse médicale et extra-médicale paraissent s'être engagées avec ardeur dans la voie des créations utiles réclamées par le public. Les établissements de cure dont nous signalions la fondation prochaine sont maintenant pour la plupart ouverts et en pleine activité, de nouveaux sont projetés. La propagande, surtout, sous l'impulsion féconde de l'*Œuvre antituberculeuse*, s'est de plus en plus affirmée et on a pu voir au dernier Congrès de la tuberculose, la France tenir à cet égard une place fort honorable. La lutte antituberculeuse dispose actuellement chez nous de plusieurs organes spéciaux (la *Lutte antituberculeuse*, la *Préservation antituberculeuse*, etc.), qui sans relâche signalent et encouragent les efforts tentés contre le fléau; chaque jour ce sujet d'actualité sert de thème à d'innombrables articles contribuant de plus en plus à la diffusion des saines idées de thérapeutique hygiénique, aussi la bibliographie devient-elle en cette matière singulièrement riche (1), le sujet se trouvant étudié tour à tour sous toutes ses faces et sous les titres plus ou moins imagés de : *croisade antituberculeuse, croisade sanitaire, armement antituberculeux, éducation populaire antituberculeuse, leçons de choses antituberculeuses*. Aussi ne saurions-nous ici analyser même rapidement tant de louables efforts, que tous du reste anime un même esprit. La lecture des comptes rendus du Congrès de Berlin est sur ce point suffisamment instructive, faisant ressortir le caractère propre de la lutte en Angleterre, en Allemagne et en France. Car si toutes trois, ces puissances ont obtenu d'incontestables résultats, difficilement comparables du reste, chacune les doit à des méthodes différentes. Si, en Angleterre, la mortalité tuberculeuse a baissé dans d'importantes proportions, on en trouve sans contredit la raison principale dans l'organisation de l'hygiène des habitations et des ateliers fondée sur des règlements administratifs sévères. En Allemagne, l'amélioration accusée par les statistiques est due tout entière à l'organisation puissante des sanatoriums populaires, édifiés et entretenus aux frais des offices d'assurance qui, comme nous l'avons montré, ont réalisé des prodiges, poussés dans cette voie par des raisons d'économie sociale parfaitement justifiées. En France, par contre, le maximum de l'effort semble s'être exercé sur l'enfance tuberculeuse, s'adressant ainsi à toute une classe de jeunes sujets au sein de laquelle se recrute une part importante des phtisiques adultes. Chez nous plus qu'ailleurs, les *hôpitaux marins*, l'*œuvre des colonies scolaires* contribuent largement à éteindre dans son germe la prédisposition transmise par des ascendants soit déjà contaminés par la tuberculose, soit seulement débiles alcooliques ou physiquement déchus à divers degrés. Le sanatorium populaire aussi a fait son apparition parmi nous, jouant partout où il s'est édifié un rôle utile sinon héroïque et proportionné aux sacrifices qu'il entraîne, mais il paraît chaque jour plus évident que jamais cet organe dispendieux ne se répandra et ne se multipliera en France avec la même abondance que chez nos voisins qui ont solidement fondé l'institution sur l'assurance obligatoire dont l'implantation sur notre sol semble jusqu'à nouvel ordre en contradiction trop absolue avec nos mœurs ouvrières et poli-

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 23 et 26 février 1901.

(1) Consultez particulièrement : E. DUCLAUX. *L'hygiène sociale*, 1902 ; — Paul STRAUSS. *La croisade sanitaire*, 1902; — P. BROUARDEL. *La lutte contre la tuberculose*, 1901 ; — Elisée RIBARD. *La tuberculose est curable*, 1901, etc.

tiques. C'est sans doute dans le but de remédier dans une certaine mesure à cette fâcheuse lacune qu'a surgi dans les centres urbains, depuis deux ans, une forme nouvelle d'assistance prophylactique dont les visées plus modestes et l'outillage moins onéreux paraissent mieux d'accord avec la modicité de nos ressources; nous voulons parler du *dispensaire antituberculeux*, sorte de policlinique spéciale destinée à attirer, pour les conseiller et les soulager, les poitrinaires encore valides, ceux que la tuberculose vient à peine d'atteindre ou qui ne sont encore pour elle que des victimes prédestinées. C'est à cette arme récente que nous désirons consacrer quelques lignes, car, s'il est permis de se fier aux premiers résultats acquis, il ne semble pas téméraire de croire qu'elle est destinée à rendre de précieux services, soit, faute de mieux, à l'état isolé, soit dans l'avenir, comme poste de secours, bureau de recrutement et de sélection pour le sanatorium populaire, s'il prend jamais plus d'expansion. Quoi qu'il en soit, l'urgence de pareilles fondations s'imposait en attendant la vulgarisation des établissements de cure qui pour être à la hauteur de leur tâche devraient être en mesure d'assister une moyenne de 300000 tuberculeux et exigeraient, il faut l'avouer, une mise de fonds absolument disproportionnée avec les ressources que peuvent fournir soit l'État, soit la charité privée (première installation : 1800000000; entretien annuel : 875000000).

En 1900 déjà M. Ausset (de Lille) (1), M. Letulle, M. Critzmann (2) émettaient le vœu que dans les grands centres, soient fondées des policliniques spéciales où s'opéreraient simultanément l'éducation hygiénique des tuberculeux encore capables de travailler et la sélection des malades appelés à bénéficier de la cure hygiéno-diététique. Dans ces dispensaires des médecins compétents s'efforceraient, par des examens méthodiques, de diviser les malades en trois catégories :

1° Douteux à soigner à domicile;

2° Tuberculeux confirmés au début, à diriger vers le sanatorium;

4° Tuberculeux avancés, à isoler dans les hôpitaux urbains.

En Allemagne aussi, le dispensaire antituberculeux existe, mais son rôle paraît se borner uniquement au choix des sujets propres à la cure par le sanatorium. En Belgique et en France où ce genre particulier d'établissements commence à se multiplier, le but poursuivi est assurément plus large, cherchant à compenser dans une certaine mesure l'insuffisance ou l'absence d'autres organes plus parfaits (les sanatoriums). Nous allons chercher ici à préciser leur rôle complexe et à montrer les différents rouages entrant dans le fonctionnement des quelques fondations de ce genre qui existent déjà à l'heure actuelle. Ce rôle, ne faut-il pas l'avouer, est surtout prophylactique, car le dispensaire est impérieusement obligé de négliger complètement ou de laisser au second plan les phtisiques arrivés à une phase avancée, pour réserver la meilleure part de ses ressources et de ses efforts à ceux qui entrent à peine dans la tuberculose ou se préparent seulement à en franchir le seuil. Le but est aussi essentiellement humanitaire, car le dispensaire prétend encore initier toute la classe peu cultivée de la population urbaine aux règles d'une hygiène simple et féconde et soutenir ses forces morales dans la lutte contre ce qu'on a justement nommé le mal de misère.

(1) Ausset. Congrès de Naples, 1900.
(2) Critzmann. *Revue d'hygiène*, 1900, t. XXII, p. 429, 443.

II

Prophylaxie. — Les dispensaires qui, par leur multiplication progressive, doivent tendre à restreindre assez le champ de leur action pour en assurer l'efficacité, se proposent de mettre tout en œuvre pour attirer à eux tous les sujets tuberculeux ou suspects de tuberculose répandus dans la population ouvrière et indigente de leurs circonscriptions. C'est à ce contingent très spécial qu'il s'agit de donner l'*éducation antituberculeuse*, Oralement, par voie d'affiches, par la distribution d'imprimés, on s'efforcera, sans lui dissimuler ni le nom, ni la nature de son mal, de le convaincre : que *la tuberculose est curable*, que pour obtenir la guérison presque certaine, il suffit de se soumettre avec exactitude et persévérance à certaines règles d'aération et d'alimentation; qu'*elle est contagieuse*, communiquée par les crachats désséchés et les mucosités lancées dans l'atmosphère pendant la toux; que, en conséquence, ceux que le mal a déjà touchés ont la possibilité et l'impérieux devoir d'en préserver leur entourage habituel et leurs enfants; qu'il suffit pour cela de ne jamais cracher à terre ni dans le mouchoir, mais dans des récipients spécialement destinés à cet usage, de ne jamais tousser sans placer la main devant la bouche. Ces conseils fondamentaux doivent être confirmés et appuyés : par la distribution à tous les malades de crachoirs de poche et de crachoirs de table périodiquemen stérilisés, par la désinfection hebdomadaire des linges et des hardes portés par les malades. Le dispensaire antituberculeux aura aussi la mission : de s'enquérir des conditions d'aération, d'éclairage, d'insolation des habitations, des ateliers de ses clients; de leur donner des instructions détaillées : sur la manière de balayer et d'essuyer leur logement (*jamais à sec*), de l'aérer jour et nuit; sur le régime alimentaire le plus favorable à leur état, sur la façon de respirer régulièrement et largement, de tousser utilement (pour expectorer seulement); sur le meilleur mode d'habillement; sur l'innocuité du froid sec, les dangers du froid humide, de la grande chaleur, de l'air confiné, du vent et des poussières, et par dessus tout, sur les déplorables effets du séjour dans les cabarets et de la consommation des boissons alcooliques. Il s'efforcera, en un mot, par tous les moyens, de saper tout un ensemble de préjugés qui, s'ils commencent à peine à être discutés dans la classe bourgeoise et aisée, sont encore à plus forte raison singulièrement enracinés dans les milieux populaires.

Tels nous paraissent être les éléments essentiels du rôle prophylactique que peut et doit jouer le dispensaire antituberculeux vis à vis des poitrinaires avérés, mais là ne doit pas se borner son ambition, tous ceux qui sont au seuil de la tuberculose ou dont la débilité native semble en faire pour l'avenir des victimes prédestinées, ont droit à sa sollicitude, et en cela il est appelé aussi à rendre d'inappréciables services. Dans cet ordre d'idées, il est indispensable que le recrutement de sa clientèle soit assuré par la propagande des malades traités et améliorés, qui, dans leur entourage, dans leur famille, à l'atelier, se chargeront d'engager tous les affaiblis, tous les tousseurs à venir chercher conseil et reconfort au dispensaire. Il est en effet de la plus haute importance que la tuberculose soit dépistée dès ses premières atteintes, période pendant laquelle les chances de guérison par une hygiène convenable sont particulièrement favorables; aussi ce diagnostic précoce doit-il être poursuivi par tous les moyens dont dispose actuellement la

clinique et le laboratoire : auscultation minutieuse, recherche méthodique des bacilles dans l'expectoration, examen radioscopique.

Un des buts principaux poursuivis par le dispensaire antituberculeux étant de vulgariser dans les masses populaires les principes fondamentaux de la cure hygiéno-diététique, on conçoit que les distributions d'aliments y doivent primer celles de médicaments. Les aliments sont fournis sur place sous différentes formes : huile de foie de morue, suc de viande crue (préparé conformément à la méthode du professeur Ch. Richet), lait, viande crue en nature (ou bons de viande). Toutefois, les principaux agents thérapeutiques répondant à certaines indications spéciales; ceux dont un long usage a consacré l'utilité dans le traitement des tuberculeux, pourront être distribués suivant les besoins et avec discernement. Tels sont surtout le cacodylate de soude, ainsi que la créosote et ses dérivés (créosotal, gaïacol, etc.). Ces substances toujours, autant que possible administrées sur place et de préférence par voie hypodermique, seront mises à profit toutes les fois que l'indication en sera évidente et précise.

Il entre aussi absolument dans le rôle du dispensaire de surveiller et de faciliter l'exécution des réformes hygiéniques qu'il s'est donné mission de vulgariser, et cela, en s'efforçant, autant que le lui permettent les ressources dont il peut disposer, d'améliorer les conditions de logement, d'aération, d'insolation de sa clientèle. Mais il ne peut s'agir nécessairement que d'une œuvre d'attente, qui n'aura acquis son entier développement et le maximum de ses effets utiles que le jour où, du dispensaire, le tuberculeux curable pourra être dirigé sur un sanatorium. Revenu de la maison de cure guéri ou assez amélioré pour reprendre son travail, il recevra de nouveau de la part du dispensaire l'appui physique et moral si indispensable au cours d'une affection aussi longue que la tuberculose.

III

Historique. — Il nous reste maintenant à passer rapidement en revue les principaux dispensaires antituberculeux qui fonctionnent en ce moment et à montrer dans quelle mesure chacun d'eux parvient plus ou moins parfaitement à remplir les différents articles du programme que nous venons d'esquisser.

Le premier en date des établissements de ce type est celui que fonda le docteur Léon Bonnet au mois de janvier 1900, rue Saint-Lazare, transféré, au mois de mai suivant, 115, rue Marcadet (1). De ce centre primitif, qui a été le berceau de l'*Œuvre générale des dispensaires antituberculeux et des cures d'air populaires*, dérivent maintenant quatre nouveaux postes dont le plus perfectionné paraît être le *Dispensaire modèle de Vaugirard*, inauguré en 1902, 196, rue Lecourbe (2), et dont nous aurons à reparler.

L'ouverture à Lille du *dispensaire Émile-Roux* (3), le 1er février 1901, fait époque dans l'histoire de la lutte antituberculeuse sous cette forme nouvelle, parce qu'il a été conçu et organisé par le professeur Calmette dans un esprit méthodique et hautement scientifique. C'est, du reste, sur son modèle qu'ont été édifiés le Dispensaire Calmette de Reims (1) et les dispensaires belges de Liège (docteur Malvoz) et d'Anvers [docteur Van Bogaert (2)]. Enfin, le 9 novembre 1902, était inauguré officiellement, place Dupleix (XVe arrondissement), sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'Instruction publique et du professeur Brouardel, le *dispensaire du Palais du travail.* Cet établissement, placé sous la haute direction médicale du docteur Courtois-Suffit, qui, à la séance d'ouverture, en a fort bien défini le but et le fonctionnement, diffère de ceux qui l'ont précédé par une particularité très nouvelle chez nous et que le doyen honoraire de la Faculté s'est empressé de relever en temps et lieu : l'initiative en a été prise non simplement par une réunion de personnalités charitables, mais par des syndicats et mutualités ouvrières (Associations ouvrières de production de de France), fait absolument significatif et exemple qui ne saurait être trop suivi.

IV

Local. Aménagements intérieurs. Matériel. — Il n'est nullement indispensable que le local soit somptueux et par conséquent coûteux. Il semble réduit à sa plus simple expression au *dispensaire de Montmartre* (fondation L. Bonnet). Dans un magasin vitré dont les verres sont dépolis jusqu'à mi-hauteur sont aménagées : 1° une *salle d'attente* aux murs silicatés de couleur claire, meublée de bancs où prennent place les malades et d'un comptoir destiné à la surveillante qui y distribue les médicaments et les aliments; 2° une *salle d'inhalation* d'air ozonisé que produisent des appareils d'électricité statique; 3° une *salle de consultation* à laquelle est annexé un *cabinet noir* installé spécialement en vue des examens radiographiques.

Grâce à une très généreuse mise de fonds, le *dispensaire de Vaugirard* est largement installé au milieu d'un jardin, dans un immeuble de deux étages construit spécialement et adapté à son usage. Il comprend : 1° au *rez-de-chaussée*, une salle destinée à l'inscription des malades et à la distribution des aliments et médicaments, la pharmacie; 2° au *premier étage*, le cabinet de consultation auquel est annexée une chambre noire pour la radioscopie, un vestiaire muni d'une étuve pour la désinfection des vêtements; 3° au *deuxième étage*, une salle de gymnastique respiratoire et d'inhalations. Les murs extérieurs et intérieurs sont arrondis aux angles et ripolinés, les parquets recouverts d'un encaustique germicide.

Le *dispensaire Emile-Roux* (de Lille) est aménagé dans un pavillon de 10m50 sur 8m50, composé seulement d'un rez-de-chaussée sur sous-sol. Celui-ci abrite : une grande salle d'attente, deux salles de consultation, une chambre noire pour examens laryngoscopiques, un laboratoire pouvant servir au besoin de troisième salle de consultation ; enfin, un bureau pour l'*assistant enquêteur*, employé spécial dont nous définirons plus tard les fonctions. Dans le sous-sol prend place la chaudière d'un calorifère à vapeur à basse pression qui assure le chauffage hygiénique de tout le pavillon. Sur le bâtiment principal vient se greffer à angle obtus une buanderie comprenant : une salle pour la récep-

(1) Voyez Gratien Doucet. *Le dispensaire antituberculeux*, Th. de Paris, 1901, et A.-J. Musy. Compte rendu moral et financier du dispensaire antituberculeux de Montmartre, dans *La lutte antituberculeuse*, 30 mai 1902.

(2) Voyez A.-J. Musy. Inauguration du dispensaire modèle de Vaugirard, in *La lutte antituberculeuse*, 30 mai 1902.

(3) Voyez Calmette. Le dispensaire antituberculeux de Lille, in *La lutte antituberculeuse*, 31 août 1901.

(1) Voyez *La lutte antituberculeuse*, 31 juillet 1902.

(2) Van Bogaert. Le Dispensaire tuberculeux Anversois, in *La lutte antituberculeuse*, 30 mai 1902.

tion et le trempage du linge, une salle pour la stérilisation et le blanchissage (lessiveuse désinfecteuse et essoreuse à rotation), un séchoir à vapeur qui ouvre sur une salle de pliage et de remise du linge propre.

Le *dispensaire Malvoz* (1), à Liège, n'est composé que de quatre pièces : un bureau pour l'inscription des malades, une salle d'attente, une salle de consultation et un laboratoire.

Le *dispensaire Anversois* (Van Bogaert) distribue ses différents services en trois étages. Le rez-de-chaussée est occupé : par la salle d'attente, un cabinet réservé au médecin chargé spécialement de l'enquête sociale et au *pisteur* (ou assistant enquêteur); de l'autre côté d'une cour, par le laboratoire, domaine réservé au *médecin bactériologiste*. Le premier étage, domaine du *médecin clinicien*, abrite son cabinet de consultation pourvu des différents appareils propres à compléter l'enquête clinique : balance, toise, périmètre thoracique et précédé d'une petite pièce où se déshabille le malade. Enfin au deuxième étage se trouve le logement du concierge, employé chargé des distributions du lait, de la surveillance et de l'entretien du matériel.

Le *dispensaire du Palais du travail* est représenté par un coquet pavillon rectangulaire composé seulement d'un rez-de-chaussée élevé sur sous-sol au milieu d'un jardin. Cet étage unique est divisé en cinq pièces principales ouvrant toutes sur un vestibule commun : une salle d'attente pour les malades, un réfectoire où se tient la surveillante qui y distribue les médicaments et les aliments, une salle de consultation et une petite cuisine; les murs sont partout arrondis aux angles et peints de couleurs claires. Dans le sous-sol, outre le calorifère à vapeur à basse pression chargé du chauffage et une petite pièce destinée à recevoir le linge sale dont la désinfection est confiée au service des étuves municipales, sont aménagés : un laboratoire, une salle de pharmacie et un cabinet noir pour l'examen radioscopique et laryngoscopique.

Le matériel exigé par les services d'un dispensaire antituberculeux est généralement assez sommaire et par conséquent peu onéreux. Sans parler du mobilier (bancs, sièges, tables) dont les seules qualités requises sont la propreté et la solidité, les crachoirs fixes sont distribués généreusement un peu partout, accompagnés de la défense expresse de cracher nulle part ailleurs. A Lille, on utilise un crachoir en verre (modèle Leune); rue Marcadet, des crachoirs à pied en tôle émaillée; au Palais du travail, de fort ingénieux crachoirs hors desquels l'expectoration est immédiatement entraînée par un courant d'eau permanent.

Le docteur Léon Bonnet, adonné à l'électrothérapie, préconise, dans les établissements qu'il a fondés, les inhalations d'air ozonisé produit par des générateurs d'électricité statique; ces appareils dispendieux dont le rôle moral paraît prépondérant sont utiles sans être indispensables. Les appareils radioscopiques (bobines d'induction, tube focus, écran fluoroscopique) installés à Montmartre, à Vaugirard et au Palais du travail sont aussi d'un prix relativement élevé, mais semblent appelés à rendre de précieux services dans l'établissement du diagnostic au début de la tuberculose. Quant au laboratoire, il doit de toute nécessité être pourvu des instruments indispensables : microscope avec objectif à immersion et éclairage Abbe, réactifs colorants et autres, étuves pour cultures, autoclave, four à flamber, centrifugeur, etc., il est clair qu'il constitue un rouage absolument indispensable.

Dans toutes les pièces, la salle d'attente surtout, il y a avantage à décorer les murs d'affiches en gros caractères rappelant les versets principaux de ce qu'on pourrait appeler l'évangile anti-tuberculeux et anti-alcoolique (*ne pas cracher par terre*, *ne jamais balayer à sec*, *fuir le cabaret*, *l'alcool c'est la mort!* etc.). On pourra y joindre les tableaux en couleurs publiés par l'industrie, étalant aux yeux, sous forme de leçons de choses : les ravages causés sur les divers organes par l'alcool, le facies de l'ivrogne invétéré et en regard celui de l'homme sobre, excellents agents de propagande par l'image très propres à vulgariser les notions essentielles en la matière.

V

Personnel. — Le personnel médical d'un dispensaire antituberculeux se compose en général essentiellement : 1° de *médecins consultants* chargés de l'auscultation et de l'examen complet des malades; 2° autant que possible d'un *médecin consultant spécialiste* capable de pratiquer avec compétence l'examen du larynx et, au besoin, des oreilles; 3° d'un *médecin bactériologiste* chargé du soin d'examiner les crachats. Les médecins sont secondés par une *infirmière* ou une *surveillante* à qui incombent la plupart des détails matériels de l'établissement : distribution des aliments et médicaments, surveillance du chauffage, de la buanderie, du service de désinfection, etc. A Anvers trois médecins dont les attributions sont nettement définies, se partagent le service : un *médecin* dit *social* uniquement occupé de l'*enquête sociale* faite à propos de chaque malade, sur son logement, la classe sociale à laquelle il appartient, ses moyens d'existence, ses charges; un *médecin clinicien* chargé de faire l'*enquête clinique*, c'est-à-dire de prendre l'observation de tous les malades, aussi complète et aussi précise que possible; un *médecin bactériologue* dont les fonctions consistent à pratiquer l'examen des urines et l'analyse bactériologique des crachats. A Lille ainsi qu'à Anvers, la tâche du personnel médical est certainement très simplifiée par l'adjonction d'un employé subalterne dit *assistant enquêteur* (Lille) ou *employé pisteur* (Anvers), recruté autant que possible dans la classe ouvrière, dont la mission de haute utilité, quoique souvent délicate en ce qu'elle exige des qualités rares de tact et d'observation, consiste à s'introduire dans les familles des malades, de manière à s'enquérir au juste de leurs besoins urgents et immédiats, de leurs charges, de l'état de leur logis au point de vue de l'hygiène; à répéter et à commenter en langage usuel les conseils essentiels donnés par les médecins du dispensaire. Les services rendus par cet assistant qui n'a pas d'analogue dans nos dispensaires parisiens sont certainement très appréciables, mais il est clair que l'intelligence, la discrétion, la dignité dont journellement doit faire preuve cet agent modeste en rendent le choix singulièrement difficile.

VI

Dossier clinique et social. — Toute œuvre qui a l'ambition de diriger longtemps avec méthode et suite un grand nombre de tuberculeux, en évitant autant que possible les tâtonnements et la perte de temps, doit s'astreindre à dresser par écrit et à tenir à jour l'histoire clinique succincte de chacun d'eux. En un mot, chaque malade doit avoir au dispensaire son *dossier clinique et social*.

(1) Voy. *Presse méd.*, 2 mars 1901.

A Montmartre, à Vaugirard, ces renseignements de divers ordres sont consignés dans trois registres distincts. Un *registre A* reçoit le nom et l'adresse de chaque malade. Un *registre B* mentionne : le mode de logement, la profession, les ressources habituelles du malade, renseignements recueillis par un employé spécial ; les antécédents morbides du sujet, les grandes lignes du diagnostic, le traitement institué, renseignements notés par le médecin ; ce registre est mis au courant et revisé tous les dix jours. Un *registre C* reçoit les noms et adresses des malades complètement assistés, c'est-à-dire recevant à la fois des secours en aliments, en médicaments et en espèces. Le jour de la première consultation chaque malade nouveau reçoit une carte numérotée qui porte imprimés au dos les principaux conseils antituberculeux.

A Lille (dispensaire Emile-Roux) le dossier clinique et social est infiniment plus complexe, mais à vrai dire, l'intervention de l'assistant enquêteur en facilite beaucoup l'établissement. Il se compose de deux pièces essentielles : 1° un *bulletin d'enquête* dressé dès la première visite du malade, portant un questionnaire imprimé dont les réponses sont destinées à fournir toute une série de renseignements utiles : domicile du sujet, composition de sa famille, nombre et âge des enfants, genre de travail, atelier, montant du salaire quotidien, dettes, assistance reçue d'autre part, besoins urgents (la literie est-elle au Mont-de-Piété ?), manière dont le malade crache, valeur hygiénique du logement ; 2° un *dossier clinique* de modèle uniforme, sur lequel sont mentionnés : le poids du corps, le périmètre thoracique, les résultats de l'examen bactériologique des crachats, ceux de l'auscultation et de la percussion du thorax transcrits schématiquement sur des graphiques du poumon ; l'état des autres appareils organiques (circulation, digestion, reins, peau). L'examen clinique et bactériologique est régulièrement renouvelé chaque mois et un nouveau feuillet s'ajoute au dossier clinique, faisant mention des changements survenus et des indications thérapeutiques nouvelles qui en résultent. En outre, chaque malade reçoit dès le premier jour une *carte d'admission* au dispensaire ; en la lui remettant, on lui enseigne par la même occasion : la manière de cracher et de tousser sans disséminer les germes ; on lui fournit : un *crachoir de poche*, un *crachoir de table* et *un litre de solution de lysol à 2 p. 100* ; on lui remet en outre une instruction imprimée formulant en un style simple et clair les conseils essentiels que du reste expliquera et commentera, comme il convient, l'assistant enquêteur au cours de ses visites à domicile répétées trois fois par semaine ; celui-ci recommandera à la ménagère de ne jamais balayer le logis à sec, lui enseignant aussi les meilleurs procédés pour aérer sa chambre et lessiver le linge.

Au *dispensaire Anversois* (docteur Van Bogaert) le dossier se compose de trois pièces : un livret qui est remis au malade, une feuille d'enquête sociale et une feuille d'enquête clinique. Sur le *livret* numéroté qui reçoit l'état civil de chaque malade, sont imprimés en deux ou trois petites pages : les *commandements du tuberculeux*, conseils hygiéniques et diététiques. La *feuille d'enquête sociale* est dressée par les soins du *médecin social* aidé de l'*employé pisteur* qui recueille au domicile du sujet et chez son patron les renseignements nécessaires. La *feuille d'enquête clinique* est remplie par le *médecin clinicien* qui y inscrit avec précision les résultats de son examen ; elle est complétée par le *médecin bactériologue* qui y ajoute les résultats de l'examen des crachats notés d'autre part sur un registre spécial. Les crachats expectorés après lavage soigneux à l'eau bouillie, de la bouche et de l'arrière-bouche, sont recueillis pour l'examen dans un récipient stérilisé portant le numéro du livret individuel. Ces différentes feuilles sont finalement versées au dossier général. La mission de l'*employé pisteur*, en ce qui concerne l'enquête et la vulgarisation de l'hygiène antituberculeuse est exactement à Anvers celle de l'*assistant enquêteur* à Lille.

Chaque malade qui se présente au *dispensaire du Palais du travail* reçoit aussitôt une fiche en carton sur laquelle la surveillante commence par inscrire son nom, son âge, sa profession. Après interrogatoire et examen, le médecin consultant y note en des places réservées à cet effet : les antécédents héréditaires et personnels, la date probable du début de la maladie, les accidents principaux, le traitement à suivre, le résultat de l'examen bactériologique des crachats. Au dos de la fiche sont imprimés des schémas graphiques des deux faces du thorax sur lesquels sont consignés à l'aide de signes conventionnels les résultats de la percussion et de l'auscultation.

VII

Désinfection. — La désinfection des linges et hardes doit constituer dans tout dispensaire bien compris un service spécial. Celui du *dispensaire Emile-Roux* est particulièrement bien réglé. A chaque malade on remet une boîte métallique à couvercle, numérotée, dans laquelle sera recueilli le linge sale de la famille, chaque pièce ayant reçu préalablement au tampon le numéro de la boîte. Chaque semaine ou chaque quinzaine, cette boîte est remise à la blanchisserie. Là, le linge, après avoir trempé dans une solution antiseptique, est blanchi, essoré et séché à la vapeur, puis plié (sans être repassé) et rendu à son propriétaire dans la même boîte numérotée qui a été également soumise à la désinfection.

Le *dispensaire Anversois* désinfecte suivant les besoins à l'autoclave et à domicile le linge, les effets d'habillement et la literie.

Le *dispensaire de Vaugirard* (rue Lecourbe) est pourvu, comme nous l'avons signalé, d'un appareil de désinfection des vêtements annexé au vestiaire.

Le *dispensaire du Palais du travail* se charge de la désinfection des crachoirs par l'autoclave, mais confie aux étuves à désinfection de la ville de Paris la stérilisation du linge qui est simplement recueilli dans un local d'attente spécial.

VIII

Traitement. — La première place est accordée partout au traitement hygiéno-diététique, la cure médicamenteuse étant reléguée au second plan, d'autant plus que la clientèle des dispensaires est composée de tuberculeux relativement valides, ne présentant pas habituellement les complications fébriles ou bronchitiques qui créent des indications spéciales : antipyrétiques, calmants, antiseptiques des voies respiratoires.

La *fondation Léon-Bonnet* (rue Marcadet et rue Lecourbe) ne rédige pas d'ordonnances ; les malades sont exercés tous les deux jours (série de douze séances) à pratiquer, autour d'une machine à électricité statique (source d'ozone) des expirations et des inspirations forcées méthodiques. On leur distribue, selon les indications : de la viande crue de cheval (500 grammes à 1 kilogramme), du suc musculaire (que le malade peut préparer lui-même en suivant les indications d'une recette imprimée) ; de l'huile de foie de morue,

de l'arséniate de soude (en solution) et du phosphate de chaux.

Au *dispensaire Emile-Roux* comme au *dispensaire de Liège* (docteur Malvoz), il n'existe pas de pharmacie; en dehors des bons d'aliments, on se borne à distribuer des crachoirs, des antiseptiques et de l'huile de foie de morue. Les médicaments calmants, indispensables à certains moments, sont prescrits soit par les soins du médecin traitant de la ville, soit par le bureau de bienfaisance (à Lille).

Le *dispensaire Anversois* procède journellement (sauf le dimanche) à des distributions régulières de lait; plusieurs fois par semaine, à des distributions de légumes secs (fèves et pois) et de lard (plusieurs kilogrammes par semaine). Ces livraisons se font sur place et exceptionnellement à domicile pour les malades gravement atteints.

Le *dispensaire du Palais du travail* ne délivre pas non plus d'ordonnances. L'huile de foie de morue, la médication cacodylique administrée sous forme hypodermique, le suc de viande (*suc vital*) et quelques spécialités appropriées dues à la générosité de leurs producteurs y forment le fond de la thérapeutique.

Le principe de distribuer aliments et médicaments en nature et autant que possible sur place, de ne pas rédiger d'ordonnances, doit en effet être absolu dans les dispensaires qui se proposent de limiter rigoureusement leur rôle à la surveillance et au traitement des tuberculeux seuls. Toute infraction à cette règle les exposerait à être envahis par des malades de tous genres, au grand détriment de leur budget, et leur ferait d'autre part encourir le reproche d'empiéter sur le domaine, soit des médecins de la ville, soit des bureaux de bienfaisance.

IX

Propagande antituberculeuse. — Nous avons montré que le dispensaire antituberculeux devait être non seulement un poste de prophylaxie et de cure, mais aussi un foyer militant de propagande et de vulgarisation. Cette partie du programme est réalisée par l'affiche, par l'image et par la distribution d'imprimés. Les éléments essentiels de ce genre spécial de publicité nous paraissent au mieux condensés dans les instructions imprimées que reçoit, dès son admission, chaque malade du dispensaire Emile-Roux. Nous en extrayons ici la substance :

Ne jamais cracher par terre pour éviter de disséminer les germes et de contaminer les siens. Expectorer toujours dans un crachoir à demi rempli de la solution de lysol et que l'on fera bouillir ou désinfectera chaque soir, ainsi que le mouchoir s'il a servi. Ne tousser que lorsqu'on ressent le besoin de cracher. Ne jamais avaler les crachats. Se couvrir la bouche en formant écran avec la main, chaque fois que l'on tousse ou que l'on éternue. Se laver soigneusement à l'eau plusieurs fois par jour les mains, la figure et surtout la barbe. Redouter le vent, les courants d'air, la pluie, l'humidité, les poussières. Faire lit à part et même, s'il est possible, chambre à part. Dormir bien couvert, la fenêtre ouverte ou entr'ouverte. Se promener au soleil, la tête abritée. Laver chaque matin la poitrine à l'eau froide et pratiquer sur tout le corps des frictions énergiques. Matin et soir, faire la toilette minutieuse de la bouche et des dents avec un peu de lysol. Manger autant de viande que possible, soit du bœuf bien cuit, soit de la viande crue toujours bien fraîche. Boire beaucoup de lait, même en mangeant. Faire plusieurs repas, quatre au moins. S'abstenir d'alcool qui empêcherait de guérir et lui préférer la bière (un litre au plus). Fuir les estaminets, se coucher tôt, ne pas fumer, éviter la colère et les soucis. Demander conseil au moindre incident. En se conformant à ces préceptes, la guérison est certaine.

Tels sont les *commandements antituberculeux* qui se trouvent également annexés au livret individuel remis à chaque malade du dispensaire Anversois. Ces quelques conseils simples, aisés à comprendre et à suivre pour les malades appartenant à la masse cultivée, ne le sont peut-être pas au même degré pour les clients habituels des dispensaires, recrutés dans la classe ouvrière et auxquels les habitudes de propreté journalière, d'alimentation rationnelle, de sobriété sont malheureusement, surtout en France, il faut savoir l'avouer, trop souvent étrangères. Aussi ne suffit-il pas de leur mettre entre les mains ce programme, pour eux compliqué et souvent mal compris, il entre dans le rôle des médecins consultants, de l'assistant enquêteur ou de l'employé pisteur (à Lille et à Anvers) d'en commenter chaque article, de donner à chaque précepte une raison plausible et facile à saisir; c'est là de la propagande utile et féconde à tous égards.

X

Budget. — La question budgétaire domine partout et toujours, malheureusement, le fonctionnement de toute fondation philanthropique, fût-elle, de l'aveu de tous, de la plus indiscutable utilité. Ce chapitre positif ne saurait donc nous laisser indifférent et nous n'hésiterons pas plus à l'aborder que nous ne l'avons fait au sujet des sanatoria; les conclusions en seront du reste cette fois bien moins décevantes, car en matière de dispensaires, on peut faire beaucoup, relativement à peu de frais, n'étant pas nécessairement entraîné, par le but même, à faire grand.

Le *dispensaire de Montmartre* nous semble avoir résolu le problème de façon fort économique. Pendant la première année de son existence, il a assisté une moyenne de 2 157 tuberculeux ou suspects de tuberculose; les frais se sont élevés à une somme totale de 22 500 francs ainsi répartie : location 1500 francs; indemnité à la surveillante 600 francs; à l'assistant 600 francs; chauffage, éclairage et blanchissage 600 francs; médicaments et antiseptiques 720 francs; assistance alimentaire 12 000 francs. En faisant la part des charges imprévues, l'Œuvre paraît devoir tabler sur une dépense globale annuelle de 24 000 francs.

Le fonctionnement de l'établissement de Vaugirard est assuré grâce au revenu d'un capital de 100 000 francs mis généreusement par M. de Bury à la disposition de l'*Œuvre générale des dispensaires et des cures d'air*, et du produit d'une loterie de 100 000 francs.

A Lille, l'œuvre du *dispensaire Emile-Roux* a été fondée grâce au produit d'une souscription (45 000 fr.) et grâce au secours d'une subvention votée par le conseil municipal (30 000 fr.). Les dépenses totales nécessitées par la construction de l'immeuble, l'achat de l'appareil de chauffage et de l'ameublement se sont élevées à 3 000 francs. La moyenne de la dépense mensuelle pour les quatre premiers mois a atteint 1202 fr. 76, et, en y ajoutant les appointements de l'enquêteur, les frais d'imprimés, de crachoirs et d'antiseptiques, à 1427 fr. 76, ce qui permet d'évaluer les charges annuelles à environ 18 000 francs. La dépense par malade assisté et par mois semble devoir atteindre 80 francs environ. Le budget annuel, si l'on veut prévoir le développement normal de l'œuvre, devra être en mesure de faire face à une dépense de 40 000 francs.

Le *dispensaire Anversois*, créé sur le modèle de celui de

Lille, est alimenté par les fonds du bureau de bienfaisance et par les souscriptions recueillies par la Ligue nationale de la tuberculose pour la province d'Anvers.

Le *dispensaire du Palais du travail*, fondation des associations ouvrières de production de France, est alimenté : 1° par les cotisations annuelles de ses membres; 2° par une subvention annuelle de 2 000 francs du Conseil municipal de Paris, par le concours de généreux donateurs (don anonyme récent de 10 000 fr.), ainsi que par des prélèvements opérés : sur les fonds du pari mutuel (10 000 fr.) et ultérieurement sur le produit d'une loterie projetée (50 000 fr.). Les frais de construction et d'aménagement de l'immeuble (M. Philippon architecte) se sont élevés à la somme de 24 000 francs. Quant aux frais d'entretien annuels, l'ouverture du dispensaire (1er octobre 1902) est encore trop récente pour qu'il soit possible de fournir dès maintenant, à ce sujet, des évaluations précises et instructives.

XI

Conclusions. — Dans cet aperçu très rapide, nous avons dû nous borner à ne choisir pour exemples que les principaux dispensaires antituberculeux actuellement en activité, laissant forcément de côté quelques établissements du même genre, soit déjà ouverts (*dispensaire Calmette à Reims*, *dispensaire de la rue du Général-Foy* [n° 26] et *de la rue Vercingétorix* entretenus par l'*Œuvre des tuberculeux adultes*, etc.), soit en préparation, non que ces fondations n'aient droit à autant d'éloges que les autres, mais parce que les publications spéciales ne nous ont pas fourni à leur sujet de documents assez détaillés pour nous permettre d'en tirer un enseignement utile sur la question. Nous avons uniquement cherché à faire apprécier tous les progrès que pourraient apporter à la réduction de la mortalité et de la morbidité tuberculeuse, la multiplication, dans nos centres urbains et ouvriers, de dispensaires économiques répondant au type général que nous venons d'esquisser. Ces bienfaits tendront de plus en plus à s'accroître à mesure que se répandront, avec ces fondations, les notions qu'elles se proposent de vulgariser et de faire passer du domaine théorique dans le domaine pratique. Le sanatorium populaire pour les tuberculeux curables, l'hôpital d'isolement pour les incurables constituent en théorie les compléments logiques du dispensaire antituberculeux; aussi entre-t-il dans les projets du *dipensaire du Palais du travail*, de s'annexer un sanatorium, *quand ses ressources le lui permettront*. Cette dernière condition est à vrai dire presque partout, chez nous, la plus difficile à réaliser, et les énormes capitaux indispensables à l'édification de sanatoriums en nombre suffisant pour répondre à toutes les demandes, paraissent encore et seront probablement longtemps introuvables. Du reste, est-il permis de le dire? si l'on en croit les derniers renseignements qui nous viennent d'outre-Rhin, les résultats éloignés des cures au sanatorium ne semblent pas, pour la classe ouvrière tout au moins, répondre complètement à ce que pouvaient faire prévoir les résultats immédiats et aux espérances formulées à la première heure; surtout si l'on réfléchit aux frais énormes que représentent la construction et l'entretien de ces engins compliqués.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes

---

REVUE DES THÈSES

Du surmenage physique dans l'éclosion des psychoses de puberté, par M. le docteur Gabriel LETEISEN. (Th. de Paris, 1902.)

Les psychoses de puberté ne présentent pas une entité morbide avec sa symptomatologie propre ; le développement pubéral communique seulement aux psychoses développées à cette époque une empreinte particulière.

L'hérédité et l'évolution pubérale prédisposent à l'éclosion des psychoses. Les enfants qui travaillent, qui sont presque toujours enfants de travailleurs, présentent, par leurs tares héréditaires et mauvaises conditions hygiéniques de la vie et du travail, un terrain particulièrement prédisposé au développement des psychoses.

Le travail musculaire prolongé fatigue le système nerveux central et l'intoxique par suite de l'élimination par les muscles en état de contraction des toxines qui ont une prédilection marquée pour le système nerveux central.

Chez l'enfant et l'adolescent le travail musculaire est surajouté à l'énorme travail physiologique produit par l'organisme à l'effet de croissance.

Le système nerveux central étant épuisé chez le pubère par suite du surmenage physique, les psycho-névroses s'installent sous de différents aspects et degrés.

De la stase intestinale hystérique, par M. le docteur E. MABIN. (Th. de Paris, 1903.)

Parmi les manifestations intestinales hystériques, dit l'auteur, les phénomènes de stase fécale sont des plus fréquents et des plus graves.

C'est tour à tour le syndrome alarmant de l'occlusion aiguë ou lente, ou le cortège si varié de la constipation intermittente ou permanente, que l'on note selon que l'arrêt du circus fécal est absolu ou relatif. Ces phénomènes mieux connus donneront, pense M. Mabin, la clef de maintes occlusions dont la cause échappe, aussi bien que de nombreuses constipations opiniâtres et rebelles, sans autre cause apparente.

Du reste, ces manifestations hystériques ont des allures si personnelles, si originales dans leur étiologie, leur pathogénie et leur thérapeutique, qu'elles ne laissent, pour peu qu'on les recherche, aucun doute sur leur nature et leur origine.

Mais si l'hystérie peut provoquer l'occlusion et la constipation, il y a lieu d'admettre une certaine réciprocité, et comme toute autre cause banale, la constipation pourra faire éclore l'hystérie chez les prédisposés, les hystérisables, ou perfectionnera une diathèse hystérogène native.

Quant à la pathogénie même de ces phénomènes, elle ne saurait être une et exclusive. L'hystérie peut entraîner la stase fécale par tous les moyens qu'elle a à sa disposition, à la fois tous ensemble ou partiellement combinés ou isolés : anesthésie, paralysie, spasme. Aussi bien, de même qu'il existe des manifestations hystériques des muscles de la vie relation : contractures ou paralysies, il en est ainsi de même pour les muscles lisses de la vie organique, en particulier pour les fibres lisses de l'intestin.

Le traitement devra être envisagé sous deux points de vue différents : traitement général, ou de la névrose elle-même, et traitement des phénomènes de stase, traitement symptomatique. Ce dernier, sur lequel l'auteur insiste, qu'il soit mécanothérapique, médicamenteux ou même chirurgical, sera avant tout suggestif. Une thérapeutique suggestive, sagement maniée et bien conduite, peut produire les guérisons les plus brillantes des phénomènes d'occlusion ou de constipation qui résistaient à tout autre traitement.

Contribution à l'étude de l'écriture en miroir, par M. le docteur A. Laprade. (Th. de Paris, 1902.)

L'écriture en miroir, écrit l'auteur dans ses conclusions, n'est nullement pathologique, et il pense avec Buchwald, Vogt, Durand, Nicolle et Halipré, Ballet, Meige, Bernard, Figuera et bien d'autres, qu'elle est l'écriture normale de la main gauche.

« Il semble, dit-il, que si elle ne se manifeste pas plus souvent, c'est parce qu'elle est sans cesse contrariée par le sens de la vue. Lorsque nous écrivons de la main gauche, nous subissons deux impulsions différentes. D'un côté le sens moteur nous demande d'écrire en miroir, mais d'un autre côté, le sens visuel nous pousse à écrire en écriture normale, c'est-à-dire de gauche à droite. Lorsque nous écrivons, nous le faisons uniquement dans le but de faire comprendre notre pensée, l'écriture s'adresse principalement au centre visuel, et il est tout naturel alors que ce soit ce sens qui l'emporte.

Mais, si une cause pathologique quelconque vient à le supprimer, de suite nous obéissons au centre moteur, et l'écriture en miroir apparaît spontanément.

Ainsi, il nous est facile de comprendre l'apparition de ce trouble de l'écriture chez les malades atteints de cécité verbale, puisqu'ils n'ont plus la faculté de contrôler le résultat de leurs mouvements, et que seul leur centre moteur les guide. Le même fait sera observé chaque fois qu'un malade sera dans un état grave, et qu'il sera forcé d'écrire de la main gauche, car il n'aura plus la force de réagir contre ses impulsions motrices ; il s'abandonnera aux mouvements qui lui semblent les plus naturels. On trouvera donc cette écriture chez les aphasiques qui, paralysés du côté droit, écrivent de la main gauche; elle indiquera alors un état général grave, mais aucune lésion spéciale. C'est donc à tort, croyons-nous, que certains auteurs en ont fait un trouble pathologique; l'écriture en miroir est l'écriture normale de la main gauche; mais une écriture normale que nous ne voulons pas employer, car nous voyons qu'elle ne pourrait être comprise. »

Essai d'étude sur le caféisme dans les dermatoses, par M. le docteur Camille Perfetti. (Th. de Paris, 1902.)

Le café détermine, particulièrement chez la femme, une intoxication dont les effets semblent être accrus par la quantité, la dose et le mélange avec d'autres substances.

Les phénomènes morbides auxquels il donne lieu du côté de l'appareil tégumentaire peuvent être le résultat de l'intoxication aiguë ou l'expression lente, mais sûre, de l'intoxication chronique.

Ces phénomènes morbides sont de deux sortes :

Le *prurit* qui revêt parfois une forme spéciale.

Ce prurit peut se manifester primitivement sur une peau d'apparence saine ou se surajouter à une dermatose dont il exagère le caractère prurigineux. L'étendue des lésions paraît être fonction de son intensité.

Les éruptions secondaires polymorphes secondaires au grattage.

Ces éruptions seraient un mode de réaction et d'orientation spéciale de la peau dans un sens morbide déterminé chez le sujet prédisposé par des susceptibilités individuelles qui a subi les effets de l'intoxication caféique.

L'auteur pense qu'on peut établir, à la base des manifestations cutanées provoquées par le caféisme et variables suivant les individus, des troubles du type chimique de l'estomac ainsi que des troubles nerveux, rénaux et hépatiques.

Contribution à l'étude des hernies vésicales, par M. le docteur Julien Piot. (Th. de Paris, 1902.)

Certaines cystocèles herniaires paraissent formées par des diverticules congénitaux de la vessie.

Une autre catégorie de cystocèles peut être causée par des adhérences consécutives à une opération sur la région, une cure radicale de hernie principalement.

L'étranglement des cystocèles herniaires est relativement fréquent. On peut observer l'étranglement d'une cystocèle seule, ou, quand la cystocèle coïncide avec une entérocèle, l'étranglement des deux hernies à la fois ou de l'entérocèle seule.

Le diagnostic n'est presque jamais fait qu'au cours de l'opération.

Dans le traitement des cystocèles, le bandage donne souvent de mauvais résultats. Il vaut mieux recourir à la cure radicale, dont les divers procédés sont :

La libération et la réduction de la cystocèle dans les cas de cystocèles larges et à parois solides ;

La cystopexie, dans ces mêmes cas ;

La résection dans les cas de cystocèles à parois minces, ou constituées par un étroit et long diverticule.

Les diverticules congénitaux de la vessie peuvent non seulement constituer des cystocèles herniaires, mais encore s'invaginer dans l'orifice des uretères.

Les propharmaciens, leurs droits, leurs devoirs, par M. le docteur Ch. Legendre. (Th. de Paris, 1902.)

Les médecins autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades en vertu de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI « ne sont pas des pharmaciens : ils n'ont pas passé par la filière des études pharmaceutiques; ce ne sont pas des pseudo-pharmaciens, ils ont une existence légale; ce ne sont pas des sous-pharmaciens, aucun pharmacien n'est au-dessus d'eux ; ils remplissent provisoirement le rôle de pharmacien sans être des pharmaciens provisoires : nous proposons de les désigner sous le nom de *propharmaciens* » (1).

Ce sont ces propharmaciens dont M. Legendre précise les devoirs et les droits. Leurs *devoirs sociaux* sont multiples : le médecin qui veut fournir des médicaments à ses malades doit : 1° s'assurer qu'il n'existe pas de pharmacien ayant officine ouverte dans la commune qu'il habite; 2° faire, devant le maire de sa commune, une déclaration préalable de son intention de se livrer au commerce des substances vénéneuses, en indiquant le lieu où est situé son établissement; 3° tenir un registre des poisons dans les formes légales et le conserver ; 4° renfermer les substances vénéneuses dans un lieu sûr et fermé à clef; 5° se munir de la dernière édition du Codex et s'assurer que les médicaments qu'il compose ou détient sont préparés conformément au formulaire légal; 6° vérifier la qualité et la pureté des médicaments qu'il délivre; 7° faire contrôler ses poids et mesures; 8° apposer les étiquettes exigées par la loi; 9° se rappeler qu'il ne peut livrer ces médicaments qu'aux malades près desquels il est appelé et qui habitent dans une commune privée de pharmacien: 10° se soumettre aux visites légales.

Quant à leurs *devoirs envers leurs clients*, M. Legendre les résume ainsi : 1° le médecin doit faire au lit du malade une ordonnance lisible et exécutable dans toutes les pharmacies, qu'il remet au malade ou à son entourage ; 2° si l'ordonnance est rendue au médecin pour qu'il l'exécute, elle portera le nom du malade; 3° elle sera contrôlée avant l'exécution par le médecin qui la modifiera s'il y a lieu et l'exécutera ensuite avec soin; 4° après l'exécution seulement, elle sera transcrite sur le livre-copie d'ordonnances pour être rendue avec les médicaments; 5° le numéro d'ordre de la transcription sera reproduit sur l'ordonnance

(1) Par analogie avec les termes de proconsul, de prolicteur, de provicaire et de prosecteur.

en face de la formule et de l'étiquette du médicament; 6° les prix seront établis d'une façon rationnelle.

Les *devoirs envers les confrères* sont encore plus simples : solidarité entre propharmaciens d'une part, médecins et pharmaciens de l'autre; cessation d'exercice de la pharmacie dès l'ouverture d'une officine dans la commune.

L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène alimentaire du nourrisson. Allaitement, sevrage (1), par le docteur E. Maurel.

Après avoir rappelé en quelques mots les principales causes de mortalité chez les nouveau-nés, M. Maurel s'efforce de déterminer la ration alimentaire de l'enfant pendant la première année.

Nos connaissances actuelles nous permettent-elles de calculer cette ration, comme on l'a fait pour l'adulte, d'une manière suffisamment approximative pour pouvoir être utilisée par l'hygiène alimentaire? Il est facile de répondre à cette question par l'affirmative. A condition de bien préciser les conditions de l'existence du nouveau-né, il doit être pratiquement possible d'évaluer ses dépenses, et, par conséquent, de calculer les quantités d'aliments nécessaires pour y faire face.

Quelles sont donc ces conditions? Elles sont au nombre de trois principales. Tout d'abord, le *poids*. L'alimentation des adultes se règle d'après leur poids : il est donc juste de suivre les mêmes règles chez les nourrissons et de baser leur alimentation sur leur poids normal, c'est-à-dire sur celui que devrait avoir un nourrisson de la taille dont il s'agit. La ration doit aussi être proportionnelle à la *croissance* : il faudra donc donner une quantité de lait suffisante pour couvrir les dépenses de la croissance et de l'entretien. Enfin, elle doit encore varier avec la *température ambiante*, et par conséquent avec toutes les causes qui peuvent modifier cette dernière : climats, saisons, altitudes. Une méthode d'alimentation qui tiendra compte de ces trois influences sera rationnelle, et, par là même, fructueuse.

L. BABONNEIX.

Les sécrétions internes et les principes de la médecine [*The internal secretions and the principes of medecine*, t. Ier] (2), par Sajous.

Dans cette première partie d'une série d'études sur la pathologie et la thérapeutique générales, l'auteur envisage tout d'abord la physiologie des capsules surrénales, leur rôle dans l'organisme normal, les effets de leur suppression expérimentale ou pathologique. Il est ainsi amené à admettre l'hypothèse d'un vaste système qui serait constitué par les glandes pituitaire, thyroïde, surrénale, — le grand sympathique servant d'intermédiaire, — et dont le lobe pituitaire antérieur représenterait le *centre*.

L'auteur étudie ensuite comment se comporte ce « système surrénal » en présence des fonctions vaso-motrices de l'innervation musculaire, des sécrétions glandulaires, etc. Dans la dernière partie du travail il examine le rôle des sécrétions internes dans l'immunité.

Ce rapide aperçu montre l'importance et l'intérêt de cette étude dans laquelle sont passés en revue, à la lumière des conceptions modernes de la biologie, les moyens complexes mis en jeu par l'organisme pour se défendre contre les causes qui tendent sans cesse à le détruire.

A. HOUSQUAINS.

(1) In-8° de 216 p. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

(2) Un vol. de 800 p., avec 42 fig. ou pl. color. — Philadelphie, Davis Co., 1903.

Suppurations méningées dans la paralysie générale (1), par P. Mermier.

La suppuration des méninges peut s'observer à la dernière période de la paralysie générale : elle apparaît alors comme complication terminale.

Elle peut revêtir deux formes anatomiques. Tantôt, il existe une véritable nappe de pus recouvrant la pie-mère, tantôt la suppuration vient compliquer une pachyméningite hémorragique. Dans le premier cas, on constate la présence d'une épaisse couche de polynucléaires plus ou moins altérés et une infiltration considérable de la méninge en plus des altérations ordinaires de la paralysie générale; dans le second, l'hématome a subi l'infiltration purulente, et, au-dessous de lui, on retrouve les altérations ordinaires de la péri-encéphalite.

Très rares — si bien que les auteurs actuels les passent sous silence — ces suppurations doivent être considérées comme une localisation de la pyohémie, pyohémie dont le point de départ est d'ailleurs variable. Elles évoluent sans bruit, d'une façon presque latente; quant à leur traitement, il est purement préventif et « consiste dans la prophylaxie des infections secondaires, par une surveillance constante, l'hygiène de la peau, l'intervention précoce et large ».

L. BABONNEIX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lyon.* — Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Ch. Viannay, Piollet et Laroyenne.

Guerre. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 9 avril 1903, ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Linon, nommé directeur de santé du 9e corps d'armée.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Carayon, désigné pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains ; — de Santi, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Bayonne.

MM. les médecins-majors de première classe Vuillemin, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Epinal; — Boulian, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris ; — Durand, pour l'hôpital militaire de Toulouse; — Decosse, pour l'hôpital militaire de Versailles; — Hublé, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris ; — Dupeyron, pour le 83e d'infanterie ; — Nicolas, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Janot, désigné pour le 18e chasseurs à cheval ; — Chéreau, pour le 36e d'infanterie ; — Loustalot, pour le 4e du train des équipages; — Teissier, pour le 10e dragons; — Vigneron, pour le 29e d'artillerie; — Franquet, pour le 10e cuirassiers ; — Dodieau, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Giraud, pour le 5e d'artillerie; — Le Goic, pour l'École d'application de l'artillerie et du génie à Fontainebleau ; — Wavelet, pour le 14e hussards ; — Descorps, pour les hôpitaux de la division de Constantine; — Parant, pour le 8e dragons ; — Azaïs, pour le 15e d'infanterie; — Boucabeille, pour le 24e d'artillerie; — Silvestre, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Castaing, pour le 6e chasseurs à cheval ; — Carrey, pour le 8e d'artillerie; — Defoug, pour le 11e d'infanterie; — Bouquet de Jolinière, pour la place d'Alger ; — Mahaut, pour le 17e bataillon de chasseurs à pied.

MM. les médecins aides-majors de première classe Vidal, désigné pour le 81e d'infanterie; — Lannou, pour le 54e d'infanterie ; — Spick, pour la garde républicaine, à Paris; — Anthony, pour le 2e spahis; — Talon, pour le 27e dragons; —

(1) In-8°. — Paris, J. Rousset.

Sénat, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Guilhaumon, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Borie, pour le 6e chasseurs d'Afrique; — Dusserre, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Marland, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Garnier, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie; — Piétrement, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Schwaebel, désigné pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; — Roualet, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Bachon, pour le 1er tirailleurs algériens.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 9 avril 1903, ont été affectés, savoir :

A la Côte-d'Ivoire (hors cadres). — M. le médecin-major de deuxième classe Pellan.

A la Réunion (hors cadres). — M. le médecin-major de deuxième classe Lafont.

En Indo-Chine. — MM. les médecins aides-majors de première classe Rousseau, pour ordre au 8e d'infanterie coloniale; Lartigue, au 5e d'infanterie coloniale (bataillon de tirailleurs chinois au Tonkin), et Lacour, en service au 1er d'infanterie coloniale.

Au Tonkin (hors cadres). — M. le médecin aide-major de première classe Grandmaire, au 3e d'infanterie coloniale.

Au corps d'occupation de Chine. — M. le médecin aide-major de première classe Couderc, au 2e d'infanterie coloniale.

En France. — Médecin-major de première classe : au 6e d'infanterie coloniale, M. Guerchet.

Médecins-majors de deuxième classe : au 7e d'infanterie coloniale, M. Devaux; au 1er d'infanterie coloniale, M. Lépinay; au 3e d'infanterie coloniale, M. Hazard; au 6e d'infanterie coloniale, M. Massiou; au 4e d'infanterie coloniale, M. Roquemaure.

Médecins aides-majors de première classe : au 3e d'infanterie coloniale, M. Gauducheau; au 4e d'infanterie coloniale, M. Dupuy; au 8e d'infanterie coloniale, M. Chapeyrou; au 22e d'infanterie coloniale, M. Portes; au 5e d'infanterie coloniale, MM. Boussenot et Léger.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies :

Au corps d'occupation de Chine. — M. le médecin de deuxième classe Onimus, placé hors cadres à la légation de France à Pékin.

A Madagascar. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Lairac, au 15e d'infanterie coloniale à Diégo-Suarez; Gautier, au service local, poste de Mananjary; Binard, à l'ambulance de Morondava; Legendre, à l'hôpital de Tananarive (médecin résidant).

MM. les médecins aides-majors de première classe Petit, à l'hôpital de Majunga; Le Strat, à l'hôpital de Tananarive; Bireaud, à l'ambulance de Moramanga; Franceschetti, au 2e tirailleurs malgaches; Eberlé, aux batteries d'artillerie de Tananarive; Poux, à l'hôpital de Tamatave.

En Afrique occidentale française. — M. le médecin-major de deuxième classe Thirion, placé hors cadres pour servir en Casamance.

MM. les médecins aides-majors de première classe stagiaires Durand, à l'ambulance de Kati; Duperron, placé à Ouagadougou.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Cassien, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur la *Nièvre* (mission hydrographique à Madagascar), en remplacement de M. le docteur Alain dont le rapatriement est demandé pour raisons de santé.

Société française d'hygiène. — Sur la proposition de son président, M. le docteur Ladreit de Lacharrière, la Société a approuvé la mise au concours pour l'année 1903 de la question suivante : *Le chauffage*, son action bienfaisante, ses dangers, ses sources et ses applications à la vie domestique.

La Société affecte à ce concours une médaille de vermeil, une médaille d'argent et trois médailles de bronze.

Les mémoires devront être inédits, écrits en français et ne pas dépasser 36 pages in-8°. Ils seront remis dans la forme académique avant le 1er octobre 1903 au siège de la Société française d'hygiène, hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris.

La question suivante sera mise au concours pour l'année 1904 : *La lumière*, ses sources, son action vivifiante sur les êtres vivants et sur les plantes, ses effets nuisibles, son action chimique.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la quatorzième semaine 1029 décès, au lieu de 1055 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1075.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 10).

La rougeole a causé 10 décès (moyenne 28); la scarlatine, 1 décès (moyenne 5); la coqueluche, 6 décès (moyenne 10); la diphtérie, 14 décès (moyenne 10); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 129, au lieu de 103 pendant la semaine précédente (moyenne 79).

La variole n'a causé aucun décès.

La diarrhée infantile a causé 32 décès de 0 à 1 an, au lieu de 23 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 29.

En outre, 32 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 170 décès au lieu de 188 pendant la semaine précédente et au lieu de 212, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 12 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 12 (moyenne 30); pneumonie, 43 (moyenne 55); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 103 (moyenne 110), dont 42 sont dus à la congestion pulmonaire et 48 à la broncho-pneumonie. En outre, 10 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 209 décès; la méningite tuberculeuse, 25 décès; la méningite simple, 20 décès, les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 20 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Damideaux (d'Epernay).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie des chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée rappelle au public qu'elle délivre, toute l'année, des billets d'aller et retour de *Paris a Rome*, viâ Modane, Turin, Gênes et Pise, aux prix réduits de 266 fr. 70 en 1re classe, et de 189 fr. 40 en 2e classe.

Les billets sont valables 45 jours.

Ils donnent droit à l'arrêt dans toutes les gares situées sur le parcours, tant en France qu'en Italie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Catalogue complet des thèses de doctorat de la Faculté de médecine de Bordeaux, depuis sa fondation (1878) jusqu'en juillet 1902 par ordre alphabétique de sujets traités, suivi d'une table alphabétique des noms d'auteur et de la liste complète des thèses de pharmacie. Gr. in-8°. — Prix : 2 francs. — Bordeaux, L. Robin; Paris, Michalon.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 46. — MARDI 21 AVRIL 1903. 76e ANNÉE. MARDI 21 AVRIL 1903. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DE MÉDECINE INFANTILE
(*Hôpital des Enfants-Malades.*)

LE RHUMATISME CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT (1)

Par M. MÉRY,
Professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Paris.

Je vous présente aujourd'hui une fillette atteinte de rhumatisme chronique, dont le diagnostic a été très délicat.

Cette petite fillette est âgée de sept ans, elle est entrée à l'hôpital pour des troubles très graves du côté des yeux, survenus au cours de manifestations rhumatismales, et qui ont abouti à la perte à peu près complète de la vision.

Au point de vue des antécédents, nous n'avons rien à noter. Nous avons recherché s'il n'existait pas de syphilis héréditaire, nous n'en avons pas trouvé les stigmates. D'ailleurs, nous avons, malgré cela, essayé le traitement spécifique qui ne paraît pas nous donner de résultats.

Elle a un frère de deux ans, bien portant. Un autre enfant est mort en nourrice d'une affection indéterminée.

Elle est née à terme et a été nourrie au biberon à la campagne. Il n'y a rien à noter dans sa première enfance. Elle a eu sa première dent à quinze mois et a marché à dix-huit mois. La parole ne lui est venue qu'à deux ans. Il y a eu un peu de retard au point de vue de la marche et de l'évolution dentaire, retard qui paraît avoir été causé par des phénomènes de rachitisme.

Il y a deux ans, on s'est aperçu que sa colonne vertébrale était très déviée et on a dû recourir, à ce moment, à l'emploi d'un corset orthopédique. Cette déviation de la colonne vertébrale a été le seul phénomène pathologique à noter avant l'affection actuelle.

Elle n'a eu aucune fièvre éruptive.

La maladie actuelle a commencé il y a environ un an. On s'est aperçu que les doigts des deux mains gonflaient progressivement, sans qu'il se produisît aucun phénomène douloureux. Il n'y avait, en outre, aucune réaction inflammatoire ou fébrile, de telle sorte qu'au début on avait même pris ce gonflement pour des engelures.

Au mois de septembre dernier, cette fillette a présenté des troubles graves du côté de l'œil. On a vu se produire des taches sur l'œil gauche avec des phénomènes d'iritis. Il se produisit même une cataracte complète. Malgré cela, l'enfant se servait de l'œil droit qui n'offrait aucun phénomène morbide, elle continuait d'aller à l'école et de travailler, lorsqu'en octobre, en revenant de l'école, elle dit à ses parents qu'elle « n'y voyait plus clair ».

On la conduisit chez un oculiste de Nevers qui lui fit mettre un vésicatoire sur les tempes et lui fit faire un traitement mercuriel. Il s'était produit, à l'œil droit, de la choroïdite et une hémorragie du corps vitré.

Nous étions donc en présence de lésions oculaires très graves : cataracte et iritis de l'œil gauche, choroïdite et hémorragie du corps vitré de l'œil droit. En outre, nous avions la déformation « en radis » des doigts que M. Fournier a observée dans le rhumatisme chronique de l'enfant.

Ce gonflement a surtout lieu au niveau de l'extrémité articulaire et de l'articulation de la phalange et de la phalangine.

Du côté de la main gauche, nous retrouvons les mêmes phénomènes de gonflement, un peu moins prononcés cependant. Ce gonflement fusiforme ne siège pas au niveau de l'articulation, mais intéresse le corps même de l'os.

Il y a également une déformation des doigts qui consiste en une inclinaison latérale.

On constate en outre que l'articulation de la phalange et de la phalangine est absolument immobile; au contraire, l'articulation de la phalangine et de la phalangette a conservé un certain degré de mobilité. Il y a également un certain degré de gêne dans le fonctionnement de l'articulation des premières phalanges avec les métacarpiens. Vous savez qu'il y a deux types différents : le type d'extension et le type de flexion, le premier correspondant à l'extension, le second à la flexion de la première phalange sur le métacarpien.

Quand on fait remuer les articulations métacarpo-phalangiennes des trois grands doigts, on entend un certain craquement.

Il n'y a pas de phénomènes inflammatoires, je le répète, pas la moindre rougeur et une indolence absolue.

Les grandes articulations ne présentent absolument rien d'anormal. Du côté des orteils, l n'y a pas non plus de déformation.

(I) Leçon recueillie et rédigée par M. le docteur LAUFER.

Il y a du gonflement de l'extrémité inférieure du radius du côté gauche; on sent, à la face antérieure, une sorte d'épaississement.

Ce gonflement offre un certain intérêt, car nous hésitions sur l'origine de l'affection, et c'était peut-être là un argument en faveur de la nature spécifique possible de ce rhumatisme chronique; d'autre part, l'examen radiographique montre nettement une hyperostose de l'extrémité inférieure de la première phalange du médius droit.

En ce qui concerne l'épaississement du radius sur la plaque radiographique, il n'apparait guère, mais le radius présente une courbure anormale.

Au point de vue viscéral, nous ne trouvons rien : pas de souffle d'insuffisance mitrale, pas de grosse rate, rien du côté des poumons, pas non plus d'adénopathie.

Dans le rhumatisme chronique, on a signalé parfois des adénopathies. D'autre part, le docteur Roche, qui s'est chargé de l'examen ophtalmologique de cette enfant, dit que, chez les vieillards, dans les cas de rhumatisme chronique, il arrive assez fréquemment qu'on observe des phénomènes visuels, soit de l'iritis, soit même de la cataracte.

Le docteur Morax, qui a aussi examiné cette petite malade, a pensé que ces manifestations oculaires pouvaient être plutôt sous la dépendance de la syphilis héréditaire que du rhumatisme.

Devant cette opinion d'autant plus plausible qu'on a signalé des cas de rhumatisme chronique déformant dans la syphilis héréditaire, nous avons soumis notre petite malade à un traitement spécifique assez intense, nous avons fait des injections de bi-iodure d'hydrargyre à la dose de 4 milligrammes par jour. Jusqu'ici, nous avons fait neuf injections et nous n'avons obtenu aucun résultat, ni au point de vue oculaire, ni au point de vue du rhumatisme. Si nous étions en droit d'en attendre quelque chose, ce serait d'abord du côté des yeux que l'amélioration se manifesterait.

Il est vrai qu'après neuf injections seulement, nous ne pouvons nous faire une idée bien arrêtée de l'inutilité du traitement, quoique généralement, quand il y a spécificité, on s'aperçoive très vite du résultat. Nous avons en effet un petit malade atteint d'arthropathie syphilitique, de gonflement des extrémités supérieures du tibia et du fémur avec hydrarthrose double, et qui, dès les premières injections, accusait une modification sensible de son état.

Je vous rappelle succinctement l'histoire du rhumatisme chronique de l'enfant.

Jusqu'à il y a peu de temps, les auteurs ne s'en sont pas occupés et l'ont passé sous silence. Rilliet et Barthez, dans le *Traité des maladies de l'enfance*, disent qu'il est trop peu important et trop rare, pour y consacrer la moindre description.

Il a été étudié depuis dans diverses thèses, en particulier celle de Pellissié en 1890, qui réunit un nombre assez considérable d'observations. Vers 1884, Lacaze Dori l'a étudié, et en 1890 Schmitt a publié deux cas intéressants. Je vous rappelle également les beaux travaux de Moncorvo et Olinto.

Les auteurs ci-dessus ont constaté que ce rhumatisme chronique infantile apparaissait parfois dans la première enfance. Legendre, en 1893, a signalé à la Société des hôpitaux un cas de rhumatisme chronique déformant portant sur les articulations des doigts, chez un enfant de dix-huit mois.

Dans la thèse de Pellissié, on trouve à peu près autant de cas de deux à cinq ans, de cinq à dix ans et de dix à quinze ans.

Au point de vue de l'étiologie, il y a des restrictions à faire. Ce rhumatisme peut évoluer sans aucun phénomène douloureux rappelant le rhumatisme articulaire aigu. Ces cas où le rhumatisme déformant, noueux, qui rappelle assez bien le rhumatisme noueux de l'adulte, se constitue d'emblée, sont les plus graves. Il y a, à côté de ces cas, ceux dans lesquels le rhumatisme chronique se constitue à la suite d'attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Dans la majorité des cas de rhumatisme chronique déformant qui ont été publiés, il y a eu auparavant un rhumatisme articulaire aigu. Mais le rhumatisme chronique d'emblée ne se localise pas aux mêmes articulations que celui qu'a précédé le rhumatisme aigu.

Le rhumatisme infectieux peut donner lieu également à des arthropathies chroniques. Particulièrement, à la suite de rhumatisme scarlatin, on a signalé des cas de rhumatisme chronique. Vous en verrez signalés des exemples dans la thèse de Dauban en 1897.

Toutes les polyarthrites infectieuses pourraient donner lieu au rhumatisme chronique, cependant il ne semble pas que le rhumatisme blennorragique ait donné lieu, chez l'enfant, à des manifestations de rhumatisme chronique déformant. Chez l'enfant, les atteintes de rhumatisme blennorragique sont beaucoup moins profondes que chez l'adulte.

Une autre cause que je dois citer en passant, c'est la syphilis héréditaire, qui peut donner lieu, dans certains cas, à des lésions rappelant le rhumatisme noueux déformant; Fournier en a rapporté deux ou trois observations.

On a également signalé cette particularité, à savoir : la prédilection du rhumatisme déformant pour le sexe féminin. Sur quatre cas que j'ai eu l'occasion d'observer, il n'y a pas eu un seul garçon. Cependant, il peut arriver que cette affection existe chez les garçons.

Au point de vue des symptômes, il faut distinguer deux formes : la forme succédant au rhumatisme articulaire aigu et se localisant de préférence aux grandes articulations, et la forme qui débute par les petites articulations, souvent sans phénomènes douloureux appréciables. Dans ce dernier cas, la marche de l'affection est centripète.

Quelquefois, on voit toutes les articulations prises et la colonne vertébrale elle-même immobilisée et déformée.

Les cas où il y a absence de douleurs sont assez rares. Généralement, il y a au moins, à un moment donné, une crise douloureuse avec gonflement et poussée de température, et souvent, à la suite de ces poussées subaiguës, on voit les déformations subir une augmentation plus ou moins considérable.

Ces déformations sont dues à plusieurs causes : d'une part au gonflement des extrémités osseuses, d'autre part aux rétractions scléreuses qui se produisent dans les tissus voisins de l'articulation, et aussi à la rétraction tendineuse.

Il y a un autre fait qui explique ces déformations, c'est l'amyotrophie.

Au point de vue de l'attitude due à ces déformations, vous avez d'abord l'attitude de la main et des doigts en flexion et en extension dont je vous ai déjà parlé, et, en outre, vous constatez souvent des déviations latérales et des déviations sans ordre. L'avant-bras est généralement fléchi à angle droit sur le bras. Le bras est, le plus souvent,

rapproché du corps; quelquefois même, il se trouve dans une sorte d'adduction forcée.

Au niveau des membres inférieurs, on constate des déformations souvent analogues. Le gros orteil est souvent rejeté en dehors, il existe souvent aussi un épaississement plus ou moins considérable du tarse. Quelquefois même, le pied est déformé en valgus. Le genou peut être gros, fléchi. La hanche peut être plus ou moins ankylosée. D'autres fois, le rhumatisme porte sur la colonne vertébrale et détermine une inclinaison spéciale de la tête un peu semblable à ce qu'on observe dans la spondylose rizomélique.

En outre, au début, il y a exagération des réflexes, puis diminution.

Il est assez intéressant de constater qu'alors que, dans le rhumatisme noueux de l'adulte, le cœur n'est pas touché; en général, dans le rhumatisme chronique infantile, le cœur est assez fréquemment atteint. Mais il faut encore faire une distinction : le cœur est touché surtout dans les formes consécutives au rhumatisme articulaire aigu.

Au point de vue de l'évolution, on a dit que le rhumatisme chronique, consécutif au rhumatisme articulaire aigu, rétrocédait plus facilement. Cela est vrai, et c'est en même temps la forme qui s'accompagne le plus facilement de manifestations cardiaques.

La forme qui débute sans phénomènes douloureux, qui frappe tout d'abord les petites articulations, puis, à la longue, gagne les genoux, est d'un pronostic beaucoup plus sérieux, car cette forme ne rétrocède pas facilement.

C'est cette forme qui devient, plus tard, le rhumatisme noueux de l'adulte. C'est ainsi que M. Variot a publié, en 1893, à la Société des hôpitaux, un cas de rhumatisme chronique de l'adulte ayant débuté dans l'enfance. Deux autres membres de la Société des hôpitaux, MM. Cornil et Charcot, avaient rapporté des cas analogues.

J'en arrive à la question du diagnostic.

Vous ne confondrez pas le rhumatisme chronique avec les déformations, avec les phénomènes de traumatisme. La goutte n'existe pas ou très rarement chez les enfants; cependant Trousseau en a signalé un cas avec localisations au niveau du gros orteil chez un enfant de huit à neuf ans.

Le diagnostic difficile est celui de la syphilis.

La syphilis héréditaire peut donner lieu à des manifestations du côté des articulations, soit sous la forme d'arthralgie, d'hydarthrose ou d'ostéoarthropathie chronique. Habituellement, ces cas d'ostéoarthropathie portent sur les grosses articulations, cependant on en a signalé portant sur les petites articulations. M. Fournier en a réuni deux cas. Nous avions donc le droit d'être indécis dans notre diagnostic.

Je veux vous rappeler un cas publié par moi à la Société des hôpitaux en 1893, et dans lequel on constatait les nodosités sous-cutanées signalées par Hénoque et Guinon.

Il s'agissait d'un enfant de neuf ans et cinq mois. La maladie avait débuté à l'âge de six ans; il était survenu un gonflement assez marqué au niveau des articulations des mains, des poignets, des genoux, qui avait un peu disparu à la suite d'un traitement à la Bourboule. L'enfant avait, en même temps, des adénopathies cervicales multiples. Les manifestations articulaires furent suivies de rétraction tendineuse qui rappelait un enfant atteint de tabes spasmodique, les jambes étaient pliées sur les cuisses. Il eut également des phénomènes très curieux : bulles de pemphigus, décoloration de la peau, rétraction scléreuse, petits nodules.

Au niveau du nerf cubital et médian, on constatait de petites bosselures, sans phénomènes d'anesthésie.

A la Société des hôpitaux, MM. Brocq, Marie, Thibierge sont restés hésitants sur le diagnostic. Je crois pouvoir le faire aujourd'hui d'une façon rétrospective, et dire qu'il s'agissait de rhumatisme chronique.

J'ai fait l'examen d'un de ces nodules, et, comme Meyer, j'ai trouvé un nodule renfermant en son centre un noyau crétacé.

Que faut-il faire comme traitement?

Quand il s'agit de rhumatisme chronique consécutif à une attaque de rhumatisme articulaire aigu, il faut employer le salicylate de soude d'une façon continue.

A côté de cela, vous pourrez donner l'iodure de potassium.

Dans le cas de rhumatisme débutant par les petites articulations, je crois que le salicylate de soude serait inefficace. Il faut alors s'adresser à l'iodure de potassium et à un traitement arsenical, les eaux de la Bourboule, par exemple. Il faut, en outre, certains traitements hydro-thermaux, comme à Aix, les boues thermales de Dax ou de Saint-Amand.

Il faut aussi se préoccuper d'éviter l'ankylose et, pour cela, il est utile de faire faire des mouvements méthodiques journaliers des membres.

Jules Simon donnait de la teinture de colchique, je ne sais avec quel succès. On peut donner aussi l'iodure de lithine à la dose de 50 centigrammes par jour.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(17 AVRIL 1903)

MM. P. Sainton et André Jousset rapportent l'observation d'une phlébite infectieuse au cours d'une chlorose. Jusqu'ici la plupart des cas publiés étaient incomplets; l'examen bactériologique et anatomique faisait défaut. Les dernières observations de Proby, de Bassano, de Gourdillon et de Carrière avaient seules quelque intérêt au point de vue de la pathogénie de la phlébite chlorotique.

La malade dont il s'agit était une jeune femme entrée dans le service du professeur Debove. Elle présentait tous les caractères classiques de la chlorose : pâleur, faiblesse générale, souffles cardiaques, formule hématologique. Les signes de début de la phlébite furent assez frustes, il n'exista ni fièvre, ni douleurs.

A son entrée dans le service, cette malade avait un œdème considérable de la jambe droite, mais la température était de 37°4. Ce n'est que quelques jours après que celle-ci s'éleva jusque dans les environs de 38°5 et que la circulation collatérale apparut. La malade succomba à une embolie pulmonaire rapide après avoir eu de petites embolies partielles.

L'autopsie montra qu'il s'agissait bien d'une chlorose : elle ne décela aucune lésion tuberculeuse. Il y avait de l'aplasie utérine et aortique, la malade était vierge. L'embolie mortelle obstruait la branche gauche de l'artère pulmonaire. La veine cave supérieure, l'iliaque primitive droite, l'iliaque interne et la plupart de ses branches étaient oblitérées.

La rate était très volumineuse avec les caractères de la rate infectieuse.

L'examen bactériologique sur des frottis, sur des coupes et des cultures, montra la présence d'un staphylocoque virulent pour le lapin et non pathogène pour la souris. Il

s'agissait donc d'une véritable septicémie staphylococcique.

Fait intéressant : le thymus persistait comme chez l'enfant.

MM. Achard et Grenet ont essayé l'**injection d'air stérilisé dans les pleurésies.** Sur six cas de pleurésie séro-fibrineuse, ils n'ont observé la reproduction de l'épanchement qu'une fois chez un cardiaque asystolique ; dans un cas de pleurésie récidivante, l'épanchement ne s'est pas reproduit. Dans une pleurésie cancéreuse hémorragique, une pleurésie chyliforme, une pleurésie purulente pneumococcique et une pleurésie purulente tuberculeuse, la récidive n'a pas été empêchée.

Mais un résultat très net a été observé : c'est que l'injection d'air supprime les accidents de la décompression et permet, par suite, une évacuation copieuse. Il serait donc à désirer que chaque boîte d'appareil à thoracentèse fût munie du dispositif très simple permettant de faire l'injection d'air stérile : il suffit d'un simple tube de verre étranglé, bourré d'un tampon d'ouate aseptique et susceptible de s'intercaler sur le trajet du tube de caoutchouc destiné à l'évacuation.

La quantité d'air à injecter paraît devoir être un peu inférieure à celle du liquide évacué.

Dans la pleurésie purulente tuberculeuse, en permettant une évacuation abondante, l'injection d'air peut amener une suspension prolongée de la fièvre hectique et une période d'amélioration notable. Elle facilite, en outre, le diagnostic parfois difficile entre la pleurésie purulente et l'abcès du foie : en radioscopant le malade, on voit que la zone claire correspondant à l'air injecté n'est pas surmontée d'une bandelette d'opacité, comme en produirait le diaphragme au-dessus d'une poche hépatique insufflée de gaz.

Enfin l'injection d'air dans les pleurésies n'est pas toujours suivie de tous les signes du pneumothorax : les bruits amphoriques et métalliques font très souvent défaut.

MM. Vaquez et Laubry présentent un malade atteint de **pleurésie récidivante ayant débuté très insidieusement il y a près de dix-huit mois**, semblant avoir été méconnue pendant très longtemps et diagnostiquée environ six mois après son début.

Ponctionné à cette époque, il subit depuis juillet 1901 huit ou dix ponctions évacuant chaque fois au moins 1500 grammes de liquide. La plèvre du malade contient encore du liquide qui se renouvelle avec rapidité et avec un minimum de signes fonctionnels, liquide riche en polynucléaires et en éléments en voie de dégénérescence. Les auteurs pensent qu'il est nécessaire d'examiner complètement la cavité pleurale du malade, et d'injecter ensuite une certaine quantité d'air stérilisé ou d'azote.

M. Netter publie en son nom et au nom de M. Salomon un cas de **tétanos traité simultanément par le sérum antitétanique, le chloral et le collargol en injections intraveineuses et terminé par la guérison.**

Il est bien difficile dans un cas semblable de savoir exactement à quel agent il convient d'attribuer la guérison, d'autant que le tétanos était d'origine interne et d'apparence bénigne.

MÉDECINE PRATIQUE

Propriétés thérapeutiques et pharmacologiques de la glycérine.

De la remarquable monographie que M. le docteur A. Catillon vient de consacrer à la glycérine (1), nous avons cru utile de détacher les chapitres dont l'intérêt est le plus immédiat pour le praticien.

En thérapeutique interne, la glycérine a été préconisée par Dallas (1851), Crawcourt, Lunder-Linsay, Morton, Mercer-Adam, Stirling (1855-1856), Daudé (1858), Demarquay, Benavente (1862). Depuis les expériences de M. Catillon, un grand nombre d'auteurs ont essayé avec succès la glycérine dans le traitement de la phtisie, et particulièrement M. Jaccoud qui, dès 1881, écrivait : « S'il m'est impossible, pour une raison quelconque, de faire accepter ou tolérer l'huile de foie de morue à une dose vraiment utile,... j'emploie la glycérine, dont l'administration longtemps prolongée n'a jamais présenté la moindre difficulté.

La fièvre est pour moi une contre-indication à l'usage de l'huile, en raison de l'altération qu'elle cause dans la sécrétion gastrique ; l'intolérance de l'huile est, par suite, à peu près certaine et je la remplace par la glycérine qui, en revanche, doit à son caractère d'alcool d'être bien digérée dans l'état de fièvre : c'est là un fait important que j'ai maintes fois constaté, même à l'hôpital, et qu'une expérience étendue me donne le droit de vous affirmer... Je considère cette alternance comme un véritable progrès thérapeutique. » Parlant dans une leçon ultérieure de la glycérine créosotée, le professeur Jaccoud écrit encore : « Cette mixture ne cause aucune fatigue gastrique et je n'ai jamais rencontré aucune difficulté quant à la tolérance, même après un usage très prolongé ; elle est certainement mieux et plus longtemps acceptée que la mixture à l'huile de foie de morue et elle assure en toute circonstance la possibilité de cette médication fondamentale. »

Dans la phtisie chronique, M. Jaccoud recommande donc la glycérine et conseille de la prescrire à la dose de 40 à 60 grammes par jour, réservant la dose maximum aux personnes qui ne présentent aucun signe d'excitabilité névrocardiaque. Lorsque la dose utile est dépassée, on note de l'agitation, une loquacité insolite, une insomnie persistante, et surtout une élévation plus ou moins considérable de la température : lorsque, après ingestion de glycérine, la température s'élève de 2 à 3 dixièmes de degré, « l'hypothermie est simplement l'indice de l'action physiologique du remède ; est-elle plus considérable, alors il faut rétrograder, car vous avez là une preuve certaine de l'excès de dose. »

La glycérine a été préconisée par Ferrand dans le traitement de la *lithiase biliaire*. Cet auteur la considère comme un cholagogue puissant et comme un agent précieux contre les coliques hépatiques. A la dose de 20 à 30 grammes, elle détermine la fin de la crise ; à la dose de 5 à 15 grammes, prise chaque jour dans un peu d'eau alcaline, elle prévient de nouvelles attaques. « La glycérine est le médicament par excellence de la lithiase biliaire. »

Dans certaines maladies du tube digestif, la glycérine est capable de donner d'excellents résultats. C'est ainsi que Daudé et Davasse l'ont administrée avec succès dans la gastro-entérite, Deighton et Wilson dans la dyspepsie, Campbell dans le tympanisme intestinal, S. Rimger et Murrell vantent ses effets dans le traitement de l'acidité, du pyrosis, de la flatulence, Youngs et Jalland dans le traitement des hémorroïdes internes. Associée à l'huile de ricin ou à l'aloès, la glycérine augmente le pouvoir purgatif de ces substances.

(1) A. Catillon. *De la glycérine : physiologie, thérapeutique, pharmacologie*, Paris, 1903, C. Naud.

L'action antithermique de la glycérine a été mise en lumière surtout par Semmola. Pour Semmola, la glycérine donne aux malades une grande résistance à l'action épuisante de la fièvre. A la dose quotidienne de 20-40 grammes, dans les boissons, elle est très utile dans le traitement de la fièvre typhoïde. Elle ralentit le dépérissement de l'organisme et diminue la fièvre.

La glycérine a été appliquée par Pavy, Hermeck, Ebstein, Bouchardat, etc., au traitement du diabète. Mais là, elle a donné des résultats variables. Pour certains auteurs, elle diminue et peut même réduire à zéro la quantité de sucre éliminée par les diabétiques; pour d'autres, elle ne modifie pas le taux de la glycosurie. Ce désaccord, d'après M. Catillon, n'est qu'apparent : « La glycérine peut n'avoir pas d'action directe sur la glycosurie, mais avoir une action indirecte sur la combustion du sucre, en réveillant l'activité affaiblie de la fonction respiratoire, et sur l'état général, en diminuant l'autophagie, en détournant l'oxygène des graisses et des corps azotés de l'organisme. »

En thérapeutique externe, la glycérine est d'un emploi journalier. Comme l'alcool, elle est antiputride, antifermentescible; mais elle n'est point volatile, et, sous son influence, les pansements restent souples et s'enlèvent facilement. Elle ne rancit pas comme les graisses, elle nettoie au lieu de salir les plaies qu'elle assainit et ce nettoyage est facilité encore par sa grande solubilité. Son action hygroscopique exerce sur les muqueuses une action décongestive et fait qu'étendue sur la peau elle la maintient humide en absorbant la nappe d'eau atmosphérique. Elle peut corriger l'effet de certains médicaments : iode, acide phénique, sublimé, etc.; par l'addition de glycérine, on peut mitiger l'action de la teinture d'iode, si l'on veut obtenir une révulsion modérée. M. Tisné a constaté que certaines substances qui, injectées isolément dans le tissu sous-cutané, y déterminent de graves accidents inflammatoires, perdent leur action irritante et deviennent très tolérables quand elles sont incorporées à la glycérine. Cette substance est encore employée pour conserver les cadavres et les pièces anatomiques.

Signalons en passant l'action analgésique de la glycérine dans les brûlures, ses applications en dermatologie, en rhinologie, en otologie, en obstétrique, nous insisterons un peu plus sur les services qu'elle peut rendre en stomatologie. La glycérine est le meilleur véhicule des médicaments destinés à combattre les maladies de la bouche, de la gorge et du larynx. C'est le meilleur édulcorant des gargarismes. Par elle-même, elle donne de la fraîcheur à la muqueuse buccale et communique cette qualité aux collutoires.

Blache combattait le muguet avec un collutoire composé de :

Borax	10 grammes.
Glycérine	30 —

Faire la solution au bain-marie.

Debout prescrivait, pour calmer les douleurs de la dentition, de frictionner les gencives avec :

Glycérine	30 grammes.
Chloroforme	1 —
Teinture de safran	1 —

Moure recommande la formule suivante dans le traitement de la pharyngite granuleuse :

Iode	0g25
Iodure de potassium	0g30
Laudanum	3 grammes.
Glycérine pure	20 —

Pour badigeonner, deux fois la semaine; ou en gargarisme, une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau tiède.

Les *propriétés pharmacologiques* de la glycérine sont des plus intéressantes à connaître. Nous ne pouvons que les signaler ici, renvoyant, pour plus de détails, à la monographie de M. Catillon. La glycérine dissout les principes actifs contenus dans les matières animales et végétales et les conserve sans aucune altération de leurs qualités primitives. Cette propriété, M. Catillon l'a utilisée dès 1879, en appliquant à la préparation de la pepsine une méthode qui a été généralisée depuis par Brown-Séquard et d'Arsonval pour la préparation des extraits d'organes.

La glycérine dissout encore tous les principes actifs du quinquina. M. Catillon a reconnu en effet que cette substance possède, vis-à-vis du quinquina, un pouvoir dissolvant supérieur à celui de l'alcool; elle permet donc d'obtenir des vins de quinquina très riches en substances actives et très stables, car elle empêche les réactions entre le quinquina et les éléments du vin; elle jouit encore de la propriété d'empêcher la réaction du quinquina sur le fer et, en annihilant ainsi l'incompatibilité entre ces deux agents thérapeutiques qu'il est si souvent utile d'associer, permet de préparer du vin de quinquina ferrugineux, et du sirop d'iodure de fer au quinquina.

On utilise également les qualités dissolvantes de la glycérine pour la préparation des extraits fluides et des glycérés de plantes : « On peut préparer toute une série de glycérés parallèles à la série des huiles médicinales en faisant digérer, infuser ou bouillir les plantes ou parties de plantes, sèches ou fraîches, dans la glycérine : glycéré de ciguë, de belladone, de camomille, etc. »

Les glycérés ont été définis par le codex les médicaments qui ont pour base la glycérine liquide ou la glycérine transformée en pois par l'amidon. On emploie couramment les glycérés d'amidon, d'extrait de belladone, d'oxyde de zinc, de tannin.

La glycérine entre encore dans la composition des pâtes et colles d'Unna, dont on connaît les usages en dermatologie; elle sert à préparer des ovules et des suppositoires; elle empêche les pilules de durcir, enfin elle fait partie intégrante des glycérophosphates médicamenteux. Ces multiples propriétés méritaient d'être sommairement rappelées.

L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La théorie de l'émotion (1), par W. James; précédé d'une introduction par le docteur G. Dumas.

Déjà exposée sommairement par MM. Ribot et Marillier, la théorie émotionnelle de William James vient d'être complètement traduite par M. le docteur G. Dumas, dont nos lecteurs connaissent les intéressantes recherches de psychologie physiologique.

Très personnelle, très différente des autres théories, et en particulier de celle de Lange, la théorie émotionnelle de W. James recherche avant tout « les causes générales et profondes dont les diverses émotions sont les résultantes ». Alors que, pour le commun des philosophes, la perception mentale d'un fait quelconque provoque l'état effectif que l'on appelle émotion, et l'émotion, l'expression corporelle, M. W. James admet que les changements corporels suivent immédiatement la perception du fait excitant, et que le sentiment que nous avons de ces changements, à mesure qu'ils se produisent, constitue l'émotion; un état mental n'est pas immédiatement amené par l'autre, les manifestations corporelles doivent d'abord s'interposer entre eux. Telle est, en quelques mots, l'ingénieuse théorie que soutient M. W. James dans une brochure qui intéresse à la fois médecins et philosophes.

(1) In-8°. — Paris, F. Alcan.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 27 AVRIL AU 2 MAI 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 27 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Desgrez et Bezançon.

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Poirier, Tuffier et Cunéo.

3e (oral, nouveau régime, 2e partie), *Salle Richet* : MM. Blanchard, Dejerine et Legry; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Legueu; — (2e série) : MM. Terrier, Mauclaire et Gosset; — M. Lepage, suppléant.

MARDI 28 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Blanchard et Renon.

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Poirier, Schwartz et Launois.

4e, *Salle Vulpian* : MM. Proust, Vaquez et Dupré; — M. Letulle, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Thiéry; — (2e série) : MM. Berger, Marion et Auvray; — (2e partie, nouveau régime, 1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Gouget; — (2e série) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Jeanselme; — M. Desgrez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Rieffel, suppléant.

MERCREDI 29 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Dejerine et Legry.

1er (oral), *Salle Richet* : MM. Tuffier, Rieffel et Cunéo.

2e, *Salle Charcot* : MM. Richet, Retterer et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Poirier, Mauclaire et Wallich; — M. Potocki, suppléant.

JEUDI 30 AVRIL, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Thiéry et Auvray.

3e (nouveau régime, 2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Gouget et Jeanselme.

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Poirier, Launois et Marion.

3e (2e partie, oral, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Dieulafoy, Blanchard et Renon; — (ancien régime), *Salle Vulpian* : MM. Hutinel, Thiroloix et Dupré.

4e : MM. Proust, Pouchet et Vaquez; — M. Wurtz, suppléant.

VENDREDI 1er MAI, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Legueu et Mauclaire.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Dejerine Widal et Besançon.

1er (oral), *Salle Velpeau* : MM. Terrier, Gouget et Cunéo.

2e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Richet* : MM. Tillaux, Retterer et Rieffel.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Legry, suppléant.

SAMEDI 2 MAI, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, de Lapersonne et Thiéry.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Widal et Dupré.

1er (oral), *Salle Béclard* : MM. Poirier, Marion et Auvray; — M. Renon, suppléant.

5e (2e partie, ancien régime), *Salle Beaujon* (1re série) : MM. Proust, Achard et Thiroloix; — (2e partie, ancien régime, 2e série) : MM. Hutinel, Gouget et Jeanselme; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki; — M. Broca (André), suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — M. Victor Morax est nommé chirurgien chef du service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Claoué, Cabannes et Fieux (de Bordeaux), Girard (de la marine), Luys (de Paris).

— La médaille d'honneur des épidémies a été accordée aux personnes ci-après :

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Duriau, médecin sanitaire maritime, et Deckmyn (de Dunkerque); Jourdran et Lasnet, médecins-majors de deuxième classe des troupes coloniales, Mesny (de Canton) et Rouffiandis, médecin des colonies.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Bayssellance, médecin sanitaire maritime; Rajoelina (de Madagascar).

Clinique chirurgicale. — *Hôpital Necker.* (Service de M. le professeur Le Dentu.) — M. le docteur Mouchet, chef de clinique, fera du 27 avril au 11 mai 1903, un cours pratique de chirurgie (fractures et luxations), en douze leçons.

Les leçons auront lieu tous les jours, à cinq heures du soir, et seront suivies d'exercices pratiques (confection par les élèves d'appareils plâtrés, silicatés, etc.).

Le droit de laboratoire à verser est de 50 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la quittance du versement des droits, MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Voyages internationaux avec itinéraires facultatifs.* — Il est délivré toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des livrets de voyages internationaux avec itinéraires établis au gré des voyageurs et pouvant comporter des parcours sur les chemins de fer français de P.-L.-M., de l'Est, du Nord, et de l'Ouest, et sur les chemins de fer allemands, austro-hongrois, belges, bosniaques et herzégoviniens, bulgares, danois, finlandais, luxembourgeois, néerlandais, norwégiens, roumains, serbes, suédois, suisses et turcs (1). Ces voyages, qui peuvent comprendre certains parcours par bateaux à vapeur ou par voitures, doivent, lorsqu'ils sont commencés en France, comporter obligatoirement des parcours à l'étranger.

Minimum de parcours total : 600 kilomètres. — Validité : 45 jours jusqu'à 2000 kilomètres; 60 jours au-dessus de 2000 kilomètres. — Arrêts facultatifs dans toutes les gares de l'itinéraire.

Les demandes de livrets internationaux sont satisfaites le jour même aux gares de Paris et de Nice lorsqu'elles parviennent avant midi. Dans toutes les autres gares, les demandes doivent être faites 4 jours à l'avance.

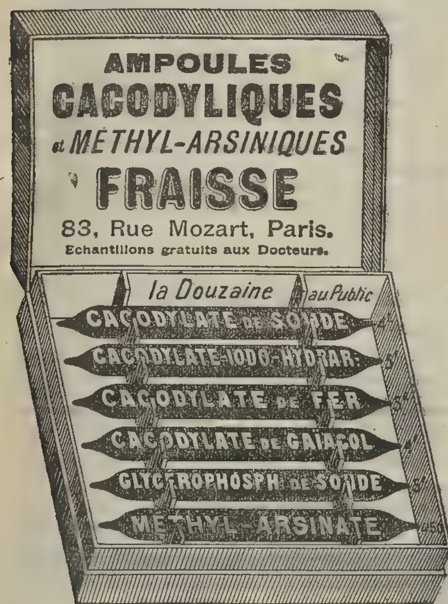
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hôpitaux étrangers. Comment nos malades devraient être soignés, par Alice BRON, Broch. in-8°. — Bruxelles, Henri Lamertin, éditeur, 20, rue du Marché-au-Bois.

(1) A partir du 1er juin 1903, les chemins de fer français de l'État, de l'Orléans et du Midi, ainsi que les chemins de fer italiens et siciliens, participeront à ces voyages.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


AMPOULES
CACODYLIQUES
et MÉTHYL-ARSINIQUES
FRAISSE
83, Rue Mozart, Paris.
Echantillons gratuits aux Docteurs.
la Douzaine au Public
CACODYLATE DE SOUDE
CACODYLATE IODO-HYDRAR.
CACODYLATE DE FER
CACODYLATE DE GAIACOL
GLYCEROPHOSPH. DE SOUDE
METHYL-ARSINATE

N° 48. — JEUDI 23 AVRIL 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 23 AVRIL 1903. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LES HÉMORRAGIES DE L'ULCÈRE GASTRIQUE

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Le plus souvent, comme nous l'indiquions dans un article précédent (1), les hémorragies de l'ulcère gastrique relèvent du traitement médical et cèdent à quelques mesures thérapeutiques sévères, rapidement appliquées. Lorsque les moyens mis en œuvre semblent échouer, lorsque la situation devient menaçante, alors seulement il convient d'envisager la possibilité d'une intervention chirurgicale. Ne semble-t-il pas logique, en effet, d'aller directement oblitérer le vaisseau qui saigne ?

Cette question peut se poser dans trois conditions différentes. Il peut s'agir : 1° d'hémorragies aiguës abondantes ne cédant pas au traitement médical; 2° d'hémorragies chroniques peu considérables isolément mais se répétant sans cesse, et à peu près continuelles malgré un traitement médical sévère ; 3° d'hémorragies aiguës abondantes, s'arrêtant facilement par le traitement médical, mais se reproduisant à plus ou moins long intervalle avec une ténacité désespérante et laissant chaque fois le malade plus affaibli.

Nous allons envisager chacune de ces trois éventualités, et d'après les expériences acquises nous essaierons de déterminer la conduite qu'il convient de tenir pour le plus grand avantage du malade.

1° *Hémorragie aiguë ne cédant pas au traitement médical.* — Si nous ne parlons pas des hémorragies foudroyantes qui en quelques heures emportent le malade, voici en général comment les choses se présentent. Le malade atteint d'hématémèse a été mis au lit, au repos, à la diète absolue ; l'hématémèse semble s'arrêter, lorsque sans cause appréciable, quelques heures ou quelques jours après, une nouvelle hémorragie survient; malgré tous les efforts thérapeutiques, ces hémorragies abondantes peuvent se répéter. Ces pertes de sang incessantes et rapprochées ne permettent pas à la rénovation sanguine de s'opérer; l'anémie aiguë a une marche rapide; le malade dans un état de faiblesse extrême a une pâleur cireuse, le pouls est filiforme, l'état syncopal permanent. Pour peu que ces accidents se prolongent, la mort survient, l'intelligence restant intacte jusqu'au dernier moment malgré la faiblesse croissante.

Dans cette situation grave et parfois désespérée quelques chirurgiens ont tenté une intervention permettant d'agir sur le point qui saigne. Mais les résultats sont loin d'être très encourageants. Savariaud (1) a réuni dans sa thèse 15 opérations pour hémorragies aiguës avec 10 morts.

Pinatelle (2) publie 5 nouvelles opérations avec 2 morts. Soit en tout 20 opérations avec 12 morts.

Ainsi que Savariaud le fait remarquer, la mortalité est surtout élevée lorsque l'opération n'a pas comporté l'hémostase directe faite sur l'ulcère. Sur 15 cas de sa statistique on trouve 6 opérations incomplètes où, pour des raisons variées, le chirurgien n'a pas touché à l'ulcère : ces 6 opérations ont entraîné 5 morts, soit une mortalité très élevée. La mort est survenue dans le plus grand nombre des cas par collapsus et non par persistance de l'hémorragie, ce qui laisse supposer que l'écoulement sanguin aurait cessé de lui-même et que le malade aurait pu guérir sans le choc opératoire.

Par contre 9 opérations, où l'on a pu réaliser l'hémostase, ont donné 4 guérisons et seulement 5 morts. Pinatelle arrive aux mêmes conclusions; de sorte que dans ces cas l'opération est justifiée seulement lorsque le chirurgien peut arrêter directement l'hémorragie par l'excision de l'ulcère, la ligature de l'artère ou un procédé quelconque d'hémostase.

C'est là précisément ce qui rend l'intervention chirurgicale si grave. Il est parfois très difficile de découvrir l'ulcère lorsqu'il est petit et caché, et il est impossible de faire l'hémostase dans les ulcères qui creusent le tissu du pancréas.

D'ailleurs, sans tenir compte des difficultés si considé-

(1) *Gaz. des hôpit.*, 23 déc. 1902.

(1) SAVARIAUD. *De l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical*, Th. de Paris, 1898.

(2) PINATELLE. *Application de la gastro-entérostomie en dehors des sténoses anatomiques du pylore*, Th. de Lyon, 1902.

rables que comporte l'opération, à quel moment convient-il d'avoir recours au traitement chirurgical? Le degré de l'anémie pourrait peut-être donner quelques indications, mais c'est à peine si on l'a déterminé dans une ou deux observations. L'abondance de l'hémorragie et surtout sa répétition a une grande importance dans le pronostic ainsi que l'a établi Dieulafoy, mais le malade peut aussi se rétablir par le traitement médical, malgré des pertes de sang considérables. Enfin Savariaud considère que l'échec du traitement médical constitue la seule indication opératoire; mais à quel moment peut-on dire qu'il a échoué? Savariaud cite lui-même un exemple emprunté à M. Hartmann qui, appelé auprès d'un malade, trouve son état tellement désespéré qu'il refuse une intervention et conseille un traitement médical sévère, diète absolue, ligature des quatre membres, etc., pensant que le malade n'en reviendrait pas : à son grand étonnement le malade guérit. « L'opération, ajoute Savariaud, l'aurait certainement tuée. »

En réalité, en se basant sur cette notion due à l'expérience, que dans la très grande majorité des cas les hémorragies aiguës s'arrêtent lorsqu'un traitement médical sévère est institué, on maintient le malade au repos et à la diète absolue le plus longtemps possible; lorsque le traitement médical paraît échouer, le malade est tellement faible, que le confier au chirurgien, c'est lui enlever, dans la majorité des cas, ses dernières chances de salut.

2° *Hémorragies chroniques peu abondantes mais continuelles.* — Liées presque toujours à l'ulcère de la région pylorique, ces hémorragies chroniques ont comme caractère leur persistance indéfinie en dépit de tout traitement. Peu abondantes isolément, mais se répétant tous les jours, sous l'influence la plus minime, elles arrivent à provoquer une anémie sérieuse, dont les progrès continuels inspirent bientôt de légitimes inquiétudes; leur gravité tient surtout à ce qu'elles sont rebelles à toute tentative thérapeutique.

Elles provoquent une déchéance d'autant plus rapide qu'il existe presque toujours dans ces cas une sténose du pylore, et qu'elles compliquent une situation déjà grave du fait des douleurs des vomissements et de la difficulté pour alimenter convenablement le malade.

C'est dans cette variété d'hémorragie gastrique que l'intervention opératoire donne les meilleurs résultats La gastro-entérostomie fait disparaître à la fois les hématémèses et les autres accidents liés à l'ulcère pylorique. Parfois les hématémèses persistent quelques jours après l'opération avant de cesser complètement. Il est difficile de savoir si la gastro-entérostomie a une influence aussi heureuse dans les hémorragies chroniques lorsqu'il s'agit d'un ulcère qui ne siège pas au pylore et qui ne provoque pas de stase : dans la plupart des observations les détails sont insuffisants pour qu'il soit possible de se former une opinion certaine. Savariaud pense que la gastro-entérostomie « ne semble logique que si l'ulcère est dans le canal pylorique », mais il n'apporte pas de faits à l'appui de son opinion.

Si nous laissons de côté ce point encore obscur, nous trouvons un certain nombre de statistiques qui confirment les bons résultats de la gastro-entérostomie dans cette variété d'hémorragie chronique. Pinatelle a réuni dans sa thèse 27 cas avec 3 morts seulement. Czerny, dans sa statistique publiée par Petersen et Machol (1) et portant sur 67 cas d'ulcères ou de cicatrices succédant à l'ulcère, a observé 8 fois des hémorragies chroniques répétées. Dans ces 8 cas la gastro-entérostomie amena une guérison radicale.

(1) Petersen et Machol. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. XXXIII, p. 297.

3° *Hémorragies aiguës à répétition.* — Il s'agit ici d'hémorragies graves qui cèdent facilement au traitement médical lorsqu'elles se produisent, mais qui reviennent quelques semaines ou quelques mois plus tard, dès que l'on modifie le régime alimentaire du malade, dès qu'on lui permet une vie un peu plus active, ou parfois sans cause appréciable : l'abondance de ces pertes de sang et leur fréquence ne tardent pas à créer une situation des plus graves.

En ce qui concerne les indications opératoires, nous devons ici distinguer deux groupes de faits suivant qu'il existe ou non une sténose du pylore.

S'il existe une sténose pylorique avec stase considérable, il ne paraît pas qu'il puisse y avoir aucun doute : la gastro-entérostomie facilitant l'évacuation de l'estomac est nécessaire du fait même de la stase et du même coup on verra cesser les hémorragies.

Il est difficile de faire une statistique des faits de ce genre : suivant les auteurs, en effet, les hémorragies aiguës à répétition sont confondues avec les hémorragies chroniques ou avec les hémorragies aiguës. Une des premières observations publiées a été celle de Doyen : il s'agissait d'un homme de quarante ans atteint d'ulcère sténosant qui depuis dix-huit ans avait eu plusieurs hématémèses presque mortelles; la gastro-entérostomie le délivra de ses hématémèses et de tous les autres troubles gastriques.

Un an après, en 1893, l'un de nous faisait opérer par M. Guinard un malade qui avait une histoire analogue : le malade, garçon marchand de vin, présentait un ulcère gastrique sténosant; dans l'espace d'une année ce malade avait eu trois hématémèses très copieuses. La gastro-entérostomie donna là aussi les meilleurs résultats, et ce malade se rétablit complètement. Des faits semblables ont été rapportés par Küster, Roux, Bond, Tuffier.

Il existe pourtant un certain nombre de faits où le malade a eu malgré la gastro-entérostomie une nouvelle hématémèse (Kausch) et dans un cas rapporté par Petersen et Machol l'hématémèse a entraîné la mort.

Lorsqu'il n'existe ni sténose ni stase, les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale sont moins certains. La gastro-entérostomie ou la pyloroplastie semblent avoir arrêté parfois des hémorragies récidivantes, alors qu'il n'existait qu'une légère ectasie gastrique ou que la motricité était à peu près normale; on en trouve quelques exemples rapportés par Petersen et Machol ou par Kausch (1). Mais le nombre de ces observations est insuffisant pour qu'il soit possible de se former une opinion et d'ailleurs les malades n'ont pas été suivis assez longtemps en général pour que l'on puisse affirmer que la guérison était définitive.

Dans tous les cas de ce genre, il n'y a qu'une opération qui puisse donner une sécurité à peu près absolue, c'est l'excision de l'ulcère. Mais cette opération ne peut être menée à bien, sans trop de danger pour le malade, que si l'ulcère n'est pas perforant et n'adhère pas aux organes voisins, conditions qui s'observent rarement dans les ulcères chroniques.

Somme toute, si nous résumons en quelques mots les

(1) Kausch. *Mitteilungen aus Grenz gebietem der Medicin*, 1899, IV.

données relatives au traitement chirurgical des hémorragies de l'ulcère gastrique, nous pouvons conclure que dans les hémorragies aiguës l'opération est rarement indiquée : le traitement médical suffit dans la très grande majorité des cas et si l'on court la chance d'une intervention chirurgicale, l'opération devra comporter l'hémostase directe pratiquée sur l'ulcère.

Dans les hémorragies chroniques et dans les hémorragies aiguës à répétition, la gastro-entérostomie est l'opération indiquée toutes les fois qu'il s'agit d'un ulcère de la région pylorique déterminant des accidents de sténose, ce qui est d'ailleurs le cas le plus fréquent. En dehors de cette catégorie de faits, il n'y a pas d'indication opératoire nette.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(21 AVRIL 1903)

Courte séance, bien peu de membres dans la salle; un rapport de M. Hervieux sur les vaccinations, une communication de M. Fabre (de Commentry) sur la récidive du zona et un travail de M. Dastros (de Marseille), sur la sérothérapie de la diphtérie, tel est le bilan de cette séance.

M. Hervieux, dans son rapport à M. le ministre de l'Intérieur sur les instituteurs qui ont contribué le plus activement à la **propagation de la vaccine**, appelle l'attention sur le zèle toujours croissant de ces utiles auxiliaires, zèle qui s'est traduit par une augmentation non seulement de leur nombre qui a doublé depuis quelques années, mais encore par des actes qui témoignent de leur dévouement.

Ces actes consistent en démarches plus ou moins pressantes auprès des parents pour qu'ils laissent vacciner leurs enfants tantôt dans l'école, tantôt en dehors de l'école. Certains instituteurs font à leurs élèves tous les jours une conférence sur les bienfaits de la vaccine. D'autres se sont fait vacciner eux-mêmes pour obtenir des revaccinations. Ces quelques exemples de leur dévouement donnent la mesure des services rendus par les instituteurs.

M. Fabre (de Commentry) lit une note sur **les récidives du zona** dont voici les conclusions :

« La récidive dans le zona est exceptionnelle. Cependant, sur 207 cas qui ont passé sous mes yeux depuis trente-sept ans et dont j'ai recueilli l'observation, j'ai constaté quatre récidives bien nettes, sans compter quelques autres cas pour lesquels je proposerais le nom de zona à répétition. C'est lorsque le zona, une fois bien guéri et disparu, se reproduit à la même place et à des intervalles plus ou moins réguliers, mais n'excédant pas douze à quinze mois. Puis je considérerais comme des zonas à rechute certains cas où le zona apparaît à la même région quelques semaines ou au plus quelques mois après le début de l'éruption précédente. Enfin, j'admettrais volontiers, à côté des éruptions herpétiques localisées — herpès labial, nasal, génital, vulvaire — qu'il serait peut-être prématuré de distraire du genre herpès pour les rattacher au zona, bien qu'elles s'en rapprochent, surtout lorsqu'elles ne siègent que sur un seul côté du corps — cas le plus fréquent — et ne se montrent que sur le territoire de certains filets nerveux, j'admettrais, dis-je, une classe de zonas que l'on pourrait appeler périodiques. Ce sont ceux qui apparaissent à intervalles réguliers et semblent alterner ou coïncider avec les manifestations de certaines fonctions physiologiques (menstruation) ou la production de phénomènes pathologiques (flux hémorroïdaires) dont il a été cité des exemples. »

M. d'Astros, dans son travail intitulé **huit années de sérothérapie à Marseille**, rappelle qu'en 1896 Marseille arrivait en tête des grandes villes de France, y compris Paris, au point de vue de la mortalité diphtérique par rapport au chiffre de la population.

Depuis la pratique de la sérothérapie antidiphtérique la mortalité a diminué dans des proportions considérables.

Pour 100 000 habitants cette mortalité diphtérique annuelle a varié entre un minimum de 86 décès et un maximum de 198 pendant la période présérothérapique de 1880 à 1893, tandis qu'elle a oscillé entre 12 et 29 décès seulement par 100 000 habitants depuis l'emploi régulier du sérum antidiphtérique pendant les huit années 1895-1902.

Et si l'on établit la mortalité moyenne générale par diphtérie avant l'emploi du sérum et depuis la sérothérapie, on arrive au résultat suivant : la mortalité diphtérique annuelle moyenne à Marseille, pendant la période présérothérapique de 1880 à 1893, était de 123 décès par 100 000 habitants; depuis l'emploi du sérum pendant la période 1894-1902, cette mortalité moyenne a été de 18,5 décès par 100 000 habitants. En d'autres termes, depuis l'emploi du sérum, la mortalité diphtérique à Marseille a diminué de plus des cinq sixièmes.

La statistique très concluante de M. d'Astros ne fait que confirmer ce que nous savons tous aujourd'hui sur l'efficacité de la sérothérapie antidiphtérique.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Forme cérébro-spinale de la fièvre typhoïde, par MM. Moizard et Grenet. — Signalés dès la fin du XVIIIe siècle par Finke, Rœderer et Wagler, les accidents cérébro-spinaux ont été étudiés par Taupin (1839), Forget, Lombard et Fauconnet (1843), Wunderlich : tous ces travaux ont été résumés dans l'excellente thèse de Fritz (1894). Dans ce travail, resté justement classique, Fritz reprend complètement la description de la fièvre typhoïde à symptômes spinaux, et s'attache à bien établir les éléments de diagnostic entre la forme méningée de la dothiénentérie et la méningite cérébro-spinale.

Les accidents méningitiques que l'on observe parfois au cours de la fièvre typhoïde relèvent-ils d'une lésion anatomique ou doivent-ils, au contraire, être attribués à ces modifications mal définies de la séreuse que l'on désigne sous le nom de méningisme? Les deux opinions ont été soutenues. Fritz pense que, le plus souvent, il s'agit de troubles fonctionnels. Chédevergne admet au contraire, dans tous les cas, « des méningo-encéphalites, des méningites spinales et même des apoplexies méningées parfaitement caractérisées au point de vue anatomique. »

Depuis ces recherches un peu anciennes, on a pu réunir un grand nombre de faits où les lésions de méningite sont incontestables ; mais, très souvent aussi, on ne note à l'autopsie que la congestion des méninges et l'œdème sous-arachnoïdien; il est donc difficile de donner aujourd'hui une formule anatomique définitive des accidents cérébro-spinaux de la dothiénentérie.

Cliniquement, il est fort difficile de distinguer les troubles considérés comme d'ordre fonctionnel et la méningite survenant au cours de la fièvre typhoïde : les phénomènes douloureux sont identiques dans l'un et l'autre cas, la raideur de la nuque peut être très accentuée dans certains cas

de méningisme, comme dans la fort intéressante observation de MM. Moizard et Grenet. Il en est de même du signe de Kernig et des vomissements qui ont été signalés dans nombre de cas de méningisme typhique. Les symptômes oculaires n'offrent, eux non plus, rien de caractéristique, et on ne saurait s'appuyer sur leur constatation pour affirmer la méningite. Quant à la marche de la température, elle ne peut fournir aucun élément de diagnostic.

Il n'existe donc aucun signe qui permette de distinguer la méningite des troubles rattachés au méningisme : la marche même de la maladie est en général semblable dans les deux ordres de faits.

Sur quels éléments faut-il donc baser le diagnostic? Sur l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien? Il est certain que c'est grâce à cet examen que la méningite typhique a pu être à coup sûr reconnue pendant la vie (Jemma, Netter, Debout, Guinon). Mais, comme l'a bien montré M. Hutinel à propos des méningites séreuses pneumococciques, on peut ne trouver de microbes ni à l'examen direct ni dans les cultures faites avec le liquide céphalo-rachidien alors que les inoculations se montrent positives. Ainsi l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien n'a peut-être pas une valeur absolue lorsqu'il est négatif et ne permet pas d'éliminer d'une façon définitive l'hypothèse de méningite.

On avait fondé de grandes espérances sur l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien. En réalité, en présence des résultats obtenus, on peut se demander si la cytologie permet d'affirmer une différence fondamentale dans la nature des accidents, ou si elle n'indique pas plutôt le degré d'une réaction méningée constante, mais d'intensité variable.

MM. Moizard et Grenet admettent donc que les faits de méningite nettement caractérisée et ceux décrits sous le nom de méningisme semblent se relier d'une façon insensible; entre eux, des intermédiaires existent au point de vue cytologique, bactériologique et clinique. Entre les cas graves, où le liquide céphalo-rachidien présente nettement les réactions des méningites aiguës et ceux où le liquide est normal en tous ses caractères, il existe des cas intermédiaires, qui permettent peut-être de relier d'une façon insensible les faits qualifiés de méningisme à la méningite typhique. (*Arch. de méd. des enfants*, janv. 1903.)

L. BABONNEIX.

La durée de la vie du bacille d'Eberth dans la bière. Action bactéricide de cette boisson sur ce microbe. H. SURMONT et M. DEHON. (*Echo méd. du Nord*, 12 avril 1903, p. 169.) — De cette intéressante étude, faite au point de vue de l'étiologie de la fièvre typhoïde à Lille, il semble résulter que la bière ne peut devenir typhoïgène que par l'addition ultérieure d'eau contaminée.

« Cette addition pourrait se faire chez le brasseur, avant le transport à domicile; mais les brasseurs n'ajoutent à la bière que de l'eau bouillie, et, en tout cas, les quelques jours de repos qui sont nécessaires à la clarification du liquide, avant la mise en perce du tonneau, suffiraient à écarter tout danger. On peut donc affirmer que la bière consommée telle qu'elle est livrée par le brasseur donne toute sécurité. Il est certain, d'autre part, que les bières très acides, dites à Lille « bières de saison », ne font courir au consommateur aucun risque d'infection par le bacille typhique.

Par contre, ajoutent les auteurs, les bières consommées chez certains débitants, particulièrement « les petites bières » mises en vente dans les quartiers populeux d'où provenaient la plupart de nos échantillons très peu acides, peuvent devenir dangereuses.

Dans le cas où l'addition de l'eau se fait dans le tonneau, la bière peut rester dangereuse trois jours : or, la vente d'un tonneau dure souvent moins dans les cabarets.

Le mouillage extemporané est le plus pratiqué, car la bière étendue d'eau devient rapidement « plate ». Il est aussi le plus dangereux : que l'addition se fasse dans la canette de l'habitué; dans le pot de la ménagère qui vient acheter sa boisson à chaque repas; ou dans la carafe de la pension bourgeoise avec « bière à volonté ».

Il est donc bon que les médecins sachent que, dans certaines circonstances, la bière peut, comme le lait ou les huîtres, devenir le vecteur *occasionnel* de bacilles typhiques. »

L. GAYARD.

La néphrite dans la variole. (*Philadelphia med. Journ.*, déc. 1902, p. 127) — MM. WELCH et SCHAMBERG ont calculé que, dans les cas de variole grave, la surface cutanée peut être couverte de 30 à 40000 pustules, ce qui, on le conçoit, représente un certain volume de pus. Il était logique de penser que des lésions de la peau aussi importantes devaient avoir pour conséquence des troubles plus ou moins marqués de la fonction rénale. Les classiques, à ce sujet, disent que dans la variole l'albuminurie est fréquente tandis que la néphrite est rare. Les auteurs de ce travail ont étudié attentivement les urines de 128 malades. D'après les résultats obtenus ils établissent que l'albuminurie est plus fréquente qu'on ne le croit généralement; ils ont pu constater son existence dans 65 p. 100 des cas. Elle est due, très souvent, à une altération anatomique du parenchyme rénal, ainsi qu'en témoigne l'existence de cylindres dans l'urine, soit dans 45 p. 100 des cas. Dans les formes bénignes et dans la varioloïde, la néphrite est tout aussi fréquente que dans les formes graves. Il est nécessaire, pour déceler l'albumine, de pratiquer des examens répétés de l'urine. L'examen du sédiment montre parfois l'existence de cylindres alors que l'albumine ne s'y trouve pas en quantité suffisante pour être précipité par les procédés usuels.

A. HOUSQUAINS.

PHYSIOLOGIE

A propos de l'innervation du voile du palais. (*Revue hebd. de laryngol.*, déc. 1902, n° 51, p. 749.) — Bien des faits militent aujourd'hui en faveur de l'innervation du voile du palais par le spinal au détriment du facial, en voici un de plus qui est dû à M. Fournier.

Il s'agit d'un homme de quarante ans qui, sans ressentir le moindre malaise, sans perte de connaissance, vit sa voix se voiler, en même temps qu'il éprouva une gêne pour avaler, se moucher et parler; les liquides revenaient par le nez; plus tard, survint une toux coqueluchoïde, quinteuse, avec sensation d'étouffement; à ces différents symptômes s'ajoutèrent des vomissements, des vertiges et des sifflements d'oreille, mais rien du côté de la vue.

A l'examen pharyngo-laryngé, on constate une hémiplégie du voile du palais et du larynx du même côté. A l'examen électrique des différents muscles, on constate que le sterno-mastoïdien et le trapèze réagissent moins à droite qu'à gauche; le sterno-mastoïdien présente même un léger degré d'atrophie.

Le traitement ioduré fit disparaître tous les accidents, y compris les paralysies.

P. VIOLLET.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement rationnel du diabète (1), par le docteur A. LORAND.

« Le traitement rationnel d'une maladie doit répondre à trois indications que nous désignerons en empruntant la

(1) In-8°. — Paris, C. Naud.

langue des Anciens : l'*indicatio causalis*, l'*indicatio morbi*, l'*indicatio symptomatica*. »

L'*indicatio causalis* est difficile à remplir, parce que nous ne connaissons pas exactement les causes du diabète. Quant à l'*indicatio morbi*, elle comporte tout d'abord un régime alimentaire particulier : « La nécessité d'introduire dans l'économie des aliments aptes à la production du sucre a imposé d'emblée la suppression plus ou moins complète des substances farineuses du régime diabétique. Mais, dans beaucoup de cas, il faudrait aussi limiter l'ingestion des substances albumineuses. » L'institution de ce régime doit être individuelle, c'est-à-dire qu'il convient d établir différentes catégories, basées sur la façon dont s'établit dans l'organisme du malade l'assimilation des substances hydrocarbonées. On étudiera donc soigneusement la tolérance du malade pour les hydrates de carbone et pour les aliments les plus usuels, afin de pouvoir prescrire un régime qui maintienne en équilibre leurs échanges organiques.

M. le docteur Lorand entre dans les détails les plus minutieux au sujet de ce régime, recommandant les viandes grasses, les légumes verts, les pommes de terre, les fruits, l'alcool, les œufs; la bière doit être défendue parce qu'elle contient un sucre très assimilable. Le pain ne doit jamais être supprimé complètement, car, comme l'a dit P. Dufaux,

Du pain, du pain, il faut du pain.
C'est le cri de la nature.

Quant à l'*indicatio symptomatica*, elle doit être d'abord préventive, car « méconnaître un diabète à son début équivaut souvent à une condamnation à mort lente, mais sûre ». Lorsque le diabète est déclaré, il faut utiliser un des remèdes suivants : opium, antipyrine, aspirine, salicylate de soude. Les cacodylates et la lécithine, l'opothérapie ont été récemment préconisés. Enfin, les eaux minérales, employées judicieusement, donnent de bons résultats (Vichy, Carlsbad, Vals, Boulou, Marienbad, Royat, Mont-Dore, Ems, Balaruc, Uriage, Bourbon-l'Archambault, Brides-Salins, Wiesbaden, etc.). Toutes ces médications n'ont d'ailleurs pour but que d'améliorer les différentes manifestations du diabète et de rendre possible la vie du malade; elles ne peuvent prétendre le guérir, car « le diabète est une maladie qui ne peut pas être guérie médicalement; le sucre peut bien disparaître, la maladie même subsiste, et, sur cette base, toute forte émotion, tout écart de régime peut ressusciter à nouveau le syndrome diabétique ». L. BABONNEIX.

Recherches anthropométriques sur la croissance des diverses parties du corps (1), par le docteur Paul GODIN.

La croissance n'est pas, comme on l'a cru longtemps, un simple agrandissement. C'est une véritable formation que l'embryologiste suit dans toutes ses phases, et dont il est indispensable au médecin et à l'hygiéniste de connaître les détails et le mécanisme.

Aussi M. le docteur Paul Godin a-t-il eu l'idée d'appliquer à l'étude de la croissance la méthode anthropométrique, telle que la pratique M. Manouvrier. Après nous avoir fait connaître sa technique, l'auteur étudie les *développements des membres, de la taille et du tronc*, les *modifications qu'apporte à l'organisme la puberté*, les *diamètres*, les *circonférences* et les *poids* du sujet pendant la croissance. Il est difficile d'analyser, même brièvement, un pareil livre. Disons seulement qu'il s'adresse non seulement au médecin, mais encore à l'éducateur et à l'hygiéniste, et que, par la méthode scientifique qui a présidé à sa rédaction et par les recherches auxquelles il a donné lieu, il mérite d'être lu attentivement et consulté par tous ceux que la question intéresse.

L. BABONNEIX.

(1) In-8°. — Paris, Maloine.

Travaux de l'association américaine d'orthopédie (*Transactions of the american orthopedic association*), vol. XV, 1902, Philadelphia.

Ce volume continue la série des travaux de l'association. Les principaux mémoires qu'il renferme ont trait à la tuberculose des os, aux lésions du squelette consécutives à la paralysie infantile, aux malformations congénitales ou acquises. Les déviations de la colonne vertébrale et la luxation congénitale de la hanche, notamment, y sont l'objet d'importants travaux où la partie thérapeutique tient une grande place. Des photographies et des radiographies illustrent le texte. Enfin, le dernier tiers du volume contient la liste des publications des membres de l'association qui constitue à elle seule un index bibliographique des plus importants pour toutes les questions d'orthopédie.

A. HOUSQUAINS.

QUESTION D'INTERNAT

Dilatation des bronches.

HISTORIQUE. — La dilatation des bronches a été découverte par Laënnec qui étudie ses caractères anatomiques et cliniques. Depuis, il faut citer le mémoire de Barth (1856), les recherches de Cornil, Hanot Dallidet, etc.

ETIOLOGIE. — A. **Causes prédisposantes.** — 1. PHYSIOLOGIQUES : *a. Age.* Si l'on met à part la *bronchectasie congénitale*, qui est peut-être liée à l'hérédo-syphilis, et qui est encore assez mal connue, on peut dire que l'affection est rare dans les premières années de la vie; elle s'observe surtout chez les grands enfants et chez les adultes. *b.* C'est surtout le *sexe* masculin qui est atteint. *c.* L'influence de l'*hérédité* est douteuse.
2. PATHOLOGIQUES : toutes celles qui diminuent la vitalité des tissus (misère physiologique, paludisme, alcoolisme, diabète, artério-sclérose, etc.).

B. **Causes déterminantes.** — La bronchectasie s'observe surtout à la suite de certaines broncho-pneumonies graves, que ces broncho-pneumonies soient aiguës [grippe, rougeole, coqueluche (Laënnec), fièvre typhoïde] ou chroniques [tuberculose, syphilis]. La constance de ces broncho-pneumonies dans les antécédents des bronchectasiques permet de les considérer comme la véritable cause déterminante de la dilatation des bronches. Mais par quel mécanisme? C'est ce qu'explique l'anatomie pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A. **Macroscopique.** — A l'ouverture du thorax, les poumons ne s'affaissent pas (adhérences pleurales, induration pulmonaire, emphysème).

1. Si l'on pratique en divers sens des sections du poumon, on observe un aspect particulier du parenchyme pulmonaire : aspect d'éponge, de poumon de batracien, de tissu utérin gravide, de fromage troué, de pierre vermoulue, etc.

2. Si l'on pratique des coupes parallèles à l'axe des bronches, coupes indispensables pour étudier les dilatations, on peut alors décrire leurs principaux caractères : *a. Forme* : trois variétés (Andral, Cruveilhier); α. *D. cylindrique* : les bronches conservent leur forme, mais leur diamètre est bien augmenté; elles naissent d'un tronc dont le diamètre est beaucoup moindre. Cette forme de D. peut être *générale*; celle-ci est rare, unilatérale, occupant tout un poumon; ou *partielle* Cette dernière peut être limitée à une seule bronche; elle siège particulièrement au sommet. Laënnec décrit la dilatation des extrémités bronchiques, extrémités qui « se terminent par des culs-de-sac ou cellules capables de loger un grain de chènevis, un noyau de cerise, une aveline ou même une amande ». C'est là une simple variété de D. partielle. *b.* La *D. ampullaire* est la plus commune; elle atteint surtout les bronches moyennes et siège de préférence à la superficie du poumon. On en décrit deux sous-

variétés : *circonférentielle* et *latérale* ou *sacciforme* (Cruveilhier). Cette dilatation communique avec la bronche qui la précède par un orifice souvent oblitéré; quant à la bronche qui la suit, elle est quelquefois dilatée en forme de kyste, mais le plus souvent atrophiée. *c.* La *D. moniliforme* ou *en chapelet* (Elliotson) est très limitée; elle siège surtout au sommet.

Les trois variétés précédentes peuvent s'observer sur un même poumon.

b. Siège : les dilatations siègent surtout sur les bronches de moyen et de petit calibre; elles sont plus fréquentes à gauche qu'à droite; pour Laënnec, elles seraient plus communes dans le lobe supérieur.

c. Contenu de la cavité : le plus souvent muco-pus; exceptionnellement, liquide muqueux (oblitération de l'orifice de communication avec la bronche) ou masses caséeuses.

d. Parois de la cavité : α. S'agit-il d'une D. récente, alors la D. est tapissée par la muqueuse bronchique, rouge, lisse; les plaques cartilagineuses peuvent encore se retrouver sur une coupe de la paroi. β. En cas de D. ancienne, la surface de la cavité est granuleuse, parfois même végétante, ou calcifiée, dans les cas où l'orifice de communication avec la bronche est oblitéré.

3. Diagnostic anatomique. — *a.* La *D. des bronches* a une forme régulière, une paroi lisse ou légèrement granuleuse, la muqueuse de la cavité se continue avec la muqueuse de la bronche. Le tissu périphérique est carnisé ou sclérosé. La D. peut siéger partout. *b.* La *caverne tuberculeuse* est irrégulière, anfractueuse, tapissée de détritus caséeux, parfois traversée par des brides fibreuses; les bronches qui s'ouvrent dans la caverne semblent taillées comme à l'emporte-pièce. Autour, il existe des tubercules. La lésion siège presque toujours au sommet. *c.* Les cavernes consécutives à l'élimination d'un *abcès du poumon* sont uniques, tapissées d'une membrane pyogénique; *d.* Les cavernes consécutives à l'élimination d'un foyer de *gangrène pulmonaire* ont une odeur fétide; leurs parois sont sphacélées, noirâtres; la bronche est coupée à l'emporte-pièce.

B. **Microscopique.** — Les *lésions sont maxima au niveau de l'équateur de l'ampoule.*

1. Lésions récentes. — L'épithélium existe encore, mais il a perdu ses cils et tend à devenir cubique. Au-dessous, entre l'épithélium et la membrane basale, existent une ou deux couches de globules blancs. Le tissu conjonctif est épaissi, infiltré de cellules rondes; *les fibres élastiques sont rares, et surtout, fait capital, les fibres musculaires ont disparu* (Trojanowski, Cornil et Ranvier). Cette disparition est totale au niveau de l'équateur de l'ampoule; elle est moins complète aux pôles. Les *cartilages* sont atteints de *chondrite raréfiante.*

2. Lésions anciennes. — L'épithélium et la membrane basale ont disparu et sont remplacés par plusieurs couches de cellules rondes. Il existe une abondante néoformation conjonctive vasculaire (Dallidet, Hanot et Gilbert) pouvant aboutir à la formation de véritables angiomes et expliquant la fréquence des hémoptysies.

C. **Bactériologie.** — C'est la flore habituelle des suppurations, avec, à certains moments, l'intervention d'anaérobies, déterminant soit une gangrène bronchique, soit une gangrène pulmonaire vraie.

D. **Lésions secondaires.** — Citer le *catarrhe chronique des bronches* (la dilatation ne se rencontre que chez des sujets morts à la suite de catarrhe chronique, Laënnec); la *sclérose bronchopulmonaire* (Charcot, Leroy); accessoirement l'emphysème, les adhérences pleurales, etc. Signaler la *dilatation du cœur droit*, constante à une période peu avancée de la maladie, et la *dégénérescence amyloïde des viscères abdominaux.*

En somme, ce qui caractérise anatomiquement la bronchectasie, c'est la disparition de tout ce qui fait la solidité de la paroi bronchique : cartilages, tissu musculaire et élastique.

Pathogénie. — A. **Théories bronchiques.** — 1. Les efforts de toux déterminent la dilatation de la bronche : si la bronche est normale, cette dilatation n'est que temporaire; si la bronche est malade, si elle est privée des éléments qui assurent sa solidité, la D. persiste (analogie avec l'anévrysme de la crosse de l'aorte).

Or ces altérations de la paroi sont surtout le fait des bronchites et broncho-pneumonies graves : « ce sont surtout les bronchites de maladies infectieuses, celles qui se compliquent si souvent de broncho-pneumonie que l'on retrouve à l'origine de l'ectasie chronique. » (Marfan, *Traité Charcot-Bouchard.*) Donc, trois phases : *a.* broncho-pneumonie détruisant les éléments de solidité de la bronche; *b.* dilatation, d'abord temporaire, puis *c.* permanente.

Cette théorie explique et la constance de bronchites graves dans les antécédents des malades et la coexistence de lésions scléreuses pleuro-pulmonaires.

2. *Autres théories bronchiques* : Stokes : il s'agit d'une paralysie des muscles de Reisessen; Laënnec : la dilatation doit être subordonnée à la bronchite.

B. **Théories pulmonaires.** — Corrigan : la D. est due à la force rétractile du tissu de sclérose. On objecte à cette théorie que : *a.* dans la sclérose lobaire, il n'y a jamais de dilatation; *b.* la dilatation préexiste souvent à la sclérose.

C. **Théorie pleurale.** — Barth : pleurésie chronique.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Instruction publique et beaux-arts. — L'emploi de professeur d'anatomie à l'Ecole nationale des beaux-arts est déclaré vacant par suite de la mise en congé illimité, accordée, pour raisons de santé, à son titulaire, M. le docteur Mathias Duval.

Les candidats à cet emploi ont un délai de vingt jours pour adresser au ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts une lettre dans laquelle ils exposeront leurs titres.

Guerre. — Les candidats à l'école du service de santé militaire sont informés que le ministre de la guerre a fixé à 70 le nombre des élèves à admettre à ladite école à la suite du concours de 1903.

Les élèves démissionnaires avant leur entrée à l'école seront remplacés de manière à compléter l'effectif présent à 70 au moment de l'ouverture des cours.

— Par décision ministérielle du 17 avril 1903, M. le médecin-major de 2e classe Thiébaut, des hôpitaux militaires de la division d'Alger, est désigné pour le bataillon étranger de Diégo-Suarez.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duviard (de Lyon), Paul Gourret (de Marseille), Leblanc (de Paris) et E. Sanguin (de Saint-Chamas).

Hygiène de l'oreille. Notions générales. Agents nuisibles. Hygiène du nouveau-né, de l'enfant, de l'adulte, hygiène de l'oreille à l'école, par le docteur A. Pugnat, In-18. — Prix : broché, 1 fr. 25. — Paris, A. Michalon.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

L'hématozoaire de la malaria. Ses diverses formes envisagées au point de vue de leur correspondance en clinique.

Par le docteur J. CRESPIN,
Professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger.

Il semble que tout ait été dit sur l'hématozoaire de Laveran. Mais cependant il n'est pas sans intérêt pour le praticien et pour l'élève, de trouver réunies en quelques propositions faciles à saisir toutes les notions indispensables à connaître, touchant ce parasite, toutes celles du moins que la clinique peut utiliser.

Mon but est donc d'écrire pour les cliniciens, surtout pour les cliniciens appelés à exercer en pays paludéen, sans le secours d'un laboratoire bien outillé et d'aides compétents et exercés; et j'insisterai surtout sur les points embarrassants, me contentant pour le reste de renvoyer à nos traités classiques, en particulier à celui de M. Laveran.

Je voudrais que les médecins de nos colonies, que les médecins de colonisation d'Algérie en particulier fussent tous aptes, à l'aide d'un bon microscope, à reconnaître l'hématozoaire et ses diverses formes dans le sang paludéen.

Je sais les difficultés considérables que l'on éprouve non seulement pour trouver à coup sûr l'hématozoaire quand il existe, mais aussi pour arriver à se faire une conception rationnelle du paludisme, et ce n'est qu'à l'aide de l'expérience, de la lecture comparative des écrits français et étrangers qu'on peut vaincre ces difficultés, qui, je m'en aperçois tous les jours, déroutent les débutants et les portent au découragement le plus absolu. Combien y a-t-il à l'heure actuelle en Algérie de médecins de colonisation sachant trouver l'hématozoaire et utilisant cette recherche pour les besoins de leur pratique journalière? Je ne dirai pas aucun, mais si je le disais, je ne serais certes pas éloigné de la vérité.

Il ne faut pas s'étonner après cette constatation que l'étude de la malaria, si brillamment menée autrefois par MM. Kelsch et Kiener, Laveran, etc., soit restée, au moins jusqu'à ces derniers temps, l'apanage d'un nombre infime de médecins, et n'ait pas progressé, alors que les observations recueillies dans la campagne romaine par un grand nombre de médecins italiens, ont abouti à la connaissance biologique parfaite du parasite.

Depuis quelques années, les études sur la malaria semblent en Algérie attirer de nouveau la faveur, surtout depuis que le dogme classique français a été battu en brèche par MM. Treille et Legrain. On doit à ces derniers de bons aperçus cliniques; on leur doit d'avoir insisté, avec les étrangers. sur la distinction qu'il faut faire entre les diverses formes du paludisme, et leurs critiques sur la conception habituelle des accès pernicieux méritent de retenir l'attention. J'y reviendrai dans le cours de cette Revue. Il est bien évident qu'on ne peut pas suivre ces auteurs, quand ils nient l'existence de l'hématozoaire, mais on s'explique très bien qu'ils l'aient nié, à un moment où les travaux des étrangers n'étaient pas connus en France, où les recherches de Manson en particulier n'étaient pas encore venues confirmer, d'une façon évidente pour tous, les découvertes de Laveran et de Ross.

I

Recherche de l'hématozoaire dans le sang des paludéens. — Je ne veux pas refaire ce que d'autres ont fait avant moi, et je me contenterai de compléter les quelques règles données par Laveran, et par un de ses élèves, M. Billet (1), dans un article fort remarquable et fort clair, auquel il est utile d'avoir recours.

C'est l'examen du sang frais que les débutants doivent préférer, cet examen étant beaucoup moins décevant que les examens du sang coloré. Le séchage, le fixage, et l'emploi des divers colorants produisent des altérations susceptibles d'en imposer à des novices pour des parasites, fait signalé depuis longtemps par Laveran.

Dans le sang frais, les hématozoaires sont plus difficiles à voir, mais pour celui qui en a vu une fois, il n'y a plus aucun doute à avoir dans la suite, en présence de ces formes parasitaires. C'est dans le sang frais que les amibes et surtout les flagelles avec leurs mouvements caractéristiques frappent le plus vivement.

(1) *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 mai 1902, et aussi *Caducée*, 19 juillet 1902.

L'objectif à immersion convient très bien, en dépit de la transparence des parasites. Tout au plus si l'éclairage est trop intense peut-on baisser un peu le système Abbe; mais cette précaution est la plupart du temps inutile, l'éclat de l'hématozoaire comparable à celui de « la perle fine », n'appartenant qu'à cet organisme et ne rappelant pas du tout l'apparence des autres éléments contenus dans le sang.

Mais l'examen du sang frais ne peut suffire. Il faut recourir à la coloration pour étudier les détails, et pour garder longtemps les préparations.

Le meilleur colorant est le bleu de méthylène, mais il faut user des bonnes marques allemandes. J'ai souvent employé le procédé unique de coloration au bleu de méthylène boraté, procédé de Malachowsky et de Koch, recommandé également par Billet (loc. cit.). C'est le procédé qui donne le moins de déboires.

Les procédés par double coloration (bleu de méthylène et éosine) sont plus compliqués, mais sont utiles pour la connaissance des détails de structure du parasite.

Jusqu'à ces derniers temps, je me suis servi du procédé de M. Laveran, dont la technique définitive a été donnée à la Société de biologie du 9 juin 1900. Il a pour base le bleu Borrel, mais comme le dit M. Billet, il faut savoir manier le bleu Borrel, et il faut tâtonner avant d'arriver à connaître la proportion exacte des éléments qui doivent entrer dans sa composition. De là des lenteurs, des échecs.

L'hiver dernier, j'ai été séduit par une méthode de coloration qui, je crois, n'est pas employée encore en France, et que j'ai vue employer à Hambourg, à l'Institut des maladies tropicales. Il s'agit d'une double coloration à l'éosine et au bleu de méthylène, mais le bleu est spécial, connu sous le nom de bleu azur II. Ce bleu a été découvert par M. Giemsa, professeur de cet Institut. J'ai vu dans les services et les laboratoires de l'Institut, dirigé par le docteur Nocht, de très belles préparations de coccidies, d'hématozoaires pris dans le sang de malades ou d'oiseaux, ou dans l'estomac des moustiques. A l'aide de ces préparations, que M. Phülleborn a mis beaucoup d'obligeance à me montrer, j'ai vu les excellents résultats que donnait ce bleu au point de vue de la coloration des hématozoaires et des globules blancs.

Depuis lors, à la clinique médicale de l'École de médecine d'Alger, ce procédé de double coloration (éosine et bleu azur) est d'usage courant. M. Gillot, chef de clinique, a, dans une note parue dans les *Comptes rendus de la Société de biologie* (21 février 1903), indiqué la technique à suivre, et dans les quelques cas de paludisme soumis à mon observation au cours de l'hiver, je n'ai eu qu'à me louer de cette coloration.

Le grand avantage du bleu azur, c'est qu'il est des plus faciles à manier, qu'il colore très nettement le parasite et qu'il ne paraît pas altérer le pigment, comme le font beaucoup d'autres bleus.

II

Des diverses variétés ou espèces d'hématozoaires. — Puisque je me place simplement au point de vue clinique, il me paraît inopportun de trancher la question de l'unicité de l'hématozoaire ou de sa pluralité, et je laisse ce soin aux parasitologistes.

L'hématozoaire se présente sous diverses formes qu'il faut bien connaître pour rattacher chacune d'elles à un type déterminé de fièvre, bénin ou grave, le diagnostic étant lié, ici comme partout, au pronostic. On s'est contenté pendant longtemps de la constatation d'une forme quelconque d'hématozoaire pour dire « paludisme » sans s'attacher à la signification spéciale de telle ou telle forme. Or il me semble qu'à l'heure actuelle on peut et on doit exiger une précision plus grande, et le but de cette étude est de montrer à quel degré de précision on peut atteindre dans cette voie. C'est dire que je ferai état seulement des données indiscutables ou qui me paraissent l'être.

Les questions que je veux poser ici se trouvent résolues, quelquefois d'une façon différente dans les auteurs, et si les solutions que je leur donnerai sont le reflet de lectures françaises ou étrangères, elles sont également le résultat des examens que j'ai pratiqués moi-même à l'hôpital de Mustapha, notamment pendant les périodes estivales de 1900 et 1902. J'ai aussi mis à profit les enseignements que j'ai reçus au cours de voyages à l'étranger, particulièrement aux Indes, où j'ai vu des fièvres palustres et des préparations d'hématozoaires faites par les médecins travaillant à Bombay sous la direction de M. Haffkine, et à Hambourg où le docteur Nocht, directeur de l'Institut pour l'étude des maladies tropicales, m'a fait part, avec une obligeance exquise, de toutes les recherches qui s'entreprennent dans cet Institut, véritable modèle d'enseignement colonial.

A. Parmi les points qui ont attiré le plus mon attention, il en est un que je tiens à mettre en relief. C'est celui-ci : Comment se fait-il que la question de la constatation de l'hématozoaire au cours des accès pernicieux ne soit pas résolue d'une façon univoque par les auteurs? Consultons d'abord notre traité classique, celui de Laveran. Il y est dit, page 185 : « Dans tous les cas d'accès pernicieux que j'ai observés, le sang obtenu par la piqûre du doigt contenait des éléments parasitaires en grand nombre. » Il est vrai que M. Laveran disait, page 74 : « Quelquefois les parasites sont assez rares dans le sang obtenu par la piqûre du doigt, bien qu'il s'agisse d'accès pernicieux. La contradiction apparente qui existe dans ces cas entre le nombre des parasites et la gravité de la maladie disparait, quand, l'accès s'étant terminé par la mort, l'autopsie permet de faire l'examen de tous les organes; on constate en effet que les hématozoaires se sont accumulés dans la rate, le foie ou le cerveau, ou plus rarement dans le réseau capillaire d'autres organes. » C'est une opinion d'étranger, celle de Bignami, que Laveran rappelait ainsi en ces termes. Il n'en est pas moins vrai que, pour M. Laveran, le sang périphérique des individus atteints d'accès pernicieux renferme des parasites en grande quantité.

D'autres auteurs français se rangent plutôt à l'avis de M. Bignami. Je citerai Marchoux. Ce dernier, dans son article des *Annales de l'Institut Pasteur* (1), relate trois observations d'accès pernicieux. Dans les trois cas, il n'y avait qu'un très petit nombre d'hématozoaires dans le sang circulant.

En cherchant à déceler l'hématozoaire au cours des accès pernicieux, c'est avec une extrême difficulté que j'y suis parvenu dans la majorité des cas, et les parasites étaient petits, toujours en faible quantité, peu ou pas pigmentés.

Les mêmes constatations ont été faites à Hambourg par tous les chefs de service de l'Institut tropical, et le docteur Nocht m'exprimait ainsi son opinion : « Dans les accès pernicieux, les hématozoaires ne se trouvent pas dans le sang périphérique, mais seulement dans les viscères. »

En réalité, on peut soutenir que les hématozoaires exis-

(1) MARCHOUX. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897, t. XI, p. 640.

tent bien dans le sang périphérique, mais qu'ils sont excessivement difficiles à voir (dans les accès pernicieux), parce que, d'une part, ils sont en petit nombre et que, d'autre part, ils sont dépourvus de pigment et ont de faibles dimensions.

Ce point doit être des plus connus, car le médecin qui arrive en Algérie s'adresse à des accès pernicieux pour trouver l'hématozoaire, puisqu'il recherche naturellement les cas les plus typiques. Aussi, quand ses recherches sont infructueuses, il se décourage et s'imagine que ce parasite n'existe pas.

Comment expliquer alors que des microbiologistes distingués aient affirmé, à la suite de Laveran, la présence constante et l'abondance des hématozoaires dans le sang circulant, au cours des accès pernicieux? C'est peut-être que ces savants ne font pas suffisamment la distinction essentielle entre les accès et les accidents pernicieux, sur laquelle je me plais à revenir. Pendant l'été de 1900, qui se signala par une sévérité particulière de l'endémo-épidémie palustre, je vis bien que mis en présence d'un même syndrome, qu'on étiquetait toujours indifféremment accès pernicieux ou accidents pernicieux, il fallait adopter une pathogénie différente pour ces syndromes, suivant qu'ils semblaient relever de l'infection elle-même, ou d'un élément surajouté et préexistant, tel qu'une insuffisance rénale ou hépatique, facilitant l'auto-intoxication, le premier devant être dénommé accès pernicieux, le second « accidents pernicieux ».

Mais ce sur quoi j'insisterai, c'est que, dans les deux cas, l'influence de la malaria est toujours très nette, plus effacée dans l'un, plus marquée dans l'autre. Les accidents pernicieux ne sont pas une complication de la malaria; ils se rattachent à celle-ci plus directement que les complications de la maladie.

Un paludéen, à l'occasion d'un accès de fièvre, fait un accès de delirium tremens. Il ne faut pas dire accidents pernicieux en ce cas, et qualifier ainsi une complication qui a pu se produire non du fait de la malaria, mais de la part d'un ébranlement minime du système nerveux, suite de l'hyperthermie, de la privation d'alcool, du jeûne, etc. Il y a bien auto-intoxication dans ce cas, comme dans l'accident pernicieux; mais cette auto-intoxication aboutit à un syndrome bien différent de celui que nous avons en vue en ce moment. Cela ne veut pas dire que les accidents pernicieux ne puissent pas se rencontrer chez les alcooliques, qui y sont au contraire très prédisposés, en raison de l'état de leur cellule hépatique; mais dans ces cas-là, il ne s'agit point du syndrome bien caractérisé « delirium tremens ». C'est donc dans ce dernier cas une véritable complication de la maladie, au même titre qu'une attaque d'épilepsie survenant au cours d'un accès de malaria.

On pourra objecter que cette distinction est trop schématique, et que, dans les accès pernicieux, l'auto intoxication commande le syndrome aussi bien que dans les accidents pernicieux. Sans doute, comme dans toutes les maladies infectieuses, mais il est cependant possible de faire le diagnostic entre les deux, du moins dans beaucoup de cas, car il est bien évident que les accès pernicieux et les accidents pernicieux peuvent s'imbriquer de telle sorte, qu'il est illusoire alors de vouloir tenter une séparation rationnelle de ces deux groupes de manifestations.

Le diagnostic se tire de l'examen complet du malade, tant au point de vue de la malaria qu'au point de vue de ses tares antérieures (insuffisance rénale ou hépatique, artério-sclérose, etc.). Les accès pernicieux se rencontrent souvent chez des individus très sains antérieurement. Les accidents s'observent surtout chez les individus tarés, malades depuis longtemps. Le nombre des accès pernicieux, à la faveur de cette distinction, est plus restreint, tandis que celui des accidents est de beaucoup plus grand. La quarte et la tierce ordinaire ne produisent pas d'accès pernicieux, ceux-ci étant propres aux fièvres quotidiennes, continues, irrégulières, estivo-automnales, etc.

L'examen du sang donne des renseignements intéressants. En cas d'accès pernicieux, l'hématozoaire est rare dans le sang circulant. En cas d'accidents, les hématozoaires sont souvent très abondants. Dans le premier cas, ce sont de petites formes (1µ quelquefois), peu ou pas pigmentées, difficiles à déceler; dans le second, ce sont souvent les grosses formes de la tierce ou de la quarte, facilement reconnaissables.

A l'autopsie, les individus morts d'accès pernicieux ont les viscères imprégnés de pigment noir et remplis d'hématozoaires, surtout le cerveau, la rate, le foie. La mélanémie est apparente à l'œil nu et donne aux organes une teinte éminemment caractéristique. Chez les individus ayant succombé à des accidents pernicieux, il y a peu ou pas de mélanémie; peu ou pas d'hématozoaires dans l'intimité des tissus, sauf dans la rate; mais, en revanche, on trouve des lésions anciennes du foie, des reins, etc.

Je crois donc que les auteurs qui ont surtout étudié dans les pays prétropicaux, comme M. Laveran, ont décrit la plupart du temps des accidents pernicieux, tandis que d'autres, ayant étudié sous les tropiques, ont décrit surtout des accès pernicieux, tout en visant le même syndrome.

Cette simple remarque suffit peut-être à expliquer les différences constatées dans les examens hématologiques au cours des accès ou accidents pernicieux.

B. Il y a un autre point qu'il n'est pas moins utile d'envisager.

Un malade paludéen, en proie à un accès, ou ayant eu un accès tout récemment, ou devant en avoir un dans quelques heures, est soumis à votre examen. Est-il possible de déterminer, par l'examen du sang seulement, quel est le type de fièvre dont il est atteint, par suite, d'établir avec le diagnostic, le pronostic de la maladie? Oui, dans beaucoup de cas. Ainsi entre dans mon service le 13 octobre dernier (1902) un malade en proie à un violent accès. Des renseignements donnés, nous concluons qu'il s'agit d'une fièvre quotidienne. A l'examen du sang, pris le lendemain de l'accès, et quelques heures avant un nouvel accès, nous trouvons des hématozoaires en abondance. Ce sont de grosses formes qui dominent; mais il y a aussi des petits amibes, et tous sont pigmentés. Des formes en grosses rosaces sont très nettes, et les portions segmentées sont au nombre de sept, huit ou dix : quelques-uns sont en voie de segmentation. De plus, il y a beaucoup de corps sphériques, les uns à peu près immobiles, les autres agités de mouvements peu rapides. Les globules parasites ne sont pas sensiblement altérés, et ont conservé leurs dimensions normales. Le pigment est à gros grains. Pas de corps non pigmentés, pas de croissants.

Notre malade est un jeune homme sans tares organiques; nous nous en assurons d'ailleurs par l'examen des diverses fonctions. Nous ne craignons donc pas avec lui les accidents pernicieux, et grâce à l'examen du sang, nous pouvons

affirmer être en présence d'une fièvre bénigne, qui ne conduira ni à l'accès pernicieux, ni à la cachexie paludéenne, du moins si l'évolution naturelle est soutenue par une médication appropriée, et s'il ne survient pas de complications tout à fait exceptionnelles et improbables.

Pourquoi ces inductions que la suite de l'observation devait justifier? C'est que ce malade, bien que paraissant atteint d'une fièvre quotidienne, c'est-à-dire d'une fièvre souvent maligne, était en réalité sujet à des accès de triple quarte, et ce diagnostic du type de la fièvre, il était facile de le faire après un seul examen du sang, dans lequel on pouvait reconnaître, à côté de grosses formes caractéristiques de la quarte (pigment à gros grains-rosaces de huit à dix segments, mouvements peu prononcés, intégrité des hématies, etc.) des formes plus petites, représentant le premier stade du parasite de la quarte.

Une objection se présente cependant immédiatement, et M. Laveran ne manque pas de la faire aux partisans de la pluralité des hématozoaires : « Ces petites formes, considérées comme le premier stade d'un parasite de la quarte, ressemblent dans ce stade-là aux formes de la tierce et de la fièvre estivo-automnale. » Cela est vrai, mais il faut bien savoir que les infections mixtes, en se plaçant au point de vue des associations de types parasitaires, sont excessivement rares. Thayer, qui vit à Baltimore 1618 paludéens, n'en rencontra que 31 avec une infection mixte (1). Koch pense aussi que les différentes espèces s'excluent l'une l'autre.

D'ailleurs, il n'y avait dans le sang examiné ni les croissants, ni les petites rosaces, ni les corps chiffonnés dont je parlerai tout à l'heure, tous éléments caractéristiques des fièvres graves, tropicales.

La suite de l'observation du malade en question nous fit voir une succession de plusieurs accès quartes, ce qui frappa vivement les élèves, d'autant mieux que nous n'avions pas administré le spécifique.

Après ces constatations, je me défends encore de préconiser une doctrine quelconque. Je ne suis ni uniciste, ni pluraliste; je n'ai pas le droit de l'être, car la clinique, en présence de faits contradictoires, ne peut se prononcer, et c'est au nom seul de la clinique que je veux parler.

Je ne nie pas la transformation des types, mais je crois pouvoir dire qu'étant donné certaines formes d'hématozoaires, on peut être sûr que ces formes vont évoluer naturellement selon un type donné de fièvre et que leur transformation en un type autre, quarte ou tierce, ou estivo-automnal ou inversement, n'est pas la règle.

L'hématozoaire, espèce unique, se fixe peut-être dans sa forme et sa structure, et bien qu'étant toujours lui-même est incapable, dans certains cas, de donner des accès autres que des accès quartes, tierces, etc. N'y a-t-il pas des cas où le pneumocoque est tellement fixé dans sa virulence qu'il ne donne que des congestions pulmonaires, et qu'inoculé aux cobayes, il donne encore et seulement ces mêmes congestions pulmonaires? Un repiquage peut évidemment ramener la virulence habituelle du pneumocoque, redevenant capable de produire une pneumonie, et nous observerions peut-être les mêmes phénomènes avec l'hématozoaire, si nous étions à même de cultiver ce dernier.

La clinique nous indique d'ailleurs très nettement la fixité de certains types d'accès. Il y a des malades qui n'ont jamais eu que des accès quartes. MM. Treille et Legrain ont insisté avec une grande énergie sur ce point particulier qui, en effet, est fondamental dans l'étude du paludisme.

Un de mes malades, entré au mois de septembre 1902 et atteint depuis un mois pour la première fois, était très affirmatif là-dessus : il n'avait jamais eu que des accès quartes. C'était un indigène, un ancien habitant du pays, et cette circonstance n'est pas indifférente, car les quartes s'observent très souvent chez les Arabes, tandis que chez le nouveau venu dans la colonie, on observe souvent des fièvres quotidiennes ou continues comme accidents initiaux. Il y a peut-être là une question de terrain, intervenant pour fixer l'hématozoaire dans sa forme, et commander l'évolution du type fébrile. Les unicistes tirent grand parti de cette constatation, et ils peuvent soutenir que ces indigènes sont impaludés sans le savoir depuis longtemps, depuis l'enfance et que la fièvre quarte qui leur paraît être la première manifestation de la malaria, n'est en réalité que la manifestation tardive d'une impaludation ancienne. Les examens de R. Koch découvrant l'hématozoaire chez des enfants en apparence bien portants, dans un milieu fébrigène, viennent à l'appui de cette opinion.

Quoi qu'il en soit, il est utile et indispensable, au point de vue clinique, de distinguer deux formes d'hématozoaires, les grosses formes, très pigmentées, et les petites formes, peu ou pas pigmentées, et quand les deux sont réunies sans les croissants, les corps chiffonnés et les petites rosaces, on peut dire que les secondes ne sont que les grosses formes à un stade peu avancé, puisqu'elles ne s'associent pas entre elles. Il s'agit alors d'un type fébrile compliqué, dénommé double tierce ou triple quarte.

Les grosses formes sont caractéristiques des types espacés, c'est-à-dire que leur maturation, signal de l'éclosion de l'accès, ne se réalise qu'au bout de quarante-huit ou soixante-douze heures, et ces types là sont en même temps des types bénins n'entraînant pas en règle générale l'accès pernicieux ou la cachexie paludéenne.

Parmi ces grosses formes, il est aussi possible de distinguer l'hématozoaire de la quarte de celui de la tierce, en se basant sur les caractères établis depuis longtemps par Golgi (1). Le parasite de la tierce a des mouvements rapides, difficiles à suivre. Il décolore rapidement et complètement le globule rouge. Son contour est moins défini, assez flou. Le protoplasma a une apparence fine. Le pigment est également plus menu. Les corps sporulés résultant de la segmentation sont au nombre de 15 à 20 et de petites dimensions.

Le parasite de la quarte a des mouvements lents, difficiles à observer dans le premier stade. Il décolore très peu ou pas du tout le globule rouge, qui retient une couleur jaune jusqu'à la dernière phase de sa destruction, cela même jusqu'à ce que le globule ne soit plus représenté que par une ligne mince. Le protoplasma est plus grossier que dans la quarte. Son contour est plus net, plus tranché. Le pigment est moins fin. Les corps sporulés, provenant de la segmentation des rosaces, sont au nombre de 6 à 12.

Il n'y a dans ces formes-là, ni croissants, ni corps chiffonnés, ni petites rosaces. Les croissants existeraient cependant d'après certains auteurs (2), mais je crois que la véri-

(1) Le plus souvent, c'étaient les parasites habituels de la tierce qui se rencontraient avec les parasites de la fièvre estivo-automnale. Thayer, cité par Scheube, *Traité des maladies des pays chauds*, p. 113.

(1) Golgi. *Arch. ital. de biol.*, t. XIV.

(2) M. Billet croit même pouvoir faire la distinction entre les croissants de la tierce et ceux de la quarte.

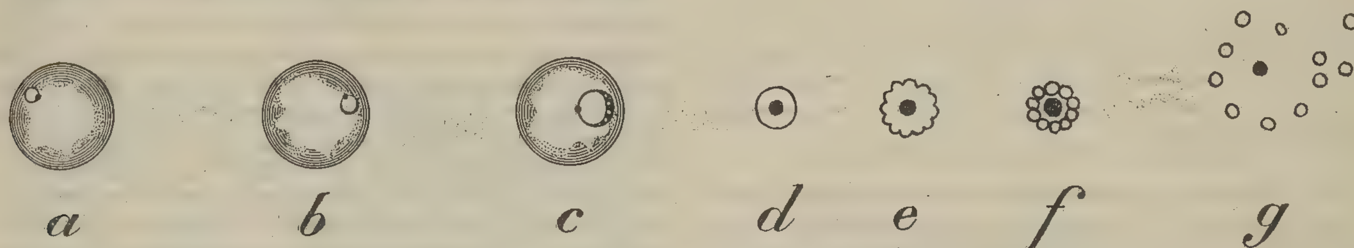
fication des observations de ces auteurs n'est pas encore faite, et pour ma part dans des fièvres dont le type tierce ou quarte est nettement établi, je n'ai pas encore vu de croissants.

Les petites formes (1 à 3 μ) sont caractéristiques des types continus, subcontinus, irréguliers, quotidiens; la maturation de l'hématozoaire s'opérant généralement en vingt-quatre heures ou peut-être en quarante-huit heures, si le type « tierce maligne » a bien une autonomie véritable. La forme de maturation ou rosace est particulière et se rencontre plutôt dans la moelle des os et les viscères que dans le sang périphérique. Il s'agit là de types malins. C'est seulement dans ces types qu'on rencontre les croissants, les petites rosaces et les corps chiffonnés. Ces deux dernières formes ne sont pas très répandues dans le sang périphérique, mais ils représentent pour moi un élément caractéristique, sur lequel les auteurs n'insistent peut-être pas assez.

Scheube (1) en fait une excellente description, d'après Marchiafava et Bignami en donnant à l'appui une figure empruntée à R. Koch et que je reproduis ici.

On voit, d'après cette figure, qu'à côté des rosaces de petites dimensions, il faut placer les corps chiffonnés (Gelappter Parasit), lesquels corps sont beaucoup moins rares que les petites rosaces et aussi caractéristiques : c'est dire que leur constatation rend de grands services, puisqu'elle est facile. Les petites rosaces sont désignées par la lettre *f*, le corps chiffonné par la lettre *e*. En *e* le parasite n'est pas encore arrivé à son entière maturité, qui est atteinte en *f*.

Je crois donc qu'il faut insister sur la présence de ce corps chiffonné dans le sang périphérique comme indiquant



une fièvre maligne (continue, quotidienne, subcontinue, estivo-autumnale, tierce maligne, tropicale, etc.).

La forme *c* se rencontre aussi à peu près exclusivement dans les fièvres malignes, sous les tropiques : le parasite intra-globulaire est en forme d'anneau avec un châton. Les autres formes *d*, *e* et *f* sont, comme les précédentes, intra-globulaires et les globules sont petits et pâles.

Un trait également important de cette forme d'hématozoaires, c'est qu'elle peut ne pas contenir de pigments ou en contenir très peu, même au stade le plus avancé (Marchoux après Marchiafava). J'ai vu souvent les corps *e* dépourvus de la masse pigmentaire centrale, et ils sont alors encore plus caractéristiques.

L'aspect de l'hématozoaire réalisé par le corps flagellé se remarque dans tous les types de fièvre. Il ne se rencontre pas dans l'organisme humain, et on ne l'observe guère que quinze à vingt minutes après l'extraction du sang. Le corps flagellé se forme parfois sous vos yeux, mais il faut une température suffisante pour le faire apparaître. En hiver, époque où les amibes meurent sitôt le sang sorti des vaisseaux, il serait bon d'employer une platine chauffante.

Si l'on veut une classification simple des diverses formes parasitaires du paludisme, on peut retenir, pour les besoins de la clinique, celle donnée par Manson (2).

Parasites	quatre tierce	ne donnant pas de croissants.	fièvres bénignes.
Parasites	quotidienne, pigmenté quotidienne, non pigmenté tierce	donnant des croissants	fièvres malignes.

Il faudrait, d'après les considérations précédentes, compléter cette classification, en indiquant que, dans les fièvres bénignes, on comprend les grosses formes parasitaires (7 à 9 μ) et que dans les fièvres malignes on comprend les petites formes (1 à 3 μ), avec les aspects particuliers réalisés, en même temps que par les croissants, par les corps chiffonnés, les petites rosaces et même les corps en anneau.

Il faudrait aussi dans le groupe des fièvres malignes faire entrer les fièvres irrégulières, continues, subcontinues,

TABLEAU DES FIÈVRES PALUSTRES EN CORRESPONDANCE AVEC LES DIVERSES FORMES D'HÉMATOZOAIRES

A. *Fièvres bénignes (ni accès pernicieux, ni cachexie palustre).*

B. *Fièvres malignes (accès pernicieux et cachexie palustre).*

HÉMATOZOAIRES A GROSSES FORMES (7 A 9 μ) TRÈS PIGMENTÉES, SANS CORPS CHIFFONNÉS, CORPS EN ANNEAU OU PETITES ROSACES		TYPES : TIERCE MALIGNE, ESTIVO-AUTUMNALE, CONTINUE, QUOTIDIENNE, TROPICALE, ETC.
Tierce.	*Quarte.*	
Hématozoaires souvent plus gros qu'une hématie. Pigmentation fine. Mouvements très vifs du protoplasma et des grains de pigment. Atteignent leur développement en quarante-huit heures. Rosaces en forme de fleur de tournesol, avec quinze à vingt segments ou moins. Globules rouges souvent hypertrophiés et se décolorant facilement.	Hématozoaires de la grosseur d'une hématie. Pigmentation à gros grains. Mouvements lents du protoplasma et des grains de pigment. Atteignent leur développement en soixante douze heures. Rosaces en forme de marguerite, avec six à douze segments. Globules rouges gardant leurs dimensoins et leur coloration.	Hématozoaires à petites formes (1 à 3 μ). Peu ou pas de pigments. Se développant en vingt-quatre heures ou quarante-huit heures (dans le cas de tierce maligne, celle-ci comprenant de grosses formes). Mouvements rapides du protoplasma. Rosaces irrégulières et petites, de six, huit, dix ou douze segments. Corps chiffonnés, corps en anneau, corps en croissants. Globules rouges décolorés.

(1) Scheube. *Traité*, p. 110.
(2) *Tropical Diseases*, p. 36.

estivo-automnales, tropicales, etc., qui sont toutes analogues.

Le tableau ci-dessus résume tout ce qu'il est utile et nécessaire de connaître pour pouvoir rapprocher les cas cliniques des hématozoaires rencontrés dans le sang. La classification qui a servi à le construire est celle de Mannaberg, mais simplifiée dans la mesure du possible.

INDICATIONS GÉNÉRALES DU TRAITEMENT DANS LE PIED BOT VARUS ÉQUIN CONGÉNITAL (1)

Par A. Broca,

Chirurgien de l'hôpital Tenon (enfants malades),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

I

Le rapporteur, passant en revue très rapidement les différentes théories pathogéniques du pied bot congénital, insiste sur ce fait que quelles que soient les causes, elles agissent, dès la vie intra-utérine, en modelant anormalement les os, par suite d'une attitude vicieuse primitive.

« Ce modèlement commence donc avant la naissance, mais d'abord avec peu d'intensité dans la majorité des cas; puis, dans les premiers mois après la naissance, l'activité formatrice des os du pied est plus grande, et vite on voit augmenter la résistance des obstacles tendineux, aponévrotiques, osseux surtout, dont il faut triompher pour obtenir la réduction de la difformité: puis, dès que l'enfant commence à marcher, le poids du corps devient le principal facteur d'aggravation. Aussi a-t-on raison de diviser classiquement les pieds bots en deux catégories, avant la marche et après la marche : c'est après la marche seulement qu'on observe — et rapidement — le véritable pied bot invétéré, avec déformations osseuses considérables, avec hygromas plus ou moins enflammés.

Quels sont, dans leurs détails anatomiques, tous ces obstacles? J'aurai besoin d'y revenir pour faire comprendre ce que peuvent et doivent être les opérations sanglantes à l'aide desquelles on les attaque. Mais, en ce moment, j'ai seulement voulu mettre en relief cette notion que la correction est d'autant plus difficile que le sujet avance plus en âge : c'est un enseignement que le chirurgien ne doit pas négliger, pour faire choix entre le traitement précoce par le redressement modelant et la tarsectomie économique, ou le traitement tardif par l'opération de Phelps, ou la tarsectomie large.

II

La première question thérapeutique à résoudre est en effet de déterminer *à quel âge on doit entreprendre le traitement d'un pied bot*; et la réponse me paraît être, de toute évidence, que le médecin doit commencer la cure dès le premier jour qu'il a connaissance de la difformité. Cette opinion est celle de tous les chirurgiens spécialement voués à la pédiatrie; mais, d'après ce que j'observe quotidiennement, elle ne me semble pas répandue parmi les praticiens avec l'autorité d'une doctrine classique. Ne parlons pas des parents négligents ou ignorants qui, pendant plusieurs années, ne consultent personne; mais très souvent nous voyons arriver à nous des enfants de plusieurs mois, de plusieurs années même, pour lesquels le médecin a conseillé l'abstention, et voici ce qu'on nous raconte couramment :

Traiter un pied bot chez le nouveau-né est impossible, parce que les manœuvres de redressement exigent une chloroformisation dangereuse à cet âge. De plus, les appareils en plâtre sont mal supportés et inefficaces, parce qu'ils ulcèrent une peau trop délicate et parce qu'ils se ramollissent en macérant dans l'urine. Enfin, il faut des mois de soins, pendant lesquels on fait souffrir souvent les enfants, pendant lesquels on dérange les parents plusieurs fois par semaine. Tout cela pour un résultat hypothétique, que compromettra gravement la moindre négligence; après quoi vous aboutirez à une tarsectomie.

D'où la doctrine, répandue, parce qu'elle est commode, qu'il faut laisser tranquilles enfant, parents, médecin, puisque l'aggravation progressive de la difformité abandonnée à elle même ne compromettra en rien le résultat obtenu vers cinq ou six ans par une large tarsectomie, efficace et bénigne.

Quoiqu'il s'abrite derrière l'autorité de Lucas-Championnière, ce raisonnement me paraît déplorable; bon nombre d'enfants lui doivent un pied utile, mais difforme, alors que le traitement orthopédique précoce leur aurait procuré un pied auquel jamais personne n'aurait rien vu d'anormal. Car il ne faut pas se dissimuler que, si la tarsectomie large, pour pied bot invétéré, fournit un pied solide sur lequel le sujet s'appuie bien à plat, sans appareil orthopédique, ce pied, tout à fait utile, est une sorte de pied d'éléphant plat, court et large, une sorte de battoir disgracieux. Fonctionnellement, le résultat est superbe; esthétiquement, la difformité saute aux yeux de tous les passants qui rencontrent le sujet dans la rue. Championnière nous a rendu grand service en nous apprenant à traiter ainsi les adolescents et les adultes, autrefois abandonnés à leur sort; il a eu tort de laisser croire — et même par moments d'enseigner formellement — que le traitement orthopédique précoce était définitivement détrôné.

Ce traitement, tout le monde le reconnaît, est long, astreignant, dérangeant, dispendieux; il exige, de la famille et du médecin, une patience à toute épreuve. Ces arguments sont de haute importance pour nous guider dans notre choix, lorsque nous avons à traiter un pied bot invétéré; c'est pour cela que, dans ce cas spécial, je prendrai parti pour la tarsectomie, où sont annulés appareils orthopédiques et soins consécutifs, contre l'opération de Phelps et même contre la tarsoplasie instrumentale. Mais, pour le nouveau-né, tout le raisonnement s'écroule.

Les dangers de la chloroformisation ne sont pas plus grands à six semaines ou à deux mois qu'à quatre ou cinq ans : c'est affaire de dosage entre les mains d'un aide instruit. Les difficultés d'appareillage ont été considérablement exagérées : un appareil plâtré bien fait ulcère la peau beaucoup moins qu'on ne l'a dit, et d'autre part, avec quelques précautions, on le préserve bien du ramollissement par l'urine. Il faut tout de suite mettre l'enfant en culotte et non en maillot; tout de suite, l'habituer à être levé la nuit plusieurs fois pour uriner; et il suffit, sans recourir au vernissage, d'entourer le pied de coton *non hydrophile* pour empêcher le liquide d'aller jusqu'au plâtre. Il est vrai que, comme je le dirai tout à l'heure, je crois qu'on peut se dispenser, la plupart du temps, d'appareils plâtrés laissés longtemps en place.

Reste donc une seule objection : la durée d'un traitement des plus minutieux. Que les massages fréquents ennuient certains chirurgiens, que les déplacements incessants soient insupportables ou impossibles à certaines familles, rien de plus vrai. Mais laissez ceux-là préférer le désossement large et tardif à un résultat mutilant mais rapide, et n'empêchez pas les autres d'agir autrement, si bon leur semble. Enseignez aux médecins et aux accoucheurs qu'il y a deux méthodes en présence : et quand la connaissance du redressement modelant se sera répandue parmi eux et parmi les profanes, les chirurgiens verront moins de pieds bots jus-

(1) Extrait du rapport au Congrès international (session de Madrid, avril 1903).

ticiables de la tarsectomie, de la tarsectomie large surtout. Toutes les mères qui le pourront matériellement s'astreindront aux nécessités de cette thérapeutique, pour que leur enfant ait grande chance de guérir avant d'avoir marché, et sans traces extérieurement appréciables : j'en suis sûr, pour en avoir vu beaucoup, même dans la classe ouvrière, m'assurer, par leur docilité, un beau résultat; pour en avoir vu beaucoup, par contre, désolées d'avoir attendu, sur le conseil de leur médecin, la période où la tarsectomie était indispensable.

Donc, les ennuis du traitement orthopédique précoce sont réels, mais on ne saurait les élever à la hauteur d'une contre-indication. Par la perfection du résultat, c'est le traitement de choix, et nous avons maintenant à étudier à quel moment précis il faut le commencer, de quels procédés nous disposons.

III

Sayre a proclamé un jour qu'un accoucheur, ayant mis au monde un enfant atteint de pied bot, ne doit pas quitter la maison avant d'avoir donné les premiers soins à la difformité. Tous les chirurgiens d'enfants sont à peu près de cet avis, avec cette restriction que, trouvant exagérée cette boutade faite pour frapper l'esprit, la plupart attendent huit à quinze jours, de façon à être sûrs, avant de commencer, que l'enfant soit viable et s'élève dans de bonnes conditions.

Pourquoi ce retard? Pour ne pas risquer, en cas de dépérissement, qu'on en accuse les souffrances imposées au « pauvre petit »? En principe, je n'aime pas à être complice de ces raisonnements de grand'mère ou de nourrice, et, dans le cas particulier, je crois que la rapidité d'action est un des principaux facteurs de succès; quinze jours de retard me paraissent déjà préjudiciables, et, quand je suis appelé dès la naissance, je fais, séance tenante, le premier redressement. En agissant ainsi, on est surpris de voir combien de fois on réussit, en deux ou trois mois, sans aucune opération, sans même une ténotomie. On objecte parfois que les cas à succès rapides sont de simples attitudes vicieuses; or, primitivement, presque tous les pieds bots en sont là, et notre but doit être précisément d'empêcher le plus souvent possible cette attitude de devenir un pied bot invetéré; la cure facile et rapide ne signifie nullement que la lésion non traitée ne serait pas devenue, et même assez vite, rebelle aux moyens simples.

C'est donc dès le premier jour que l'on commencera les manipulations, et, selon le précepte déjà ancien d'Adams, *on s'occupera d'abord du varus seulement*; inutile d'insister sur cette pratique, tout à fait classique. On prend l'avant-pied d'une main, l'arrière-pied de l'autre, les deux pouces appuyent par leur extrémité sur la convexité dorso-externe du pied; avec eux on refoule cette « bosse » en dedans, tandis que l'effort des deux mains fait ouvrir l'angle du varus. Tout de suite après, on détord la supination, sur laquelle je m'expliquerai plus loin.

Toutes les fois que c'est possible, on fait une séance par jour; il en faut au moins trois par semaine. Entre les séances, j'ai coutume de ne pas faire porter d'appareil, mais de maintenir seulement le pied dans une bande de flanelle, roulée en étrier dans le sens voulu pour porter le pied en valgus. Quand parents ou nourrices sont intelligents, on leur recommande de tenir le pied le plus souvent possible en bonne position; mais les manipulations proprement dites exécutées par les profanes m'ont toujours paru inefficaces.

Au bout de quinze jours à un mois, selon la gravité du cas, le varus et la supination sont corrigés, suffisamment au moins pour que l'on puisse s'occuper utilement de l'équinisme. Il faut alors avoir soin de ne pas se leurrer d'une correction apparente, en imprimant à l'articulation médio-tarsienne un mouvement d'hyperextension; c'est dans la tibio-tarsienne qu'il faut corriger l'équinisme, en agissant directement sur l'arrière-pied, comme pour le redressement modelant en une séance.

Chez certains sujets, ces manipulations suffisent; mais, tandis que c'est la règle pour le talus valgus congénital, pour le varus équin c'est l'exception; presque toujours, au bout de cinq à six semaines, on se rend compte, même dans les cas en apparence assez légers, que la rétraction du tendon d'Achille s'oppose à la suppression complète de l'équinisme, avec abaissement du talon; mais cela se juge au résultat, et non à l'intensité de la déviation au moment de la naissance.

Le moment est alors venu de pratiquer la section du tendon d'Achille. Je suis partisan de la ténotomie à ciel ouvert : non pas, comme pour le sterno-mastoïdien, à cause de voisinages dangereux, mais pour être en mesure de couper à fond, en avant du tendon, les fibres ligamenteuses tibio calcanéennes, dont Bessel-Hagen a bien montré l'importance pour la persistance de l'équinisme.

Cette petite opération se fait avec chloroformisation, ce qui n'a aucune importance, et j'en profite, même dans les cas légers, pour la faire procéder par une courte séance de redressement modelant. Ce n'est pas indispensable, mais cela rend le résultat plus certain et abrège la cure de plusieurs semaines.

Le traitement consécutif à l'opération va être indiqué après l'étude du redressement modelant, dont j'ai à dire maintenant quelques mots; quelques mots seulement, car M. Lorenz va insister sur les détails de la méthode dont il est l'auteur.

IV

Les manœuvres que je viens d'étudier chez le nouveau-né constituent sûrement un *redressement modelant*. Mais ce nom est réservé, depuis Lorenz, à une véritable opération réglée, applicable surtout, à mon avis, aux pieds bots de la première enfance qu'on n'a pas traités tout de suite ou qu'on n'a pas traités avec la régularité voulue, ou enfin qui ont résisté aux manipulations décrites dans le paragraphe précédent. En une séance, sous le chloroforme, on corrige la difformité par un véritable modelage brusque ou manuel du pied.

Le redressement brusque manuel n'est certes pas une méthode nouvelle, Il y a déjà de longues années que Delore (de Lyon) s'en est fait le promoteur. Mais ce traitement n'a fait fortune que depuis peu de temps, et cela me paraît tenir à la précision avec laquelle Lorenz en a réglé la technique.

L'idée directrice de ce traitement est que la correction doit en une séance être complète, de façon que l'on ait dans la main un pied souple et mou, se laissant maintenir sans aucune résistance en talus valgus; il faut que l'on ait absolument annihilé ce que Lorenz appelle la « force de retour » du pied, de façon que l'appareil n'ait plus qu'à maintenir et non à corriger; de façon que cet appareil puisse, au besoin, n'être appliqué que six ou huit jours après la séance de redressement. Pour y parvenir, il faut attaquer l'un après l'autre, dans un ordre méthodique, les éléments de la difformité : adduction et inflexion de l'avant-pied; équinisme de l'arrière-pied; supination.

Pendant l'opération, je suis exactement les règles dont M. Lorenz vous donnera connaissance mieux que je ne saurais le faire. Le seul point où je diffère avec lui est que, pour le motif déjà exposé plus haut, je préfère la ténotomie à ciel ouvert du tendon d'Achille. Mais c'est un simple détail, et c'est seulement pour le traitement consécutif que je n'agis pas tout à fait comme l'auteur de la méthode.

Lorenz a coutume d'immobiliser pendant assez longtemps le pied redressé dans un appareil plâtré, dont la plante est disposée de façon à permettre la marche : et c'est excellent, en effet, pour les enfants dont on ne peut pas s'occuper quotidiennement. Mais, toutes les fois que c'est matériellement possible, je préfère ne laisser l'appareil inamovible que pendant quinze jours à trois semaines, temps au bout duquel je reprends, pour maintenir le résultat, les séances manuelles de redressement et le massage des muscles du mollet. Je reconnais qu'il n'y a pas là quelque chose de bien important, mais je crois que de la sorte on laisse moins pâtir les muscles, si utiles pour assurer le résultat définitif. Entre les séances, le pied est maintenu par une bande de flanelle et par un soulier dont la semelle est élevée en dehors. La nuit, sauf pour les cas très rebelles, j'ai coutume de ne laisser que la bande de flanelle. Lorsque les manipulations ne peuvent pas être aussi fréquentes et surtout quand l'enfant va commencer à marcher, un appareil très pratique consiste à appliquer, avec des tours de bande étrier, déroulant bien le pied, une cuirasse en diachylon.

Car le début de la marche est le moment critique : la marche, en effet, est l'agent le plus puissant pour modeler le pied; si la plante est bien à plat sur le sol, rien ne vaut le poids du corps dans la marche pour achever la cure, alors que ce même poids va tout remettre en question si on le laisse agir en mauvaise direction.

Aussi, lorsque l'enfant n'a pas encore marché, est-il bon de le mettre d'abord pieds nus sur le sol, debout devant une chaise sur laquelle il appuie les bras, et la mère détord le pied de dedans en dehors, de façon à appliquer la plante à plat, en repoussant de dehors en dedans, avec le pouce, la face dorsale du pied; un pied bien corrigé doit être à plat et ne point conserver, pour le début au moins, de cambrure au bord interne. Lorsque l'appui à plat est obtenu, on fait commencer la marche proprement dite, avec un soulier lacé, bien moulé, à contreforts latéraux, dont la semelle est surélevée d'un bon centimètre sur toute la hauteur du bord externe. C'est une éducation assez lente, où il faut corriger très attentivement la tendance de l'enfant à marcher pointe du pied en dedans, et il faut compter qu'en général le résultat ne sera obtenu que vers dix-huit mois ou à deux ans. Mais souvent alors il sera parfait, l'enfant pouvant marcher avec de petits souliers découverts, ou même pieds nus, sans que personne s'aperçoive d'un reste de difformité.

V

J'ai parlé, jusqu'à présent, des enfants qui n'ont pas encore marché. Arrivons à ceux chez lesquels *la lésion, non soignée, s'est aggravée sous l'influence de la marche*. Certains chirurgiens restent, même alors, partisans du traitement orthopédique pur, du redressement modelant fait avec des instruments spéciaux, des tarsoclastes. Ici, je me sépare d'eux.

Sur un enfant qui a dépassé dix-huit mois à deux ans, le redressement manuel exige une force physique dont je me sens incapable, et, d'autre part, je suis sûr qu'on peut avoir autrement, sans danger et sans difformité, un résultat fonctionnel excellent. Quant à employer les tarsoclastes, tout en reconnaissant que celui de Lorenz est constitué ingénieusement pour corriger méthodiquement et successivement tous les éléments de la déviation, je n'ai jamais pu me résoudre à ces manœuvres brutales. Je pense, en effet, qu'à ce moment la chirurgie active reprend ses droits et qu'elle a des indications nettes, soit pour terminer la cure d'un pied bot traité chez le nourrisson, mais où un peu de déviation persiste, soit pour entreprendre celle d'un pied bot jusque-là négligé. Remarquez bien que je ne porte pas un jugement définitif contre la tarsoclasie, dont je n'ai aucune expérience personnelle; je veux seulement dire que, si je n'y ai jamais eu recours, c'est parce que je trouve excellente la méthode sanglante, appliquée selon certaines règles, et aujourd'hui aussi bénigne que la tarsoclasie.

Deux opérations sanglantes se trouvent en présence : l'opération de Phelps et la tarsectomie.

L'opération de Phelps, bien réglée et complétée par Kirmisson, consiste à faire au bord interne du pied une incision verticale, qui divise à ciel ouvert l'aponévrose plantaire, puis entre largement dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Quand celle-ci est ouverte, on peut la faire bâiller et très souvent corriger le varus; par la ténotomie complémentaire du tendon d'Achille, on s'adresse à l'équinisme. Après redressement, la plaie est tamponnée, et le pied fixé en bonne position dans un appareil plâtré; puis, quand, au bout de six semaines à deux mois, la cicatrisation est achevée, on commence les manipulations modelantes et les massages, pour maintenir le résultat acquis et permettre au malade de poser la plante à plat.

Cette méthode donne incontestablement des résultats, et je ne lui fais pas l'objection, parfois faite, qu'après guérison le sujet doit porter un appareil orthopédique compliqué : j'en ai vu qui marchaient avec un soulier fort simple. Mais, après l'avoir essayée il y a une dizaine d'années, je l'ai abandonnée, et voici pourquoi :

Lorsque l'on prend le bistouri pour traiter un pied bot invétéré, on doit avoir pour but de mettre l'opéré sur pied en quelques semaines et de lui éviter les ennuis d'un traitement orthopédique consécutif; or, ce n'est pas le cas de l'opération de Phelps. En second lieu, dans les cas les plus favorables, le pied n'est pas très beau : il est large, aplati en avant, avec un peu d'équinisme et de supination persistant en arrière. Car, si l'arthrotomie astragalo-scaphoïdienne est un remède au varus, elle ne peut rien contre l'équinisme; et contre ce dernier, quand l'astragale est déformé, la ténotomie devient à peu près impuissante. Enfin, même contre le varus, elle peut être insuffisante, quand existent sur l'astragale et le calcanéum des déformations qui mettent en équilibre instable l'articulation médio-tarsienne redressée; à moins de manipulations modelantes prolongées, que nous devons chercher à éviter. Les partisans de l'opération de Phelps mènent grand bruit autour de tarsectomies qu'ils ont dû compléter par elle : les partisans de la tarsectomie ont vite fait de triompher des cas inverses. Et cette association possible des deux opérations n'est pas faite pour nous surprendre, car la première, bonne pour le varus, est mauvaise pour l'équinisme, tandis qu'avec certaines tarsectomies c'est au contraire le varus qu'on peut laisser persister. Mais la vérité est que tous les chirurgiens qui pratiquent le Phelps sont conduits quelquefois, séance tenante, à entamer le squelette, et alors ils le font mal, parce que leur incision n'y est pas propice, tandis que par une tarsectomie bien réglée on est à peu près sûr de tout corriger en une fois.

Au début, on a fait des tarsectomies partielles, d'abord sur le tarse antérieur; peu à peu on s'est rendu compte qu'il fallait s'attaquer au tarse postérieur; et grâce en particulier à E. Bœckel, à Lucas-Championnière, nous avons appris quelles ressources précieuses peut nous offrir la tarsectomie, si nous retenons bien que toute notre action doit pivoter autour de l'astragale. Mais peu à peu, cependant, nous avons appris que dans le traitement chirurgical du pied bot l'astragalectomie n'est pas tout; je pense même, avec mon ami Jalaguier, que chez l'enfant on ne doit presque jamais recourir à l'astragalectomie totale. Tout cela est facile à comprendre quand on a étudié avec précision quels sont les obstacles osseux à la réduction du varus équin.

VI

Lorsque l'attitude vicieuse des articulations du pied a été

suffisamment prolongée, les surfaces osseuses subissent des déformations de plus en plus graves, qui nous sont aujourd'hui bien connues, grâce surtout aux descriptions de Farabeuf. Je vais seulement rappeler en quelques lignes leurs éléments principaux, sans m'attarder aux détails.

Ces déformations se font suivant une loi commune : les régions jadis articulaires qui ont perdu leurs contacts normaux s'hypertrophient une fois dégagées des pressions constantes qui les modelaient; les régions qui, au contraire, sont devenues anormalement articulaires, s'aplatissent en raison de ces pressions constantes. En sorte qu'entre les deux s'élèvent des crêtes qui, à un moment donné, s'opposent au retour en place de l'os subluxé.

Du fait de l'équinisme, l'articulation tibio-tarsienne s'étend; la partie antérieure de l'astragale sort donc de la mortaise et en avant d'elle se développe à la fois en hauteur et en largeur. Sur le dos de la poulie s'élève une « barre » transversale, tandis qu'en avant de la malléole externe se soulève une « cale prépéronière ». Lorsque cela est arrivé à un degré suffisant, l'astragale ne peut plus réintégrer la mortaise, et de là un obstacle osseux à la correction de l'équinisme.

En même temps se déforme la tête de l'astragale; le scaphoïde, en effet, se subluxe progressivement en bas, en dedans et en arrière, selon le mouvement oblique qui lui est imposé par l'obliquité normale de la surface astragalienne; mais, tandis qu'il s'articule ainsi, en la modelant avec la face inféro-interne de la tête de l'astragale, il perd contact avec la partie supéro-externe de cette tête, et celle-ci s'hypertrophie, devient inégale, s'oppose bientôt à la réduction du varus.

Aussi a-t-on cru, d'abord, qu'en enlevant l'astragale on remédierait à tout : on a en effet supprimé presque à coup sûr l'équinisme, mais pour le varus et pour la supination du pied, les résultats furent en général médiocres, parce qu'ici le calcanéum entre en jeu.

Pour le varus, en effet, se sont produites dans l'articulation calcanéo-cuboïdienne des modifications semblables à celles de l'astragalo-scaphoïdienne, et assez vite une hypertrophie considérable de la grande apophyse du calcanéum en dehors empêche le cuboïde de revenir en place. En outre, du fait de dispositions ligamenteuses que je n'ai pas à décrire ici, le calcanéum dans son ensemble a pris une direction anormale : son extrémité antérieure s'est portée obliquement en dedans et en bas, en même temps que sa face externe s'inclinait de façon à regarder en bas, à devenir presque horizontale dans les cas extrêmes. Le glissement en avant et en dedans est corrigé en même que l'équinisme, mais le reste persiste.

Or si, après avoir opéré un pied bot, on laisse subsister un peu de déviation, c'est l'amorce à peu près obligatoire d'une récidive, sinon complète, au moins suffisante pour rendre médiocre le résultat final. Aussi faut-il, en principe, se rallier à la formule de Lucas-Championnière et affirmer que, si on pratique une tarsectomie, il ne faut s'arrêter qu'après destruction de tous les obstacles, lorsque le pied, tout à fait mou, peut être mis sans aucun effort en hypercorrection.

Mais, si la formule est exacte, je pense que pour la réaliser, il est la plupart du temps inutile, chez l'enfant et chez l'adolescent, de désosser complètement le pied.

Après ce que je viens de dire sur l'insuffisance fréquente de l'astragalectomie et sur le rôle du calcanéum, on conçoit que Gross (de Nancy) ait eu tout à fait raison de nous enseigner à compléter l'astragalectomie par la résection large de la grande apophyse du calcanéum. Et aujourd'hui un point définitivement acquis est que, sauf certains cas spéciaux et rares, nos tarsectomies doivent porter sur le tarse postérieur, au niveau de la médio-tarsienne. Là, nous agirons largement. Mais je pense, comme Jalaguier, que chez l'enfant on peut presque toujours s'en tenir là et laisser dans la mortaise le corps de l'astragale.

On objecte à cette opinion que les déformations du corps de l'astragale empêchent alors la réduction parfaite de l'équinisme, et que Bœckel a bien montré l'importance pour la récidive d'un léger degré d'équinisme persistant. En fait, chez l'enfant cela n'a pas lieu. Il y a quelques années, j'ai commencé par enlever tout l'astragale; depuis que je respecte le corps, mes résultats esthétiques sont meilleurs. Et, d'autre part, dans certains cas accentués, Charles Nélaton nous a appris qu'on peut remettre l'astragale dans la mortaise, après avoir façonné le corps, en abattant d'un coup de ciseau la barre prétibiale et la cale prépéronière.

Faut-il, chez l'adolescent âgé ou chez l'adulte, recourir souvent à cette opération délicate, dont la possibilité est cependant bonne à connaître? Cela n'est pas certain, car l'expérience a prouvé qu'après astragalectomie et ablation de la grande apophyse du calcanéum, il se reconstitue sous la mortaise une articulation très convenable, et l'utilité n'est pas grande de modeler le corps de l'astragale quand il est très déformé.

Ce n'est donc pas pour ces vieux pieds bots, déformés de toutes parts, que je conseille de limiter le sacrifice des os du pied au minimum. Pour ceux-là, on commencera par l'opération de Gross et on continuera par le désossement du tarse antérieur, os par os, jusqu'à ce que la correction soit parfaite. Le pied sera court et large, assez disgracieux : il sera fonctionnellement excellent et en quelques semaines permettra la marche normale à un sujet jusque-là gravement difforme. C'est infiniment supérieur aux traitements orthopédiques, qui exigeraient beaucoup de temps et des appareils compliqués; aux tarsoclasies brutales, qui exposent aux escares et qui, elles aussi, exigeraient des soins prolongés.

Ce que je dis, c'est que, chez l'enfant et l'adolescent jeune, je conseille de commencer par la résection des têtes astragalienne et calcanéenne, pour n'aller plus loin que si la correction n'est pas ainsi complète, et très souvent on réussira avec cette opération fort peu mutilante. On a prétendu que ces tarsectomies, même ainsi limitées, entraînaient par la suite un raccourcissement grave du pied par arrêt de l'ostéogenèse; l'objection est peut-être théoriquement raisonnable, mais les faits l'ont démentie : je l'affirme, après dix ans de pratique. Aussi ai-je coutume d'y recourir volontiers, pour achever la cure en six semaines à deux mois, chez les enfants en bas âge pour lesquels, ayant profité de leur première enfance pour instituer le traitement non sanglant, je constate quand va commencer la marche, qu'il n'y a pas une attitude et une souplesse parfaites du pied. Cette petite tarsectomie n'a aucune gravité et donne un résultat rapidement complet.

Après l'avoir pratiquée, je fixe le pied, pour cinq à six semaines, en hypercorrection dans un appareil plâtré, puis je fais commencer la marche de la façon que j'ai indiquée plus haut. Toutes les fois que c'est possible, je recommande d'insister sur les massages du pied et de la jambe, car le résultat final dépend pour beaucoup de la valeur de la musculature.

En agissant ainsi que je viens de l'exposer, on peut être à peu près certain d'obtenir un pied permettant la marche avec un soulier ordinaire ou, tout au plus, avec un soulier à semelle surélevée en dehors. Selon l'âge du sujet, l'assiduité avec laquelle le traitement aura été suivi, la gravité du cas, on devra mettre en œuvre des moyens de vigueur variable, depuis les simples manipulations jusqu'au désossement du tarse. Toutes ces interventions ont leurs indications spéciales, souvent elle doivent se compléter l'une l'autre et non pas s'exclure mutuellement. Cette manière d'envisager la

question est évidemment de nature à ne contenter ni les orthopédistes purs, ni les chirurgiens intransigeants, mais elle seule me paraît tenir compte des exigences si variables de la clinique. »

LETTRE DU CONGRÈS DE MADRID

Mardi 22 avril.

Les congressistes sont presque tous arrivés à Madrid ; il y en a 5000, affirme l'*Imparcial*, qui doit sans doute exagérer quelque peu. Ce qui est plus exagéré encore, c'est le tarif des logements.

Il est pourtant difficile d'admettre qu'une capitale, qui héberge forcément en permanence un grand nombre de fonctionnaires (et Dieu sait s'il y en a en Espagne), de commerçants, d'industriels, etc., ne puisse donner asile à 5000 médecins. C'est cependant, semble-t-il, ce qui se produit. On éprouve les plus grandes difficultés à trouver un logement même modeste et lorsqu'on l'a découvert, le prix en paraît exorbitant. Le comité des logements, qui a sans doute les meilleures intentions et qui recueille à leur arrivée tous les congressistes, affirme ne plus posséder une seule place dans un hôtel ; et je connais un médecin qui a dû accepter, pour sa femme et pour lui, dans un faubourg éloigné de Madrid, une chambre étroite, mal commode et fort désagréable, pour laquelle il a dû payer *d'avance* au bureau des logements 25 francs (pesetas) par jour, pour dix jours, soit 250 pesetas, alors que la propriétaire de ladite chambre réclamait seulement 20 pesetas par jour et se déclarait prête à louer son logement à quiconque pour cette somme.

J'ajoute que le même bureau de logement installé à la gare du Midi pratique le change à raison de 30 p. 100 au lieu de 35, cours du jour, ce qui, pour les 250 pesetas en question, constitue un bénéfice immédiat de 12 pesetas environ. Il y a là une exploitation évidente, dont a été du reste avisé le bureau du Congrès.

Ce genre d'abus a pris de telles proportions que l'*Imparcial* du 22 avril le signale et s'en indigne. Sous prétexte d'assurer le logement aux congressistes, dit ce journal, une agence a retenu, pour toute la durée du Congrès, presque tous les logements meublés de Madrid ; cette agence demande à chaque congressiste un minimum de 50 à 60 pesetas par jour (nourriture comprise).

Je ne sais si cette information est exacte ; s'il en est ainsi, c'est à l'agence en question que doivent s'adresser les réclamations que je viens de mentionner. On ne peut cependant s'empêcher de songer avec quelque surprise à la phrase suivante extraite de la feuille officielle envoyée il y a déjà plusieurs semaines aux congressistes : « Le service des logements, afin de se garantir complètement contre l'éventualité de l'insuffisance de ces habitations, s'est assuré des milliers de logements dans des maisons particulières de premier ordre... il pourra donc toujours procurer une pension complète à partir de 13 pesetas par jour. »

Tout cela démontre une fois de plus que l'organisation d'un Congrès aussi important réclame beaucoup de soins et comporte de grosses difficultés. Les chemins de fer eux-mêmes ne paraissent pas avoir su prendre leurs mesures ; jamais train de banlieue parisienne n'a été assiégé comme l'a été le train de luxe (?) qui nous a conduits de Barcelone à Madrid. « Pourquoi ne pas mettre en circulation des trains complémentaires ? demandais-je à l'un de mes voisins, un Espagnol aimable qui m'aidait de ses conseils. — Ce n'est pas l'habitude, » m'a-t-il répondu.

Il ne faut pas trop récriminer. On pourrait bien se plaindre encore de n'avoir aucun renseignement officiel sur le programme du Congrès, — mais, la presse politique vient heureusement combler cette lacune. Elle annonce la séance d'ouverture demain jeudi à trois heures du soir au théâtre Royal ; elle sera, dit-on, présidée par M. Silvela ; la famille royale assistera à la cérémonie. Cela nous dédommagera de l'unique ministre en redingote qui avait inauguré, avec tant d'aimable familiarité, le Congrès de Paris en 1900. Le roi recevra les membres du Congrès en audience collective le 24 à trois heures du soir ; le garden party aura lieu le 29 à quatre heures.

Le Congrès de la Presse médicale qui s'est réuni ces jours derniers tiendra sa dernière séance ce soir.

LÉON IMBERT.

Rencontré au hasard des promenades, MM. le professeur Brouardel, Albarran, qui a fait une conférence très applaudie sur la prostatectomie, Faure, Bégouin (de Bordeaux), etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, le samedi 2 mai 1903, à sept heures et demie précises, sous la présidence de M. le professeur Pitres (de Bordeaux).

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes et à 12 francs pour les internes en exercice.

Les inscriptions sont reçues chez M. le docteur Verchère, commissaire du Banquet, 101, rue du Bac.

Protection de l'enfance. — Le Conseil général de l'Ardèche vient d'adopter, sur la proposition de M. de Gailhard-Bancel, député, un vœu demandant la création de dépôts de lait stérilisé dans les principales gares d'embranchement, à l'usage des nourrissons de l'Assistance publique envoyés dans les départements par les hospices de Lyon et de Marseille.

Voici un résultat dont il convient de féliciter notre confrère le docteur Bonnard (de Tournon), dont nous signalions récemment la courageuse campagne. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, p. 449.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'exploration clinique du cœur et des vaisseaux, par les nouvelles méthodes : cardiographie, sphygmomanométrie, sphygmotonométrie, sphymographie, pléthysmographie et radiologie, par le docteur Georges BROUARDEL, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 176 p. avec 35 fig. — Prix : cartonné, 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le cloisonnement vésical et la division des urines. Applications au diagnostic des lésions rénales, par le docteur CATHELIN, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 96 p. avec 23 fig. — Prix : cartonné, 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 50. — MARDI 28 AVRIL 1903. 76e ANNÉE. MARDI 28 AVRIL 1903. — N° 50.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

GREFFE DE L'ÉPIPLOON DANS UN KYSTE HYDATIQUE MARSUPIALISÉ ET COMPLIQUÉ DE CHOLERRAGIE

Par le docteur MAUCLAIRE,
Agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Est-il besoin de rappeler avec quelle lenteur guérissent les kystes hydatiques marsupialisés? Cette lenteur est évidemment encore plus grande quand cette marsupialisation se complique de cholérragie. Aussi nous avons cru pouvoir utiliser les recherches expérimentales et cliniques récentes sur les greffes épiploïques pour traiter un cas de ce genre.

Voici tout d'abord notre observation :

OBSERVATION. — M. B..., âgé de vingt-neuf ans, entre d'urgence le 8 novembre 1902 à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître, M. Picqué, que nous remplacions. Cette femme était bien portante jusque il y a trois ans, elle possédait un chien qui vivait avec elle. Elle eut à cette époque des douleurs dans la région hépatique avec irradiations dans l'épaule droite. Il y a cinq semaines ces douleurs deviennent insupportables; elles se compliquent de vomissements aqueux et bilieux.

Depuis vingt-quatre heures le ventre est ballonné; les vomissements sont abondants; il y a de la fièvre.

Nous examinons la malade à son entrée à l'hôpital et nous trouvons le foie énormément distendu. Il descend en bas jusqu'au niveau de la crête iliaque. En haut la matité remonte plus haut qu'à l'état normal. Le foie est également très augmenté de volume transversalement. A la palpation on sent une légère bosselure dans la région épigastrique, un peu à droite de la ligne médiane. Il n'y a pas d'ascite appréciable à la palpation. Le ventre est ballonné, très douloureux; le facies est altéré, la dyspnée est très vive, la température monte à 40 degrés, avec un pouls très rapide. Nous pensons à une péritonite provoquée par une lésion hépatique de nature indéterminée, étant donné que le ballonnement du ventre gêne l'examen. L'hypothèse d'un abcès sousphrénique fut également émise à cause de l'abaissement du foie.

Je fis tout d'abord une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, un peu à droite de l'appendice xyphoïde, là où il y avait une bosselure franchement mate à la percussion. Mais il ne vint rien par l'aiguille.

Une deuxième ponction est pratiquée en un point mat à la percussion et répondant au bord externe du muscle grand droit; on évacue un liquide louche séreux.

Une incision verticale de la paroi abdominale est dès lors faite suivant le bord externe du muscle grand droit. Nous tombons sur le foie énorme et présentant une poche blanche à sa surface juste au niveau de notre incision. Il s'agit d'un kyste hydatique intra-hépatique. Il y a en outre un liquide louche séreux dans la cavité péritonéale.

La poche blanchâtre fluctuante est incisée; nous trouvons une cavité à paroi irrégulière, gaufrée, pseudo-muqueuse, si bien que nous crûmes pendant un instant être entré dans la vésicule biliaire. Celle-ci d'ailleurs n'apparut pas dans le champ opératoire pendant le cours de l'intervention.

Le doigt, en explorant la poche ouverte, crève une autre poche et aussitôt il sort une quantité énorme de vésicules hydatiques, au moins deux litres; je pratique finalement l'ablation d'une poche hydatique mère très grande. Je fais le drainage de la cavité péritonéale avec des tubes se dirigeant vers la fosse iliaque. Enfin, la poche kystique est marsupialisée à la peau.

Dès le lendemain, la température tombe à la normale, le ventre est moins sensible; il n'y a plus de vomissements.

Le 10 novembre, de la bile commence à sortir au dehors en grande abondance par la poche marsupialisée. Les jours suivants la perte de bile est énorme, plus d'un litre. Cependant les matières fécales ne sont pas décolorées. Les jours suivants toute la peau de l'abdomen est irritée par l'écoulement bilieux. Cette situation persiste pendant près de trois mois sans amélioration aucune. Nous pensons alors que la bile pourrait venir directement de la vésicule biliaire, peut-être ouverte au cours de l'opération.

Sur les instances réitérées de la malade, nous nous décidons le 1er février, avec l'aide de M. Menet interne du service, à faire une tentative soit d'extirpation de la vésicule ou de la poche marsupialisée, soit la suture du canal biliaire ouvert, soit la greffe épiploïque intra-kystique.

Mais après quelques essais de décortication, l'extirpation de la poche est impossible; les adhérences avec le tissu hépatique sont trop intenses et saignent abondamment. Cette poche a des parois indurées; elle a le volume d'un poing d'adulte.

Par l'exploration nous retirons de la cavité kystique des fragments de parois calcifiées et des débris abondants de dépôts fibrineux. L'extirpation étant impossible et l'épiploon étant dans le voisinage de la plaie, nous l'attirons doucement et nous en introduisons un gros tampon dans la poche

pour la bourrer; quelques points de catgut fixent l'épiploon aux parois fibreuses de la poche. Une large compresse est placée à demeure tout contre le pédicule de la greffe épiploïque pour bien limiter le foyer d'opération et protéger le reste de la cavité péritonéale contre l'infection.

Le lendemain, les mèches sont changées, le pansement a une légère teinte jaune verdâtre, un peu de bile a dû passer. La sécrétion séreuse est très abondante, fétide.

Le 6 février, le pansement est à peine teinté en jaune vert; l'odeur de la plaie est très désagréable; il semble qu'il y ait eu un peu de sphacèle de l'épiploon, mais il n'y a pas eu d'élimination de celui-ci.

Le 10 février, la poche est déjà très rétrécie; il n'y a plus de bile éliminée dans le pansement.

Les jours suivants on constate qu'il n'y a plus qu'un simple trajet fistuleux sans cavité profonde. Il sécrétait d'une façon insignifiante.

La malade quitte l'hôpital le 28 février. Elle revient deux fois au pansement, le trajet donnant encore quelques gouttes de pus sans bile. Elle ne revint plus et malgré une démarche que nous avons faite nous n'avons pu retrouver la malade pour l'examiner à nouveau et constater la fermeture définitive.

Pour comprendre les applications des greffes épiploïques, il faut faire l'histoire de celles-ci.

L'emploi des greffes épiploïques semble remonter à Jobert [de Lamballe] (1826). L'inventeur de la suture séro-séreuse décrivit et figura, dans son *Traité d'autoplastie*, des greffes de l'épiploon adaptées sur les perforations expérimentales de l'estomac chez le chien. Il décrit l'entéroplastie par tamponnement. « Ce procédé, dit-il, consiste à interposer l'épiploon entre les bords de la division sans le détachor du reste du feuillet, à rapprocher les lèvres de la plaie et à la maintenir réunie par la suture de Ledran. L'épiploon, faisant ainsi bouchon est recouvert par une membrane muqueuse de nouvelle formation, etc. (1). » Mais comme pour bien des opérations d'avant-garde, le silence se fit sur cette technique.

En 1888, Senn (2) fait des greffes expérimentales avec l'épiploon et juge ce procédé pratique en chirurgie gastro-intestinale.

Rappelons que dans l'opération de Talma (d'Utrecht) et ses modifications, on greffe l'épiploon soit dans la paroi abdominale soit entre le foie et le diaphragme pour chercher à obtenir spar des adhérences une nouvelle circulation veineuse de retour, remédiant à l'obstruction des vaisseaux-portes. C'est van der Meulen qui fit le premier cette opération en 1889 sur le conseil de Talma, puis Schelkly (1897) et Eiselberg [1898] (3).

D'autre part, Hegar, Hamilton (1881), Dombrowski (1888), Thompson (1891) firent des expériences pour déterminer le sort des corps étrangers, compresses de gaze, fragments d'éponge, abandonnés dans la cavité péritonéale. Ces expérimentateurs insistèrent sur la rapidité avec laquelle se forment les adhérences soit de l'épiploon, soit du péritoine viscéral ou pariétal avec le corps étranger véritablement greffé et emprisonné par les adhérences séreuses.

Chaput [1891] (4) cherche à réparer des pertes de substance de l'intestin avec des fragments de gaze iodoformée qui peu à peu s'éliminait par l'intestin sans accidents, car l'épiploon vient boucher l'orifice en se greffant sur la compresse et sur l'intestin.

En 1892, avec notre maître, M. Jalaguier, nous avons abandonné soit des petites compresses, soit des fragments d'éponge dans la cavité péritonéale chez des lapins et chez des chiens. Dans notre observation n° 1, chez un chien nous avons été frappés du rôle joué par les adhérences épiploïques qui enserrent la compresse, se greffent sur elle et lui donnent la forme d'une petite boule (1).

Kousnetzoff et Pensky (2), dans les résections partielles du foie, ont conseillé de mettre dans la cavité résultant de la résection, un fragment de gaze iodoformée. Le fil de suture passe à travers elle pour rapprocher les bords de la plaie hépatique. Dans leurs expériences chez le chien, ils notent la fréquence avec laquelle l'épiploon vient se greffer de suite sur la plaie hépatique et l'hémostasier.

Israël, Bergmann, etc., laissèrent de la gaze stérilisée plaquée sur des moignons hépatiques après résection partielle, et la guérison sans hémorragie survint.

Auvray (3), dans ses expériences sur les résections hépatiques, insiste également sur l'autogreffe de l'épiploon, sur la tranche de section hépatique.

En 1896, Bennet (4), puis Braun [1897] (5) oblitérèrent une perforation de l'estomac avec l'épiploon suturé au pourtour de la plaie.

L'année suivante parurent les remarquables expériences de MM. Cornil et Carnot (6). Ces auteurs ont montré expérimentalement le rôle joué chez le chien par le grand épiploon qui vient de lui-même réparer les plaies mêmes du canal cholédoque. L'épiploon adhère aux lèvres retournées et complète ainsi la cavité sur une grande étendue, en faisant vis-à-vis à la muqueuse éversée; il se recouvre ensuite d'épithélium. On a finalement une régénération considérable. S'il s'agit d'un canal infecté, la réparation peut être incomplète ou même manquer.

Au niveau des plaies vésicales, la fibrine d'une part et d'autre part le grand épiploon adhérant à la fibrine forment une occlusion complète de la plaie. Le bouchon fibrineux et épiploïque ainsi constitué n'avait plus qu'à s'organiser et à tapisser d'épithélium sa face interne. Lorsqu'on résèque tout le dôme supérieur de la vessie ou lorsqu'on éverse en dehors la muqueuse incisée, et qu'on la fixe par quelques points de suture, l'épiploon adhère de même circulairement aux lèvres de la plaie. Il s'épaissit les jours suivants et la perte de substance est coiffée par un dôme épiploïque qui tend bientôt à se tapisser d'épithélium vésical. On obtient ainsi des régénérations vésicales très considérables.

Néanmoins, cette opération trop compliquée peut donner souvent des échecs, tant par relâchement du catgut et passage de l'urine que par infection ascendante ultérieure. Enfin on peut bourrer une plaie vésicale avec le grand

(1) JOBERT (de Lamballe). *Traité de chir. plastique*, t. II, p. 76 et fig.
(2) SENN. *Ann. of surg.*, 1888, p. 425.
(3) Voir sur cette variété de greffe épiploïque la thèse de notre élève Leport et nos deux observations, Paris, 1902.
(4) CHAPUT. Un nouveau procédé de greffe intestinale, *Cong. de chir.*, 1891, p. 577 (greffe de gaze iodoformée).

(1) JALAGUIER et MAUCLAIRE. Recherches critiques et expérimentales sur des compresses et éponges abandonnées dans la cavité péritonéale, Soc. anat., mars 1893.
(2) KOUSNETZOFF et PENSKY. Résection partielle du foie. *Rev. de chir.*, 1896, p. 972.
(3) AUVRAY. Soc. anat., 1897.
(4) BENNET. *The Lancet*, 1896.
(5) BRAUN. *Centralbl. f. Chir.*, 10 juillet 1897.
(6) CORNIL et CARNOT. Acad. de méd., 1897, passim, et *Arch. de méd. expérim.*, 1898.

épiploon, maintenu par quelques points de suture. La cavité ainsi complétée se recouvre rapidement d'épithélium vésical.

L'ouverture et le retournement de la vésicule biliaire ont donné les mêmes résultats. La rapidité de la cicatrisatiou est extrême.

L'oblitération d'une corne utérine ouverte avec un tampon épiploïque donne les mêmes résultats. De même pour les plaies de l'uretère.

La greffe peut se faire par décalque directement sur le grand épiploon. L'intervention de fibrine n'est donc pas nécessaire. Mais peut-être facilite-t-elle la nutrition de la greffe pendant les premiers temps, car le processus de greffe est observé plus fréquemment, et l'évolution de la greffe paraît un peu plus rapide lorsqu'elle se fait sur un bloc fibrineux.

Chez le chien, les plaies du foie guérissent facilement, grâce à l'épiploon qui vient adhérer à la plaie et se greffer sur elle. Cornil et Carnot (1) ont greffé des fragments d'éponge stérilisée sur la plaie hépatique. Cette éponge est peu à peu envahie par le tissu hépatique bourgeonnant et elle disparaît finalement.

En 1899, Milian (2) rappelle les recherches et expériences de Jobert (de Lamballe) et il insiste sur la mobilité défensive de l'épiploon.

Tietze (3) décrit ses recherches expérimentales sur la greffe épiploïque pour la chirurgie gastro-intestinale et il donne de nombreux détails histologiques.

Robert Lœwy (4), à la Société de biologie d'abord, puis dans diverses notes et enfin dans sa thèse, envisage les indications et les résultats des greffes épiploïques pour la chirurgie abdominale, d'après ses recherches très intéressantes et bien conduites.

Il juge utile de séparer l'épiploon de sa base d'implantation pour le greffer, afin : 1° d'écarter tout danger pouvant résulter d'une bride péritonéale persistante et vasculaire ; 2° d'assurer la disparition de la plaque de sûreté et l'intégrité ultérieure absolue de la surface péritonéale recouvrant l'organe lésé. Il fit ses greffes épiploïques soit avec l'épiploon de l'animal en expérience, soit avec celui d'un autre animal avec le même succès. La greffe, quoique séparée de son pédicule, ne se nécrose pas. Pour greffer sur des plaies infectées, il conseille de désinfecter tout d'abord celle-ci avec le thermocautère.

Enderlen (5) publia, en mars 1900, une série d'expériences sur la greffe épiploïque pour remplacer des pertes de substance de la vessie, de l'estomac et de la vésicule biliaire. Pour l'estomac, il rappelle les observations cliniques de Braun, Landerer et Glucksmann, Tietze, etc. Il décrit ses observations et ses pièces histologiques.

Zilachi (6), l'année suivante, reprend la même étude et il insiste sur la transformation fibreuse de l'épiploon greffé.

Soraci (7) rappelle toutes les expériences précédentes et celles de Lamotti, de Justi et de Tricomi, qui se servaient aussi de l'épiploon pour hémostasier les plaies du foie. Soraci a utilisé aussi le grand épiploon pour boucher les plaies de l'estomac, de l'intestin grêle, du gros intestin, de la vessie, de la rate. Il conseille de conserver un pédicule omental. Il a vu dans ses pièces la régénération de la tunique musculaire de l'estomac et de l'intestin.

(1) Cornil et Carnot. Cicatrisation des plaies du foie, *Semaine méd.*, 1899, p. 442.

(2) Milian. Mobilité défensive de l'épiploon, *Gaz. des hôpit.*, 1899.

(3) Tietze. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1899.

(4) R. Lœwy. Soc. de biol., 25 janv. 1900; — Cong. internat. de méd., Paris 1900; — Soc. de biol., mai 1901, et Th. de Paris, 1901.

(5) Enderlen. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1900, t. LV, p. 50 et 184.

(6) Zilachi. *Clinica chirurgica*, janv. 1901, p. 15.

(7) Soraci. *Gaz. degli osped.*, 14 août 1902.

Baldassari et Finotti (1) reprochent aux greffes épiploïques de n'être pas assez solides pour réparer les plaies vésicales. Ils préfèrent employer un lambeau séro-musculaire pris sur la paroi abdominale.

Giordano (2) émet aussi la même opinion.

Kehr (3) a oblitéré des plaies du canal cholédoque avec des lambeaux épiploïques.

Enfin, tout dernièrement, Withauer (4) a rapporté un cas de grossesse abdominale primitive greffée sur l'épiploon, ce qui montre bien la vitalité de celui-ci. D'ailleurs, les adhérences épiploïques limitent souvent l'infection, dans les cas d'infection d'appendicite ou d'ovaro-salpingite. Aussi, après une laparotomie pour lésion pelvienne, est-il utile d'abaisser l'épiploon dans le pelvis.

Tel est le bilan de la greffe épiploïque. Depuis tous ces travaux, celle-ci a été souvent utilisée encore pour les interventions sur l'utérus après la myomectomie. Des fragments d'épiploon sont plaqués sur la ligne de suture utérine.

Personnellement, j'emploierai volontiers ces greffes dans les cas de résection utérine cunéiforme antérieure médiane longitudinale et superficielle, que j'ai recommandée comme traitement adjuvant des gros utérus déviés : je les emploierai volontiers encore dans les cas d'hystéropexie médiane antérieure abdominale pour lesquels je fais un avivement losangique antérieur superficiel simplement séreux. Ces légères résections utérines, soit séreuses, soit séro-musculaires, quoique faites sur la ligne médiane, saignent parfois en nappe, d'où l'utilité de la greffe épiploïque dans ces cas.

Pour revenir à notre observation, j'ajouterai qu'en greffant l'épiploon dans la cavité kystique, nous n'avons pas osé couper le pédicule comme le recommande Lœwy. Ce pédicule, par ses adhérences précoces, devait limiter rapidement le foyer infecté et protéger la grande cavité péritonéale contre l'infection.

Chez notre malade, la cavité marsupialisée n'avait pas été désinfectée au préalable. La désinfection au moment de l'opération fut insuffisante. Je me propose pour une autre fois de faire l'opération en deux temps : dans la première séance opératoire, il faut gratter la paroi à la curette et la bourrer avec de la gaze ; puis, dans une deuxième séance, on fera la greffe épiploïque dans la cavité kystique désinfectée autant que possible.

Cette façon de faire me paraît préférable à l'opération en un temps. Certes, dans mon cas, il n'y a pas eu rejet de débris épiploïques au dehors, mais je pense néanmoins qu'il y eu un peu de sphacèle. C'est pourquoi la guérison a été un peu longue. Mais l'utilité de la greffe n'a pas été douteuse, puisque d'emblée elle a fait cesser la cholerragie si abondante avant l'opération et, de plus, la cavité marsupialisée se transforma en quelques jours en un simple trajet.

Je crois même que, dans certains cas d'extirpation soit de

(1) Baldassari et Finotti. *Riforma med.*, 18 déc. 1903.

(2) Giordano. *Giorn. del. sc. med.*, 1902, n° 8.

(3) Kehr. *Arch. f. klin. Chir.*, t. LXVII.

(4) Withauer. *Centralbl. f. Gynœk.*, 30 janv. 1903.

kystes hydatiques facilement énucléables, on pourrait d'emblée tenter la greffe épiploïque pour oblitérer la poche et prévenir ainsi les hémorragies en nappe ou les cholerragies interstitielles, si on a lésé des vaisseaux sanguins ou biliaires, comme M. Devé en a rapporté quelques observations (1).

Nous terminerons en disant que, en principe, la méthode de traitement des kystes hydatiques par l'incision, l'ablation de la vésicule germinative et la suture sans drainage de la membrane adventice, pourrait être complétée par la greffe épiploïque intrakystique, avec ou sans section du pédicule omental.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(22 AVRIL 1903)

Les **injections de paraffine**, faites dans le but de corriger les défectuosités naturelles ou acquises, ne donnent pas toujours de très bons résultats, et il serait imprudent de généraliser ce moyen sans avertir les praticiens des dangers qu'ils peuvent faire courir à leurs malades.

M. Lejars nous rapporte un fait peu encourageant. Le voici : une femme de trente-quatre ans, qui avait le nez un peu retroussé et un peu épaté à sa pointe, demande qu'on le lui corrige. On lui fait sur le dos du nez quinze injections de paraffine dans la même séance. Quelques jours après, ses paupières et les parties supérieures de ses joues deviennent le siège d'un œdème dur. Deux mois après, cette femme avait un gros nez rouge et dur, beaucoup plus difforme qu'il n'était auparavant, et une tuméfaction des deux paupières supérieures qui ressemblaient à deux véritables pochons. La paupière inférieure du côté gauche était également œdématiée. M. Lejars, assisté de M. Launois, qui lui avait amené cette malade, fit sur les paupières deux petites incisions à travers lesquelles il retira cinq ou six globules de paraffine; mais le résultat obtenu n'a été que momentané; les paupières se sont gonflées de nouveau. La paraffine se diffuse et cette jeune femme, pour corriger une défectuosité insignifiante du visage, s'est fait enlaidir d'une façon vraiment fâcheuse.

On ne saurait trop insister sur de pareils mécomptes. Déjà, dans la dernière séance, M. Guinard nous avait fait part d'accidents très graves survenus à la suite de ces opérations de complaisance. Le cas de M. Lejars n'est pas fait pour nous rassurer sur la méthode.

A ce propos, M. Sébileau fait remarquer avec juste raison que nous sommes loin d'être tout à fait édifiés sur l'emploi de ces méthodes. Quel mélange faut-il employer? Quels sont les accidents immédiats ou ultérieurs qui sont à craindre? A quelle température exacte doit être portée la paraffine, car elle ne doit pas être assez élevée pour brûler le malade et doit l'être assez pour fondre? Ce sont là autant de questions à fixer. On a signalé des accidents immédiats de phlébite; même des accidents mortels. Il y a aussi une question du siège où doit être faite l'injection, siège plus ou moins favorable à la fibromatose localisée ou diffuse résultant de l'introduction de la paraffine dans les tissus. Tous ces points demanderaient à être élucidés.

M. Tuffier nous apporte aussi un fait qui vient à l'appui de ce que nous disions plus haut relativement aux dangers de cette méthode : une jeune femme de vingt-cinq ans lui arrive avec deux tumeurs ulcérées du sein; croyant avoir affaire à une affection syphilitique, il institua un traitement mercuriel qui resta sans résultat. Tout diagnostic devenait impossible; cette femme finit par avouer à M. Tuffier qu'elle s'était fait faire dans les seins des injections de paraffine pour les rendre plus fermes et moins tombants.

Cette petite discussion est vraiment instructive et elle arrive à point, car cette méthode, plus ou moins réparatrice des méfaits de la nature, commence à être connue dans le monde et plusieurs fois déjà nous avons été sollicité, dans la clientèle, par des femmes qui voulaient ainsi réparer des ans l'irréparable outrage.

M. Schwartz fait un rapport sur une observation de M. Marion relative à un cas de **gastrostomie**, faite dans des conditions un peu particulières. Il s'agissait d'un malade qui portait une ulcération du voile du palais et du pharynx que ni l'iodure de potassium ni le mercure ne parvinrent à modifier. L'examen microscopique y révéla la présence du bacille de Koch. On fit des cautérisations au thermocautère. La déglutition devint difficile; il survint de la dysphagie. M. Marion estima qu'il fallait laisser au repos cette région malade et c'est pourquoi il songea à une gastrostomie temporaire, permettant d'enlever largement l'ulcère pharyngé. Il pratiqua cette opération par le procédé de Fontan, et l'alimentation se fit par la sonde. On obtint ensuite la guérison complète de l'ulcération par les cautérisations. Le malade qui pesait 104 livres, en très peu de temps engraissa et pesa 130 livres. On a pu supprimer la bouche stomacale et le rétablissement complet a été obtenu.

C'est là une observation très intéressante et qui fait honneur à son auteur; mais M. Schwartz nous fait cependant observer avec beaucoup de raison que, dans ce cas, M. Marion a peut être été un peu prompt à recourir à la gastrostomie; une simple sonde œsophagienne à demeure eût peut-être suffi et c'était là un procédé aussi efficace et incontestablement moins dangereux.

M. Gérard Marchant décrit un nouveau procédé de cloisonnement transversal du vagin, après réduction de la vessie, pour remédier à une **cystocèle** irréductible, procédé qu'il a employé avec succès sur une femme qui avait une chute complète de sa vessie à la suite de trois opérations pratiquées sur la vulve et le vagin dans le but de détruire un épithélioma de la vulve.

M. Schwartz, dans un cas analogue, a pratiqué avec soin le cloisonnement du vagin après réduction de la vessie.

M. Reynier demande comment se fait la miction chez ces malades. Il voit bien que le procédé de M. Gérard Marchant empêche la cystocèle d'augmenter, mais la malade se trouve après comme avant. Y a-t-il un bénéfice quelconque au point de vue de la miction?

M. Gérard Marchant répond que, chez sa malade, la miction s'exécute très régulièrement.

M. Berger fait un rapport sur une observation de M. Brin (d'Angers), relative à un cas d'**amputation inter-scapulo-thoracique** pour un sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus, chez un homme de trente et un ans qui présentait aussi des signes de fracture spontanée. M. Brun, pour désarticuler l'épaule, a fait une incision sur la paroi antérieure de l'épaule. C'est là une heureuse innovation qui rend facile la désarticulation. Celle-ci est une opération bénigne quand elle est pratiquée pour les tumeurs de l'extrémité supérieure de l'humérus. Il n'en est plus de même quand elle est pratiquée pour les tumeurs de l'omoplate. Dans ce dernier cas, les accidents septiques suraigus sont beaucoup plus à craindre à cause de l'obligation où on se trouve de décoller les muscles grand dentelé, grand dorsal, etc., et de produire des hématomes plus ou moins considérables.

M. Berger termine en citant deux faits de guérison, l'un datant de vingt ans, l'autre de sept, obtenus à la suite de la désarticulation de l'épaule pour des sarcomes de l'extrémité supérieure de l'humérus.

---

(1) Devé. Soc. anat., mars 1903.

M. Quénu présente un dentier qu'il a extrait du pharynx par la **pharyngotomie latérale.**

M. Routier a eu à intervenir trois fois dans des circonstances analogues. Il a dû faire une œsophagotomie externe très basse, et, dans ces cas, la suture de l'œsophage est impossible; dans un cas, le malade est mort d'accidents septiques suraigus.

M. Labbé a rencontré les mêmes difficultés Toutefois il est d'avis que dans les cas de corps étrangers à crochets comme les dentiers introduits dans l'œsophage, il ne faut pas hésiter à recourir tout de suite à l'opération et ne jamais tenter l'ablation par les voies naturelles, toujours très dangereuse.

M. Sébileau estime qu'il faut, dans ces cas, distinguer les corps étrangers du pharynx et ceux de l'œsophage : pour les premiers, avec un bon éclairage on peut en tenter l'ablation par les voies naturelles.

M. Segond appuie la proposition de M. Labbé et rapporte des catastrophes résultant de la déchirure de l'œsophage après des tentatives d'extraction de dentiers par le panier de Graefe ou autres moyens.

M. Quénu pense que, même dans le pharynx, l'ablation par les voies naturelles peut offrir des dangers. C'est pourquoi il a eu recours à une opération simple et facile qui lui a permis la recherche et l'ablation directes du corps étranger.

M. Faure est élu membre titulaire de la Société.

LETTRE DU CONGRÈS DE MADRID

Madrid 23 avril.

Il pleut, il fait frais, presque froid, et cependant Madrid est en fête. Tout ce que la capitale compte d'aristocratie, assiste à la séance d'ouverture du Congrès. La vaste salle du Théâtre-Royal qui compte 2500 places est archi pleine d'une foule élégante où les toilettes claires ne sont pas rares. Dès deux heures du soir, les premiers congressistes — les plus prudents — sont allés retenir leur place; à deux heures et demie tout était bondé ; nombre de confrères de toutes les nationalités s'entassaient dans les couloirs avec le vague espoir de voir quelque chose. L'exactitude est, dit-on, la politesse des rois ; la montre de S. M. Alphonse XIII doit retarder quelque peu, car c'est seulement à trois heures cinq qu'il fait son entrée dans la loge royale. Depuis quelques instants déjà toute la scène, réservée aux personnages officiels, est largement occupée et M. Silvela a pris le fauteuil de la présidence. Lorsque le jeune roi fait son entrée, la salle entière se lève et l'acclame; il est immédiatement sympathique, malgré sa figure osseuse et sèche; mais on ne peut s'empêcher d'éprouver quelque émotion à voir cet enfant sur qui retombe si lourdement la couronne de Charles-Quint. Lui-même n'en paraît pas autrement impressionné. Il entre dans la loge en uniforme, la poitrine barreé d'un large ruban vert, suivi de sa mère qui ostensiblement le dirige de ses conseils affectueux. Il salue d'un côté, de l'autre, non sans quelque apparence de cette gaucherie raide et maladroite des adolescents ; la reine mère vêtue de deuil salue à son tour le public d'une grande révérence de cour; deux autres dames, l'une âgée, l'autre jeune, prennent place dans la loge royale, derrière les deux souverains, et tout aussitôt, le président du Congrès, D. Julian Calleja, commence sa harangue.

Ainsi que M. Lannelongue, au dernier Congrès de Paris, il a pris l'utile précaution de la faire d'abord distribuer dans la salle sous la forme d'une brochure rédigée en deux langues, espagnol et français. Puis viennent les délégués qui prennent successivement la parole en observant l'ordre alphabétique d'après les noms français. Les uns sont longs, les autres concis; il y en a qui parlent d'une voix vibrant et qui surmontent le bourdonnement des conversations particulières, d'autres qui bredouillent quelques mots et parlent dans leur barbe; tous sont applaudis du reste avec la même conviction, mais je m'en voudrais de ne pas signaler les chaleureux applaudissements qui ont accueilli M. Brouardel et l'ovation suscitée par sa courte et substantielle allocution. Les délégués s'expriment soit en espagnol, soit en français; l'Autriche, la Bulgarie, les Pays-Bas, la Roumanie, la Russie, la Grèce, la Serbie etc., nous font l'honneur d'employer notre langue; mais les délégués allemands, anglais, italiens s'expriment dans leur idiome maternel; le représentant du Japon prononce son discours en allemand.

Entre temps, nous apprenons que le succès du Congrès dépasse toutes les espérances : il y a près de 7000 congressistes dont 3500 espagnols et 3500 étrangers environ; les Français viennent en tête avec 800 inscriptions, mais ils sont serrés de près par les Allemands.

Cette série d'allocutions devient parfois fastidieuse pour nous, combien doit-elle l'être davantage pour le jeune roi. Sa physionomie, d'une extrême mobilité, reflète clairement son sentiment; au début, c'est une joie, un peu jeune, un peu naïve, d'être accueilli en maître par ce brillant public; puis c'est l'effort intellectuel que nécessite l'audition de tous ces discours; le front se plisse, la figure devient réfléchie. Plus tard encore, bientôt, un peu d'ennui ne tarde pas à apparaître. Son regard quitte la scène et parcourt la foule serrée de spectateurs, il se mord les lèvres d'un geste machinal, et fréquent comme un tic; il se tourne en souriant vers sa mère, grave et sérieuse en face de lui, et la force à partager sa gaîté qui, je le crains, comporte un peu de raillerie à l'adresse de quelque délégué; ou bien encore il s'intéresse au jeu d'une ravissante fillette placée dans une loge dominant la sienne, et qui ne quitte pas des yeux le jeune monarque; celui-ci la fixe d'un regard chargé d'une sévérité voulue; mais l'enfant, ravie d'avoir enfin attiré l'attention du roi, l'oblige à détourner les yeux. Tout cela parce qu'Alphonse XIII n'a pas encore l'entraînement professionnel nécessaire pour supporter sans broncher deux heures de discours. Qui de nous l'en blâmerait? Mais il devient subitement sérieux et attentif, ainsi que tous les personnages de la loge royale, lorsque le président Silvela prend la parole le dernier et prononce une chaleureuse allocution qui soulève l'enthousiasme de tout le public espagnol. « Viva el Rey, Viva España! » s'écrie-t-il en terminant. « Viva la humanidad! » riposte un spectateur des galeries, et au même instant une vive lueur brille dans un coin de la salle, une épaisse fumée se dégage : des spectateurs s'émeuvent; est-ce une bombe? est-ce un coup de feu? Ce n'est qu'un photographe qui essaie de prendre un cliché au magnésium. Le roi, qui n'a pas cessé de sourire, obéit visiblement aux recommandations de sa mère : il salue les spectateurs de la même inclinaison qu'à l'entrée, raide, un peu emprunté et malgré tout sympathique. Il se retire et la reine-mère le suit après une nouvelle et cérémonieuse révérence adressée au public.

LÉON IMBERT.

Demain, le Congrès commencera vraiment ses travaux; malgré les efforts des organisateurs, la confusion est grande et nul programme officiel ne vient tracer un emploi du temps. Notre amour-propre national fut autrefois blessé par le tumulte du Congrès de Paris; celui de Madrid nous montre que nous fûmes trop modestes.

Voici les chiffres exacts des congressistes des principales nationalités : Allemagne, 776; Autriche, 258; Belgique, 98; États-Unis, 195; France, 826; Angleterre, 238; Italie, 235; Portugal, 33; Roumanie, 21; Russie, 297.

Au total : 3431 étrangers et 3530 Espagnols.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 4 AU 9 MAI 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 4 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Roger.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Richet, Remy et Broca (André); — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Mauclaire; — (2e série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e partie, ancien régime, 1re série) : MM. Hayem, Gaucher et Teissier; — (2e série) : MM. Brissaud, Bezançon et Legry; — M. Legueu, suppléant.

MARDI 5 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Jeanselme et Guiart; — (2e partie, oral, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Dieulafoy, Chantemesse et Chauffard; — (1re partie, oral), *Salle Thouret* : MM. Berger, Launois et Demelin.

4e, *Salle Richet* : MM. Proust, Thoinot et Richaud; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Marion; — (2e série) : MM. Le Dentu, Faure et Auvray; — (2e partie, ancien régime) : MM. Joffroy, Thiroloix et Mery; — (nouveau régime) : MM. Raymond, Vaquez et Gouget; — M. Dupré, suppléant.

MERCREDI 6 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Desgrez et Guiart; — (1re partie, oral, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Mauclaire, Lepage et Cunéo; — (2e partie), *Salle Richet* : MM. Hayem, Blanchard et Wurtz; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Salle Laënnec* : MM. Tuffier, Walther et Gosset; — M. Reclus, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudeloque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Legueu, suppléant.

JEUDI 7 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chassevent et Méry; — (oral), *Salle Richet* : MM. Troisier, Thiroloix et Guiart.

4e, *Salle Béclard* : MM. Pouchet, Chantemesse et Dupré; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 8 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Widal et Legry; — (oral), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Hayem, Blanchard et Teissier; — *Salle Broussais* (2e série): MM. Brissaud, Dejerine et Bezançon.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Thoinot, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Tuffier, Broca (Aug.) et Walther; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudeloque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Cunéo, suppléant.

SAMEDI 9 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Jeanselme et Guiart; — (oral), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Hutinel, Achard et Mery; — (2e série) : MM. Joffroy, Widal et Renon; — M. Richaud, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, Thiroloix et Dupré; — (2e série) : MM. Troisier, Vaquez et Gouget; — M. Chassevant, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Potocki, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — A la suite du dernier concours, M. Rochon-Duvignaud est nommé ophtalmologiste des hôpitaux.

Guerre. — I. Deux concours s'ouvriront, le 15 septembre 1903, à l'école d'application du service de santé militaire, l'un pour l'emploi de professeur agrégégé de la chaire « Maladies et épidémies des armées », l'autre pour l'emploi de professeur agrégé de la chaire « Diagnostic chirurgical spécial ».

Les médecins-majors de première et de deuxième classe sont seuls admis à concourir.

Les demandes formulées par les médecins-majors en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part au concours seront adressées au ministre de la guerre (Direction du service de santé, premier bureau) avant le 15 août prochain (terme de rigueur).

Elles devront être appuyées de l'avis motivé de leurs chefs et transmises par la voie hiérarchique.

II. Deux concours s'ouvriront le 15 octobre 1903, à l'école d'application du service de santé militaire, l'un pour l'emploi de répétiteur de « Pathologie interne et clinique médicale », l'autre pour l'emploi de répétiteur de « Pathologie externe et clinique chirurgicale » à l'école du service de santé militaire.

Eventuellement, des concours s'ouvriront à la même date pour ceux des emplois de répétiteur, qui deviendraient vacants par suite de la nomination des titulaires aux emplois de professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce, à la suite des concours du 15 septembre 1903.

Les médecins-majors de deuxième classe sont seuls admis à prendre part auxdits concours.

Les médecins-majors de deuxième classe qui désireront prendre part à ces concours adresseront au ministre de la guerre (Direction du service de santé, premier bureau), avant le 15 septembre prochain (terme de rigueur), une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

III. Un concours s'ouvrira, le 15 décembre prochain, à neuf heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Le *Journal officiel* du 26 avril publie le programme des épreuves et les conditions d'admission à ces concours.

Conférences de médecine légale psychiatrique (troisième trimestre scolaire). — M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, chargé du cours de médecine légale psychiatrique, commencera la troisième série de ses conférences le samedi 9 mai 1903, à une heure et demie, et les continuera les mercredis et les samedis suivants, à la même heure, 3, quai de l'Horloge. (La conférence du mercredi sera consacrée à des exercices pratiques de diagnostic.)

Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté, à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur quatrième examen de doctorat.

Après trois mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

Tableaux synoptiques pour les analyses médicales (sang, suc gastrique, calculs biliaires), par L. BROQUIN, pharmacien de 1re classe. 1 vol. in-16 de 64 p. avec fig. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

AVIS. — *Par suite d'une erreur typographique, le numéro du jeudi 23 avril porte le n° 48 au lieu de 47. Nous prions donc nos lecteurs de retenir que le n° 47 n'existe pas.*

CLINIQUE CHIRURGICALE

PATHOGÉNIE & ANATOMIE PAPHOLOGIQUE DES GOITRES ET DES CANCERS THYROIDIENS

Par M. le docteur Louis DOR, chef de laboratoire de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Messieurs,

Dans une récente leçon clinique M. le professeur Poncet vous a parlé des goitres et de leur traitement. Vous vous souvenez du beau goitreux qu'il vous a présenté. Vous n'avez pas oublié les considérations dans lesquelles il est entré pour proscrire chez ce malade toute intervention chirurgicale et, pour recourir, tout d'abord, à un traitement médical.

Ce malade des plus intéressants sera le point de départ de ma conférence d'aujourd'hui, mais pour être mieux compris, je tiens à vous rappeler, en quelques, mots son observation, dont l'importance s'est accrue, avec le résultat thérapeutique obtenu (1).

OBSERVATION. — J. D..., âgé de quarante ans, exerce la profession de maçon dans un petit village de la Loire, situé à une altitude de 800 mètres.

Plusieurs de ses compatriotes habitant le même pays sont atteints de goitre.

Il est marié, père de quatre enfants bien portants, et dans ses antécédents on ne trouve pas de particularités pathologiques. Aucun des membres de sa famille n'a présenté de goitre.

(1) Cette observation a été recueillie et maintenue à jour, avec soin, par M. G. Mouriquand, interne du service, qui présenta le malade, avant tout traitement, à la Société des sciences médicales de Lyon le 11 février dernier.

J. D... s'est aperçu pour la première fois, il y a quinze mois, que son cou grossissait, non sur un ou plusieurs points, mais dans son ensemble.

Comme il n'éprouvait aucune douleur, aucune gêne locale, aucun malaise, il ne se préoccupa pas autrement de son état. Il continua de vaquer à ses occupations pénibles de maçon, jusqu'au 10 février 1903, sans avoir jamais fait de traitement.

A cette date, cédant aux sollicitations de sa femme et à des considérations purement esthétiques, un peu tardives, il est vrai, il entra à la clinique, sur les conseils de son médecin, le docteur Carry.

Le cou est le siège d'une déformation considérable dont la photographie 1 donne une bonne idée.

L'hypertrophie a frappé d'une façon égale les trois lobes de la thyroïde. Elle s'étend depuis la ceinture sterno-claviculaire jusqu'aux régions parotidiennes. Elle donne à la région cervicale un aspect monstrueux.

La circonférence du cou, immédiatement au-dessus du lobe médian, est de 0m54, et au niveau de ce dernier lobe de 0m56.

La palpation donne une sensation uniforme de masses dures, mais rénitentes, et, dans l'ensemble, encapsulées, d'une consistance plutôt molle.

Le diagnostic de M. Poncet fut : *Enorme goitre charnu, polykystique, à marche subaiguë, ayant envahi tout le parenchyme thyroïdien.* Tenant compte de la mollesse des tissus goitreux, des caractères anatomo-pathologiques très probables des lésions : kystes à parois conjonctives très minces, avec contenu épithélial solide, en évolution, etc., de la date pas trop éloignée du début de l'affection, enfin de l'absence de tout trouble fonctionnel, M. Poncet conclut à l'emploi des moyens médicaux, quitte, en présence de leur inefficacité, à intervenir, plus tard, chirurgicalement.

Il décida de recourir à la thyro-iodine de Baumann, mais auparavant J. D... fut laissé au repos pendant trois jours. Il fut purgé pour favoriser l'absorption du médicament, il prit deux bains de sublimé et la peau de la région goitreuse, préalablement rasée, fut nettoyée avec soin (éther, lavage savonneux) pour rendre plus active l'action de la pommade iodo-iodurée du Codex, employée concomitamment en frictions quotidiennes. M. D... prit, en outre, un grand bain sulfureux tous les deux jours.

Le traitement par l'iodothyrine de Baumann fut commencé le 15 février, à la dose de deux tablettes par jour, de 0g25 (tablettes dites de Bayer).

Dès le 18, l'effet spécifique de cette médication était des plus appréciables, les masses thyroïdiennes étaient plus molles, elles étaient plus indépendantes les unes des autres, et les mensurations du cou confirmaient cette régression.

18 fév.	Circonférence au-dessus du lobe médian	....	0m52
	— au-dessous	—	0m55
19 fév.	— au-dessus	—	0m51
	— au-dessous	—	0m54

Le malade ne présente aucun signe d'hyperthyroïdation. Il trouve son cou plus libre, « plus dégagé ».

L'examen des masses révèle la présence de traces d'iode, attribuables aux frictions iodo-iodurées, et non à l'iodothyrine, et d'un peu de globuline.

En présence de cette tolérance générale, la dose de thyroïodine est portée le 25 février à 3 tablettes par jour, c'est-à-dire à 0g75, le 2 mars à 4 tablettes, 1 gramme.

Dans ce laps de temps, atrophie progressive, le 10 mars, les mensurations du cou donnent 0m48 et 0m51.

On sent, de plus en plus nettement dans le goitre, des noyaux indurés, des kystes isolables, comme ratatinés, formant un bloc plus dense, et en même temps moins résistant. La consistance de la masse goitreuse est très spéciale, elle est devenue plus molle, comme *chiffonnée*.

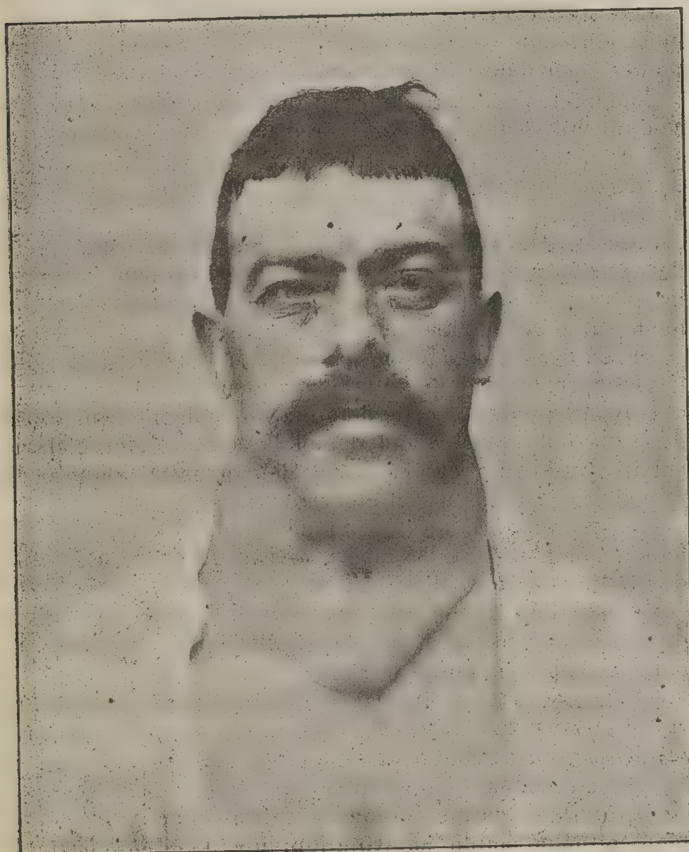


Fig. 1. — *Goitre charnu, polykystique, avant tout traitement.* Circonférence du cou, dans la partie la plus saillante, 0,56.

A partir du 11 mars, le malade, dont l'état général est parfait, prend 1g25 de thyroïodine par jour (5 tablettes).

Il quitte l'Hôtel-Dieu le 12 mars, étant obligé de rentrer chez lui. Voyez, figure 2, sa photographie le jour de son départ.

A cette date, il a pris, du 15 février au 11 mars, 71 tablettes (17g75). Chaque tablette était de 25 centigrammes et contenait, par conséquent, 0g00008 d'iode, ce qui donne, en tout, pour les 71 tablettes, 0g00568 d'iode ou 0g0568 de thyro-iodine pure de Baumann, mélangée à 17g694 de lactose (1).

Et maintenant, Messieurs, que je vous ai rappelé l'histoire de cet intéressant malade, je vais vous demander quelque peu d'attention pour m'aider à vous exposer les quelques considérations de pathologie générale et d'anatomie pathologique que je voudrais développer devant vous, pour vous faire comprendre ce que c'est qu'un goitre en général, et quels sont les divers types des tumeurs du corps thyroïde que vous pourrez rencontrer, pour vous dire ce que c'est que l'iodothyrine et comment il est possible de se représenter son action thérapeutique, bref pour fixer vos idées sur certains points un peu obscurs et pour semer dans vos esprits des notions qui seront peut-être un jour le point de départ de travaux importants.

La pathologie du corps thyroïde comprend l'étude des processus inflammatoires et des processus néoplasiques de la glande. Conformément à l'usage que j'ai adopté, je commencerai par vous exposer, aussi brièvement que possible, quelques considérations sur l'anatomie et la physiologie de l'organe dont nous allons étudier les maladies, car je crois qu'il est indispensable de connaître la constitution et le fonctionnement d'un organe lorsqu'on se propose de bien comprendre les processus pathologiques dont il peut devenir le siège.

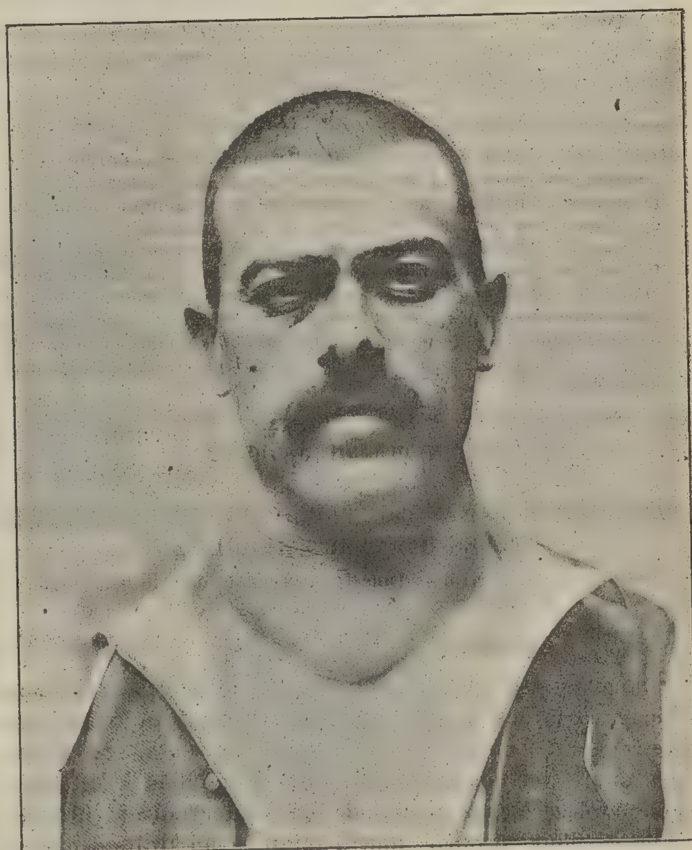


Fig. 2. — *Le même goitre charnu, polykystique, après un traitement médical de vingt-cinq jours par l'iodothyrine.* — Circonf. du cou, 0,51.

Malheureusement l'anatomie et la physiologie du corps thyroïde sont encore entourées de quelques obscurités, et pour une fois, la base anatomo-physiologique sur laquelle je voudrais m'appuyer n'est pas absolument solide. L'état d'incertitude dans lequel nous allons nous trouver dès le

(1) J. D... habite loin de Lyon. Nous n'avons pu le revoir depuis le 11 mars, mais il nous a écrit le 5 avril dernier « qu'il a continué de prendre, depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, ainsi, du reste, que nous le lui avions recommandé, 4 tablettes par jour, qu'il va très bien, que son cou a beaucoup diminué, qu'il ne mesure plus, en haut, que 0m43 centimètres, et en bas, que 0m47 ». Après un traitement d'une cinquantaine de jours, la circonférence du cou aurait donc diminué de 9 à 10 centimètres.

début de cette étude, vous expliquera aussi les quelques restrictions que je serai obligé de faire, en ce qui concerne la pathologie de la thyroïde. Je crois néanmoins vous être utile, en vous résumant les quelques notions que l'on peut considérer comme acquises et en vous mentionnant les principales hypothèses que l'on peut faire pour coordonner ces notions.

Au point de vue anatomique, vous savez que l'on admet assez généralement, que les vésicules thyroïdiennes sont composées de cellules toutes de même origine et de même ordre. L'hypothèse de Langendorff, d'après laquelle il existerait deux types cellulaires, est démontrée inexacte par le fait que signale Wanner dans les *Archives de Virchow* de 1899 (vol. CLVIII) à savoir, que l'anémie expérimentale transforme les cellules du « type principal », pour employer le langage de Langendorff, en « cellules colloïdes » ; ainsi est établi le bien fondé de l'opinion émise dans le traité de M. le professeur Renaut, d'après laquelle c'est au moyen d'artifices de préparations que l'on peut mettre en évidence deux types cellulaires dans les follicules au repos, d'après laquelle, s'il préexiste deux types cellulaires, l'un est une modification de l'autre.

Ainsi, au point de vue anatomique, la question est simple, mais il en est tout autrement au point de vue physiologique. Cette glande, qui semblait ne pouvoir servir qu'à jouer un rôle de soupape de sûreté pour la circulation cérébrale, et dont la physiologie n'existait pas il y a vingt ans, est devenue rapidement l'organe le plus compliqué à comprendre, et celui à propos duquel on a imaginé le plus grand nombre d'hypothèses.

On peut grouper celles-ci en deux grandes catégories : celles qui envisagent la glande comme sécrétant un principe utile, et celles qui la considèrent, comme détruisant des substances toxiques.

Vous lirez avec fruit, sur ce sujet, la thèse de votre ancien camarade Chapelier (Lyon 1900) ainsi que la Revue générale qu'il a faite dans la *Gazette des hôpitaux* du 20 juillet 1901. Depuis ces articles, il a paru un travail d'Oswald dans les *Archives de Virchow* (1902) et diverses notes de Blum dont la lecture est intéressante. Tenez compte aussi des recherches expérimentales récentes d'Edmunds (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, 1902) qui confirment celles plus anciennes de Gley sur le rôle des glandes parathyroïdes; enfin pour ceux d'entre vous qui lisent le hollandais, je signale le travail de Hertzberger (*Weekblad*, décembre 1902).

Les documents ne manquent pas, mais leur étude successive est souvent un peu ardue. Je crois vous rendre service en vous disant, non pas ce que contient chacun des mémoires que je vous signale, mais en vous donnant une impression un peu personnelle qui se dégage pour moi de toutes ces lectures, en cherchant à unir les unes aux autres les notions souvent très différentes et d'apparence même opposée que vous trouverez dans ces divers articles.

Il y a un fait sur lequel tout le monde est d'accord aujourd'hui, c'est l'existence dans la glande de ce principe iodé qu'a découvert Baumann, l'année avant sa mort, et dont l'étude a été continuée par ses élèves. On considère que le liquide colloïde des vésicules contient un principe iodé sous forme d'une combinaison complexe. Il s'agirait d'une nucléo-albumine iodée, que l'on séparerait, par un premier dédoublement, en nucléine et albumine; la nucléine contiendrait presque tout le phosphore de la molécule complexe, et l'albumine iodée contiendrait presque tout l'iode, plus 0,5 p. 100 de phosphore. Par un second dédoublement de cette albumine iodée on arriverait à séparer, d'un côté de l'albumine, et de l'autre, un corps iodé, auquel Baumann avait donné le nom de « thyroiodine » et qu'il distinguait de la « thyroïdine » par laquelle on désignait, avant lui, l'extrait sec complet de toute la thyroïde. Mais aussitôt après la mort de Baumann, un chimiste, M. Bayer, trouvant qu'il y aurait une confusion entre les produits commerciaux appelés « thyroïdines » et la « thyroiodine » de Baumann, appela cette dernière substance l' « iodothyrine ». En même temps, il faisait savoir que son « iodothyrine » était mélangée avec du sucre de lait, dans une proportion d'environ 1 p. 300, afin d'être plus maniable. Le produit qu'avait obtenu Baumann se maniait, en effet, par milligrammes. Bayer pensa qu'il y avait avantage à manier ce produit par centigrammes et, de fait, vous entendrez parler de malades prenant 10, 20, 50 centigrammes, voire 1 gramme d'iodothyrine. Il est bon que vous sachiez qu'il ne s'agit pas, dans ces cas, du principe iodé dont parlent Baumann et Roos, mais, bien du produit de Bayer, et si jamais vous vouliez essayer vous-mêmes d'isoler l'iodothyrine en suivant pas à pas la technique de Baumann (*Zeits. f. physiol. Chemie* 1896) ne vous avisez pas de donner la poudre que vous obtiendriez par doses de quelques centigrammes, car ce serait une dose dangereuse, ce serait par milligrammes qu'il faudrait la manier, à moins que vous ne mélangiez aussi votre produit avec 300 fois son poids de lactose comme Bayer. Dans la pratique vous n'avez pas à tenir compte de ces calculs, car le produit pur n'existe pas dans le commerce.

Le principe iodé de la thyroïde lorsqu'il est pur contient environ 1/10 d'iode. Si nous cherchons à nous rendre compte à quelle quantité d'iode correspond une pastille de 0,25 d'iodothyrine de Bayer, c'est-à-dire celles qui sont actuellement seules dans le commerce, vous verrez qu'il y a dans chaque pastille pesant 0g25 une quantité correspondant à 0g0008 d'iodothyrine pure et par conséquent 0g00008 d'iode.

Une quantité d'iode inférieure à un dix-milligramme aurait donc des effets thérapeutiques, car d'après Roos (*Zeits. f. physiol. Chemie*, 1896) le rôle de l'iode n'est pas niable et si on supprime l'iode de l'iodothyrine, le principe perd toute son action et, d'autre part, une dose de la préparation de Bayer de 0,25 produit une action non douteuse, consistant chez certains malades en une tachycardie notable.

Peut-on réellement croire qu'une dose d'iode aussi insignifiante puisse jouer un rôle quelconque? En réponse à cette question je vous rappelle, Messieurs, que dans la présure, par exemple, il y a aussi des doses infinitésimales de calcium, qui sont indispensables pour que la présure puisse coaguler le lait; qu'il y a dans les oxydases des doses infinitésimales de manganèse, dont la présence est absolument indispensable, ainsi que cela résulte des travaux de Bertrand et de Duclaux, et qu'en somme, toutes les diastases contiennent un corps simple, un métal ou un métalloïde, qui entre dans leur constitution dans une proportion absolument impondérable, mais cependant indispensable.

Un fait de même ordre se retrouve en minéralogie. Vous savez que ce qui donne aux améthystes leur couleur violette, c'est une quantité de manganèse incorporée au quartz dans des proportions que les chimistes n'ont jamais pu doser, que ce qui donne aux émeraudes, aux rubis, aux saphirs leur couleur verte, rouge, bleue, c'est encore soit du fer, soit du cobalt, soit de l'urane, soit d'au-

tres métaux, dans des proportions non pondérables; il semble donc que ce ne soit pas un fait absolument exceptionnel que de voir des quantités infinitésimales d'un métal avoir dans la constitution d'un corps une importance considérable.

Ce que vous entendez dire aujourd'hui sur l'argent colloïdal et la mousse de platine est encore de même ordre (1). Les corps peuvent exister soit sous forme d'ions, pour adopter le langage moderne de la chimie, soit sous une forme allotropique, dans laquelle ils jouent des rôles comparables à des ferments. Lorsqu'ils sont à l'état d' « ions », ils peuvent être électrisés positivement, « anions, » ou négativement, « cathions, » et les anions attirent les cathions, et réciproquement, il en résulte la formation de corps complexes qui correspondent aux sels. Mais les corps ne sont pas toujours à l'état d'ions, et dans l'iodothyrine précisément, l'iode n'est pas à l'état d'ion, il est à l'état colloïdal et au lieu d'avoir les réactions de l'iode il joue le rôle d'un ferment. C'est avec cette conception de la constitution d'un ferment, dans lequel l'iode entre au même titre que le calcium, dans la présure, ou le manganèse dans les oxydases, que l'on peut le mieux comprendre le rôle thérapeutique que joue l'iodothyrine, rôle qui correspond, sans aucun doute, à un rôle physiologique de cette substance à l'état normal. Je vous rappelle que Baumann avait dit que la thyroiodine contenait 1/10 d'iode et en outre 0,5 p. 100 de phosphore libre. En lisant la dernière communication de Kocher au congrès des chirurgiens allemands, on se demande si cet antagonisme que signale le chirurgien bernois entre l'action de l'iode et celle du phosphore sur la thyroïde, ne correspondrait pas à l'existence de deux ferments, dont l'un serait iodé et l'autre phosphoré, dont l'un serait absent dans les cas dits « d'hypothyroïdation »; et l'autre dans les cas dits « d'hyperthyroïdation »; mais il s'agit là d'une simple hypothèse que je vous signale en passant. N'anticipons pas sur l'avenir et demandons-nous seulement quel est le rôle de celui de ces deux ferments dont l'existence est certaine, le ferment iodé.

J'attire votre attention sur un travail de Justus (*Arch. de Virchow*, CLXX, p. 561, 1902), dans lequel cet auteur a montré qu'il y avait de l'iode dans presque toutes les cellules animales. Une planche que je fais passer sous vos yeux montre, en effet, la réaction de l'iodure de mercure dans les tissus traités seulement avec des sels de mercure, et dans d'autres, la réaction de l'iodure d'argent, là où on n'avait fait agir que de l'argent.

Il semble, lorsqu'on lit non seulement avec attention, mais encore un peu entre les lignes, les travaux que je vous ai cités, que le rôle de la thyroïde consiste à transformer l'iode des aliments en une combinaison organique iodée, dont toutes les cellules de l'organisme pourront faire leur profit, de sorte que la suppression de la glande laisse les cellules incapables d'assimiler elles-mêmes l'iode des aliments, qu'aucune autre glande ne transforme plus pour elles, et dès lors elles ne sont plus le siège des échanges organiques normaux. C'est ainsi que je crois qu'il faut se représenter le myxœdème et le crétinisme.

Mais comment devons-nous concevoir la pathogénie du goitre? Car c'est là où je voulais en venir, et ce n'est que pour vous faire comprendre quelle est ma conception du goitre que je vous ai parlé aussi longtemps de substances chimiques, sécrétées par la thyroïde, et que je vous ai dit à quel titre l'iode semblait jouer un rôle dans ces substances. Le principe iodé de la thyroïde est absolument insoluble dans l'eau distillée, et même l'eau distillée provoque la précipitation d'une solution, lorsqu'on en a obtenu une, par exemple, dans l'eau salée à 7 p. 1000 ou dans le sérum sanguin.

Je ne pense pas que le fait de boire de grandes quantités d'eau de fonte des neiges soit suffisant à lui seul pour provoquer la précipitation de l'iodothyrine dissoute dans le sang, et que le mécanisme soit aussi simple, mais il n'est pas impossible que dans les eaux qui ont la réputation d'être goitrigènes il y ait des principes solubles qui précipitent très activement l'iodothyrine. On sait déjà que l'acide carbonique et l'acide acétique sont doués de cette propriété; on peut imaginer encore beaucoup d'autres substances analogues.

Si l'iodothyrine en dissolution dans le sang et devant arriver aux cellules, est précipitée par un principe quelconque apporté par les eaux de boisson, cette substance, au lieu d'aller aux cellules qui en ont besoin, va se comporter comme toutes les substances contenues dans le sang sous une forme non dissoute : elle va être prise par des phagocytes et transportée dans des organes hématopoïétiques où naîtront des anticorps, c'est-à-dire des substances spécifiquement destructives de la diastase; lorsque le sang sera chargé de ces anticorps, il les transportera dans tout l'organisme et, en particulier, dans la glande thyroïde, où son action s'exercera d'une façon spécialement active.

Le résultat le plus immédiat que l'on peut supposer à la suite de cette pénétration dans la thyroïde d'un anticorps sera évidemment une réaction de défense, et par conséquent, une prolifération cellulaire et une hypersécrétion d'iodothyrine. Si les conditions que nous avons supposées au début persistent, c'est-à-dire si l'iodothyrine est précipitée au lieu de pouvoir se rendre aux cellules de l'organisme qui la réclament, le mécanisme continuera, on verra de plus en plus le ferment précipité pénétrer dans les organes hématopoiétiques, donner naissance à de nouvelles quantités d'anticorps, et de plus en plus aussi, ces anticorps spécifiques irriter la glande thyroïde et en provoquer la prolifération. C'est par un mécanisme semblable que naissent très vraisemblablement les goitres.

Le goitre est en effet, au début, une prolifération cellulaire, qui ne diffère en rien des proliférations glandulaires que l'on constate dans les reins, dans les capsules surrénales, etc., après l'ablation de l'autre organe symétrique, c'est à-dire dans les cas d'hypertrophie compensatrice. Il est rare que le goitre reste à ce stade et que l'on ne constate pas d'autres troubles qu'une hypertrophie compensatrice; en général, il survient des phénomènes d'irritation, dont les uns, sont peut-être attribuables à des infections microbiennes, les autres, à des auto-intoxications parties des cellules privées de leur iode normal et réagissant sur la glande. On peut supposer encore beaucoup d'autres facteurs, et tous ces facteurs réunis arriveront à faire naître dans la glande, non plus seulement, une hypertrophie compensatrice, non plus une inflammation mais une véritable tumeur, qui sera d'abord une tumeur bénigne, mais qui pourra évoluer vers la tumeur maligne, vers le cancer, ainsi que cela se passe dans d'autres organes chroniquement enflammés.

L'étude des goitres a été faite dans trois centres différents : en Autriche, en Suisse et à Lyon. Mais si en Suisse, si à Lyon on a beaucoup discuté, avec fruit, sur les meilleurs procédés

(1) Netter et Salomon. *Presse méd.*, 1903.

opératoires, il faut reconnaître que nulle part encore l'anatomie pathologique des goitres n'a été faite comme à Vienne. Aucun travail n'est encore comparable à celui de Wœlfler (*Arch. f. klin. Chir.*, vol. XXIX), bien que celui-ci date de vingt ans.

Vous trouverez dans les excellentes thèses de Rivière, de Bérard, d'Orcel, de Carrel-Billard, etc. — toutes sorties de la Clinique — des documents de premier ordre, que je vous engage à étudier avec grand soin, mais nulle part vous ne trouverez vingt-cinq planches microscopiques, représentant autant d'aspects différents des principales formes de tumeurs thyroïdiennes, que dans le travail de Wœlfler. Malheureusement le texte qui accompagne ce volumineux mémoire n'est pas toujours très clair. Il y a souvent des notions que nous interprétons actuellement d'une façon différente de celle qui est donnée par l'auteur, et souvent il y a des phrases dont on est obligé de faire une véritable étude pour les comprendre. J'ai fait cette étude pour vous en éviter la peine et je crois devoir vous donner quelques fils conducteurs qui vous permettront de suivre la pensée de l'auteur.

Le travail de Wœlfler commence par une description macroscopique de la glande, dans laquelle je relève la mention de l'existence d'une couche corticale et d'une couche médullaire. La figure 2 représente un corps thyroïde d'enfant, dans lequel on voit, en effet, une vague apparence d'une couche corticale, mais c'est surtout sur la figure 8 et la pl. XXXIV que l'on voit nettement cette couche corticale dans laquelle il existe aussi des follicules thyroïdiens, mais dont la fonction semble différente de celle des follicules de la couche médullaire, puisque Biondi a montré ultérieurement par des expériences sur des animaux que la décortication de la glande était suivie d'accidents myxœdémateux, alors que si on conserve la couche corticale seule, on n'observe pas de cachexie strumiprive. On rencontre des formes de goitres où la région médullaire seule est prise, tandis que la couche corticale est indemne de dégénérescence. Dans ces cas, il se produit assez facilement un clivage naturel entre la couche corticale et la couche médullaire, et on peut enlever toute la substance médullaire en respectant la couche corticale. C'est cette opération que M. Poncet a proposée sous le nom d'*énucléation massive* et que nous lui avons vue pratiquer maintes fois. Elle est beaucoup moins dangereuse que la thyroïdectomie sous-capsulaire, soit au point de vue opératoire immédiat, soit au point de vue tardif, en ce qui concerne les accidents myxœdémateux (1). Assurément cette opération n'est pas toujours possible, puisqu'à l'état normal on ne peut pas trouver sur une glande saine le plan de clivage qui sépare les deux couches mais c'est le mérite de Wœlfler d'avoir montré au point de vue histologique, et de M. Poncet d'avoir établi au point de vue chirurgical, qu'il existait une forme de goitres, pour lesquels l'énucléation des noyaux selon la technique de Socin n'était pas possible, et où, au contraire, on pouvait pratiquer une autre opération, qui n'est pas plus dangereuse, alors que la thyroïdectomie, même partielle, sous-capsulaire, serait plus grave.

Un jour peut-être cette question sera-t-elle reprise. On s'apercevra alors qu'il existe des lésions portant plus spécialement sur la couche corticale, et d'autres, qui sont plus volontiers d'origine médullaire, mais ce n'est pas la tendance actuelle des anatomo-pathologistes, et je ne connais pas d'autre travail que celui de Wœlfler dans lequel cette distinction soit faite. La planche 24 du travail de Wœlfler, dans laquelle on voit nettement ces deux couches, représente un type de goitre qui est attribuable à une inflammation chronique et non à une tumeur, et cette forme survient avec une fréquence relativement assez grande. Ce sont des cas dans lesquels l'hypertrophie du corps thyroïde est de tous points comparable à l'hypertrophie de la rate dans le paludisme ou à l'hypertrophie du foie dans certaines cirrhoses. Ces cas ne sont pas des tumeurs et c'est pour eux qu'est applicable la pathogénie que j'ai invoquée tout à l'heure, mais la grande majorité des goitres sont des tumeurs, et c'est maintenant de la classification des goitres véritablement néoplasiques que je vais vous entretenir.

(*A suivre.*)

(1) Du Clot. *De l'énucléation massive des goitres*, Th. de Lyon, 1901.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(28 avril 1903)

Hommage à la cocaïne, tel est le titre d'une communication de M. Richelot qui a, en effet, contracté envers cet anesthésique une dette de reconnaissance. M. Reclus a dit comment la cocaïne, injectée d'une certaine façon, rend les doigts si parfaitement insensibles qu'on peut inciser méthodiquement et sans hâte les panaris les plus graves, sans que le malade en ait cure.

M. Richelot a éprouvé les avantages d'une anesthésie locale vraie, complète, ne ressemblant en rien à l'engourdissement illusoire que donnent les divers procédés de réfrigération.

Par suite d'une piqûre anatomique de l'index de la main droite, malgré une première intervention énergique, sans anesthésie, la blessure prit bientôt un certain caractère de gravité; un ganglion axillaire se mit de la partie. Le mardi, 3 février, M. Richelot rencontra M. Reclus à l'Académie, il lui fit jurer qu'il l'opérerait sans douleur, et l'opération eut lieu le jeudi 5. Il fit, non pas dans les tissus enflammés, mais à la base du doigt, une série d'injections sous-cutanées, qui entourèrent ce doigt comme d'une « bague analgésique ». M. Morestin put alors aseptiser la région malade, sans éveiller de la part de M. Richelot aucune protestation. Puis M. Reclus coupa l'ongle immédiatement au-dessous de la lunule, abrasa avec une curette le derme sous-unguéal infecté, gratta un point suspect de la phalange; et, cependant, M. Richelot examinait curieusement chacun de ses mouvements, il assistait à l'opération comme s'il se fût agi d'un autre. Il ne souffrait pas, mais il éprouvait une sorte de volupté négative à sentir le contact des instruments sans aucune espèce de douleur. Il était couché pendant l'opération et il ne reprit la position verticale qu'après avoir mangé.

La cocaïne lui procura ce double bénéfice, de rendre possible une opération aussi radicale, aussi décisive, qu'elle l'eût été pendant l'anesthésie générale, et de le laisser immédiatement valide comme ne l'eût pas permis le chloroforme.

Tandis que son doigt guérissait régulièrement et que l'infection disparaissait sans laisser de traces, malheureusement l'adénite axillaire continuait d'évoluer et devint un gros phlegmon. Ici encore, la cocaïne lui rendit service.

Qu'on ait trouvé à la cocaïne des inconvénients, soit; il y a des précautions à prendre et des distinctions à faire. Mais qu'on mette en doute, comme cela s'est vu le 10 février, l'analgésie parfaite obtenue par elle dans les cas en question, c'est nier l'évidence. Il faut seulement connaître le procédé; or, il y a quelque dix ans qu'il est dans le domaine

public. L'analgésie « régionale », par une série d'injections sous-cutanées à la base du doigt, est constante, absolue. Valant, par sa perfection, l'anesthésie chloroformique, et permettant comme elle de faire une opération réglée au lieu d'une incision hâtive, elle a sur elle, dans l'espèce, une incontestable supériorité : elle supprime la « grosse affaire » qu'est l'anesthésie générale, avec la responsabilité qu'elle entraîne toujours, avec ses malaises quelquefois durables et la suspension d'activité à laquelle on ne se résigne guère pour un simple panaris.

La cocaïne est-elle dangereuse? La réponse de M. Reclus, son plaidoyer nouveau dispensent M. Richelot de rien ajouter. Sans doute, elle est dangereuse entre certaines mains; sans doute il y a eu des accidents, il y en aura peut-être encore. Mais cela veut dire qu'à l'apparition de la cocaïne on n'a pas su d'emblée la manière de s'en servir, et qu'aujourd'hui même il y a des gens qui aiment à faire des écoles au lieu d'écouter ceux qui savent. Et cependant, les règles sont d'une bien grande simplicité : faire usage d'une solution très diluée, 1 p. 100 ou même 1/2 p. 100, en injecter 6 ou 7 centigrammes; pour d'autres opérations on peut aller jusqu'à 10 ou 15; opérer le malade étendu, et le faire manger ou boire avant de se lever.

Toutefois M. Richelot ne va pas jusqu'à suivre M. Reclus partout où il voudrait aller avec la cocaïne. Pour les grandes opérations, il considère que c'est un incomparable bienfait du chloroforme de faire que le patient n'assiste pas à la scène.

Mais si M. Richelot montre ainsi une certaine timidité à donner trop d'extension à l'anesthésie locale par la cocaïne, il est bien entendu que ses raisons sont d'ordre technique et sentimental, et que « les dangers » n'y sont pour rien. Pas plus pour lui que pour M. Reclus la cocaïne n'est dangereuse, quand on suit les règles qu'il a posées. Mais il n'en dira pas autant d'un autre mode d'anesthésie par le même agent, anesthésie régionale si on veut, puisqu'elle ne s'étend qu'à une partie du corps, mais qui singe l'anesthésie générale, puisqu'elle s'attaque aux centres nerveux : il veut parler de la cocaïnisation de la moelle. Et tout d'abord, il se plaît à noter que M. Reclus n'en est pas partisan.

M. Richelot devant les faits, les accidents qui ont été révélés, n'hésite pas à repousser cette méthode de la rachicocaïnisation. Nous croyons d'ailleurs qu'elle a vécu ou à peu près et qu'elle est abandonnée maintenant par la plupart de ceux même qui l'ont le plus préconisée.

M. Roblot, en son nom et au nom de M. Bernheim, a fait une intéressante communication sur la **prophylaxie de la tuberculose dans et par l'école**. Nous regrettons que M. Roblot ne nous ait pas remis une note, car rien n'ayant été changé dans notre situation à l'Académie, nous n'avons presque rien pu entendre de cette communication.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(24 avril 1903)

M. Comby présente à la Société une fillette de quatorze mois atteinte **d'achondroplasie**. Rien dans les antécédents héréditaires. Père et mère bien portants et de taille normale. Frères et sœurs de même. Enfant née à terme, accouchement difficile à cause du volume de la tête. Allaitement artificiel qui explique le peu de développement de l'enfant (poids 4400 grammes seulement) et les stigmates rachitiques (chapelet costal, retard de la dentition, cyphose dorsale, etc.). Ce qui frappe tout d'abord en examinant l'enfant, c'est le volume de sa tête, la longueur de son buste, faisant contraste avec des membres trop courts. La longueur totale du corps étant 55 centimètres, le tronc n'a pas moins de 25 centimètres de long. Les membres sont très courts, le segment acromélique étant égal ou l'emportant même sur le segment rhizomélique. C'est ainsi que l'avant-bras est plus long que le bras. La main est large, courte et trapue; les trois doigts du milieu s'écartent en forme de trident.

L'enfant, comme il arrive en pareil cas, n'est pas dénuée d'intelligence. Elle reconnaît ses proches, leur sourit, tandis qu'elle fait mauvais accueil aux visages étrangers. Sa sauvagerie a empêché M. Comby jusqu'à présent de prendre la photographie et d'obtenir une radiographie présentable.

M. Babinski fait une communication importante sur le **traitement des affections auriculaires par la ponction lombaire**. Dans une précédente communication, M. Babinski a rapporté des faits tendant à établir que la rachicentèse peut exercer une action favorable sur certains troubles auriculaires. Les recherches faites depuis sur ce sujet ont confirmé les résultats primitivement obtenus et permettent d'être affirmatif sur l'efficacité de ce mode de traitement dans certains cas d'affection des oreilles.

Le travail actuel comprend huit observations de ce genre.

Il s'agissait dans ces cas soit de lésions labyrinthiques avec vertige de Ménière, soit de lésions mixtes, suppuration de l'oreille moyenne et troubles labyrinthiques, etc.

Les bruits subjectifs sont les troubles sur lesquels la ponction exerce l'influence la plus active. Dans toutes ces observations, ces bruits (bourdonnements, sifflements, etc.) se sont atténués notablement ou ont disparu à la suite de la ponction.

Chez plusieurs de ces malades il y a eu aussi disparition complète de troubles mentaux qui semblaient consécutifs à la lésion auriculaire.

L'acuité auditive n'a pas toujours été modifiée, mais dans quelques cas l'état de l'ouïe s'est amélioré d'une façon remarquable.

L'amélioration qui a été ainsi obtenue ne peut être attribuée à la suggestion, car l'hystérie ne semblait nullement en cause. La concordance étroite constatée entre les signes subjectifs et les signes objectifs, tant avant qu'après la ponction, permet d'écarter cette hypothèse.

Il faut remarquer que ces résultats, autant qu'on en peut juger jusqu'à présent, sont permanents, ou tout au moins d'assez longue durée. L'un des malades est sorti de l'hôpital trois mois et demi après la ponction et l'amélioration s'était maintenue. Cela est d'autant plus curieux qu'*à priori* on ne pouvait guère l'espérer en raison de cette notion classique que le liquide céphalo-rachidien se reproduit avec une très grande rapidité.

Est-il besoin de dire que l'on n'a pas toujours de résultats favorables? Il est bien évident que l'on ne peut obtenir un effet que si le labyrinthe n'est pas détruit. Mais, comme il est généralement impossible de déterminer d'une manière précise l'état du labyrinthe, que, d'autre part, la ponction, sauf quelques malaises insignifiants, ne présente pas d'inconvénients, il y a tout lieu jusqu'à nouvel ordre de pratiquer systématiquement cette opération chez tous les malades atteints d'affections chroniques des oreilles.

M. H. Triboulet fait une intéressante étude **à propos de la tuberculose et des cirrhoses avec ascite, dites alcooliques.**

Le syndrome cirrhose de Laënnec, ou type Hanot-Gilbert, avec gros foie, doit-il cesser désormais de signifier exclusivement : sclérose hépatique PAR L'ALCOOL? L'observation même de Laënnec renfermait ces deux éléments : alcool et tuberculose.

Par la clinique, Rendu a signalé toute l'importance de la péritonite qui accompagne la lésion du foie; Delpeuch a révélé la part de la tuberculose, concomitante ou secondaire, dans les péritonites chroniques alcooliques; Hanot, Laffitte, Boix ont insisté sur l'action des dyspepsies ou des

lésions gastro-intestinales. Tous les traités classiques signalent la fréquence de la tuberculose comme complication possible de la cirrhose. Une statistique récente (1901-1902) du docteur Kelynack (Londres et Manchester), sur 121 cas de cirrhose dite alcoolique, reconnaît cliniquement la tuberculose dans 23 p. 100 des cas. La précieuse méthode de l'inoscopie de Jousset permet de déceler le bacille de Koch, de plus en plus fréquemment (2/5, 3/8 dans le liquide de plusieurs ascites de cirrhotiques vulgaires).

Ayant personnellement suivi cinq malades avec GROS FOIE et ascite, M. Triboulet a pu établir :

Qu'un malade était tuberculeux et non alcoolique;

Que trois étaient alcooliques et tuberculeux (chez deux, tuberculose évidente du sommet droit);

Chez le cinquième (buveur de vin exclusif), cirrhose typique à gros foie, avec ascite; ponction; inoscopie, rares bacilles grenus, puis, quinze jours plus tard, pleurésie, avec inoscopie des plus fructueuses.

Première conclusion. — Avec les classiques, il faut dire : la tuberculose se montre volontiers avec la cirrhose dite alcoolique (et notamment péritoine, plèvre).

D'autre part, à ces faits recueillis dans des centres urbains (Paris, Londres, Manchester), *il y a lieu d'opposer* les statistiques des provinces et des campagnes. Un referendum, sous la direction de Boix, nous montre la rareté *relative* de la cirrhose dans certains centres et *absolue* dans d'autres. Ainsi donc, faits très fréquents de cirrhose avec ascite dans les milieux urbains, faits très rares dans les campagnes.

Deuxième conclusion. — Sans forcer les termes, il est permis de se demander si, plus fréquemment qu'on ne le suppose, l'association : cirrhose et alcool, ne s'adjoint pas ce supplément : *tuberculose*, et si même, au lieu d'être secondaire chez les cirrhotiques à gros foie avec ascite, la tuberculose ne peut pas réclamer un rôle de premier plan.

Il peut rester douteux que SEULE la tuberculose réalise une cirrhose du type dit alcoolique (pour preuve, les milliers de tuberculeux de nos services, indemnes de cirrhoses hépatiques).

On doit s'en tenir à la conception de la cirrhose à gros foie, avec ascite, par l'alcool; mais il y a peut-être nécessité de lui adjoindre ce complément : la tuberculose.

Chez les campagnards, comme chez les Parisiens (ceux-ci souvent fils ou frères de ceux-là), le foie est l'organe intermédiaire du trouble de nutrition réalisé par l'ingestion des produits à base d'alcool (bière, cidre, vin, alcool, liqueurs), et le foie est modifié *chez les uns comme chez les autres*.

Mais la différence, dans la suite de l'évolution morbide, en outre des conditions de pureté ou d'impureté des produits, en outre aussi des conditions de sédentarisme et d'aération, c'est bien plutôt que *les uns* (campagnards) restent en dehors du contage tuberculeux, que *les autres* (Parisiens notamment) recueillent à tout instant.

Troisième conclusion. — La pathogénie de la cirrhose, dite alcoolique, avec ascite et gros foie, préparée par l'action de l'alcool, est peut-être seulement réalisée de toutes pièces, par la tuberculose complémentaire.

Quatrième conclusion. — En dehors d'une vague question d'étiologie et de pathogénie, intéressant les savants, il ressort cette grande vérité MÉDICO-SOCIALE éclatante, à peu près toujours la même, mille fois répétée, et indéfiniment contemplée avec la même indifférence : l'extinction de la race par la tuberculose, préparée par l'alcoolisme.

M. Galliard présente une malade atteinte d'**hydarthrose multiple chronique des petites jointures**; à cette affection M. Galliard donne le nom de dactylhydarthrose chronique. C'est une forme spéciale du rhumatisme chronique qui se distingue du rhumatisme noueux, du rhumatisme fibreux et de la goutte. Elle se caractérise par l'activité hypersécrétante de la synoviale et par l'intégrité du squelette et des cartilages articulaires.

Signalons en terminant la très curieuse présentation de malade faite par M. Danlos en son nom et au nom du docteur Lagarde. Il s'agit d'une femme chez laquelle on a pu **restaurer complètement le nez**, qu'avait effondré la syphilis héréditaire. Voici le résumé succinct de ce cas :

M[lle] M..., trente et un ans, femme de chambre, porte certains signes non douteux d'hérédo-syphilis probable : tibias en lame de sabre, dent d'Hutchinson, iritis, etc.

De plus cette malade présente aussi un effondrement nasal des plus accentués et c'est la correction complète de cette difformité par les « injections de paraffine » qui fait l'objet de la présentation de cette malade.

La cloison cartilagineuse ayant disparu, la partie médiane s'est affaissée, coupant le nez d'une dépression linéaire transversale.

La pointe du nez était relevée d'une façon exagérée, donnant à l'organe l'aspect classique du « nez en lorgnette ».

Par suite de l'écartement des os nasaux, la base du nez était effondrée, large et légèrement aplatie.

M. Lagarde fit une première intervention le 28 mars.

Aussitôt après l'introduction de quelques centimètres cubes de paraffine, la pointe du nez se rabaissa et la dépression linéaire se souleva, faisant disparaître en partie l'ensellure primitive. Après modelage, la base elle-même du nez présentait une crête mince et à peu près normale.

Seule une légère dépression transversale persistait à la partie médiane du nez, à la jonction des squelettes osseux et cartilagineux.

Quelques jours après, le docteur Lagarde refit une nouvelle injection au point même de la dépression et aujourd'hui la malade présente un organe d'une configuration absolument normale.

Aucune complication ni réaction inflammatoire consécutive ne s'est produite.

PRATIQUE MÉDICALE

Propriétés thérapeutiques de la kola.

Introduite en thérapeutique à la fin du siècle dernier, la kola y a vite acquis une place prépondérante; préconisée par des cliniciens tels que Dujardin-Beaumetz, Bardet, Huchard, etc., elle est actuellement considérée comme un des meilleurs médicaments d'épargne que nous ayons actuellement à notre disposition.

Fournie par le *Sterculia acuminata*, arbre de l'Afrique tropicale, la noix de kola possède une constitution chimique très complexe; sans parler de l'eau, des matières amylacées, protéiques et sucrées, de la cellulose et des sels qui entrent dans sa composition, elle contient encore, d'après MM. Heckel et Schlagdenhauffen : de la caféine, 2g348; de la théobromine : 0g023; du tannin : 1g619, et une substance particulière, le *rouge de kola*, à la dose de 1g290 p. 100.

On s'est demandé longtemps si les propriétés thérapeutiques de la kola devaient être attribuées à la caféine ou au rouge de kola. Pour G. Sée et Combemale, la seule substance active serait la caféine, mais Heckel a montré que le rouge de kola joue véritablement le rôle prépondérant. En effet, la poudre de kola, épuisée de la caféine par le chloroforme, est encore un excitant musculaire puissant; la caféine pure est moins active que la poudre de kola, enfin le café et la kola, substances qui contiennent à peu près les mêmes quantités de caféine, sont loin d'avoir la même action (1).

(1) D'après MANQUAT. *Traité de thérapeutique*, t. II, 4e édit., p. 616.

Les recherches récentes de Knebel ont complété nos connaissances sur le rouge de kola, en montrant que cette substance est constituée en majeure partie par un tannin glucosidique, la kolanine ou acide kolatannique, mélangé avec de la caféine. A l'état normal, dans la graine fraîche, cette combinaison de caféine et de tannin est soluble, et par suite active; mais, au fur et à mesure des progrès de la dessiccation, sous l'influence d'un ferment soluble spécial, la koloxydase, cette combinaison s'oxyde et devient insoluble, partant inactive. Il y a là une particularité chimique fort importante à noter, et qui explique bien les insuccès qu'ont obtenus ceux qui ont voulu se servir de noix sèches. On sait que, bien souvent, on a dénié à la kola toute efficacité, on a affirmé que ses vertus thérapeutiques avaient été fort exagérées. C'est simplement parce que l'on employait des noix desséchées et ayant, par la dessiccation, perdu la majeure partie de leurs propriétés : les produits solubles actifs s'étaient alors transformés en produits insolubles inactifs.

De l'étude chimique à laquelle nous venons de nous livrer ressort donc cette conclusion que seule la noix de kola saine et fraîche est capable de produire des effets thérapeutiques sérieux. Pour obtenir, avec cette substance, tous les bénéfices qu'en retirent les mastiqueurs de noix fraîches, il faut que les préparations pharmaceutiques renferment le suc frais, c'est-à-dire les combinaisons caféiniques solubles, la koloxydase, et les différents sels (potasse, fer, chaux, manganèse) que renferme, à l'état frais, la noix de kola.

Lorsqu'on emploie de telles préparations, on observe constamment des effets remarquables sur la circulation et sur le système nerveux. La circulation est accélérée, les centres vaso-moteurs entrent en jeu et déterminent une vaso-constriction générale qui élève la tension artérielle, le myocarde se contracte énergiquement. Le système nerveux est puissamment stimulé : le malade se sent plus fort et plus vigoureux, il se fatigue moins vite, il est capable d'exécuter des travaux physiques dont il aurait été incapable auparavant. La diurèse est augmentée, la dyspnée d'effort disparaît, l'état général s'améliore. En somme, la kola détermine surtout des modifications cardio-respiratoires et nerveuses ; elle se comporte comme un médicament toni-cardiaque et comme un excitant nerveux, elle réunit en elle les propriétés de l'alcool et celles de la digitale.

Aussi est-elle indiquée toutes les fois qu'il y a affaiblissement cardiaque ou nerveux. Elle est utile chez les cardiaques arrivés à la période de l'hyposystolie (Dujardin-Beaumetz, Huchard). On sait, depuis les recherches de MM. Fernet et Huchard, que l'on peut diviser l'évolution des cardiopathies valvulaires en quatre périodes : une première, *eusystolique*, où le myocarde est intact et la tension artérielle normale, une deuxième, *hypersystolique*, où la compensation s'établit grâce à l'hypertrophie du myocarde, une troisième, *hyposystolique*, où la compensation commence à devenir insuffisante, et une quatrième, *asystolique*, où la tension artérielle fléchit définitivement. La kola pourra donc être employée avec profit à la troisième phase de l'évolution des cardiopathies valvulaires.

Elle pourra encore être prescrite avec avantage dans les diarrhées chroniques, et, particulièrement, dans la diarrhée chronique des pays chauds. Par le tannin qu'elle renferme, elle agit efficacement sur la muqueuse intestinale et modifie favorablement son état. Enfin et surtout elle doit être préconisée comme aliment d'épargne. La kola fraîche modère la fatigue des longues marches, et particulièrement des excursions en montagne. Comme le dit excellemment M. E. Collin (1), « elle exerce sur la fatigue et l'essoufflement déterminé par les grandes marches et les excursions, une action modératrice indiscutable qui a été utilisée depuis quelque temps par les alpinistes. Bien supérieure au café, à la coca et au maté comme aliment d'épargne, elle devrait être employée pour l'alimentation des soldats appelés à manœuvrer dans les régions montagneuses. Par sa richesse en tannin, elle permettrait aussi de combattre ou de prévenir les diarrhées qui immobilisent toujours trop de soldats en campagne. »

Cette opinion est partagée par les auteurs les plus compétents : Heckel appelle la kola l'aliment d'épargne par excellence, l'antidéperditeur qui diminue les déchets organiques; il la considère comme un puissant tonique. Dujardin-Beaumetz la range parmi les toni-nutritifs; le docteur Monnet (Th. de Paris, 1884) en fait un puissant tonique du cœur, un régulateur du pouls, un reconstituant de premier ordre; M. Bardet insiste sur les avantages qu'il y aurait à la donner aux soldats; M. Huchard accorde une place d'honneur à la kola parmi les toniques du cœur.

Dans une consciencieuse étude sur l'action comparée de la kola et de la caféine, le docteur P. Rodet conclut que la kola n'énerve pas comme la caféine; il remarque « qu'avec la kola on peut faire 80 kilomètres à bicyclette sans ressentir le même jour de fatigue notable, tandis qu'avec la caféine on n'aurait pu faire 40 kilomètres sans éprouver une fatigue considérable au retour ». C'est aux mêmes conclusions qu'arrive M. Tardieu, pour lequel la caféine ne détruit nullement l'essoufflement ni la fatigue, tandis que la kola est capable d'accélérer l'allure du marcheur au point de lui faire parcourir gaiement jusqu'aux derniers kilomètres d'une course en montagne de 40 à 50 kilomètres, et supprime si complètement la fatigue inhérente à ces longues marches que l'excursionniste peut, dès son retour, reprendre ses occupations professionnelles. Nous pourrions citer bien d'autres témoignages en faveur de la kola. Signalons simplement, pour terminer, l'opinion du docteur Lorédan, d'après lequel la kola est le meilleur des antidéperditeurs, et doit être conseillée à tous ceux qui font de la bicyclette ou pratiquent un sport quelconque, comme multipliant les forces musculaires, rendant la tonicité aux organes affaiblis en même temps qu'elle augmente la résistance aux agents extérieurs.

Mais toutes ces vertus thérapeutiques, la kola ne les a qu'à la condition d'être fraîche; les préparations de kola ne sont efficaces qu'autant qu'elles possèdent les principes actifs de sa graine tels que ceux-ci existent à l'état frais.

On devra donc demander à toute préparation à base de kola, qu'il s'agisse de vin, d'extrait fluide, d'élixir ou de granulé, de satisfaire ces desiderata, sous peine de n'obtenir que des résultats infidèles ou incertains. Les produits du docteur Escande, préparés avec la kola fraîche de l'explorateur V. Gaboriaud, à Konakry (Guinée française), répondent précisément aux conditions que nous venons de formuler : ils sont préparés avec des noix fraîches contenant le summum des principes actifs de la kola; ils possèdent, grâce à un procédé spécial de fabrication, toute l'énergie des principes actifs à l'état frais. Aussi est-on sûr, avec eux, de réaliser constamment le maximum d'effets thérapeutiques.

Dr FRONT.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

La fausse coqueluche. (R. Saint-Philippe. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 17, p. 285.) — « Quand on se trouve en présence d'un état catarrhal qui s'accompagne au bout de quelques jours ou qui est suivi plus ou moins rapidement d'une toux quinteuse, saccadée, sifflante, dont le grattage de la trachée ou l'attouchement de l'orifice glottique pro-

(1) E. Collin. *Précis de matière médicale*, p. 97.

voque l'explosion, qui offre en un mot les apparences de la coqueluche, il faut tenir le petit malade en observation, l'isoler, le garder à la chambre et parler de possibilité, de probabilité de la coqueluche, mais sans rien affirmer, avant qu'un certain temps se soit écoulé et qu'on ait vu si par ailleurs les caractères subjectifs de la maladie se montrent aussi pour consolider le diagnostic. »

Quels sont ces caractères? M. Saint-Philippe les définit ainsi :

Deux caractères sont communs à la coqueluche et à la fausse coqueluche, dit-il : « Le catarrhe initial et la toux. Tout le reste varie. Encore l'état catarrhal dans la coqueluche est-il moins bruyant, moins aigu, et la toux offre-t-elle un aspect plus franchement spasmodique.

Mais ce qui les distingue surtout, d'après mon expérience, ajoute-t-il, le voici : c'est que la toux coqueluchoïde ou fausse coqueluche débute assez rapidement, trois ou quatre jours après le catarrhe, quelquefois en même temps que lui, et qu'elle disparaît de même huit ou dix ou au plus quinze jours après le début : ce qui est tout à fait exceptionnel dans la vraie coqueluche, qui débute rarement avant huit jours et dont la durée est toujours d'au moins quatre septenaires.

C'est que les antispasmodiques en viennent facilement à bout, ce qui n'a pas lieu dans l'autre cas, comme chacun sait :

Qu'on les observe surtout dans les épidémies de grippe;

Que les adultes la contractent aisément aussi;

Qu'elle ne communique pas la coqueluche et qu'elle ne préserve pas les enfants qui l'ont eue d'une coqueluche ultérieure;

Que la toux est souvent diurne, qu'elle est moins houpante, qu'elle ne s'accompagne pas d'épistaxis ni d'expectoration, ni habituellement de vomissements, ni d'œdème de la face, ni enfin de lisses ou ulcérations linguales; qu'on n'y observe ni perte d'appétit, ni changement dans le cacaractère, ni surtout cette tachycardie qui est un des bons signes de la coqueluche légitime. »

Mais M. Saint-Philippe insiste en particulier sur la *durée* et l'*opiniâtreté*, phénomènes sur lesquels Trousseau attirait déjà l'attention et qu'on peut considérer comme pathognomoniques. E. RENAUD.

Complications broncho-pulmonaires consécutives aux opérations sur les voies aériennes supérieures, et particulièrement sur le larynx. (*Revue hebd. de laryngol.*, 26 juillet 1902.) — MM. P. Jacques et A. Grosjean, étudiant les complications des 171 observations de laryngectomies totales qu'ils ont rassemblées, constatent que la pneumonie et la broncho pneumonie sont les plus fréquentes (29 sur 171 opérés), causant ainsi près de la moitié des cas de décès postopératoires.

Ces auteurs citent les travaux de M. Ch. Monod, communiqués à la Société de chirurgie (1886). M. Monod pensait que bien souvent ces complications sont le fait d'inflammations préexistantes et que, par suite, il faut veiller à une asepsie aussi parfaite que possible de la cavité buccale et pharyngienne. M. Bardenhauer revenait récemment sur cette question (*Bull. méd.*, 1er juin 1890). Cet auteur, ayant perdu 4 opérés sur 5, s'ingénia à mieux faire et réussit quatre nouvelles interventions grâce aux précautions suivantes :

Suture des parois pharyngiennes et œsophagiennes, la tumeur une fois enlevée;

Malade placé dans son lit de telle façon que la tête soit fortement défléchie et que l'ouverture de la trachée se trouve au point le plus élevé. Pour cela, on supprime l'oreiller et le traversin et aussi le tiers supérieur du matelas, la tête repose alors dans une dépression et tout écoulement de salive ou de mucosités devient impossible;

Enfin, nettoyage de la cavité buccale à l'aide d'une brosse à dents et de tampons d'ouate salicylée plusieurs fois par jour.

L'égalité de la température de l'air inspiré par le malade, après l'opération, est encore d'un gros appoint dans la prophylaxie (Terrier) des complications pulmonaires; il faut qu'il soit réchauffé et tamisé par des pulvérisations de vapeur d'eau par exemple.

Enfin, il faut tenir compte des phénomènes nerveux réflexes dus à l'irritation des nerfs laryngés retentissant sur les pneumogastriques; aussi MM. Jacques et Grosjean sont-ils d'avis, avec M. Moure (*Revue hebd. de laryngol.*, fév. 1902), qu'il y aura avantage dans les opérations sur les voies aériennes à remplacer, toutes les fois qu'on le pourra, l'extirpation totale ou partielle du larynx par l'excision simple mais large de la tumeur.

On supprimera de plus, dès qu'on le pourra, les causes d'irritation de la muqueuse des voies respiratoires supérieures, canule de trachéotomie et objets de pansement jouant le rôle de corps étrangers très irritants pour la muqueuse du larynx.

Qu'il me soit permis d'ajouter que certaines complications pulmonaires survenant chez de grands opérés, non pas seulement du larynx, mais de toute autre région, de l'abdomen par exemple, peuvent s'expliquer par la suppression des soins naso-pharyngés auxquels les malades étaient habitués dans certains cas et la position couché, le decubitus qui favorise l'infection pulmonaire. J'ai eu l'occasion d'observer un cas de ce genre; il s'agissait d'une malade atteinte d'ozène, qui succomba en quelques jours à des complications pulmonaires, alors que la plaie opératoire abdominale était en parfait état et l'état général antérieur de la malade excellent. P. VIOLLET.

DERMATOLOGIE

Traitement de l'urticaire. (Balzer. *Revue internat. de méd. et chir.*, 25 avril 1903, p. 130.) — Au cours d'une de ses cliniques de l'hôpital Saint-Louis, M. Balzer résume ainsi le traitement de l'urticaire :

La première fois, dit-il, qu'un sujet se présente à vous, porteur d'une éruption d'urticaire, il faut rechercher minutieusement l'origine de la dermatose. La suppression de sa cause joue le plus grand rôle dans la guérison. Pour peu que l'urticaire soit chronique, il est rare qu'elle ne s'accompagne d'un mauvais état des voies gastro-intestinales. On commencera par donner un purgatif qui aura pour but de faire l'antisepsie intestinale. Dans beaucoup de cas, le régime lacté est utile. Mais le traitement local est le plus important, parce qu'il vise l'élément le plus pénible, c'est-à-dire le prurit et l'état urticant de la peau.

Dans les cas légers, il suffira pour calmer les démangeaisons de faire quelques lotions avec l'eau vinaigrée froide et de poudrer la peau d'amidon. On peut obtenir une très grande diminution du prurit en faisant des frictions avec un citron coupé en quartiers de manière à en étaler le suc à la surface de la peau. On peut faire des lotions au menthol 2 p. 100, au thymol 2 p. 100, au phénol 2 p. 100, en solution dans le vinaigre aromatique ou l'alcool; par exemple avec un mélange ainsi composé :

Acide thymique..........	1	gramme.
Acide phénique..........	2	—
Alcool à 90 degrés.......	200	—

dont on imbibe un tampon de coton hydrophile avec lequel on pratique des frictions sur les parties prurigineuses, où cette solution détermine un soulagement très rapide.

On peut également employer ces substances sous forme de pommades, dont l'action est moins rapide mais plus persistante. On emploie la pommade phéniquée à 1 ou 2 à 5 p. 100, la pommade mentholée à 1 ou 2 p. 100.

On fait des badigeonnages avec le chloral camphré pur ou en pommade à 2 ou 5 p. 100, ou en solution dans la glycérine dans cette proportion :

Glycérine...............	100 grammes.
Chloral.................	2 —

ou avec le sulfonal en solution à 1 ou 2 p. 100.

Ces derniers moyens ne sont applicables que chez les adultes; chez les enfants, on se contente de l'eau vinaigrée et des solutions mentholées très faibles.

D'autre part, il est un certain nombre de médicaments qu'on peut administrer intérieurement. Ces médicaments, dans certains cas, sont une réponse directe à la cause provoquant l'urticaire : par exemple, il faut donner le sulfate de quinine chez les paludéens, les alcalins chez les goutteux. On emploie le sulfate de quinine, le salicylate de soude, l'ichtyol en pilules, de 0,50 centigrammes à 1 ou 2 grammes par jour. Le sulfate neutre d'atropine, en granules de 1/4 de milligramme en augmentant graduellement jusqu'à 1 milligramme au maximum, donne de bons résultats. Chez certains malades, on peut donner l'arsenic, mais cette médication doit être longtemps continnée. Le jaborandi et la pilocarpine ont été surtout employés par Besnier. On donne des pilules renfermant 0,10 centigrammes de poudre de feuille de jaborandi, ou on fait une injection de chlorhydrate de pilocarpine aux doses habituelles. Quelquefois, on peut prescrire avec avantage l'ergotine, à la dose de 30 à 50 centigrammes par jour. Dans les éruptions causées par le contact des insectes, on emploiera très avantageusement les lotions avec la solution aqueuse ou la pommade d'ichtyol à 2 p. 100.

Enfin, dans les prurits très pénibles, on peut aussi avoir recours à l'électricité, surtout aux courants de haute fréquence. Les bains fréquents, simples ou alcalins, et même le bain froid de rivière, réussissent très bien chez certains sujets.

Cette richesse apparente de l'urticaire n'est malheureusement qu'un trompe-l'œil. L'urticaire est une affection très difficile à combattre, et les résultats obtenus avec les divers remèdes sont toujours incertains. Il est nécessaire d'en prévenir les malades afin qu'ils se soumettent de bonne grâce aux essais de différents traitements successifs.

On prescrira naturellement le régime général de toutes les dermatoses de ce genre, supprimant les poissons crustacés, coquillages, charcuteries, tomates, asperges, le café, le thé, l'alcool. On surveillera l'état des reins et la constipation.

Certains malades se trouvent bien d'une cure d'eau minérale. En France, on prescrit Vichy, Châtel-Guyon, Miers; en Allemagne, Carlsbad et Marienbad.

Dans certains cas, on doit prescrire les calmants à l'intérieur, l'antipyrine, la valériane, le bromure de potassium.

Pour lutter contre les troubles des voies digestives, on se trouve bien de l'administration du benzo-naphtol, du salol ou du menthol en pilules de 0,10 centigrammes à la dose de quatre ou cinq par jour. L. GAYARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La lutte contre la tuberculose. — Le Bureau central international pour la lutte contre la tuberculose, constitué l'an dernier, et qui a déjà tenu en octobre 1902 une réunion à Berlin, se réunira pour la seconde fois à Paris, du 4 au 6 mai 1903.

Voici le programme définitivement arrêté :

Lundi 4 mai, neuf heures matin : séance du conseil particulier à la Faculté de médecine (salle du conseil); après-midi, une heure trente : visite des sanatoriums populaires de l'Œuvre des enfants tuberculeux d'Ormesson (gare de l'Est, une heure trente, départ pour Villiers-sur-Marne, retour à Paris à six heures trente); soir, huit heures : banquet offert aux membres étrangers, galerie des Champs-Elysées, 55, rue de Ponthieu. (Souscription : 25 fr. S'inscrire jusqu'au 30 avril au soir, chez M. Letulle, 7, rue de Magdebourg.)

Mardi 5 mai, neuf heures matin : deuxième séance du conseil particulier (salle du conseil de la Faculté de médecine); après-midi, deux heures : séance publique, non contradictoire, « exposé de l'état actuel des moyens employés dans les différents pays pour combattre la tuberculose; » après-midi, cinq heures et demie : réception du bureau international par le conseil municipal de Paris à l'Hôtel de Ville; soir, huit heures : dîner offert sur invitation aux membres étrangers du bureau international par MM. Brouardel, Landouzy, Letulle et Sersiron, membres français du conseil particulier.

Mercredi 6 mai, huit heures vingt matin : départ pour Lille. Visite de l'institut Pasteur et du dispensaire antituberculeux Emile-Roux; rentrée à Paris à sept heures dix soir; soir, huit heures : invitations aux théâtres de l'Opéra, de la Comédie-Française et de l'Opéra-Comique.

Pour tous renseignements, s'adresser aux bureaux du secrétariat du Congrès international de la tuberculose, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

MM. les membres du « Bureau international de la tuberculose » sont instamment priés de faire connaître à M. le docteur Letulle, secrétaire général du Congrès, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, les parties du programme auxquelles ils désirent prendre part.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la quinzième semaine 1000 décès, au lieu de 1029 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1075.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 10).

La rougeole a causé 18 décès (moyenne 28); la scarlatine, 3 décès (moyenne 5); la coqueluche, 7 décès (moyenne 10); la diphtérie, 10 décès (moyenne 10); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 107, au lieu de 129 pendant la semaine précédente (moyenne 79).

La variole n'a causé que 1 décès (moyenne 3).

La diarrhée infantile a causé 23 décès de 0 à 1 an, au lieu de 32 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 29.

En outre, 35 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 170 décès chiffre identique à la semaine précédente et au lieu de 212, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 17 (moyenne 30); pneumonie, 43 (moyenne 55); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 99 (moyenne 110), dont 37 sont dus à la congestion pulmonaire et 50 à la broncho-pneumonie. En outre, 8 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 212 décès; la méningite tuberculeuse, 15 décès; la méningite simple, 23 décès, les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès.

La coiffure des infirmières. — M. Mesureur, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, vient de modifier la coiffure des infirmières. Les surveillantes chefs de service porteront une étoile sur le ruban du bonnet, étoile d'or pour les services de malades, d'argent pour les services généraux. Toutes les infirmières porteront en outre une cocarde aux couleurs de la Ville, rouge et bleu.

La tuberculose. Ses causes, son traitement, les moyens de s'en préserver, par le docteur Samuel BERNHEIM. 1 vol. in-12 de 214 p., 45 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les chorées électriques. (Paramyoclonus. Myoclonie.)

Par M. le docteur G. FISCHER,
Médecin aide-major de l'armée.

Plusieurs maladies du système nerveux, d'étiologies diverses, ont été décrites, à des époques différentes, sous le nom de chorées électriques (chorées électriques de Dubini, de Bergeron, d'Henoch), en même temps que certaines affections névropathiques, soit qu'elles fussent identiques à ces dernières, soit qu'elles en fussent une variété, recevaient des appellations différentes (paramyoclonus multiplex, chorée fibrillaire de Morvan). Il en résulta une confusion d'autant plus grande que le mot de « chorée » s'appliquait encore à d'autres maladies très éloignées des précédentes (chorée de Sydenham, d'Huttington, etc.). Aussi depuis quelque temps les auteurs s'efforcèrent-ils de réserver le nom de chorée à la chorée vraie gesticulatoire de Sydenham, ainsi qu'à ses différentes formes : chorée molle, chorée des enfants, chorée des femmes enceintes, chorée chronique héréditaire de Huntington. Quant aux affections similaires, elles furent rangées sous le titre de pseudo-chorées (Lannois) ou de chorées fausses électriques (Charcot, Bouchard, Brissaud), en attendant qu'il devînt possible de les mieux classer.

Peut être serait-il préférable de renoncer complètement à la dénomination de « chorée » pour ces dernières affections, qui ne présentent pas la parenté la plus éloignée avec la chorée vraie gesticulatoire, et même d'abandonner le qualificatif d' « électrique » que Bruns juge tout à fait impropre? Ce mot, dit-il, n'est pas très explicite, il indique évidemment qu'il s'agit de mouvements, ressemblant aux secousses musculaires produites par l'action d'une forte décharge électrique, mais ceux-ci sont-ils liés à une altération organique, toxique de la substance nerveuse, ou bien sont-ils dus à une altération accidentelle du système (fulguration, contact avec un courant électrique de forte intensité)? C'est là un point que ce terme laisse inexpliqué. Quoique cette argumentation dernière puisse paraître un peu spécieuse, il n'en est pas moins vrai qu'il serait bon, pour éviter toute confusion, d'abandonner le terme de chorées électriques. Peut-être cette étude, faite par l'ordre chronologique, dans laquelle nous essaierons d'arriver à une fixation nosologique exacte des maladies diverses désignées par cette appellation, nous permettra-t-elle de préconiser pour elles une dénomination plus rationnelle.

I

Dès 1846, Dubini, médecin à Milan, nous fait connaître sous le nom de *chorée électrique* une maladie dont l'un des symptômes les plus importants consiste en des secousses musculaires analogues à des secousses électriques. Cette affection peut débuter à tout âge et s'annonce par des phénomènes douloureux localisés à la tête, à la nuque, aux reins. Puis rapidement apparaissent dans les doigts, les orteils, des contractions cloniques, qui gagnent ensuite les bras ou les jambes correspondants, une moitié de la figure, et se généralisent bientôt à tout le corps, après n'en avoir occupé qu'une moitié. Les téguments sont hyperesthésiés; les secousses, douloureuses en elles-mêmes, peuvent être réveillées par les attouchements les plus légers. Parfois on note aussi des crampes épileptiformes, qui amènent des paralysies passagères d'abord, puis durables; celles-ci se généralisent peu à peu et s'accompagnent d'atrophie, avec troubles de l'excitation électrique. Après quelques jours ou quelques mois, la mort survient (90 p. 100 des cas d'après Bianchi) par paralysie du cœur et coma.

Les lésions anatomo-pathologiques découvertes dans cette affection n'ont rien de spécifique. Celles-ci semblent siéger particulièrement sur le système nerveux, mais elles sont banales (congestion et inflammation des méninges; congestion cérébrale...); les recherches bactériologiques ont été négatives (Bonardi). Bref, sans affirmer avec Grocco que cette affection est d'origine purement cérébrale, nous dirons avec Tomassi, Bianchi, Pignacco, et quelques auteurs allemands, qu'elle constitue une maladie organique infectieuse et assez diffuse de tout le système nerveux. Malgré le résultat négatif des recherches bactériologiques, sa nature infectieuse est prouvée par le caractère endémique qu'elle peut revêtir, par l'existence de prodromes,

par l'évolution souvent fébrile, par l'albuminurie et par l'excès d'urée dans les urines.

Tous les neuropathologistes reconnaissent aujourd'hui que le tableau clinique de cette infection ne peut rentrer, en aucune façon, dans le cadre pourtant si vaste des chorées. A part Cavagnis et Stefanni, qui, faute de mieux, maintiennent cette dénomination de chorée électrique, la plupart des auteurs étrangers la condamnent comme impropre. Dubini lui-même avoue que l'habitude seule fait qu'il conserve le nom de « chorée électrique » à l'affection décrite par lui. Avec Grocco et Lannois (1), nous croyons qu'il serait préférable, afin d'éviter toute confusion, de proposer pour ce syndrome le nom de *maladie de Dubini*.

II

Tout à fait différente de cette affection est la *chorée électrique* décrite en 1860 par Henoch (2). L'étude de cet auteur repose sur l'observation de 30 malades, garçons ou filles, ayant un âge moyen de neuf à quinze ans. Cette maladie, uniquement *infantile*, possède un début brusque : de temps en temps apparaissent sur le corps des secousses brusques, involontaires, rapides comme des éclairs, qui siègent surtout dans les muscles de la nuque et des épaules (sterno-cléido-mastoïdiens, angulaires de l'omoplate, pectoraux, etc.); celles-ci peuvent néanmoins se présenter dans d'autres régions. Parfois ces troubles sont plus accentués dans l'une des deux moitiés du corps. Ces contractions cloniques ressemblent beaucoup à celles produites par le passage d'un courant d'induction intense; en général elles sont faibles et si fugaces qu'il faut une grande attention pour les observer; sur le corps mis à nu, on peut très bien voir, ou sentir à la main les secousses rapides de quelques muscles isolés. La langue tirée montre parfois des mouvements de reptation analogues à ceux de la chorée ordinaire. Ces secousses durent chacune un instant; leurs intervalles très variables peuvent s'étendre de quelques secondes à quelques minutes. Durant ces crises la parole n'est pas troublée, tout au plus est-elle saccadée; il est souvent possible au sujet d'écrire, de coudre, ou d'effectuer n'importe quel autre acte par sa volonté, et cela d'autant plus facilement que les mouvements ne siègent pas sur les muscles intéressés. Néanmoins, chez une jeune fille de quinze ans, rapporte Henoch, les secousses localisées à la moitié droite du corps et de la figure étaient assez fréquentes pour empêcher l'écriture et le travail de la main droite.

Tout en se produisant d'une manière assez espacée, ces secousses peuvent à certains moments se succéder si rapidement qu'elles affectent la forme d'une crise ; parfois elles siègent aussi sur d'autres muscles que ceux précédemment cités. Chez un garçon de dix ans, dont tout le corps était agité par des secousses en éclair, pendant que la tête était presque épargnée, chaque attaque convulsive s'accompagnait d'une inspiration en forme de crampe; ce qui témoignait d'une participation du muscle diaphragme, et peut-être aussi de la glotte. Une fille de douze ans émettait souvent pendant les secousses des sons inarticulés (Henoch).

Presque toujours les contractions cloniques cessent pendant le sommeil, comme dans la chorée vraie.

En dehors de ces phénomènes, aucune autre manifestation morbide ne se révèle; la marche est possible; il n'y a jamais aucune altération de l'énergie psychique.

Cette affection, d'étiologie obscure, débute souvent à la suite d'une frayeur intense. Après quelques rémissions la maladie devient fréquemment chronique. Elle est en tous cas *difficile à guérir*; le bromure de potassium serait quelquefois actif, mais seulement d'une façon passagère; on retirerait de bons effets de l'électrisation (1).

III

Plus tard Berland décrit dans sa thèse inaugurale, en 1880, une affection qu'il appelle *chorée électrique de Bergeron*, puisque son travail était fait sous l'inspiration de cet éminent professeur. Celle-ci frappe aussi de préférence *les enfants* entre sept et quatorze ans, se manifeste à la suite d'une émotion morale vive et pénible, d'une frayeur. On invoque comme prédisposition l'hérédité nerveuse et la chloro-anémie. Joffroy lui reconnaissait une origine gastrique. « Il existerait, disait-il, une variété de chorée électrique, qui équivaudrait aux manifestations d'un système nerveux altéré par des substances toxiques d'origine gastrique; aussi le traitement de l'estomac serait-il alors curatif des accidents convulsifs. »

De même que pour la chorée d'Henoch, ce sont des secousses brusques, rapides « qui semblent être l'effet d'une décharge électrique répétée d'une façon rythmique, à intervalles rapprochés, ou à plusieurs minutes de distance ». Ces secousses indépendantes de la volonté n'empêchent pas les mouvements volontaires; enfin pendant le sommeil elles disparaissent. Remarquons surtout qu'elles semblent s'exagérer si le malade cherche à les empêcher.

Comme précédemment, le siège principal et le plus fréquent des crampes est à la tête, puis à la nuque, aux épaules, aux avant-bras; mais souvent les autres parties du corps sont aussi atteintes. Parfois même c'est une seule extrémité ou une seule moitié du corps. Elles déterminent des mouvements d'élévation et d'abaissement des épaules, d'abduction et d'adduction des bras. Mêmes paroxysmes que pour la maladie d'Henoch.

Aucun autre phénomène morbide. On peut cependant noter un certain état psychique (tristesse, angoisse au moment des accès).

Par opposition à l'affection décrite par Henoch, cette maladie, à début brusque, évolue *rapidement vers la guérison*; celle-ci aurait pu dans certains cas être obtenue par l'administration de tartre stibié.

Un grand nombre d'auteurs identifient les deux dernières maladies dont nous venons de parler, et les réunissent sous le nom de *chorée électrique de Henoch-Bergeron*. Nous verrons plus loin pourquoi il faut les séparer l'une de l'autre.

IV

Le *paramyoclonus multiplex*, affection similaire des précédentes, fut décrit un peu plus tard par Friedreich (2) comme une nouvelle entité morbide. Cette maladie se développe presque toujours *chez l'adulte*. Elle débute à l'occasion d'une frayeur, d'un refroidissement, d'une maladie infectieuse ou d'un traumatisme. Dans les antécédents héréditaires des malades on retrouve fréquemment soit des né-

(1) Lannois. Thèse d'agrégation, Paris 1886.
(2) Henoch, Siebenten Auflage, *Lehrbuch der Kinderkrankheiten*.

(1) Henoch. Soc. de médecine de la Charité à Berlin, 13 avril 1882.
(2) Friedreich. *Virchow's Archiv*, 1882, LXXXVI, p. 421.

vropathies telles que la paralysie générale, soit les grandes névroses (hystérie, épilepsie).

Cette affection, dont le début est quelquefois insidieux, mais le plus souvent brusque, consiste essentiellement en secousses musculaires courtes, cloniques et involontaires, qui ont la rapidité de contractions produites par un courant électrique. Elles se manifestent à des intervalles variables, parfois très espacés, parfois très rapprochés, au point de donner l'aspect de véritables crises. La volonté peut les inhiber. Si, par exemple, le malade est couché sur son lit en proie à une crise siégeant sur les quatre membres, et qu'on lui ordonne de marcher, il exécute très bien cet ordre : les contractions cessent dans les membres inférieurs, soumis alors aux mouvements volontaires de la marche, tandis qu'ils continuent dans les membres supérieurs. Le plus souvent l'écriture, la couture restent aussi possibles. Le sommeil fait généralement disparaître ces contractions spéciales, quoique dans certains cas celles-ci puissent apparaître brusquement dans la nuit et réveiller le malade.

Ces mouvements sont à peu près également répartis dans les deux moitiés du corps, mais ils n'y sont généralement pas synchrones. Ils affectent parfois des corps musculaires, qui ne peuvent volontairement se contracter d'une manière isolée; dans quelques cas ils sont trop faibles pour entraîner un déplacement du membre ou du segment de membre intéressé. Les secousses sont localisées aux extrémités ou au tronc, mais jamais, ou d'une façon excessivement rare, à la figure. Certaines conditions sont favorables à leur apparition; par exemple, le passage de la position debout à la position couchée, les émotions ou les impressions périphériques (compression du triceps fémoral à pleine main).

Les muscles de la vie organique participent parfois aux troubles convulsifs : on a noté du hoquet, des borborygmes, des palpitations, des mouvements de déglutition répétés ou involontaires. L'articulation des mots est souvent gênée par des troubles moteurs des muscles de la langue et des lèvres.

Ces diverses contractions ne sont pas douloureuses, mais laissent après elles une grande lassitude. Force musculaire conservée. Pas de troubles de sensibilité générale ou spéciale. Les réflexes sont intacts ou un peu exagérés. On a observé des crises de larmes, de sueurs, de salivation, de polyurie.

A noter que l'intelligence n'est pas altérée. Les autres appareils organiques sont absolument intacts.

La pathogénie de cette maladie est des plus obscures; l'affection est ordinairement considérée comme une névrose se traduisant par une sensibilité exagérée de la substance grise de la moelle; pour Friedreich ce seraient les cornes antérieures, pour Vanlair (1) les cornes postérieures ; enfin Manquat et Grasset (2) estiment qu'il s'agit d'un trouble musculaire neuropériphérique.

Le paramyoclonus multiplex revêt une marche lente, ordinairement progressive; sa *guérison définitive est rare*; le traitement amène quelquefois des améliorations passagères.

V

Si la chorée de Dubini, maladie infectieuse, doit être définitivement éliminée du cadre des chorées électriques, il est facile de voir que les trois dernières affections décrites ne sont pas sans présenter entre elles de grandes analogies, qui, pour la chorée de Henoch, et le paramyoclonus multiplex, peuvent être poussées jusqu'à l'identification. Dès 1883, Remack (1) prétendait qu'il n'y avait pas de démarcation tranchée entre la maladie de Henoch et celle de Friedreich. Seeligmuller (2), puis Schultze ne tardaient pas à identifier les deux affections. Enfin Lemoine et Lemaire (3), en 1890, consacraient une longue étude à cette question.

Il existe, disait Remack, des rapports étroits entre ces deux maladies, qui se développent souvent l'une comme l'autre après une émotion ou une frayeur, ou encore une maladie aiguë (diphtérie par exemple), dans toutes les deux les secousses sont fulgurantes, il y a augmentation des réflexes tendineux, et absence de coordination des mouvements involontaires.

Ziehen (4) qui persistait à différencier ces deux maladies, se basait sur le caractère des spasmes, d'après lequel ils sont arythmiques dans le paramyoclonus, et rythmiques dans la chorée électrique ; mais ce n'est peut-être pas là un caractère distinctif suffisant. D'après Lemoine et Lemaire d'ailleurs, ces spasmes seraient plus ou moins rythmiques dans la chorée électrique. En tous cas ces auteurs, ainsi que Remack, estiment qu'il est difficile de séparer le paramyoclonus de la chorée électrique; on y trouve la même rapidité, la même incoordination des mouvements, ainsi que leur généralisation possible à toutes les parties du corps; les réflexes sont de part et d'autre augmentés. « Il existe entre les types caractéristiques de l'un et de l'autre une série de types de transition, qui fournissent tous les éléments d'une trame continue, tous les anneaux d'une même chaîne. »

Pour Seeligmuller, la chorée de Henoch n'est qu'une forme de paramyoclonus multiplex, et cet auteur estime qu'il serait bon de réunir les deux affections sous le nom de myoclonies.

Enfin Vanlair (5) propose de ranger sous le titre de *myoclonies* « l'ensemble des états morbides plus ou moins permanents, caractérisés par des contractions forcées, brusques, incoordonnées, à répétition rapide, rythmiques ou arythmiques, avortées ou suivies d'un déplacement effectif, occupant toujours les mêmes parties, et résultant de l'alternance entre l'action et le relâchement de certains muscles ».

Il semble donc logique de réunir la chorée de Henoch et le paramyoclonus multiplex sous le nom de *myoclonies*, la chorée de Henoch affectant plus spécialement les enfants, le paramyoclonus multiplex atteignant plutôt les adultes. Mais nous ne pensons pas qu'il faille englober dans les myoclonies la *maladie des tics convulsifs*, comme le veulent Lemoine et Lemaire. En effet, dans celle-ci existent des désordres psychiques ou psycho-moteurs particuliers (coprolalie, écholalie, échokinésie, idées fixes), qu'on ne retrouve pas dans la myoclonie. En outre, chez les tiqueurs, les convulsions sont coordonnées, et représentent ordinairement la répétition d'actes volontaires ou réflexes, simulent les gestes de la vie ordinaire; dans la chorée de Henoch et le paramyoclonus, les secousses musculaires sont semblables à celles que produit l'électricité, et tout à fait incoordonnées.

(1) Vanlair. Des myoclonies rythmiques, *Revue de méd.*, janv. et fév. 1889.

(2) Manquat et Grasset. Sur la pathogénie du paramyoclonus multiplex, *Bull. méd.*, sept. 1889.

(1) Remack. Myoclonus multiplex, *Arch. f. Psych.*, Bd. 15, 1884.

(2) Seeligmuller. *Deuts. med. Woch.*, 1887, nº 52.

(3) Lemoine et Lemaire. Etude séméiologique et clinique du paramyoclonus, *Revue de méd.*, 1890.

(4) Ziehen. Ueber Myoclonus u. Myoclonie, *Arch. f. Psych.*, Bd. 19.

(5) Vanlair. Des myoclonies rythmiques, *Revue de méd.*, 1889.

L'erreur de Lemoine et Lemaire vient probablement de certains cas de myoclonies de nature épileptique, dans lesquels existait un état mental, susceptible parfois de rappeler la maladie des tics.

La myoclonie semble être une entité morbide, et non point un syndrome, comme le pensent Farges (1) et Colleville (2). Le syndrome myoclonique, ou le syndrome de Friedreich et de Morvan « n'est, disait Colleville, qu'une manifestation clinique particulière d'une perturbation dynamique, ou d'une altération dans le fonctionnement des cellules des cornes antérieures, ou plus généralement des cellules motrices de tout l'appareil cérébro-spinal ». Partageant cette erreur, certains auteurs ont pu décrire des cas de paramyoclonus, s'accompagnant d'atrophie musculaire. De même le paramyoclonus a été décrit comme symptôme de différentes affections médullaires : myélite chronique grave, polyomyélite, sclérose en plaques (Raymond, Lévi, Follet, Forgues); mais d'après Oppenheim (3), ces cas n'appartiennent pas à la myoclonie; ce sont des tremblements fibrillaires plus étendus, plus accentués qu'à l'ordinaire. En outre l'étude détaillée du cas rapporté par Farges, démontre que l'atrophie musculaire et la sclérose en plaques avaient précédé le myoclonus : la maladie avait, en effet, débuté par de la faiblesse générale, puis s'étaient manifestées successivement l'atrophie musculaire, les contractions fibrillaires et enfin les secousses cloniques.

Bref, la myoclonie n'est pas un syndrome; c'est une maladie bien définie avec ses caractères particuliers. Si l'on n'est pas encore très fixé sur la nature de ses lésions, toujours est-il qu'elles semblent siéger dans la substance grise de la moelle. On peut affirmer qu'elles s'y cantonnent dès le début, si l'on pense à l'immuabilité des symptômes qu'elles provoquent aussitôt. Toutefois, qu'un autre processus morbide gagne par la voie de propagation, cette même zone pathogène, les cellules altérées extérioriseront leurs lésions par les mêmes symptômes; mais cette manifestation secondaire ne sera qu'un épisode de la maladie (observation de Farges); elle se joindra aux autres signes caractéristiques de l'affection fondamentale.

La *myoclonie*, nous semble-t-il, doit réunir les affections décrites sous les noms de chorée de Henoch et de paramyoclonus multiplex; elle est bien une entité morbide, puisque toutes les observations nous montrent une évolution indépendante, et bien caractérisée.

VI

L'affection, décrite, en 1890, sous le nom de *chorée fibrillaire de Morvan*, n'est qu'une variété de la myoclonie. Elle la représente à un degré moindre. Les lésions n'y sont pas assez accentuées pour produire des secousses avec déplacement des segments des membres intéressés. « Cette maladie, dit Morvan, est caractérisée par des contractions fibrillaires apparaissant tout d'abord dans les muscles des mollets et de la partie postérieure des cuisses, pouvant ensuite s'étendre aux muscles du tronc, et même à l'un des membres supérieurs, mais respectant toujours les muscles du cou et de la face. » Puis il ajoute lui-même : « Je serais assez disposé à admettre que la chorée fibrillaire, malgré certaines particularités, n'est qu'une variété de paramyoclonus (1). »

(1) Farges. Le syndrome de Friedreich et de Morvan; myoclonie, *Gaz. hebd.*, juin 1890.

(2) Colleville. Syndrome de Friedreich et de Morvan avant la chorée, *Gaz. hebd.*, oct. 1890.

(3) Oppenheim. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 2 Auflage, Berlin 1900.

VII

La myoclonie ou polyclonie peut, non pas tant peut-être au point de vue symptomatique qu'au point de vue pathogénique, présenter trois formes différentes; et cette distinction possède une grande importance, une réelle signification, non seulement diagnostique et théorique, mais encore pratique et surtout thérapeutique. A côté de la forme fondamentale, *essentielle* de la myoclonie (chorée de Henoch, paramyoclonus multiplex), il existe une *myoclonie hystérique* et une *myoclonie épileptique*.

Myoclonie hystérique. — Sous ce nom pourraient être rangées les variétés hystériques, que l'on rencontre dans la chorée électrique et dans le paramyoclonus multiplex. L'existence de cette variété nous est démontrée par une observation de Bruns (2). C'est, dit cet auteur, une forme hystérique de chorée électrique, mais il n'est pas rare non plus de trouver des cas de paramyoclonus de nature hystérique.

L'observation de Bruns se rapporte à une petite fille de neuf ans, issue de parents bien portants, ne présentant aucune trace de névropathie. Quand Bruns examina cette malade, l'affection avait débuté depuis quatre mois par des secousses, aussi rapides que l'éclair, intéressant avant tout la musculature de l'épaule et de la nuque. Chose importante à noter : les contractions augmentaient d'intensité et de fréquence, quand on les prenait en attention; elles étaient particulièrement nombreuses quand la mère, très émue de l'affection présentée par son enfant, l'admonestait à l'occasion de chaque crampe, que dans son ignorance elle considérait au début comme une mauvaise habitude. L'examen de la petite malade révélait une disparition complète du réflexe du pharynx et du voile du palais; à part cela, aucun stigmate de l'hystérie, aucun autre signe pathologique. Quand le sujet entra dans les salles de l'hôpital, Bruns, persuadé de la nature hystérique de cette affection, ordonna à l'entourage de ne plus porter une attention manifeste sur ces crampes, de ne plus en parler, même d'une façon incidente. En même temps, il prescrivit : galvanisation de la nuque et douches froides. Au bout de huit jours déjà, les crampes avaient cessé. Elles reparurent cependant après la visite d'un parent de la malade. Bruns défendit alors à la patiente de recevoir toute espèce de visite, et quelques semaines plus tard, celle-ci quittait l'hôpital complètement rétablie. La guérison persiste encore actuellement.

Si l'on rapproche de cette observation la description de la chorée électrique de Bergeron, on est frappé des caractères nombreux que présentent en commun la maladie de Bruns, et les patients, atteints de chorée électrique de Bergeron. Secousses identiques, à siège analogue, qui loin d'être calmées par la volonté, comme dans le paramyoclonus vrai, et la chorée électrique proprement dite, s'exagèrent au contraire lorsqu'on y attache l'attention. (Remarquons que si quelques auteurs ne sont pas d'accord au sujet de l'influence exercée par la volonté sur les mouvements choréiques spéciaux, c'est que, vraisemblablement, ils ont confondu la myoclonie hystérique avec la myoclonie proprement dite,

(1) Morvan. *Gaz. hebd.*, 1890, p. 189.

(2) Bruns. Sur la chorée électrique, *Berl. klin. Wochens.*, 1902, n° 51.

dont elle n'est qu'une forme.) Enfin, même guérison rapide, contrairement à ce qui s'observe dans la myoclonie essentielle, qui, elle, ne guérit presque jamais.

La seule différence entre les observations d'Henoch et celles de Bergeron, dit Bruns, voulant suivant l'usage identifier les affections décrites par ces auteurs, c'est que les cas de Bergeron guérissaient tous rapidement, alors que dans ceux d'Henoch le traitement laissait beaucoup à désirer, et même le plus souvent restait inactif. Cela tient peut-être, ajoute encore Bruns, à ce que les deux auteurs ont observé des cas à symptômes semblables, mais d'une *étiologie différente*, et que cette différence s'est justement révélée dans le succès ou l'insuccès de la thérapeutique. Nous dirons — et les lignes écrites par Bruns sont à l'appui de notre assertion — que les observations d'Henoch doivent (mises à part les variétés hystérique et épileptique) plutôt être rapportées à la *myoclonie proprement dite*, et celle de Bergeron à la *myoclonie hystérique*. La chorée de Bergeron n'est pas identique à la chorée d'Henoch ; elle en est une forme, au même titre d'ailleurs qu'elle est une forme de paramyoclonus [Massalongo (1)].

Faisons, enfin, remarquer qu'avec cette nature hystérique de la chorée de Bergeron concordent la guérison rapide de cette affection par une cure vomitive, et l'arrêt des crises par la compression de certaines zones (Joffroy).

Sans vouloir, comme Mœbius, Strumpell, Gilles de la Tourette et Pitres, lui rapporter tous les cas de myoclonie, on peut donc admettre que l'hystérie, « cette grande simulatrice », peut revêtir la forme de la chorée électrique ou du paramyoclonus multiplex sous le nom de *myoclonie hystérique* (chorée de Bergeron), de même qu'elle imite déjà la chorée vulgaire de Sydenham, sous les noms de grande chorée, danse de Saint-Guy, etc. Toutefois, il faut dire, avec Oppenheim (2), que le diagnostic de myoclonie hystérique n'est pas toujours facile à faire, car l'hystérie est d'autant plus difficile à déceler que cette variété de polyclonie affecte de préférence l'enfant, chez lequel cette névrose est fréquemment monosymptomatique.

Myoclonie épileptique. — Cette forme épileptique de la myoclonie est mentionnée par Unverricht (3) pour le paramyoclonus. Hénoch signale aussi la présence de l'épilepsie chez quelques-uns de ses malades, atteints de chorée électrique. Enfin Bruns nous rapporte une observation personnelle de « chorée électrique de nature épileptique ».

La malade en question, jeune fille de neuf ans, présentait des secousses rapides comme l'éclair, qui avaient pour siége les muscles de l'épaule, de la nuque et des bras, et possédaient tous les caractères des secousses de la chorée électrique. L'auteur fut frappé de ce fait que cette malade était douée de facultés intellectuelles peu développées, alors que tous les enfants, observés jusqu'alors pour la chorée électrique, étaient psychiquement bien développés. Au début la patiente avait été atteinte d'une inflammation grave du poumon avec des phénomènes cérébraux accentués, et dans la suite, elle avait longtemps souffert d'attaques particulières : après une forte secousse dans le tronc et la nuque, elle était projetée à terre d'une manière si violente qu'elle se contusionnait fortement la région postérieure du crâne. Ces attaques graves ne s'accompagnaient pas d'autres secousses ; l'enfant se relevait aussitôt, mais restait ensuite obnubilée pendant un court espace de temps. Les secousses observées par l'auteur auraient fait suite à ces attaques ; leur aspect répondait à celui de la chorée électrique, et elles ne s'accompagnaient pas de perte de connaissance.

Dans ce cas particulier, le diagnostic d'épilepsie ne fut pas seulement posé d'après les symptômes énoncés plus haut, et spécialement d'après les commémoratifs portant sur les attaques graves avec renversement, mais encore d'après les remarques et les observations faites par Bruns depuis de longues années. Celles-ci lui permirent en effet de se convaincre que certaines formes de crampes étaient souvent décrites comme une maladie particulière, alors qu'elles étaient simplement une expression de l'épilepsie d'ailleurs si répandue. En outre Bruns nous déclare avoir observé une série de cas d'épilepsie, spécialement chez des enfants, qui, après des attaques franches et nettes, présentaient même au bout d'un temps assez long des secousses en éclair de la musculature de la nuque, du tronc supérieur ou des épaules. Si ces secousses n'étaient pas très fortes, les malades pouvaient rester assis ou debout. L'aspect symptomatique de l'affection répondait alors tout à fait à la chorée électrique. Quand les secousses étaient plus fortes, les malades tombaient en avant, ou en arrière suivant le siège des muscles intéressés ; ils pouvaient le plus souvent se relever aussitôt. Dans tous les cas, il était impossible de constater une perte de connaissance ; si toutefois elle existait, sa durée était excessivement courte. Les enfants atteints présentaient un développement intellectuel retardé.

Des observations rappelant la myoclonie ont été relatées par Binswanger (1), mais cet auteur croit soit à des attaques rudimentaires, soit à des auras. Féré (2) nous décrit également des secousses analogues et les classe parmi les attaques rudimentaires.

Enfin Bruns a pu observer un grand nombre d'épileptiques avérés chez lesquels, soit immédiatement avant l'accès, soit peu de temps auparavant, ou même dans l'intervalle des accès, et d'une manière presque continue, on observait des secousses cloniques des différents muscles. Ces contractions avaient pour effets, soit de rabaisser brusquement le long du corps un bras levé, soit de faire renverser le contenu d'un vase tenu à la main. Jamais il n'y avait de troubles de la connaissance à ces moments. Des faits analogues, enfin, ont été décrits sous les noms d'épilepsie continue, d'épilepsie chronique, d'épilepsie partielle continue soit par Rojewnikow (3), Betcherew (4), soit en Allemagne par Hagl (5), et Bresler (6). Pareilles secousses interparoxystiques et fréquentes rappellent forcément, lorsqu'elles atteignent surtout les épaules, les bras et la nuque, les manifestations cliniques caractéristiques de la chorée électrique ou du paramyoclonus, mais elles doivent en être distinguées sous le nom de *myoclonie épileptique*.

(1) Massalongo. Corea elettrica o mioclonia elettroïd, *La Riforma med.*, 1892.

(2) Oppenheim. Loc. cit.

(3) Unverricht. *Ueber familiäre Zeitch. f. Nervenkrankheiten*, Bd. VII.

(1) Binswanger. Die Epilepsie, *Nothnagels Spec. Path. u. Ther.*, Bd XII, Th. I. Wien 1899.

(2) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, Paris 1890.

(3) Rojewnikow. Epilepsia partialis continua, *Neurol. Centralbl.*, 1895, S. 47.

(4) Betcherew. Epilepsia choreica, *Neurol. Centralbl.*, 1896, S. 1104.

(5) Hagl. Ein Fall von Epilepsie, mit intervallären continuirlichen Zuckungen, *Jarhb. des Wien. Krankheiten austalt*, 1893.

(6) Bresler. Ueber Spinal epilepsie, *Neurol. Centralbl.*, 1896, S. 1015.

Quelques difficultés peuvent néanmoins surgir à propos du diagnostic.

Dans l'épilepsie, en effet, il est quelquefois donné d'observer les phénomènes décrits par Higier (1) sous le nom de *paralysies épileptiques paroxystiques*, caractérisées par ce fait que le déplacement du membre, ou du segment du membre intéressé, est dû à une paralysie et non à une contraction musculaire comme dans la myoclonie ; c'est là un fait parfois difficile à élucider.

Il faut encore dire que la myoclonie doit à sa variété épileptique d'avoir été confondu avec la *maladie des tics* (Lemoine et Lemaire), en raison de quelques troubles mentaux qui peuvent exister dans cette variété. Mais dans la myoclonie les secousses ont une localisatiou spéciale, et des caractères absolument particuliers (instantanéité des contractions, ressemblance avec des secousses électriques, incoordination absolue des mouvements, qui ne simulent jamais des actes de la vie ordinaire). En outre, il n'y a jamais de désordres psychiques aussi accentués, ni de même nature (coprolalie, écholalie).

Peut-être pourraît-on rattacher à cette myoclonie épileptique le *tic de Saalam*, à l'exemple de Lannois (2), qui, avec les chorées électriques, le range dans la catégorie des pseudochorées : c'est l'*accessorius Krampf* des Allemands. Cette affection consiste en mouvements de la tête d'une grande fréquence, survenant par accès chez les enfants. Ces crises, accompagnées de perte de connaissance, paraissent être une forme du mal comitial.

Bref, la myoclonie épileptique est plus facile à distinguer de la myoclonie essentielle que la forme hystérique de cette affection. En effet, à côté des secousses interparoxystiques, ou bien des attaques rudimentaires, qui peuvent être confondues avec la myoclonie proprement dite, en a le plus souvent des attaques classiques d'épilepsie, ou tout au moins parvient-on à déceler parfois quelque perte de connaissance tout à fait passagère ; enfin, si les accès se répètent, le développement intellectuel, chez l'enfant, subit de ce fait un retard marqué.

Myoclonie essentielle. — Séparée de ses formes hystérique et épileptique, dont la description nosologique doit rentrer dans le cadre spécial de l'hystérie et de l'épilepsie, la myoclonie ou polyclonie proprement dite doit, croyons-nous, être étudiée comme entité morbide, car elle possède des caractères propres et bien déterminés.

Voici, d'ailleurs, une observation de ce genre, que nous avons eu l'occasion de relever personnellement ces temps derniers :

Un jeune homme de vingt-deux ans, robuste et bien constitué, n'avouant aucune affection névropathique dans ses antécédents soit personnels, soit héréditaires, est pris brusquement, au deuxième jour d'une angine pultacée, avec hyperthermie légère, de secousses brusques, siégeant dans les bras et les épaules. Celles-ci, tout d'abord espacées, revêtent un caractère spécial à partir du huitième jour : ayant augmenté d'intensité et de fréquence, devenues presque subintrantes, elles prennent la forme de véritables accès, quotidiens ou biquotidiens, qui ont une durée variable entre dix et vingt minutes.

(1) Higier. Paroxysmal auf tritende Läkmung epileptischer natur, *Neurol. Centralbl.*, 1897, S. 152.

(2) Lannois. *Monographie des chorées*, Th. d'agrég., Paris 1886.

Ces secousses, qu'elles soient paroxystiques ou interparoxystiques, présentent toujours les mêmes caractères. Elles se traduisent par une adduction brusque des épaules, avec flexion des bras et des avant-bras : en même temps les jambes subissent une brusque extension sur les cuisses. La face et le cou restent intacts, les contractions musculaires sont aussi rapides et instantanées que si elles étaient produites par un courant électrique. Tout en affectant des muscles symétriques dans les deux moitiés du corps, elles n'y sont pas synchrones, et se présentent avec une plus grande intensité du côté droit. Les secousses sont moins fréquentes, quand on en détourne l'attention du malade. La volonté les fait disparaître, ou tout au moins diminue de beaucoup leur intensité ; toujours est-il qu'elles disparaissent complètement dans un membre, qui devient le siège d'un mouvement volontaire (marche). L'attention qu'on y attache pour les observer ne provoque aucune exacerbation. Ces contractions ne sont pas douloureuses, mais pendant toute la crise, le malade éprouve une douleur sourde et violente, profondément localisée dans l'abdomen, au niveau de l'épigastre.

Ces attaques convulsives s'accompagnent souvent de crises lacrymale et sudorale. Pendant toute leur durée le malade garde toute sa connaissance ; mais néanmoins celles-ci le laissent épuisé. A deux reprises différentes même il resta pendant quelques minutes en état d'obnubilation, de pseudo-ivresse après une crise intense, et il présenta de l'anesthésie totale, mais très fugace, au niveau des quatre membres. Cependant, à part ces deux circonstances exceptionnelles, ni la sensibilité générale, ni la sensibilité spéciale ne furent altérées. Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de stigmates hystériques. Réflexes un peu exagérés. Pas de troubles trophiques : force musculaire conservée. Facultés intellectuelles intactes. Pas d'émotivité particulière. Aucun autre signe pathologique.

Le bromure de potassium fut sans effets sur la marche de la maladie, non plus que les injections sous-cutanées de sulfate d'ésérine. Une première fois, la liqueur de Boudin avait au bout de quarante-cinq jours amélioré considérablement le malade : les crises avaient cessé ; les spasmes n'étaient que fort rares. Mais le patient resta sans traitement pendant deux mois environ, durant lesquels il changea de milieu. Les crises reparurent. La liqueur de Boudin reprise à ce moment échoua. L'hydrothérapie employée seule sembla amener une amélioration (crise tous les quatre jours), mais il fut impossible d'obtenir un résultat meilleur, même en y joignant le bromure de potassium. Au bout de six mois, le malade n'était pas guéri ; l'affection semblait au contraire prendre une marche chronique.

Nous étions bien en présence d'une myoclonie essentielle, car il était impossible de retrouver soit des stigmates de l'hystérie (1), soit des traces d'épilepsie chez notre sujet. Celui-ci, malgré le résultat infructueux de l'étude de ses antécédents, devait être atteint de dégénérescence nerveuse héréditaire ; peut-être fallait-il en voir quelques signes dans l'ogivité exagérée de sa voûte palatine, ou dans cet état passager d'obnubilation et d'anesthésie cutanée qu'il avait présenté à la suite de deux crises violentes.

Bruns cite (loc. cit.) plusieurs cas analogues au précédent sous la rubrique de chorée électrique essentielle. Quoique

(1) Il fallait éliminer l'hystérie monosymptomatique, puisque nous avions affaire à un adulte.

cet auteur n'identifie pas en effet, comme Lemoine et Lemaire, le paramyoclonus multiplex et la chorée électrique, il reconnaît que ces maladies peuvent l'une comme l'autre revêtir au point de vue pathogénique trois formes différentes, dont la distinction, dit-il, possède une signification, non seulement diagnostique et théorique, mais encore pratique et surtout thérapeutique.

Oppenheim établit aussi que la myoclonie peut être sous la dépendance tantôt de l'hystérie, tantôt enfin de l'hérédité nerveuse.

Il semble donc bien qu'il existe une *myoclonie essentielle*, distincte de la myoclonie hystérique et de la myoclonie épileptique. Cette myoclonie essentielle se développe chez les dégénérés nerveux, chez les névropathes héréditaires. Elle débute à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, ou mieux encore d'une infection. (V. notre observation personnelle; de plus Oppenheim signale sa coïncidence avec une attaque d'urticaire.)

Ces crises, tout en se rapprochant comme allure générale des autres variétés, présentent cependant quelques caractères particuliers. Les secousses musculaires, en effet, semblent dans la myoclònie essentielle être favorisées par la position couchée du malade; les crises sudorale et lacrymale ne sont pas signalées dans les autres variétés; il en est de même de ces douleurs musculaires, et aussi de cette douleur pongitive au creux épigastrique, observée chez notre malade.

Nous rappellerons aussi l'absence des stigmates hystériques, des attaques avortées d'épilepsie, ou d'un certain état psychique des sujets... Peut-être relèvera-t-on la présence de quelques rares signes se rapportant à l'hystérie, à l'épilepsie, mais ils ne seront ni assez nombreux, ni assez accentués pour confirmer l'existence de ces névroses; isolés, ces signes n'auront pour valeur que celle d'affirmer l'hérédité nerveuse.

Enfin, s'il est parfois difficile de déceler l'hystérie ou l'épilepsie, les effets du traitement assureront le diagnostic et le pronostic.

La thérapeutique bromurée, ou tout autre traitement spécifique, sera en effet suivie de succès dans la myoclonie épileptique.

Dans la forme hystérique, la guérison sera rapidement obtenue par la méthode suggestive (méthode de l'« indifférence voulue » vis-à-vis des secousses), par l'hydrothérapie ou l'électricité, ou encore par la cure vomitive.

La myoclonie essentielle seule restera rebelle à tout traitement.

VIII

La question des chorées électriques reste encore un sujet ouvert à de nombreuses dissertations. Si on éliminait de ce cadre la chorée de Dubini, ou mieux la maladie de Dubini, les autres chorées électriques, mais non les tics convulsifs, pourraient être groupés sous le titre plus exact de *myoclonies ou polyclonies*. Il faudrait en séparer aussitôt, pour en rattacher l'étude à leurs névroses causales, deux formes : la myoclonie hystérique (chorée de Bergeron) et la myoclonie épileptique (maladie d'Unverricht, tic de Saalam).

Resterait la myoclonie essentielle, se développant sur un terrain névropathique, et représentée chez les enfants par la chorée d'Henoch, chez les adultes par le paramyoclonus multiplex. La chorée fibrillaire de Morvan ne serait qu'une variété de cette myoclonie essentielle.

Ces données peuvent se résumer dans le tableau suivant :

Myoclonies ou polyclonies.	Forme hystérique (chorée de Bergeron).		
	Forme épileptique : chorée d'Unverricht, tic de Saalam.		
	Myoclonie essentielle.	Chorée d'Henoch (enfants).	Variété : chorée fibrillaire de Morvan.
		Paramyoclonus multiplex (adultes).	

CLINIQUE CHIRURGICALE

PATHOGÉNIE & ANATOMIE PAPHOLOGIQUE DES GOITRES ET DES CANCERS THYROIDIENS (1)

Par M. le docteur Louis Dor, chef de laboratoire de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

D'après Wœlfler on doit diviser les goitres néoplasiques en néoplasmes bénins et néoplasmes malins. Les premiers sont : 1° l'adénome fœtal; 2° l'adénome colloïde gélatineux; 3° l'adénome myxomateux; 4° l'adénome cylindro cellulaire. Les tumeurs malignes sont : l'adénome malin, le carcinome dans ses trois formes : alvéolaire, épithélial pavimenteux et épithélial cylindrique. Enfin on observe des tumeurs conjonctives, des sarcomes et des angio-sarcomes.

Cette classification a quelque chose qui nous choque immédiatement, étant donné notre habitude de concevoir les tumeurs, comme des proliférations d'un type cellulaire préexistant. Nous concevons les tumeurs bénignes comme des proliférations ordonnées de cellules, et les tumeurs malignes, comme des proliférations désordonnées de ces mêmes cellules, mais nous ne pouvons pas nous imaginer comment une glande, dont les cellules épithéliales ne correspondent qu'à un type unique, pourrait donner naissance à des adénomes de divers types, et à des cancers aussi bien cylindriques que pavimenteux.

Cependant, de ce que nous concevons autrement les faits, il ne s'ensuit pas que nous puissions nier ceux qui sont bien observés, et nous sommes obligés d'en tenir compte, tout en restant libres de les interpréter autrement.

En ce qui concerne l'adénome fœtal l'idée de Wœlfler est celle-ci : il existe dans certains corps thyroïdes des germes inclus, qui ne se sont pas développés au moment de la croissance, et qui ne font pas partie de la glande à proprement parler : ces germes n'existent pas dans toutes les glandes thyroïdes, et il est bien possible que leur présence soit attribuable à l'existence d'un goitre chez les parents, c'est-à-dire qu'on les rencontre plus fréquemment dans les pays où le goitre est endémique ; toujours est-il, que c'est aux dépens de ces germes inclus, que se développent, d'après Wœlfler, les adénomes fœtaux.

La caractéristique de ces tumeurs, au point de vue histologique, c'est que le tissu reproduit toutes les phases du corps thyroïde en voie de développement, et que l'on rencontre souvent des points où les follicules ne contiennent pas de substance colloïde. Au point de vue microscopique les adénomes fœtaux ont ce caractère important, qu'étant nés en dehors de la glande, et n'en faisant pas partie, à proprement parler, ils sont énucléables et constituent des tumeurs parfaitement isolées du reste de la glande, absolument comme

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 51, p. 501.

les adénomes du sein. C'est en général un seul adénome qui a commencé, puis les autres noyaux sont survenus comme des métastases intra-glandulaires de la tumeur initiale. Un pas de plus, et l'on verra apparaître les métastases à distance, celles que l'on a appelées les goitres métastatiques ou les adénomes malins. Les adénomes fœtaux doivent donc comprendre une certaine catégorie de goitres, qui sont, en général, constitués par des noyaux isolés et intra-glandulaires, mais qui peuvent aussi devenir extra-glandulaires, et se généraliser dans les os et les organes viscéraux.

A côté du goitre fœtal de Wœlfler, on rencontre des formes que l'auteur a considérées comme développées dans un corps thyroïde normal, mais que nous devons considérer aussi bien que l'adénome fœtal comme des formes d'origine embryonnaire : ce sont les formes qu'il appelle : l'adénome myxomateux et l'adénome cylindrique. Aussi bien pour l'une que pour l'autre de ces deux formes, on voit qu'elles n'ont aucun rapport de structure avec la glande normale. Les cellules qui les composent sont, à n'en pas douter, d'après les dessins même de Wœlfler, des cellules dérivées du canal de Bochdalek ou du canal thyréo-glosse. Vous trouverez, dans le numéro de la *Revue de chirurgie* du 10 février 1903, un travail de MM. Fredet et Chevassu sur les kystes de ces canaux; il faut savoir que les vestiges cellulaires inclus ne donnent pas seulement des kystes, mais encore des adénomes, et que les tumeurs dont je vous parle rentrent dans ce cadre.

Ces adénomes cylindro-cellulaires sont précisément les types bénins de ces tumeurs cancéreuses cylindro-cellulaires que signale aussi Wœlfler, en parlant des tumeurs malignes. Vous voyez donc que s'il existe un grand nombre de types histologiques de tumeurs bénignes et de tumeurs malignes de la thyroïde, on peut arriver à réduire ces types, de telle sorte que si l'on élimine tous ceux qui correspondent à un développement tardif de débris cellulaires inclus, il n'en subsiste plus en fin de compte que deux dont nous n'avons pas encore parlé et qui sont : l'un, l'adénome inter-acineux, et l'autre, l'adénome papillaire, tumeurs qui correspondent, l'une, aux figures 14, 15, 16 de Wœlfler, l'autre aux figures 18 et 19.

Il s'agit, dans les deux cas, de tumeurs nées aux dépens d'une glande préalablement normale, de tumeurs qui pourraient survenir chez n'importe quel sujet, et qui ne sont, par conséquent, pas du tout, des adénomes fœtaux ou des tumeurs provenant de débris inclus du canal thyréo-glosse. Pourquoi y a-t-il deux types de ces tumeurs? Doit-on supposer que l'un de ces types correspond à l'adénome thyroïdien, et l'autre à l'adénome para-thyroïdien? C'est là une simple hypothèse, et on peut penser aussi que des conditions différentes ont fait proliférer la même épithélium tantôt en dedans, tantôt en dehors. Toujours est-il que ces deux formes d'adénomes correspondent à la grande majorité des tumeurs bénignes du corps thyroïde, et que ce sont des formes qui constituent le goitre charnu avec noyaux intraglandulaires non énucléables, ou bien avec kystes produits par résorption des trabécules intermédiaires. Démontrera-t-on un jour que les tumeurs qui sont suivies de myxœdème sont celles qui ont le caractère inter-acineux, alors que celles qui s'accompagnent de basedowisme sont celles qui ont les caractères papillaires : c'est là une hypothèse que certaines observations d'Edmunds tiendraient à faire admettre mais qu'il est prématuré d'affirmer.

En résumé, les goitres bénins sont : soit des hypertrophies chroniques, soit des tumeurs, et les tumeurs sont : soit d'origine congénitale, en supposant une inclusion embryonnaire, soit des tumeurs nées dans une glande préalablement normale.

Les tumeurs d'origine congénitale sont les adénomes fœtaux et les adénomes branchiaux; les tumeurs non congénitales sont les adénomes inter-acineux et les adénomes papillaires. Toutes les modifications secondaires telles que les hémorragies, les scléroses, les ossifications et les calcifications sont, au même titre que les ramollissements et les dégénérescences kystiques, à considérer comme étant secondaires et attribuables à des troubles de circulation, par conséquent ne doivent pas entrer en ligne de compte dans une classification.

Restent les tumeurs malignes. J'ai dit déjà ce que je pensais des soi-disant goitres métastatiques que l'on appelle maintenant des adénomes malins. Ce sont, à mon avis, des adénomes fœtaux généralisés, et ce n'est pas le type de l'épithélioma thyroïdien, développé sur une glande préalablement normale et ne contenant pas de cellules embryonnaires incluses.

Le véritable type de l'épithélioma thyroïdien est celui qui est reproduit à la figure 48 du travail de Wœlfler, et qui consiste dans une prolifération de cellules du type thyroïdien, sans formation de follicules, mais avec sécrétion de substance colloïde qui se répand alors dans les espaces conjonctifs. Les types qui sont représentés aux figures 49, 52 et 53 sont des épithéliomas branchiogènes; ils n'ont rien à voir avec les épithéliomas thyroïdiens vrais.

En dehors des épithéliomas, on doit faire une large part aux tumeurs conjonctives. Il existe des sarcomes, des endothéliomes, des myomes et des névromes dans le corps thyroïde. On peut voir aussi des tumeurs métastatiques intra-thyroïdiennes, telles que des noyaux mélaniques dans des cas de sarcome mélanique, à point de départ choroïdien.

En somme, la variété des tumeurs que l'on est exposé à rencontrer dans le corps thyroïde est extrême et l'on peut presque dire que le corps thyroïde est l'organe dans lequel on trouve la plus grande variété de tumeurs.

Il est un point sur lequel je voudrais revenir en terminant, c'est celui du lien qui unit, pathogéniquement parlant, les inflammations chroniques et les tumeurs de la thyroïde. Beaucoup de goitres sont des inflammations chroniques du corps thyroïde, et beaucoup sont des tumeurs. A quel moment et sous quelle influence voit-on une inflammation chronique se transformer en une tumeur? Cette question se pose constamment à propos de beaucoup d'organes, et je n'ai pas besoin de rappeler les discussions que vous connaissez relativement à la maladie kystique du sein, aux mastites chroniques et aux fibromes de la mamelle. La transformation d'une tumeur bénigne en une tumeur maligne, et la transformation d'une inflammation chronique en une tumeur bénigne, voilà deux faits analogues que proclame la clinique, mais que l'anatomie pathologique n'a pas encore bien expliqués. C'est dans l'étude des goitres que vous serez le plus embarrassés pour délimiter nettement les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes, ainsi que les tumeurs bénignes et les inflammations chroniques.

Je crois que l'on trouvera un jour la clef de ces problèmes dans l'étude des anticorps spécifiques qui agissent sur les cellules de notre organisme, et que ce n'est ni du côté des

microbes ni du côté d'un autre parasitisme quelconque, qu'il faut chercher la solution de la pathogénie des inflammations spécifiques, celle des tumeurs bénignes et celle des tumeurs malignes en général.

Je termine en vous engageant à entrer résolument dans la voie de l'étude de la chimie, et à abandonner provisoirement le terrain de l'anatomie pathologique et de la bactériologie, pour y revenir plus tard, lorsque beaucoup de notions nouvelles empruntées au domaine de la chimie seront parfaitement établies. Je crois que vous ferez faire plus de progrès à la question des goitres, en vous engageant dans le chemin qu'a tracé Baumann, que si vous suiviez encore la grande voie battue, dans laquelle vous marcheriez à côté de Wœlfler.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(29 AVRIL 1903)

La Société, dans cette séance, a enfoncé plusieurs portes ouvertes; nous y avons appris que l'étude de la pathologie générale pouvait être de quelque utilité même pour des chirurgiens et que le traitement de choix des fibromes utérins était l'hystérectomie abdominale sub-totale. A propos de la discussion actuelle sur la **pluralité des néoplasmes**, M. Richelot a fait un discours, comme toujours d'une phraséologie élégante, dans lequel il s'applique à montrer l'importance de la pathologie générale, trop négligée, à son sens, par les chirurgiens de nos jours. Il pense que c'est dans l'étude de la pathologie générale qu'on pourra trouver l'explication de ces néoplasmes multiples apparaissant chez le même malade. En effet, il est bien démontré pour tout le monde aujourd'hui qu'une même malade peut présenter plusieurs néoplasmes, par exemple un fibrome utérin et un kyste ovarique : ces deux tumeurs survenant dans la même région, chez le même sujet, ne sont pas l'effet du hasard. Ainsi que l'a fort bien dit M. Lejars, elles sont évidemment dues à une influence commune. Elles apparaissent chez des malades présentant une aptitude particulière. Pour quiconque conserve quelques notions de pathologie générale, c'est une des manifestations de l'arthritisme.

M. Richelot rappelle les idées si souvent défendues par Verneuil à ce sujet. Il ajoute que malheureusement Verneuil « avait le don de jeter le discrédit sur les causes qu'il soutenait ». Ces paroles se comprendraient difficilement dans la bouche d'un des élèves les plus brillants de Verneuil, mais M. Richelot nous explique qu'à l'époque où son maître soutenait ces idées, les chirurgiens étaient tout entiers à la thérapeutique chirurgicale qui marchait, à ce moment, à pas de géant et qu'ils n'avaient que faire de notions de pathologie générale. Verneuil n'était donc pas écouté; le public auquel il s'adressait était composé de séméiologistes et d'opérateurs et non de pathologistes. Mais aujourd'hui, ajoute M. Richelot, que nous marchons toujours, mais à plus petits pas, nous pouvons nous recueillir et aborder des questions de pathologie générale, comme celle de la pluralité des tumeurs. Donc, pour M. Richelot, il existe une prédisposition à la formation de ces tumeurs multiples et diverses. La meilleure preuve se trouve dans le rôle que joue l'hérédité chez ces malades atteints de plusieurs néoplasmes. M. Richelot rappelle un livre un peu trop oublié, le *Traité des tumeurs*, de Broca, dans lequel se trouvent de nombreux exemples de ces tumeurs héréditaires, de ces lignées de cancéreux. Ce n'est pas d'une tumeur que l'on hérite, mais bien de la disposition à faire des tumeurs, depuis le cancer jusqu'au lipome. M. Richelot cite plusieurs exemples, celui, entre autres, d'une femme qu'il a opérée d'un fibrome du sein, dont la mère était morte d'un cancer du sein, la grand'mère d'un cancer du foie, le père d'un anévrisme, c'était une famille d'arthritiques. Jamais on ne verrait pareil luxe de tumeurs chez les lymphatiques ou les tuberculeux d'origine. M. Richelot poursuit en montrant par quelle suite d'associations la simple métrite parenchymateuse peut aboutir à l'épithélioma. La coexistence d'un fibrome et d'un cancer de l'utérus n'est pas l'effet du hasard et par l'étude de la pathologie générale on peut arriver à reconnaître les liens, encore obscurs malgré tout, qui unissent entre elles ces tumeurs.

Nous voilà loin de la simple présentation de M. Monod qui a été le point de départ de cette discussion, ainsi d'ailleurs qu'il le fait lui-même observer.

M. Quénu revient sur la question du **cancer de l'œsophage** soulevée par une communication de M. Faure. C'est relativement à l'interprétation de la mort des opérés de M. Faure qu'il désire présenter quelques réflexions. Il rappelle avoir toujours insisté sur la facilité de l'infection dans ces cas. Quand on coupe un œsophage atteint de cancer, le bout œsophagien rentré dans la plèvre est éminemment septique, et c'est à ces infections secondaires que, selon lui, succombent ces opérés. Dans les cas de M. Faure, les symptômes signalés l'indiquent : faiblesse et accélération du pouls, dyspnée, absence de température, ce sont là les signes d'une toxémie.

A propos d'un de ces malades de M. Faure, celui qui était atteint d'une ulcération de l'œsophage, M. Monod fait observer qu'il n'aurait jamais, quant à lui, consenti à lui faire subir une intervention dangereuse et qui d'ailleurs n'était pas indispensable.

En second lieu, la résection de la première côte, proposée et pratiquée par M. Faure pour faciliter l'arrivée sur la partie supérieure de l'œsophage, semble à M. Monod une pratique dangereuse, en ce sens que cette résection peut apporter consécutivement une grande gêne dans la mécanique respiratoire et favoriser l'asphyxie.

M. Monod fait un rapport sur une communication de M. Arrou relative à 13 cas de **fibromes utérins** qu'il a enlevés avec succès par l'hystérectomie abdominale sub-totale. La conviction de M. Arrou, comme celle de M. Monod, est qu'aujourd'hui l'hystérectomie abdominale sub-totale est l'opération de choix pour le traitement des fibromes utérins. Jusqu'à la fin de l'année 1898, M. Monod opérait les fibromes par le procédé des broches et de la fixation du pédicule aux parois abdominales. Initié par Bouilly aux secrets de l'hystérectomie abdominale sub-totale, il n'a plus employé que cette méthode et sur 45 cas il n'a eu à déplorer qu'un décès. Cette statistique comparée à celle qu'il obtenait auparavant est des plus favorables. Ces 45 cas joints aux 13 cas de M. Arrou donnent un total de 58 opérations avec un seul décès.

Partant de là, M. Monod s'étonne que la Société de chirurgie n'ait pas encore proclamé cette vérité. MM. Terrier, Quénu, Peyrot, Ricard et tant d'autres, pour ne pas dire tous, protestent en rappelant qu'au Congrès de chirurgie, après le rapport de M. Ricard sur cette question, tout le monde s'est

trouvé d'accord pour se rallier aux conclusions de M. Ricard et que ces conclusions ont été également adoptées bien des fois à la Société de chirurgie.

REVUE DES THÈSES

Des polyglobulies, par M. le docteur Pierre QUISERNE. (Th. de Paris (1), 1902.)

M. Quiserne reprend dans sa thèse l'histoire des polyglobulies qu'il définit un syndrome clinique caractérisé par l'augmentation du nombre des hématies.

Cette augmentation peut être due à une diminution de quantité de l'élément liquide du sang ou à une variation réelle du nombre de ses éléments figurés. D'où deux grandes classes de polyglobulies.

Dans la première rentrent toutes celles qui apparaissent au cours des états susceptibles de diminuer la quantité du plasma sanguin. Quelle que soit leur pathogénie, toutes ces polyglobulies présentent des caractères bien tranchés qui permettent d'en faire un véritable type clinique : elles sont de moyenne intensité, parviennent d'emblée au chiffre maximum qu'elles doivent atteindre, elles disparaissent avec la cause qui leur a donné naissance, ne donnent lieu à aucune réaction morbide, ne s'accompagnent d'aucune modification des éléments du sang : ce sont des polyglobulies *relatives*.

La seconde classe comprend toutes les polyglobulies qui apparaissent au cours d'états susceptibles de troubler les fonctions respiratoires. Toujours plus marquées que les précédentes, progressives, s'accompagnant de troubles morbides marqués et de modifications des éléments figurés du sang et du taux de l'hémoglobine, elles sont dues à un trouble profond de l'organisme : ce sont des polyglobulies *vraies*.

Si les premières sont dues à la simple concentration, les secondes relèvent vraisemblablement de la néoformation globulaire. Mais personne n'a pu encore saisir sur le fait cette néoformation. Cependant les travaux de M. Weill sur les lésions des organes hématopoiétiques dans la polyglobulie vraie au cours de la cyanose, les résultats expérimentaux obtenus par l'auteur à la suite de la destruction de la rate dans la polyglobulie des altitudes, conduisent à penser qu'il existe une relation évidente entre l'état des organes hématopoiétiques et la polyglobulie vraie.

L. BABONNEIX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décision ministérielle du 2 avril 1903, M. le médecin-major de première classe Boulian, de l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris, est désigné pour être détaché à l'hôpital thermal de Bourbonne-les-Bains, en remplacement de M. le médecin-major de première classe Vuillemain.

Marine. — M. le médecin de première classe Préboist, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Jurien-de-la-Gravière*, en essais à Lorient.

Réunion du Bureau international de la tuberculose, à Paris, 4-6 mai 1903. — Nous recevons la communication suivante :

« A l'occasion de la réunion, à Paris, du Bureau international de la tuberculose, nous avons pensé qu'il serait désirable de consacrer la séance de l'après-midi *du mardi 5 mai, deux heures, à l'exposé des moyens employés dans les différents pays pour combattre la tuberculose.*

La séance se tiendra à la Sorbonne, au grand amphithéâtre. Elle sera publique et non contradictoire. Entrée par la rue des Ecoles, 47.

Les personnes qui désirent assister à cette séance sont priées de demander des cartes au bureau du secrétariat du Congrès international de la tuberculose, 21, rue de l'École-de-Médecine.

Le président du Bureau international,
P. BROUARDEL.

La séance sera présidée par M. Casimir-Perier. »

IIIe Congrès international des médecins de compagnies d'assurances. — Le IIIe Congrès international des médecins de compagnies d'assurances s'ouvrira à Paris, le lundi 25 mai prochain, sous la présidence d'honneur de M. Trouillot, ministre du commerce.

Les médecins désireux d'y prendre part sont priés d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible pour qu'ils puissent recevoir le volume des rapports présentés au Congrès.

Pour les membres de ce Congrès, les billets d'aller et retour, délivrés le samedi 23 mai, seront valables jusqu'au lundi 1er juin.

Les congressistes qui voudront bénéficier de cette faveur devront écrire à ce propos au docteur A. Siredey, 80, rue Taitbout, secrétaire général du Congrès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lelong (de Chartres).

Conférence d'internat. — MM. Fresson et Ravaut commenceront le 15 mai une conférence privée d'internat, dans laquelle ils prendront encore trois externes.

Ecrire à M. Ravaut, 5, rue de Rigny.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de pathologie comparée.* (M. Chauveau, membre de l'Institut, professeur.) — M. Phisalix, assistant, docteur ès sciences, professeur intérimaire, ouvrira ce cours le lundi 11 mai 1903, à cinq heures, au laboratoire de pathologie comparée, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera des venins et des animaux venimeux considérés au point de vue de la biologie générale et de la pathologie comparée.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE — *Billets pris à l'avance.* — Les gares de Paris, Lyon, Marseille, Saint-Étienne, Aix-les-Bains et Genève délivrent à l'avance, par série de 20, des billets de 1re, 2e et 3e classes, pour les gares de la banlieue de ces villes et réciproquement.

Ces billets peuvent être utilisés dans les deux sens (aller et retour). Leurs prix presentent une réduction de 10 p. 100 sur les prix des billets ordinaires. — Les billets délivrés pendant les dix premiers mois de l'année sont valables jusqu'au 31 décembre inclus, et ceux délivrés pendant les mois de novembre et décembre jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivante. — Les demandes doivent être adressées aux chefs des gares intéressées ou dans les bureaux-succursales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de chirurgie cérébrale, par A. BROCA, chirurgien de l'hôpital Tenon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société de chirurgie. 1 vol. in-16 avec 56 fig. — Prix : cartonné, 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les déséquilibrés du système nerveux. Etude clinique et thérapeutique, par M. le docteur A. RAFFRAY, ancien interne des hôpitaux de Paris, préface du docteur H. BARTH, médecin de l'hôpital Necker. 1 vol. in-8o de 320 p., avec 14 tabl. synopt. — Prix : 5 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

(1) J. Rousset, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 53. — MARDI 5 MAI 1903. 76e ANNÉE. MARDI 5 MAI 1903. — N° 53

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LES ACNÉS SYMPTOMATIQUES

D'après M. SAVORNIN.

L'acné peut exister en dehors de toute cause : on la désigne alors sous le nom d'*acné essentielle*; mais, le plus souvent, elle relève de causes bien déterminées, elle est symptomatique de telle ou telle affection générale ou locale. C'est à l'étude de ces *acnés symptomatiques* que M. Savornin vient de consacrer une excellente monographie (1).

Dans la classe des acnés symptomatiques, il faut d'abord ranger les *acnés dues à des actions médicamenteuses locales*, et, particulièrement, l'*acné cadique*. L'huile de cade, dont les applications dermatologiques sont assez nombreuses, est le plus souvent bien supportée; mais, si le malade qui l'emploie souffre de troubles rénaux ou digestifs, il présente bientôt une éruption d'acnée typique, « caractérisée par la présence, dans les orifices glandulaires pilo-sébacés, d'une concrétion brune et noire constituée par la dessiccation de l'agent médicamenteux et par sa combinaison avec le produit de sécrétion de la glande. Le contenu de la glande s'accumule en arrière de l'obstacle et augmente le volume de la glande. » La région est bientôt envahie par des infections secondaires : l'on voit alors apparaître des pustules plus ou moins saillantes, centrées par le comédon et entourées d'une auréole inflammatoire. Cette éruption est assez tenace : elle persiste plusieurs semaines après cessation du médicament.

Le goudron, le pyrogallol, l'acide chrysophanique et le chrysarobine peuvent aussi donner lieu à une variété analogue d'acné : il y a simplement des différences de coloration du comédon, très noir avec le pyrogallol, violet avec l'acide chrysophanique et la chrysarobine. Le diagnostic de ces éruptions médicamenteuses est facile, il repose sur l'interrogatoire du malade, la recherche du médicament et la limitation de l'éruption aux points où il a été appliqué. Quant au traitement, il consiste avant tout à supprimer la cause morbide, c'est-à-dire l'agent irritant. Il faut aussi favoriser l'élimination de la substance toxique en mettant le malade à la diète et en le purgeant. Comme traitement local, les lotions à l'eau bouillie, les grands bains, les poudres sont surtout à recommander.

Les acnés dues à des intoxications internes s'observent surtout à la suite de l'ingestion des iodures et des bromures, particulièrement chez les malades présentant des altérations rénales ou digestives antécédentes. On les attribue généralement à l'élimination cutanée du médicament. Pour M. Gaucher, leur pathogénie serait plus complexe. Les substances médicamenteuses introduites dans le sang subissent des transformations chimiques variables et réagissent sur les hématies pour produire des composés complexes étrangers au sang normal et donnant des propriétés toxiques extrêmement marquées; « l'éruption serait alors favorisée par la difficulté d'élimination d'un émonctoire malade. Ces composés agiraient sur les glandes qu'ils traversent en laissant comme trace de leur passage les différentes formes d'acné que nous étudions. »

L'*acné iodique* est une manifestation fréquente de l'intoxication iodique, c'est même la plus fréquente de toutes les manifestations cutanées de l'iodisme. L'élément éruptif débute par une tache érythémateuse fortement prurigineuse puis, en vingt-quatre heures, il s'élève une papule qui ne tarde pas à se transformer en pustule; c'est une petite tumeur atteignant souvent le volume d'un pois, d'un rouge livide, couronnée d'une vésicule purulente et fréquemment centrée d'un poil. Ces éléments se groupent en placards arrondis. L'acné iodique se limite à la partie supérieure du corps et surtout au visage; elle guérit sans laisser de traces. Elle peut affecter tous les sujets, mais on la rencontre surtout chez les lymphatiques et les strumeux.

A côté de cette forme habituelle, il faut faire une place à l'*acné anthracoïde*, décrite par Dühring sous le nom de dermatite phlegmoneuse circonscrite et par M. Fournier sous le nom d'acné anthracoïde iodo potassique. Les éléments éruptifs se présentent sous l'aspect d'un gros furoncle arrondi, entouré d'une auréole rouge, couvert d'une croûte cachant un ulcère suintant; ils s'affaissent rapidement et ne laissent qu'une légère pigmentation de la peau.

L'acné iodique apparaît quel que soit le mode d'administration, et quelle que soit la variété d'iodure administrée. La question de dose ne joue aucun rôle et quelques centigrammes peuvent suffire à produire une éruption confluente.

Le traitement consiste tout d'abord à diminuer où à supprimer complétement l'iodure, on instituera pendant quelques jours le régime lacté, on fera localement des lotions

(1) Th. de Paris, 1903.

chaudes. Le bicarbonate de soude et l'arsenic passent pour favoriser la tolérance de l'iodure ; en réalité leur influence est douteuse et le plus sûr moyen de se mettre en garde contre les susceptibilités individuelles est de débuter par de faibles doses et de surveiller de près les organes éliminateurs chez des malades atteints d'affections rénales ou hépatiques.

L'*acné bromique* s'observe surtout à la suite de l'administration prolongée, à doses élevées, de bromure de potassium; elle est fréquente chez les épileptiques. Elle est constituée par des saillies d'apparence papuleuse d'un rose clair à leur début, puis rosées ou violacées, ultérieurement centrées par une pustule conique, à base rouge, correspondant aux orifices des glandes sébacées. Ces papules siègent de préférence sur la face, le dos et la partie supérieure de la poitrine; elles guérissent au bout d'un temps plus ou moins long, en laissant des cicatrices violacées.

De ces acnés médicamenteuses que Bazin désignait sous le nom d'*acnés pathogénétiques*, il faut rapprocher certaines *acnés professionnelles*. L'*acné chlorique* s'observe chez les ouvriers fabriquant le chlore par électrolyse de chlorure de sodium. Au début, elle dessine les centres normaux de la séborrhée grasse sur la ligne axiale du corps, et l'éruption est tellement confluente que tous les orifices pilo-sébacés semblent occupés par un comédon. Cette variété d'acné, dont la marche est rapide, se présente sous la forme d'acné ponctuée et évolue soit vers la guérison, soit vers la suppuration avec production d'abcès profonds. L'*acné des tisserands* a été décrite par Leloir; elle est exceptionnelle. L'*acné des ouvriers pétroliers* s'observe chez les ouvriers employés à préparer la paraffine, et seulement chez ceux qui emploient pour se nettoyer les huiles lourdes au sortir de l'appareil de distillation. Ces huiles agissent (Hebra) en s'infiltrant le long des poils dans les ouvertures des glandes sébacées; elles produisent l'oblitération des canaux excréteurs et favorisent ainsi les pullulations microbiennes. L'affection débute par des papules rouges qui, peu après, se transforment en pustulettes de grosseur variable laissant sourdre une goutte de pus; elles se recouvrent de croûtelles et guérissent, si le traitement intervient, par une cicatrice blanchâtre. Le traitement consiste d'abord à faire cesser le travail, car, dans les cas de M. Gervais, l'acné s'est reproduite dès que les malades ont recommencé leur travail.

Les *acnés toxi-infectieuses spécifiques*, encore désignées (Harry) sous le nom de *tuberculides*, comprennent deux types principaux : l'*acnitis* et le *folliculis*. L'acnitis débute par un petit nodule arrondi de la grosseur d'un grain de millet, occupant le tissu sous-cutané; puis le nodule se rapproche de la surface de la peau, devient fluctuant, et finalement suppure. L'éruption débute par la face et suit une marche descendante, envahissant le cou, le tronc, les extrémités; elle procède par poussées subintrantes ou successives d'un petit nombre d'éléments; elle ne s'accompagne d'aucun trouble subjectif.

Le *folliculis* débute par une papule arrondie se développant dans le derme; elle n'affecte aucun rapport apparent avec les follicules pilo-sébacés. Au bout de quelques jours, il se forme une pustulette, puis une croûtelle au-dessous de laquelle se trouve une ulcération profonde et creusée en goulot dans l'élément éruptif. Il se forme ensuite une cicatrice plane et rougeâtre qui se déprime et blanchit; l'évolution d'un élément dure de trois à quatre semaines. L'éruption commence le plus souvent par l'extrémité des membres; elle se généralise lentement, en frappant de préférence la face d'extension des membres.

L'acnitis et le folliculis affectent des relations évidentes avec la tuberculose, mais leur pathogénie est encore fort obscure. L'opinion la plus généralement admise aujourd'hui est que ces affections sont une manifestation de l'action sur la peau des toxines tuberculeuses élaborées dans les foyers viscéraux ou ganglionnaires et arrivant aux téguments par la voie sanguine ou lymphatique. Le traitement de cette variété d'acné est donc, avant tout, un traitement général.

Les *acnés dégénératives* comprennent le *molluscum contagiosum*, les *psorospermoses folliculaires végétantes*, et les *épithéliomas glandulaires*.

Le *molluscum contagiosum* de Bateman consiste en une tumeur globuleuse, du volume d'une petite perle posée en relief sur les téguments, d'un aspect translucide, portant à son sommet une dépression d'où la pression fait sortir une matière sébacée épaisse, blanchâtre et pâteuse. Les éléments éruptifs sont ordinairement peu nombreux, et ne donnent lieu à aucun phénomène fonctionnel. Le molluscum contagiosum, encore décrit sous le nom d'*acné varioliforme*, est contagieux dans certaines conditions mal déterminées; il s'observe surtout chez les enfants. Il ne guérit que par l'excision.

Les *psorospermoses folliculaires végétantes* ont été décrites par MM. Darier et Thibault en 1889. C'est une affection fort rare, que l'on a attribuée à l'évolution d'un parasite particulier, la psorospermie oviforme. Cliniquement, elle se caractérise par une éruption localisée aux plis articulaires, autour des organes génitaux, aux flancs, à la région présternale, au cuir chevelu et à la face; cette éruption se compose de petites papules recouvertes d'une croûte noirâtre ou grisâtre, qui constitue une sorte de petite corne enchâssée dans une dépression infundibuliforme, par une extrémité conique d'un blanc sale, de consistance demi-molle, et un peu grasse au doigt. Cette extrémité conique est reçue dans une dépression cutanée à bordure peu saillante, papuleuse, et qui correspond manifestement à l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé.

Ces lésions, primitivement isolées et disséminées, deviennent rapidement confluentes.

La psorospermose est alors constituée, soit par des plaques étalées de hauteur variable, recouvertes de concrétions cornées ou graisseuses, épaisses, de couleur brunâtre et donnant à la main la sensation d'une râpe, soit par des masses cornées assez considérables, soit par des verrues papillomateuses volumineuses et qui couvrent de leurs végétations énormes toute une région, comme le pubis ou les plis inguino-scrotaux.

MM. Darier et Thibaut ont insisté sur la dépression ou le pertuis cratériforme central de la plupart des éléments qui est circonscrit par un bord annulaire épais, quelquefois exulcéré; on peut par la pression en faire sortir de la matière pure ou mélangée à du pus.

Dans la plupart des observations, on note des altérations de la paume de la main et des ongles, et une odeur fétide spéciale s'exhalant du malade.

Les *épithéliomas glandulaires* sont plutôt des complications de l'acné que des formes proprement dites : on distingue : a. l'*épithélioma verruqueux*; b. l'*ulcus rodens*; c. l'*épithélioma acnéiforme*; d. la *maladie de Paget*; e. l'*épithélioma perlé*. D'une façon générale, ces épithéliomas évoluent lentement et sont

relativement bénins; ils s'observent chez des gens âgés atteints de séborrhée ancienne. L'*épithélioma verruqueux* apparaît sur les vieux visages séborrhéiques sous forme d'élements plats, velvétiques, faisant sur la peau une lésion indolente et légère. Son siège d'élection est sur le front, la face et les tempes. L'*ulcus rodens* de Jacob débute au voisinage de l'œil par une faible saillie à marche serpigineuse, qui s'étend en s'affaissant au centre. La surface malade est de couleur grise ou rosée; elle gagne progressivement sur les tissus sains et finit par entraîner la mort par cachexie. L'*épithélioma acnéiforme* est caractérisée par une surface jaunâtre sèche et mal limité. Si l'on enlève les concrétions qui la recouvrent, on met à nu une surface rouge hérissée de saillies verruqueuses et saignantes sur un petit cratère humide en forme de godet. L'*épithélioma perlé* s'observe souvent à la suite de l'acné hypertrophique; son évolution est lente, il n'y a pas d'envahissement ganglionnaire. Enfin la *maladie de Paget* est un épithélioma du mamelon et de l'aréole; elle débute sous la forme d'une fissure ou d'une simple desquamation. Peu à peu le mamelon est envahi et se recouvre d'une plaque rouge vif, lisse, ayant quelquefois l'aspect granuleux ou papillomateux. La marche de cet épithélioma est lente; il envahit peu à peu les parties avoisinantes, et finit par déterminer la mort au bout d'un temps variable.

Le traitement de l'acné est avant tout un traitement interne : le premier devoir du médecin, c'est de combattre les troubles digestifs qui contribuent pour une si grande part au développement de l'affection. Les purgatifs, les lavages de l'intestin rendront de grands services, mais cette partie du traitement le cède en importance à celle qui concerne le régime alimentaire des malades. On devra proscrire les aliments gras et, d'une façon générale, tout aliment capable de produire ou de contenir des toxines : conserves, gibier faisandé, fromage, coquillages, crustacés, poissons peu frais. On permettra les laitages, les fruits cuits, les viandes rôties, grillées ou bouillies, les féculents en petite quantité, les légumes verts, le vin coupé d'eau minérale; On recommandera un exercice modéré dans le but d'exciter l'appétit et de favoriser les oxydations.

Des médications externes de l'acné, le meilleur est le soufre, employé en pommade ou en lotion.

1° Pommade :

Soufre précipité et lavé.......	10	grammes.
Acide salicylique............	1	—
Vaseline ou lanoline.........	50	—

A appliquer le soir chaque jour ou alterner avec la pommade à l'oxyde de zinc à 1/30.

2° Lotion :

Soufre précipité et lavé... 15 à	20	grammes.
Glycérine....................	10	—
Alcool camphré..............	10	—
Eau de roses................	50	—

Appliquer le soir avec un pinceau, trois ou quatre jours de suite. On emploiera aussi les bains sulfureux avec succès dans l'acné du tronc; il faut surveiller l'usage du soufre chez les femmes à peau délicate et sensible.

Il faudra traiter chirurgicalement, par la pointe du thermocautère, les acnés inflammatoires suppurantes et les panser avec des compresses boriquées.

Le malade s'efforcera d'enlever l'enduit séborréique qui facilite la culture de l'agent pathogène et les infections secondaires : suivant les sujets on emploiera avec succès soit l'eau très chaude, soit l'eau savonneuse, soit l'eau alcaline, soit le sublimé faible en lotions chaudes qui aura le mérite d'exciter un peu la peau.

L. B.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(1er mai 1903)

MM. Dufour et Fortineau lisent un mémoire sur le **traitement chirurgical des néphrites aiguës.**

Dans ces dernières années, le traitement chirurgical des néphrites non tuberculeuses a été préconisé tant à l'étranger qu'en France. Lorsqu'il s'agit de néphrites à voie d'apport sanguin, de néphrites dites hématogènes, les lésions sont le plus souvent bilatérales; aussi les phénomènes acquis peuvent imposer rapidement une intervention chirurgicale. Mais il faut avouer que les indications opératoires sont encore peu précises, car les documents publiés sont peu nombreux si l'on n'envisage que les néphrites aiguës.

C'est une partie de ces indications que les auteurs désireraient préciser à l'occasion de l'observation suivante.

Une malade entre à l'hôpital, anurique depuis huit jours, avec urémie gastro-intestinale. Puis la diurèse se rétablit, et l'examen des urines permet de constater la présence d'une grande quantité d'albumine et un nombre considérable de leucocytes. On porte le diagnostic de néphrite diapédétique. L'opportunité d'une opération est discutée et acceptée, mais la malade meurt avant que celle-ci ait été faite. L'autopsie confirme le diagnostic.

De l'étude de ce cas et s'appuyant sur les faits antérieurement publiés, les auteurs arrivent à ces conclusions susceptibles d'être modifiées dans l'avenir : il ne faut pas se hâter d'intervenir dans les cas d'urémie aiguë (urémie).

Parmi les néphrites aiguës bilatérales, sont surtout justiciables de la néphrectomie ou de la décortication celles dans lesquelles les phénomènes de diapédèse sont très abondants. L'intervention s'imposera si, les phénomènes généraux restant très graves, les urines examinées à intervalles rapprochés montrent une augmentation constante des leucocytes.

M. Henri Claude, à propos de la récente communication de M. Triboulet, rapporte une observation de **cirrhose hypertrophique alcoolique avec régression atrophique secondaire.**

On admet que la cirrhose hypertrophique alcoolique ne subit pas la régression atrophique et diminue seulement de volume pour se rapprocher des dimensions du foie normal lorsque les altérations s'atténuent. Il existe quelques observations, rares il est vrai, dans lesquelles l'atrophie véritable a été constatée, et qui n'ébranlent nullement d'ailleurs la notion classique des deux types de cirrhoses alcooliques dites de Laënnec et de Hanot-Gilbert.

Lorsqu'une cirrhose hypertrophique alcoolique se transforme en cirrhose atrophique, il est possible qu'un facteur étiologique nouveau intervienne; aussi n'est-il pas inutile d'étudier de semblables faits. M. H. Claude a observé un homme de quarante-deux ans, malade depuis sept mois de troubles digestifs, hématémèses, entérorragies, qui présentait à l'examen un foie occupant toute la moitié droite de l'abdomen; les mensurations donnaient une matité de 23 et 25 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Ce malade sortit

de l'hôpital amélioré et rentra quelque temps après dans un état plus grave. L'ascite, qui était à peine décelée autrefois, était abondante, la circulation collatérale développée et le foie diminua rapidement de volume. Divers accidents intestinaux se produisirent, la cachexie progressa en quelques semaines, et le malade succomba dix mois après le début des accidents apparents. Le foie présentait l'aspect d'une cirrhose atrophique à petites granulations, pesait 950 grammes, et l'examen histologique montra des lésions de cirrhose biveineuse, annulaire, formée par une fibrose adulte entourant de petits îlots de parenchyme dont les cellules étaient atteintes de stéatose ou d'atrophie au centre et assez bien conservées à la périphérie. Pas de lésions de nature tuberculeuse du foie, mais au sommet du poumon on constatait une tuberculose fibro-caséeuse peu étendue. La transformation du type initial de la cirrhose n'est pas douteuse, mais les causes de l'atrophie secondaire, qui n'était pas en rapport avec une nécrobiose cellulaire comme dans l'ictère grave, reste à déterminer.

M. André Jousset donne le résultat d'expériences qu'il a instituées en vue d'élucider **le rôle du bacille de Koch dans la genèse des cirrhoses alcooliques à gros foie.** L'inoscopie lui avait déjà démontré que les ascites qui accompagnent ces cirrhoses sont très fréquemment bacillifères. Or il semble en être quelquefois de même pour le foie et la rate. Dans deux cas, l'inoculation du parenchyme hépatique, pratiqué après lavage du système vasculaire, lui a permis de tuberculiser le cobaye. Dans un autre, il en a été de même avec la pulpe de la rate.

Il croit qu'il s'agit très souvent, dans ces cas, de tuberculose déguisée, de « crypto-tuberculoses » peut-être sclérogènes au même titre que l'alcool.

Que la présence du **bacille de la tuberculose, dans les liquides d'ascite formés au cours des cirrhoses dites alcooliques,** soit chose fréquente; cela est possible, mais n'implique en rien la nature tuberculeuse des lésions cirrhotiques.

M. Mosny pense à cet égard que M. Triboulet et M. Jousset ont un peu prématurément conclu de la présence du bacille de Koch dans les liquides ascitiques à la nature tuberculeuse des cirrhoses considérées jusqu'à présent comme des lésions dues à l'intoxication alcoolique.

Non pas certes qu'il faille intervenir en faveur de l'étiologie alcoolique des cirrhoses; c'est là chose actuellement fort controversée et il faut bien se garder d'intervenir dans un débat où les documents font défaut. Mais si l'intervention de l'alcool est douteuse, dans l'étiologie des cirrhoses dites alcooliques, celle de la tuberculose l'est plus encore, même en dépit de la présence du bacille de Koch dans l'épanchement ascitique.

Peut-être alors la présence de ce bacille est-elle due à une invasion secondaire, par suite du réveil d'anciennes lésions tuberculeuses latentes sous l'influence de l'évolution de la cirrhose.

Le fait suivant, qui ne permet d'ailleurs d'évoquer que de simples analogies, paraît fort instructif à cet égard.

Il y a quelques mois entre à l'hôpital un jeune homme atteint de pneumonie franche lobaire aiguë, dont les symptômes et la marche furent absolument classiques. Toutefois, après la crise, la température s'éleva, et on constata la présence d'un épanchement séreux, au sein duquel la coloration, la culture et l'inoculation démontrèrent la présence du pneumocoque à l'état de pureté. Cet épanchement pleural ne tarda pas à devenir purulent; l'examen histologique ayant alors démontré la désintégration des polynucléaires de cet épanchement, on put affirmer sa nature tuberculeuse, et en effet, le malade succomba quelques mois après aux progrès de la tuberculose pulmonaire.

Voilà bien un cas de tuberculose latente éclose à la faveur d'une pneumonie franche et rendant possible la tuberculisation secondaire de l'épanchement pleural. Pourtant, la pneumonie n'était pas, elle, de nature tuberculeuse.

M. Mosny vient d'observer tout récemment un fait qui permet, non plus d'établir de simples analogies avec les faits de MM. Triboulet et Jousset, mais qui leur est absolument identique : il s'agit d'une cirrhose hypertrophique survenue chez un alcoolique avec épanchement ascitique non tuberculeux et pleurésie tuberculeuse droite; celle-ci avait pour origine un très ancien foyer tuberculeux fibreux, guéri en apparence. Et pourtant, il ne s'agissait pas là de lésion cirrhotique de nature tuberculeuse!

En résumé, tout en admettant la fréquence de la présence du bacille de Koch dans les épanchements ascitiques, il n'en faut pas conclure à la nature tuberculeuse des cirrhoses dites alcooliques; ce serait une erreur d'interprétation.

REVUE DES THÈSES

L'alimentation artificielle des nourrissons et le scorbut infantile, par M. le docteur Victor Grelley. [Th. de Paris (1), 1903.]

On a actuellement tendance à substituer, dans l'alimentation artificielle des nourrissons, des aliments modifiés ou des aliments stérilisés, véritables aliments de conserve, aux aliments frais qui leur sont nécessaires.

Si l'usage modéré de ces aliments peut présenter des avantages, l'abus entraîne des inconvénients graves et peut même, ainsi que l'ont montré de récentes discussions à la Société de pédiatrie et à la Société des hôpitaux, provoquer l'apparition du scorbut chez l'enfant.

L'exposition prolongée à une température élevée, dans un but de stérilisation ou de conservation, fait disparaître un ou plusieurs principes indéterminés, mais dont l'existence est néanmoins certaine, et auxquels le lait et les aliments frais doivent leur pouvoir antiscorbutique.

La disparition du pouvoir antiscorbutique est d'autant plus complète que l'action de la chaleur a été plus prolongée ou plus grande, et lorsque auparavant la constitution de l'aliment a déjà été modifiée.

Les laits stérilisés transformés, les laits stérilisés industriels ordinaires et le lait stérilisé à l'appareil Soxhlet d'une façon prolongée ou à reprises différentes, sont tous, dit M. Grelley, capables de provoquer l'apparition du scorbut, les premiers plus fréquemment que les derniers. Les farines lactées, administrées seules ou avec des aliments (lait stérilisé) qui ne possèdent plus de pouvoir antiscorbutique peuvent provoquer aussi l'apparition du scorbut chez l'enfant.

De l'étude des modifications produites par l'action de la chaleur sur le lait, il résulte qu'elles portent principalement sur les composés phosphorés organiques ou les composés phosphorés minéraux solubles ou insolubles. La dissolution des composés phosphorés organiques ou inorganiques insolubles dans l'eau distillée peut s'effectuer dans le lait, grâce à la présence de sels alcalins en solution étendue (carbonates, phosphates, etc.). Elle est surtout favorisée par la présence de citrates solubles qui maintiennent en solution

(1) C. Naud, éditeur.

les phosphates alcalino-terreux basiques. Sous l'action de la chaleur les citrates forment un citrate de chaux tribasique cristallisé très peu soluble et se précipitent en partie. De ce fait, la teneur du lait en citrates solubles diminue considérablement, et par suite la solubilité des combinaisons phosphorées. Comme par l'action de la chaleur il y a décomposition partielle ou totale des nucléines et lécithines, si d'autre part il y a diminution de la solubilité des composés phosphorés organiques qui subsistent, diminution de la teneur en phosphates minéraux, soit par précipitation, soit encore par retrait, il restera une faible quantité de phosphore absorbable. Les phosphates solubles (alcalins ou terreux acides) sont très abondants dans la viande de bœuf fraîche et les végétaux qui sont d'excellents antiscorbutiques.

Ils sont peu abondants dans les farines. Il y a donc une relation directe entre la teneur en phosphore absorbable et le pouvoir antiscorbutique des différents aliments.

L'apparition de symptômes scorbutiques semble pouvoir être attribuée aux troubles de nutrition qui résultent d'une alimentation trop pauvre en phosphore.

Ils peuvent être facilement évités en faisant entrer dans l'alimentation de l'enfant, d'une façon régulière, les œufs et purées de légumes frais.

Le syndrome urinaire dans la scarlatine et la diphtérie de l'enfance, par M. le docteur R. Labbé. [Th. de Paris (1), 1903.]

Dans cette excellente monographie, consciencieusement préparée et clairement présentée, M. R. Labbé s'est attaché à définir les caractères primordiaux de l'urine chez l'enfant atteint de scarlatine et de diphtérie. Le *volume* de l'urine est en rapport intime avec la quantité de liquide ingéré. Dans la scarlatine, il existe, pendant les six premiers jours de l'éruption, une oligurie évidente, qui se termine, du huitième au dixième jour, par une débâcle urinaire; dans la diphtérie, le minimum coïncide avec l'entrée à l'hôpital, puis le volume des urines s'élève progressivement et, vers le dixième jour, atteint son maximum. Dans les formes graves, il n'y a pas plus de cycle urinaire qu'il n'y a de cycle thermique. La courbe de la *densité* évolue en sens inverse de celle du volume. L'*acidité* dans la scarlatine varie dans le même sens que l'acide phosphorique : l'urine du scarlatineux est hyperacide par rapport à celle de l'enfant sain. Dans la diphtérie, cette hyperacidité est plus accentuée encore.

L'excrétion de l'urée, dans la scarlatine, présente son minimum vers le cinquième jour de l'éruption, elle croît brusquement ensuite, pour descendre ensuite progressivement. Dans la diphtérie, on constate souvent une énorme décharge d'urée le premier jour, quant à l'*acide urique* il offre des variations nombreuses en rapport avec la fièvre.

Si les *pigments biliaires* sont rares dans l'urine des enfants scarlatineux et diphtériques, on peut dire que, d'une manière générale, l'*urobilinurie* est rare et légère chez les premiers, mais constante chez les seconds, et qu'il en est de même de l'*indicanurie*. La *diazo-réaction* est fréquente dans la scarlatine, mais constamment négative dans la diphtérie. La recherche de l'*albumine* conduit à cette conclusion un peu déconcertante que l'albuminurie est aussi rare dans la scarlatine que fréquente dans la diphtérie.

L'élimination des *phosphates* est en rapport, dans la première de ces affections, avec les complications, et en particulier avec les complications infectieuses; dans la seconde, elle est très abondante. L'élimination des *chlorures*, elle, est surtout en rapport avec l'alimentation.

De la détermination de la *perméabilité rénale* et de la *cryoscopie* découle enfin cette importante conclusion que la diurèse n'est que peu troublée chez l'enfant, dans les scarlatines ou dans les diphtéries moyennes et que le retour des fonctions rénales à l'état normal constitue presque la règle.

L. Babonneix.

(1) J. Rousset, éditeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 11 au 16 mai 1903)

Examens de doctorat.

Lundi 11 mai, à une heure. — 2e : MM. Gautier, Richet et Retterer.

3e (1re partie, oral, ancien régime) : MM. Pinard, Broca (André) et Mauclaire ; — (nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Kirmisson, Remy et Wallich; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Reclus et Gosset; — (2e partie, ancien régime, 1re série) : MM. Hayem, Roger et Bezançon; — (2e série) : MM. Gaucher, Teissier et Legry; — M. Legueu, suppléant.

Mardi 12 mai, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chassevent et Méry; — (1re partie, oral, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Pozzi, Bonnaire et Launois; — (2e partie), *Salle Richet* : MM. Joffroy, Renon et Guiart.

4e, *Salle Thouret* (1re série) : MM. Proust, Thoinot et Vaquez, — (2e série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Dupré; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Albarran et Faure ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Schwartz et Auvray; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Gouget ; — M. Jeanselme, suppléant.

Mercredi 13 mai, à une heure. — 2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Remy.

3e (1re partie, oral, nouveau régime) : MM. Tuffier, Potocki et Cunéo; — (2e partie, 1re série), MM. Hayem, Gaucher et Teissier ; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Joffroy, Wurtz et Bezançon ; — *Salle Pasteur* (3e série) : MM. Brissaud, Widal et Legry; — M. Walther, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Gosset, suppléant.

Jeudi 14 mai, à une heure. — 2e : MM. Launois, Langlois et Desgrez.

3e (1re partie, oral, nouveau régime) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Potocki; — (2e partie), *Salle Broussais* (1re série) : MM. Chantemesse, Troisier et Guiart; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Gilbert, Letulle et Jeanselme; — M. Renon, suppléant.

Vendredi 15 mai, à une heure. — 3e (2e partie, oral, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Blanchard, Roger et Widal,

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Wurtz et Thoinot ; — M. Teissier, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Gosset; — (2e série) : MM. Tuffier, Walther et Legueu ; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 16 mai, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Widal et Desgrez.

2 *Salle Béclard* : MM. Launois, Langlois et Broca (André).

3e, (1re partie, oral, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Le Dentu, Thiéry et Demelin.

4e : MM. Joffroy, Chantemesse et Richaud; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, Chauffard et Dupré; — (2e série) : MM. Raymond, Troisier et Gouget ; — M. Méry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Potocki; — M. Gniart, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Les médecins des hôpitaux dont les noms suivent sont nommés chefs de service :

MM. Le Noir et Mosny, à l'hôpital Saint-Antoine; Rénon, à l'hôpital de la Pitié; Caussade et Parmentier, à l'hôpital Tenon; Claisse, à l'Institution Sainte-Périne; Boulloche, à la Maison de santé; Méry, à la Maison de retraite de La Rochefoucauld; Thiroloix, à l'hospice Debrousse.

— *Concours pour six places de médecin des hôpitaux.* — Question donnée : « Foie cardiaque. »

Questions restées dans l'urne : « Sténoses pyloriques. » — « Pleurésies partielles. »

Le Congrès international de médecine de Madrid a attribué le prix de la ville de Moscou à M. le docteur Metchnikoff, professeur à l'Institut Pasteur de Paris. Ce prix, fondé en 1897, se monte à 5 000 francs; il doit être attribué tous les trois ans au médecin, quelle que soit nationalité, qui a le plus fait progresser la science médicale.

Un deuxième prix est donné à M. le docteur Grassi, professeur d'anatomie à l'Université de Rome.

Prix de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Prix Jean Dubreuilh. — Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 400 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante: « Étude des cas dans lesquels l'accoucheur peut et doit interrompre la grossesse. »

Prix Fauré. — Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 300 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet intéressant l'hygiène de la population peu aisée, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante: « Étudier les causes de l'alcoolisme à Bordeaux et les moyens d'assurer à la classe ouvrière des boissons saines et une alimentation réconfortante. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours de Tourny. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés: pour le prix Jean Dubreuilh, jusqu'au 30 avril 1904; pour le prix Fauré jusqu'au 28 février 1904.

Liste des rapports présentés au IIIe Congrès international des médecins de compagnies d'assurances (Paris 25 mai). — « L'asthme envisagé au point de vue de l'assurance sur la vie, » par le docteur Mahillon, de Bruxelles (Caisse d'épargne et de retraite).

« L'emphysème pulmonaire, » par le docteur Ed. Hirtz, de Paris (Urbaine et Trieste).

« Les affections chroniques des veines, » par le docteur Moritz, de Saint-Pétersbourg (Rossia).

« La goutte, » par le docteur Lereboullet, de Paris (Monde et Foncière).

« L'obésité, » par le docteur Norton (Mutual Life).

« La lithiase biliaire, » par le docteur Garrigues, de Paris (le Sauveur, compagnie belge).

« La lithiase rénale, » par le docteur H. Gillet, de Paris (Société néerlandaise).

« Le rhumatisme articulaire aigu, » par le docteur Grosse, de Leipzig (Teutonia).

« Les rétrécissements de l'urètre, » par le docteur Guillon, de Paris (Union des forestiers du Canada).

« Les anciens pleurétiques, » par le docteur P. Bourcy, de Paris (Assurances générales).

« La tuberculose des os et des articulations, » par le docteur Poels, de Bruxelles (Compagnie belge d'Assurances générales).

« De la valeur de certaines mensurations au point de vue de la tuberculose, » par le docteur Snellen, de Zeist, Hollande (Kosmos).

« Le coefficient de constitution — mesure numérique de la complexion du corps, » par le docteur Flachs, de Moinesti (Roumanie), médecin d'assurances.

« L'admission des candidats au-dessus de cinquante ans, » par le docteur Van der Heide, d'Arnhem, Hollande (Compagnie Arnhem).

« Quelques observations sur l'admissibilité des risques tarés, » par le docteur Rockwell, de Londres (Équitable des États-Unis).

« Nouvelle méthode appliquée pour l'admission des risques tarés dans les pays scandinaves, » par M. Sven Palme, directeur de la Thule.

« Doit-on assurer les femmes enceintes? » par le docteur Tissier de Paris (Aigle).

« Des déformations de la colonne vertébrale et du thorax, » par le docteur Redard, de Paris (Compagnie suisse).

« Des déviations de la colonne vertébrale au point de vue des assurances sur la vie, » par le docteur Schulthen, de Zurich (Compagnie suisse).

« De l'intervention des spécialistes en matière d'assurance, » par le docteur Weill-Mantou, de Paris (Phénix).

« De l'examen radioscopique chez les candidats à l'assurance sur la vie, » par le docteur Béclère, de Paris.

N. B. — On est prié d'envoyer son adhésion le plus tôt possible, en raison des mesures à prendre dès maintenant pour l'installation du Congrès et pour l'organisation des fêtes et excursions auxquelles pourront assister tous les membres du Congrès.

Le prix de la cotisation est de 20 francs; il donne droit aux volumes du Congrès, il doit être adressé à M. P. Masson, éditeur, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro de la *Pédiatrie pratique*. Ce nouveau journal sera dirigé par notre distingué confrère le docteur Ausset, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Nous adressons nos meilleurs vœux de réussite à notre nouveau confrère.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le docteur Bérillon, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés, commencera le lundi 11 mai 1903, à cinq heures, à l'École pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours sur les applications psychologiques, cliniques et thérapeutiques de l'hypnotisme.

Il le continuera les lundis et jeudis suivants à cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 54. — JEUDI 7 MAI 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 7 MAI 1903. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DU JEUNE PROLONGÉ COMME PRÉPARATION A LA CURE RADICALE DES GROSSES HERNIES CHEZ LES OBÈSES

Par le docteur Victor PAUCHET (d'Amiens).

Quel est l'organe atteint d'insuffisance fonctionnelle qui produit l'obésité? quelle est la cause du vice de nutrition qui entraîne l'infiltration graisseuse des tissus? Nous ne sommes pas encore nettement édifiés sur ce point. Ce que nous savons pourtant, c'est que tout obèse est un malade, et généralement un *malade inconscient*. Les sujets au ventre bedonnant et au teint coloré, les bons vivants qui font ou ont fait honneur à la bonne table seraient sans doute étonnés de savoir qu'ils sont des êtres sans résistance et de mauvais terrains chirurgicaux. Après les interventions, la base du poumon se congestionne facilement, le myocarde cède sans surmenage, la moindre faute septique amène de la suppuration; d'ailleurs, la glycosurie ou l'eczéma, apanages fréquents des êtres adipeux, favorisent souvent l'infection.

L'obèse est un *ralenti*, un *intoxiqué*; son foie et ses reins sont surmenés, et ne supportent pas aisément le surcroît de travail antitoxique ou d'épuration amené par l'anesthésie et l'acte opératoire.

L'obésité n'est certes pas une contre-indication chirurgicale, il s'en faut, mais nous aimons mieux les malades secs et résistants que les organismes graisseux, le fait est connu.

Parmi les obèses susceptibles de subir une intervention, il en est chez qui cet état constitue, sinon une contre-indication, du moins une cause indiscutable d'insuccès : ce sont les hernieux.

Chez ces sujets, le ventre est tendu, la pression intra-abdominale est exagérée; la hernie a parfois perdu droit de domicile; cet état s'explique aisément : l'infiltration graisseuse du tissu cellulaire sous-péritonéal, de l'épiploon et du mésentère, augmentent le volume des viscères abdominaux et diminuent la capacité du ventre par l'épaississement des parois. En supprimant toute cette graisse par la diète, on amoindrit la masse péritonéo-intestinale et on augmente la capacité du ventre. Grâce à cette double combinaison, on rend facile ou possible une intervention laborieuse, et on assure pour l'avenir une guérison plus durable, Le jeûne n'offre pas seulement pour avantage de dégraisser le ventre de l'obèse — contenant et contenu — et de faciliter la partie mécanique de l'opération, mais il augmente la résistance du sujet en mettant au repos le foie et les reins, surtout *si on les lave à grande eau* par des boissons.

En quoi consistera le régime de ces malades? Combien de temps durera-t-il? La diète sera-t-elle absolue ou relative? Le patient devra-t-il garder le repos ou vaquer à ses occupations? Il n'y a pas de règles fixes à ce sujet.

I. J'ai opéré trois malades dans ces conditions. Le premier était un homme de cinquante-quatre ans, alcoolique, à la fois grand et gros. Il portait une hernie inguinale énorme, qui pouvait être réduite par lui-même dans la position horizontale ou déclive. Cette réduction, que le malade obtenait par des manœuvres lentes, nécessitait, pour persister, l'application des doigts à l'entrée du canal; dès que la pression externe cessait, la masse herniaire était expulsée de nouveau hors de la cavité abdominale. Je soumis ce malade à une diète de courte durée, mais énergique. Pendant quinze jours, il garda le lit, et n'absorba que 1 litre ou un litre et demi d'eau bouillie par vingt-quatre heures. J'administrai même trois purgatifs à quatre jours de distance; le malade n'a pas été pesé, mais la veille de l'opération, je trouvai un ventre souple, et une masse herniaire molle, qui se réduisait aisément.

Je pratiquai la cure radicale; je ne trouvai pas d'épiploon dans le sac. L'intestin grêle se réduisit d'autant plus facilement que j'opérai sur un plan incliné. Après l'excision du sac, je fermai l'anneau très large par six points séparés au catgut, sans employer l'un des nombreux procédés préconisés dans le traitement de ces hernies.

Comme la période de jeûne préparatoire avait été courte, le malade continua la diète hydrique pendant trois semaines après son intervention. Pendant quelques mois, il se soumit encore à une diète relative. Depuis sept à huit mois, il a repris son régime ordinaire, et aujourd'hui — quinze mois après l'opération — la paroi inguinale est solide, la récidive ne paraît pas devoir se produire.

II. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, chez laquelle je pratiquai, il y a cinq ans, une hystérectomie abdominale pour fibrome. A cette époque, cette femme était déjà obèse et portait une petite hernie ombilicale. Pendant deux ans, cette hernie parut guérie par la suture abdominale, mais à mesure que la malade engraissait, la hernie augmentait. Au bout de quelques mois, il s'agissait d'une véritable éventration qui atteignait, au mois d'août

dernier, la grosseur d'une tête d'adolescent. Cette femme fut soumise au régime suivant : repos au lit, diète hydrique, jusqu'au jour où elle aurait perdu 20 kilos. Elle eut le courage de se soumettre *à un jeûne de cinquante jours*. Pendant cette longue période, elle s'était permis à quatre ou cinq reprises d'absorber de la salade ou une pomme. J'opérai cette femme dont le ventre flasque et la hernie flétrie m'offrait un cas désormais favorable. Je réséquai 600 à 700 gr. d'épiploon, je disséquai un sac spacieux, j'avivai les muscles grands droits, depuis le pubis jusqu'à l'épigastre, et je suturai ces deux muscles avec soin. La guérison s'effectua sans incident et ma malade réduite à un volume des plus raisonnables a repris sa vie ordinaire. A chaque repas elle prend soin de rester sur son appétit pour ne pas engraisser de nouveau.

III. Il s'agit d'un homme de quarante ans porteur d'une hernie inguinale irréductible, grosse comme une tête d'enfant. Cet homme était obèse et alcoolique. J'exigeai un amaigrissement de 20 kilogrammes. Le malade continua de travailler et ne vécut que de limonade, de salade et de pommes crues pendant quatre-vingt-cinq jours.

Trois mois après l'avoir vu pour la première fois, il revint chez moi et je l'opérai; à cette époque, son aspect était tellement changé que son médecin habituel, le docteur Henry (de Montdidier), ne le reconnaissait plus.

La cure radiale fut très simple; je réséquai 300 grammes environ d'épiploon. J'opérai séance tenante chez ce même malade une hernie épigastrique qui occasionnait des accès gastralgiques. Le malade supporta cette intervention admirablement et quitta la clinique au bout d'une quinzaine de jours.

Voici donc le régime que je conseille aux hernieux comme aux autres malades que je crois devoir « laver » ou « dégraisser » avant une intervention.

Boire de l'eau chaude ou froide à discrétion, c'est-à-dire à la dose moyenne de 2 litres par vingt-quatre heures. Cette eau est prise naturelle ou sous forme de tisane, limonade, bouillon d'herbes légèrement salé...

Si le malade désire circuler et s'occuper, il a droit à une salade « nature » à midi et à une pomme matin et soir ou bien à quatre ou cinq oranges par vingt-quatre heures.

Avec cette diète, les malades perdent 250 à 500 grammes par jour et atteignent en six semaines ou trois mois le poids désiré. J'avoue que l'entourage s'étonne de cette cure d'inanition conseillée dans le but de soutenir la résistance opératoire du patient, mais l'excellence du résultat obtenu donne raison au chirurgien.

A la suite de cette diète, les sujets obèses, rouges, au ventre tendu, porteurs de hernies irréductibles, prennent un teint clair, présentent un ventre souple et complaisant dans lequel la hernie rentre avec aisance.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(5 mai 1903)

Pour peu que l'Académie continue ainsi, elle simplifiera de plus en plus notre besogne, d'abord par son entêtement à nous laisser dans une place d'où l'on n'entend rien, ensuite par le souci qu'elle semble avoir de raccourcir de plus en plus ses ordres du jour.

Nous avons vu passer successivement à la tribune MM. Chauvel, Michon (d'Ajaccio), Roux (de l'Institut Pasteur), Mongour et Lagrange (de Bordeaux). Ce qu'ont dit ces messieurs? Il nous serait difficile de le répéter exactement. Nous savons seulement que M. Roux a donné lecture d'un travail de M. Calmette (de Lille) sur la **nécessité et les moyens pratiques de contrôler la désinfection publique**; que M. Chauvel a fait un rapport sur un travail de M. David relatif à l'**emploi des sels d'atropine en oculistique.**

M. Michon relate les bons résultats qu'il a obtenus par l'emploi préventif de la quinine contre le paludisme.

En prescrivant le chlorhydrate de quinine à la dose de 70 à 80 centigrammes tous les trois jours, il est arrivé à empêcher l'apparition et le retour des accès paludéens chez les vendangeurs corses; tandis que ceux qui ne s'étaient pas soumis à ce traitement continuaient à être atteints de fièvre paludéenne.

M. Mongour (de Bordeaux) croit que l'étude des **varations de volume du foie pathologique** dans le cours d'une même affection est susceptible de donner des indications précieuses sur la valeur fonctionnelle de cet organe. Ces variations produisent la souplesse du parenchyme, sa facilité d'adaptation aux besoins de l'organisme suivant la multitude des circonstances qui règlent sa fonction. Les foies totalement fibreux, à cellules ratatinées, à vaisseaux sclérosés ou oblitérés en majeure partie, sans tendance à l'hypertrophie compensatrice, restent fixés dans leur volume; cette fixation doit faire présager une déchéance fonctionnelle toute proche.

M. Mongour a plus spécialement étudié ces variations de volume sur les foies atteints de cirrhose biveineuse.

Sans méconnaître la valeur des autres renseignements fournis par l'analyse expérimentale et par la clinique, M. Mongour se croit autorisé à conclure ainsi :

1° Les cirrhoses biveineuses, à foie variable, atrophiques et hypertrophiques, sont susceptibles de guérison;

2° Ces mêmes cirrhoses paraissent difficilement curables si le foie reste fixé dans sa forme et dans son volume.

Enfin M. Lagrange a communiqué la note suivante :

La résection du ganglion cervical supérieur entraîne du côté de l'œil des phénomènes passagers et des phénomènes durables; il est très intéressant pour les ophtalmologistes de savoir si l'abaissement de la tension peut être rangé dans le premier ou le second groupe de phénomènes.

Les expériences physiologiques sur les animaux ont montré que l'hypotonie obtenue par la sympathectomie était un phénomène passager.

Les deux observations que M. Lagrange rapporte à l'Académie plaident dans le même sens; la seconde, qui concerne un enfant de trois ans, est surtout démonstrative. Dans ce cas, où la tension était manifestement élevée, il n'y avait pas d'oblitération de l'angle irien, pas d'altération vasculaire et la sympathectomie aurait dû donner son maximum de résultat. Or, la tension n'a été abaissée que pendant huit jours.

Il en résulte que la sympathectomie est une opération sur laquelle on ne doit pas compter dans la thérapeutique du glaucome.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Atrésie congénitale du duodénum. (Taillens. *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1903.) — M. Taillens rapporte une observation d'atrésie congénitale du duodénum avec autopsie. A l'occasion de ce cas, il refait une intéressante étude d'ensemble de cette malformation si rare.

Parmi les différentes théories émises au sujet de l'étiologie, M. Taillens se rallie à la manière de voir de Wyss (Uber congenitale Duodenal-Atresien, *Brun's Beiträge zur klinische Chirurgie*, 1900). Cet auteur voit dans l'atrésie congénitale du duodénum la suite d'une malformation vasculaire secondaire elle-même à un trouble originel.

Un fait qui doit être noté au point de vue anatomo-pathologique et qui est relaté dans presque toutes les autopsies d'atrésie congénitale du duodénum, c'est le faible développement de l'intestin au-dessous de l'occlusion.

« Le jéjunum, l'iléon, voire même le côlon, dit l'auteur, sont en effet affaissés, ratatinés et ne correspondent pas à ce qu'ils sont normalement chez un enfant né à terme. Appuyé sur cette constatation, Wuensche admet que le suc pancréatique et la bile, ainsi que plus tard le liquide amniotique dégluti, concourent pour une part au développement du tube digestif, en agissant par voie mécanique.

Outre la différence de calibre qui distingue l'intestin suivant qu'il est au-dessus ou au-dessous de la stricture, il importe encore de signaler l'hypertrophie très marquée de la tunique musculaire de l'estomac, évidemment d'origine fonctionnelle, contrastant d'une façon frappante avec la paroi atrphiée du tube digestif au-dessous de l'atrésie.

Symptomatologie. — Le plus souvent, l'enfant, né à terme, paraît bien conformé en apparence; tout au plus voit-on signalé dans quelques observations, entre autres dans celle qui nous concerne, le volume exagéré de l'abdomen; mais, peu d'heures après la naissance, apparaît le symptôme dominant et qui ne cessera qu'à la mort : le *vomissement*. Les liquides ingérés sont rejetés peu après leur déglutition, et cela presque sans exception ; chez notre petit malade, l'eau bouillie ne fut pas vomie, mais le fait ne se présenta guère qu'une ou deux fois...

En même temps que le vomissement, on remarque une *constipation opiniâtre*, car l'évacuation du méconium ne se fait pas par l'anus. Ce signe, joint au précédent, attirera de suite l'attention sur une malformation du tube digestif; après élimination d'une atrésie de l'anus, facile à faire par l'exploration directe avec le doigt ou la sonde, on songera à une occlusion de l'intestin, en se rappelant que les parties le plus souvent intéressées sont le duodénum et la dernière partie de l'iléon.

Par les lavements, on arrive parfois, comme dans notre cas par exemple, à provoquer l'expulsion d'une petite quantité de méconium, lequel ne présente cependant pas, pour les raisons suivantes, ses caractères habituels. On sait que ce produit d'excrétion est formé de débris épithéliaux provenant des différentes parties de l'intestin, des sucs digestifs et du liquide amniotique dégluti. Or, si ces derniers viennent à manquer, le méconium aura une consistance beaucoup plus épaisse et visqueuse et une couleur plus foncée, moins verdâtre que normalement, surtout si la bile fait défaut. C'est sans doute à cause de cette modification que certains auteurs ont nié absolument la présence du méconium au-dessous de l'atrésie, oubliant que cette substance est en partie formée sur place.

Comme signe objectif, c'est le *développement énorme du ventre* qui frappe tout d'abord ; ce symptôme, très accentué chez notre malade, est dû à la formation de gaz dans la partie du tractus digestif située au-dessus de la stricture, soit dans l'estomac et dans le duodénum ; la partie de l'intestin située au-dessous est au contraire vide, déprimée et d'un volume plus petit qu'à l'état normal.

Le siège du ballonnement abdominal donne de précieuses indications : il est en majeure partie localisé à la région épigastrique, lorsque l'atrésie est au duodénum, ainsi que notre cas en fait foi ; par contre, si c'est l'iléon qui est intéressé, il comprendra une partie d'autant plus étendue du ventre que l'occlusion siégera plus bas.

La percussion fait généralement constater partout un tympanisme accentué.

Le contenu de l'estomac et de l'intestin a été examiné, au point de vue bactériologique, par Wyss et par Weill et Péhu; ces auteurs le trouvèrent stérile au-dessous de la stricture, tandis qu'au-dessus ils y constatèrent la présence du bacterium coli commune, ce qui est une preuve de plus de la pénétration de ce microbe par la bouche dans le tube digestif. »

La durée de la vie n'est guère plus de douze jours au maximum. Ce signe sera important pour fixer le diagnostic. Le cas rapporté par M. Taillens, où la vie fut de vingt-trois jours, est évidemment exceptionnel.

Le *diagnostic* doit se baser sur les vomissements, la constipation, le ballonnement de l'épigastre, l'absence de bile dans les matières rendues et la diminution rapide du météorisme après l'évacuation stomacale.

Le *traitement* chirurgical doit être précoce. M. Taillens rappelle à titre d'encouragement le cas publié par Abel (*Münch. med Woch.*, 1899), et concernant un enfant atteint de rétrécissement congénital du pylore, guéri à la suite d'une gastro-entérostomie. « Il est vrai, ajoute l'auteur, qu'il s'agissait d'une stricture chez un enfant âgé de quelques semaines et non d'une occlusion complète chez un nouveau-né. De cette dernière affection, il n'existe, à notre connaissance, aucun cas de guérison.

Si on se décide à intervenir, on aura soin de tenir compte du point d'abouchement des canaux hépatique et pancréatique dans l'intestin ; si ces derniers se déversent dans le duodénum atrésié, on fera la duodéno-entérostomie ; dans le cas contraire, c'est à la gastro-entérostomie qu'on aura recours. »

L. GAYARD.

Empyème double de la tunique vaginale dans la scarlatine. (*Brit. med. Journ.*, 1902, 27 septembre, p. 975.) — Wilson Tyson rapporte l'observation d'une séquelle peu connue de la scarlatine. Le sujet dont il s'agit était un enfant de quatre ans ; il était atteint d'une scarlatine à évolution régulière et sans albuminurie ; il se leva au bout de trois semaines. Huit jours plus tard il se plaignit de souffrir au niveau du bas ventre, et fut pris de vomissements fréquents. La température atteignait 39°7. Le scrotum était rouge et infiltré, les testicules étaient durs et gonflés. Le jour suivant on constata des signes de suppuration : on fit de chaque côté une petite incision qui donna issue à un pus jaune et épais. Il ne s'agissait pas, comme on pourrait le penser, d'un abcès sous-cutané, car l'incision des couches superficielles ne détermina l'écoulement d'aucun liquide ; on fut obligé de porter l'incision jusqu'au testicule dont il fut possible de constater directement la dureté. Les deux plaies furent drainées. La guérison survint d'ailleurs assez rapidement.

A. HOUSQUAINS.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

La séance publique de la réunion du Bureau international pour la lutte contre la tuberculose a eu lieu hier mardi 5 mai, à la salle de la Société de géographie, sous la présidence de M. Casimir-Perier, qui a prononcé un discours dont nous extrayons les passages suivants :

« Vous allez étudier en commun les moyens employés dans les différents pays pour prévenir, combattre et guérir le mal; puis vous vous efforcerez de dégager les règles générales de la lutte antituberculeuse et leur application aux besoins particuliers en vous inspirant des mœurs, des lois et des ressources de chaque nation. C'est une lourde tâche, mais vous saurez la mener à bien.

Deux armes s'offrent à vous pour lutter contre la tuber-

culose : l'hygiène, qui peut enrayer sa marche, et l'assistance, qui s'efforce de lui disputer ses victimes. Or, l'expérience démontre qu'elles sont inséparables.

Parmi les mesures préventives, il en est qui risquent de provoquer dans l'opinion publique un mouvement de panique irréfléchi, et dans l'esprit des malades — des malades pauvres — un sentiment de découragement profond, quelquefois même de révolte légitime. De quel droit, au surplus, oserions-nous dénoncer ces malheureux comme un danger public et exiger d'eux des précautions en notre faveur, si nous ne songions pas à leur offrir, en échange, les soins rationnels d'une assistance rationnelle?

Ce n'est pas par la force, c'est par la douceur que l'hygiène s'impose aux déshérités, car ils ne l'acceptent que si elle se présente à eux sous les traits souriants de la charité compatissante, et non sous la forme brutale de l'égoïsme apeuré.

Mais l'assistance vraiment utile aux tuberculeux et efficace contre la tuberculose ne saurait se limiter aux ressources déjà si fécondes de l'assistance purement médicale. Elle reste intimement liée à la solution des problèmes économiques les plus complexes, et toute formule sera imparfaite qui n'aura pas pour base l'amélioration matérielle et morale du monde où l'on pâtit.

La lutte contre la tuberculose exige la mobilisation de toutes les forces sociales publiques et privées, officielles et volontaires, de toutes les forces humaines associées. Les forces officielles, qui se coordonnent elles-mêmes, doivent se garder des excès de la toute-puissance et les forces volontaires doivent savoir se coordonner pour ne pas demeurer impuissantes.

« Vous avez déjà des alliés ; car ce sont vos alliés, ceux qui luttent vaillamment contre les ravages de l'alcoolisme ; ce sont vos alliés, ceux dont l'initiative généreuse assainit et améliore les logements ouvriers ; ce sont vos alliés, tous ces mutualistes qui donnent un grand exemple de solidarité et qui créeent des richesses en additionnant des pauvretés. Resserrez les alliances fécondes ; vous êtes tous des soldats de la plus noble des causes ; apôtres de la civilisation et de la paix, vous déclarez la guerre à ces deux grands fléaux de l'humanité : la misère physique et la misère morale.

Quoique votre éminenent président, M. Brouardel, m'ait demandé de m'asseoir à cette place, je ne suis guère plus ici que n'était le chœur dans le théâtre de la Grèce ; il représentait l'opinion publique. Il me semble que c'est elle que je représente ici ; mais ce n'est pas seulement pour vous applaudir et vous remercier que je parle en son nom : en face des grands fléaux, l'humanité ignorante ne savait que trembler ; la science, sous toutes ses formes, a illuminé les esprits et réchauffé les cœurs, et si je suis au milieu de vous, c'est pour dire, au nom de tous ceux qui m'écoutent, au nom de tous ceux qui ont la notion du devoir moral et du devoir social : « La science est la colonne de feu qui marque le chemin ; marchez, Messieurs, marchez, nous vous suivons. »

La France se fera un honneur de réserver au Congrès international de 1904 un accueil digne des hommes de bien qui le composent et des questions vitales qui y seront étudiées.

En attendant, je suis heureux de saluer en vous, Messieurs, l'avant-garde de l'armée pacifique et puissante qui ralliera sous son drapeau les esprits et les cœurs de l'humanité pensente en un élan unanime de pitié nécessaire et de solidarité clairvoyante. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les indiscrétions de l'histoire (1), par le docteur Cabanès.

La nouvelle série que publie aujourd'hui M. Cabanès aura, à n'en pas douter, le même succès que son *Cabinet secret*, épuisé depuis longtemps et dont les amateurs se disputent les rares exemplaires.

La documentation précise de M. Cabanès, la vivacité de ses récits sont trop connues pour qu'il soit nécessaire de les vanter. Ce sont ces mêmes et puissantes qualités d'historien que nous retrouvons dans les *Indiscrétions de l'histoire*.

On jugera de l'intérêt de cette nouvelle publication, ornée de 10 gravures, par l'énoncé seul des principaux chapitres :

De quand date la chemise de nuit? — La traite des blanches, de Solon à Louis XV. — Comment on se préservait de l' « avarie » au siècle galant. — La flagellation à la cour et à la ville. — La du Barry était-elle blonde ou brune? — Marie Leczinska était-elle épileptique? — La flagellation de Théroigne de Méricourt, etc., etc.

En traitant ces questions, comme on le voit peu banales et mal connues, M. Cabanès a trouvé le secret de contenter tout le monde, aussi bien le lecteur ou la lectrice ne cherchant qu'à se distraire que l'historien ou le chercheur soucieux d'augmenter ses connaissances. En sa qualité de médecin il peut se permettre d'aborder bien des sujets que ne saurait traiter le romancier sans courir quelques risques. Quelques âmes sensibles, quelques esprits encore jaloux du prestige de la noblesse diront peut-être de M. Cabanès, comme Mercure de Sosie : « Avec quelle irrévérence parle des Grands ce m...édecin ! » mais les amis de la vérité se réjouiront de lire un livre autrement dramatique, autrement humain que les conceptions les plus osées de nos écrivains d'imagination. Dr Brochin.

La pellagre (2), par M. Procopiu.

Ce travail constitue peut-être la monographie la plus complète de cette affection singulière et encore mal connue que l'on désigne sous le nom de pellagre. Historique, étiologie, anatomie pathologique, étude clinique et thérapeutique, tous ces chapitres sont successivement traités avec méthode par le docteur Procopiu. Plusieurs figures et une planche illustrent cet ouvrage que l'on doit recommander à tous ceux qui n'ont, sur le pellagre, que des idées anciennes ou incomplètes. L. Babonneix.

Les obsessions et la psychasthénie (3), par le professeur Raymond et Pierre Janet.

Depuis plusieurs années déjà, et particulièrement dans les recherches qui ont paru sous le titre de *Névroses et idées fixes*, MM. Raymond et Janet se sont efforcés de préciser la pathogénie de certaines psychasthénies, de démonter, pour ainsi dire, leur mécanisme intime. Leur nouveau volume contient, comme le précédent, des observations d'états psychasthéniques, observations recueillies dans le service même de la Clinique, et qui permettent « de réunir des détails souvent disséminés dans des chapitres éloignés, de reconstituer l'évolution de la maladie dans tel ou tel cas et de préciser, s'il y a lieu, le diagnostic ».

Alors que le premier volume des *Obsessions et psychasthénies* était surtout d'ordre psychologique, celui-ci est essentiellement d'ordre clinique. Les praticiens y liront

(1) In-8° orné de 10 grav. et couvert. en coul. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Albin Michel, 59, rue des Mathurins.
(2) Paris, A. Maloine.
(3) Paris, F. Alcan.

d'intéressantes leçons sur les états neurasthéniques, les aboulies, les algies, les phobies, les idées obsédantes, etc.; ils comprendront, au fur et à mesure qu'ils avanceront dans la lecture du livre de MM. Raymond et Janet, qu'on peut guérir ces états singuliers, mais à une seule condition, c'est de connaître parfaitement et le terrain sur lequel ils se développent, et la façon dont ils évoluent.

L. BABONNEIX.

QUESTION D'INTERNAT

Dilatation des bronches (1).

SYMPTOMATOLOGIE. — Le *début* de la bronchectasie est toujours insidieux. Seule, la période d'*état* présente des symptômes caractéristiques.

Les **signes fonctionnels** consistent surtout en *modifications de l'expectoration*, qui est *toujours* augmentée de quantité, et *souvent* fétide.

A. L'ABONDANCE DE L'EXPECTORATION, absolument constante, est surtout manifeste le matin, la dilatation bronchique s'étant remplie pendant la nuit. Des efforts de toux quinteuse aboutissent à l'expuition d'une quantité considérable de crachats (650 grammes, Barth, 640 grammes, Biermer). Cette *vomique bronchique* (Jaccoud) est surtout remarquable chez le jeune enfant, qui, d'habitude, n'expectore pas.

D'abord muqueuse, puis muco-purulente, répandant une odeur fade, cette expectoration se divise, au repos, en plusieurs couches : une supérieure, spumeuse, aérée; — une moyenne, muqueuse; — une inférieure, puriforme, contenant des éléments cellulaires (leucocytes morts, cellules épithéliales), — microbiens (leptothrix, sarcines, levures, etc.), — chimiques (cristaux d'acides gras) (v. classiques).

B. La FÉTIDITÉ DE L'HALEINE ET DE L'EXPECTORATION, considérée comme constante par Trousseau, n'est en réalité qu'une complication, d'ailleurs fréquente, et liée le plus souvent à la gangrène bronchique.

C. Les HÉMOPTYSIES sont fréquentes, souvent minimes, elles peuvent, par leur abondance (*h. foudroyantes*), mettre en danger la vie du malade. Le sang est rarement rutilant, ordinairement noir, spumeux, quelquefois lavure de chair (Jaccoud).

D. Passer rapidement sur les autres signes fonctionnels : TOUX, surtout fréquente le matin, — DYSPNÉE, due à des causes multiples : lésions pulmonaires [dilatation et sclérose], — lésions cardiaques [dilatation du cœur droit], — lésions rénales, d'ordre toxique.

Les **signes physiques** sont ceux de toute cavité pulmonaire. A l'INSPECTION : α. *dépression* en rapport avec le siège de la dilatation, souvent peu marquée ; β. *immobilité respiratoire* d'une partie variable du thorax. A la PALPATION, si la caverne est vide, les *vibrations* sont *augmentées*; si elle est pleine, elles sont abolies. La *percussion* donne le plus souvent de la *matité*, due aux adhérences pleurales, à la sclérose pulmonaire, à la réplétion de la cavité, matité dont le *bruit de pot fêlé* n'est qu'une variété. Beaucoup plus rarement, on trouve α. un *son normal* (cavité petite, profonde); β. *tympanique* (cavité spacieuse, superficielle, à parois lisses et résistantes); γ. *amphorique* (bronchectasie réalisant les conditions physiques d'un pneumothorax).

A l'AUSCULTATION, on perçoit surtout des souffles et des râles. Le *souffle caverneux* possède une intensité variable, une tonalité grave, un timbre doux [il côtoye l'oreille (Lasègue)] : il disparaît quand la caverne est remplie, il réapparaît si l'on fait tousser le malade. Le *souffle amphorique* ne s'observe qu'en cas de bronchectasie vaste, superficielle, à orifice étroit, à surface lisse, dure. D'intensité variable, ordinairement faible, à timbre métallique caractéristique, ce souffle est dû à la projection des vibrations laryngo-trachéales dans une grande cavité à parois lisses et résistantes. Le *râle caverneux* est composé de bulles très grosses et très humides, nombreuses, inégales; il s'entend aux deux temps, il varie avec l'état de réplétion de la caverne. Citer le *tintement métallique*. Laënnec insistait sur la valeur diagnostique de la *pectoriloquie* ou *voix caverneuse* : la voix semble sortir directement de la poitrine. La *voix* peut aussi prendre le caractère *amphorique*. La *toux* est *caverneuse* ou *amphorique* (V. classiques et Faisans, *Maladies de l'appareil respiratoire*).

Les **signes généraux** sont pendant longtemps réduits à leur minimum. Pendant quinze ans, vingt ans et plus, l'état général est absolument parfait : *cette longue intégrité est caractéristique de la bronchectasie*.

ÉVOLUTION. TERMINAISON. — Le plus souvent, la bronchectasie est une affection essentiellement chronique, pouvant durer de longues années (jusqu'à quarante ans) : exceptionnellement elle peut *guérir* (pétrification du contenu de la dilatation ou cicatrisation); le plus souvent, elle aboutit à la *mort* par : *a. cachexie* : le catarrhe chronique abrégeant la vie du malade « à raison de l'épuisement produit par la dyspnée, par la force et la durée des quintes de toux et surtout par l'abondance des crachats, qui sont d'un jaune grisâtre et tout à fait puriformes » (Laënnec). Cette cachexie, due aux infections secondaires, évolue d'habitude lentement, quelquefois avec rapidité; d'autres fois, la bronchectasie est envahie par le bacille de Koch, d'où signes de tuberculose surajoutée; — *b. complications*. α. La plus fréquente est la *gangrène bronchique* : les parois des cavités bronchiques dilatées se sphacèlent, le tissu pulmonaire restant intact. Désignée sous le nom de *bronchite fétide* (Laycock), *putride* (Traube), de *gangrène curable du poumon* (Lasègue), de *bronchorrhée* ou *bronchectasie fétide*, cette gangrène bronchique se traduit cliniquement par une aggravation des symptômes généraux et des modifications de l'expectoration qui devient gris sale, et acquiert une fétidité particulière; elle peut guérir, puis récidiver; elle peut aussi aboutir à une septicémie généralisée ou à la gangrène pulmonaire. β. La *gangrène pulmonaire*, seule ou accompagnée de *pleurésie putride*, primitive ou secondaire à la gangrène bronchique, s'observe assez souvent : elle se traduit par ses signes habituels (gravité des phénomènes généraux, fétidité horrible de l'expectoration, évolution rapide et presque fatalement mortelle). γ. La *pyohémie* peut venir compliquer la bronchectasie sous forme de pseudo-rhumatisme curable ou d'infection métastatique (abcès viscéraux, endocardite ulcéreuse, suppurations des séreuses). δ. Au bout d'un certain temps, la bronchectasie aboutit fatalement à la *dilatation du cœur droit* et conduit ainsi à l'*asystolie*, fin habituelle des malades. D'où gravité du PRONOSTIC, mais à longue échéance.

DIAGNOSTIC. — A. **Essentiel** : se base sur la constatation des signes cavitaires chez un malade dont l'état général est excellent, sur les antécédents, l'évolution de la maladie, etc. — B. **Différentiel** : 1° Y A-T-IL CAVITÉ? Éliminer rapidement les affections capables de donner lieu à des signes cavitaires (adénopathies trachéo-bronchiques, certaines pleurésies, etc.); — 2° LA CAVITÉ EST-ELLE DUE A UNE DILATATION DES BRONCHES? De toutes les cavités pulmonaires (hydatique, cancéreuse, syphilitique, gangréneuse, ganglionnaire, etc.), la plus importante et la plus difficile à différencier de la bronchectasie, chez l'enfant comme chez l'adulte, c'est la *tuberculose pulmonaire à la phase ulcéreuse*. L'altération précoce et profonde de l'état général, l'évolution rapide, la localisation des signes au sommet (d'où dépression sous-claviculaire), l'existence de symptômes bilatéraux, la constatation de bacilles de Koch, la réaction fébrile sous l'influence de la tuberculine plaident en faveur de la tuberculose,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 48, p. 477.

mais souvent, même avec quelques-uns de ces éléments, le diagnostic présente les plus grandes difficultés. — C. **Des complications.**

TRAITEMENT. — A. **Prophylactique.** — B. **Curatif.** Soumettre les malades à une bonne hygiène, désinfecter leurs voies respiratoires, leur prescrire d'éviter les fatigues. Le *traitement chirurgical* n'est indiqué (Marfan) que s'il existe une dilatation ampullaire que l'on suppose unique, à contenu putride, et dont le siège a été nettement précisé par une ponction exploratrice.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1902. — *Prix Barbier* (2000 fr.). — Le prix est décerné à M. le docteur R. Proust (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Rémy (de Dijon), et à M. le docteur Luys (de Paris).

Prix Chatauvillard (2000 francs). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 500 francs à M. le docteur Couvelaire (de Paris); 2° 500 francs à M. le docteur Ravaut (de Paris); 3° 500 francs à M. le docteur Coquerelle (de Beauvais).

Des mentions honorables, avec 250 francs, ont été accordées : 1° à MM. les docteurs Lesné et Merklen (de Paris); 2° à M. le docteur Dopter (médecin militaire).

Prix Jeunesse [hygiène] (1500 francs). — Le prix est attribué à M. le docteur Plicque (de Paris).

Prix Saintour (3000 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Sergent et Bernard (de Paris).

Prix Charles Legroux (1500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Le Goff (de Paris).

Prix Lacaze (10000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Bordas (de Paris).

Prix Corvisart (médaille de vermeil et 400 francs). — Le prix est accordé à M. Bouic.

Prix Montyon (700 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Hébert (d'Audierne).

THÈSES RÉCOMPENSÉES POUR L'ANNÉE 1902. — *Médailles d'argent.* — MM. Barbarin, Cathelin, Clerc, P. Duval, J. Ferrand, Labey, Lereboullet, Marcille, Pagniez, Ravaut, Sauvage, Tesson.

Médailles de bronze. — MM. Brunschwig; Mlles Delporte, Fédoroff; MM. Géraud, Grullon, Janot, F.-L. Le Gros, G. Legros, Leroy, Le Roy des Barres, Masselon, Méheut, Monsseaux, Monthus, Oppenheim, Pamard, Jean Petit, Pozerski, Quiserne, Sabatié, Sikora, Slatinéano ; Mlle Volovatz.

Mentions honorables. — MM. Assicot, Berthier, Bisch, H. Bourgeois, Brécy, Cauzard, Celos, Decottignies, Degorce, Deschamps, Gaussin, Gonzalez Quijano Sanchez, Grosse, Guiard, Guillain, Guisez ; Mlle Horowitz; MM. Houdart, Judet, A. Lelong, Lenglet, Lhopitallier, Maubert, Raisonnier, Rozier, Stanculeanu, Tessier.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1903. — La question posée pour le *Prix Corvisart* (médaille de vermeil et 400 francs) est : « Des péritonites dites primitives, » et celle du *Prix Saintour* (3000 fr.) : « Séméiologie du liquide céphalo-rachidien. »

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Bruch, directeur de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger; — Malinas, médecin principal de première classe, directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie; — Mercier, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Marseille.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Rioblanc, médecin-major de première classe; — Drely, Kraus et Friant, médecins-majors de deuxième classe; — Livon, médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale.

Marine. — Sont promus :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Julien-Laferrière (Louis-Marie-Paul).

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Carbonel (Jean-Raoul).

Au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer. — M. le médecin principal de la marine en retraite Alix.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la seizième semaine 1096 décès, au lieu de 1000 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1075.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (moyenne 10), dont 4 dans le IVe arrondissement.

La rougeole a causé 15 décès (moyenne 28); la scarlatine, 2 décès (moyenne 5); la coqueluche, 3 décès (moyenne 10); la diphtérie, 12 décès (moyenne 10); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 117, au lieu de 107 pendant la semaine précédente (moyenne 79).

La variole n'a pas causé de décès.

La diarrhée infantile a causé 23 décès de 0 à 1 an, chiffre identique à la semaine précédente et au lieu de la moyenne 29.

En outre, 44 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 200 décès au lieu de 170 pendant la semaine précédente et au lieu de 212, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 19 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 17 (moyenne 30); pneumonie, 55 (moyenne 55); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 109 (moyenne 110), dont 41 sont dus à la congestion pulmonaire et 57 à la broncho-pneumonie. En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 240 décès; la méningite tuberculeuse, 30 décès; la méningite simple, 28 décès; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 26 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux de Paris; J. La Bonnardière, professeur de thérapeutique et d'hygiène à la Faculté de médecine française de Beyrouth; Garry (de Saint-Laurent-Médoc) et Nepveu, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

Maladies du tube digestif, du cœur et du poumon. — *Hôpital de la Pitié.* — M. le docteur Lion commencera ses conférences cliniques sur les maladies du tube digestif le vendredi 15 mai, à dix heures et demie du matin, salle Grisolle.

M. le docteur Louis Rénon commencera ses conférences cliniques sur les maladies du cœur et du poumon le vendredi 15 mai, à neuf heures et demie du matin, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

Ils les continueront les vendredis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

De la rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts (1).

Par MM. Maurice PATEL, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine,
et Charles VIANNAY, prosecteur à la Faculté de Lyon.

I

Division du sujet. — On observe parfois en clinique, à la suite de lésions locales, la rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts, sans aucune participation des groupes musculaires voisins.

L'attention a été jusqu'ici peu attirée, du moins en France, sur cette forme de rétraction musculaire. C'est qu'en effet, elle ne constitue point une entité morbide; elle peut, comme nous le verrons plus loin, résulter de causes assez variées et déterminant dans le corps musculaire des fléchisseurs des doigts, des lésions qui ne sont pas les mêmes dans tous les cas. Mais, ce que l'on retrouve toujours dans cette affection, c'est un *raccourcissement permanent et définitif* de l'ensemble formé par la masse charnue des fléchisseurs et par leurs tendons. Ce raccourcissement entraîne une série de troubles fonctionnels, toujours les mêmes, qui réalisent un véritable *syndrôme.*

Nous venons d'en observer un bel exemple à la clinique du professeur Jaboulay. Aussi nous a-t-il paru intéressant de présenter une étude d'ensemble de ces faits peu connus et de signaler les acquisitions récentes faites par la thérapeutique chirurgicale de ces rétractions des fléchisseurs.

Après quelques mots d'historique, nous décrirons d'abord les caractères cliniques de la rétraction des muscles fléchisseurs des doigts; nous passerons ensuite en revue les causes qui peuvent la produire, puis nous distinguerons cette rétraction permanente, d'autres maladies qui s'accompagnent d'attitudes vicieuses des doigts; enfin, nous étudierons le traitement qui convient à cette affection et nous dirons, chemin faisant, quelles lésions ont montrées dans les muscles malades les interventions pratiquées sur eux.

(1) Travail de la clinique du professeur Jaboulay.

II

Historique. — Des cas de rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts semblent avoir été observés depuis fort longtemps. Témoin les deux faits suivants, rapportés en 1842 à l'Académie de médecine, au cours d'une vive discussion sur la ténotomie (1), à laquelle J. Guérin et Bouvier prirent une part prépondérante.

Le premier exemple est celui d'un malade de Stromeyer (1838). « Un garçon tailleur âgé de vingt ans avait éprouvé, dix ans auparavant, une luxation de la main gauche en bas. L'appareil appliqué fut relâché par le malade et il fut impossible plus tard de redresser le membre. La main était fléchie à angle droit et ne pouvait être que fort peu étendue par le malade. La flexion des doigts était si forte que la main était presque fermée. *Quand on essayait de la redresser, on augmentait la contraction des doigts.* Les tendons des fléchisseurs faisaient saillie à la face palmaire de l'avant-bras et se montraient raides et tendus. »

Dans la même séance, Guérin rapporte en ces termes un cas qu'il avait observé avec Larrey. « M. Hippolyte Larrey voulut bien me consulter, en septembre 1840, sur une rétraction du poignet et des doigts qui avait été déterminée chez un enfant de six ans *par l'application d'un bandage trop serré* à la suite d'une fracture de la clavicule. Je conseillai la section des tendons fléchisseurs superficiels et profonds dans la paume de la main. »

Mais ce sont là des cas isolés, rapportés un peu succinctement, et qui ne semblent pas avoir fixé l'attention des chirurgiens. Il n'en est fait aucune mention dans les traités français, qui ne décrivent pas la rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts.

Ces faits paraissent plus connus en Allemagne et en Angleterre, où les auteurs signalent la rétraction des fléchisseurs à la suite d'applications de bandages trop serrés, dans les fractures du bras ou de l'avant-bras. Volkmann (2) a donné à cette affection le nom de *paralysie musculaire d'origine ischémique.* »

Il l'a observée non seulement comme complication des fractures traitées par des appareils trop serrés, mais encore

(1) *Bull. de l'acad. de méd.*, 1842-43, t. VIII, p. 129.
(2) VOLKMANN. Die Ischœmischen Muskellæhmungen und Kontracturen, *Centralbl. für Chir.*, 24 déc. 1881.

à la suite de l'application de la bande d'Esmarch, de lésions des gros vaisseaux, de l'exposition à un froid excessif.

Cette affection est signalée aussi par Albert et Kœnig. Albert, en son chapitre des déviations acquises et des raideurs articulaires, écrit : « Mais la situation devient décidément mauvaise quand l'appareil a été appliqué trop solidement, de sorte qu'il s'est développé une myosite (Volkmann) ou une névrite par compression : *il survient alors une contracture des fléchisseurs qui produit la main en griffe et qui est incurable* (1). »

Puis il cite une observation célèbre et qui fit grand bruit, il y a quelque soixante ans.

« Le professeur Dubowizky (de Kieff) s'était fait une fracture de l'humérus pour laquelle on lui appliqua un appareil amidonné qui serrait trop, mais qu'il supporta avec un grand courage. Cemme résultat, il eut une flexion de tous les doigts. Stromeyer, qui à ce moment était à Erlangen, trouva sur l'avant-bras du malade une callosité qui englobait les fléchisseurs et était encore sensible à la pression. Il conseilla les bains de boue d'Albano près Padoue. Mais le malade tomba ensuite entre les mains de J. Guérin qui, à cette époque, commettait de véritables excès de ténotomie. Guérin fit sur la main de Dubowizky vingt-neuf tétomies : la main fut perdue pour toujours. » (Albert, t. II, p. 570.)

La rétraction isolée des fléchisseurs des doigts est étudiée brièvement par Kœnig (2).

« Une forme beaucoup plus grave, heureusement peu fréquente, de contracture en position vicieuse est celle que l'on observe à la suite de l'immobilisation d'une fracture de l'avant-bras dans des appareils trop serrés ; c'est surtout depuis que l'on emploie les appareils plâtrés que l'on a vu augmenter le nombre des paralysies de ce genre. Une fois l'appareil enlevé, on constate que la main, dont les téguments ont pris une teinte violacée, est tuméfiée, œdématiée, douloureuse, et qu'elle présente un état de raideur avec flexion du côté palmaire et du côté cubital. Les doigts également sont fléchis en forme de griffes, et c'est précisément le dernier nom que l'on a choisi pour désigner les formes les plus prononcées de contracture en flexion.

Volkmann a donné à cette affection le nom caractéristique de *paralysie musculaire d'origine ischémique*, et ses élèves (Kraske, Leser) ont confirmé cette manière de voir par l'expérimentation et l'observation clinique. Tandis que les nerfs ont conservé leur conductibilité, les muscles ont perdu une grande partie de leur excitabilité. »

La rétraction des muscles fléchisseurs des doigts a été étudiée récemment par Littlewood (3), W. Page et L. Barnard, qui ont publié quelques cas de cette affection, consécutifs à des traumatismes avoisinant l'articulation du coude. Littlewood considère que cette complication, bien que passée sous silence dans les traités de chirurgie, ne doit pas être très rare, puisqu'il en a observé une dizaine de cas en douze ans. Dans une note plus récente (4), cet auteur s'élève contre le nom de « paralysies ischémiques » donné par Volkmann aux cas de ce genre. Une pareille appellation lui semble absolument impropre. Pour lui, il s'agit là d'une lésion primitivement musculaire, sans que les nerfs soient en cause et sans que les organes lésés souffrent de la moindre privation de sang.

(1) Albert. *Traité de chirurgie clinique et de médecine opératoire*, trad. Broca, t. II, p. 578.

(2) Kœnig. *Traité de pathologie chirurgicale spéciale*, trad. Comte, d'après la 4e édit., t. III, p. 287.

(3) Littlewood. A clinical lecture on complications following on injuries about the elbow-joint and their treatment, *The Lancet*, 1900, t. I, p. 290.

(4) Littlewood. *The Lancet*, 1901, t. I, p. 63.

Nous reviendrons plus loin (v. Pathogénie) sur ce point.

Depuis les travaux de Littlewood, quelques cas de l'affection qui nous occupe ont été observés à Lyon.

Le 17 janvier 1901, M. Vallas présentait, à la Société de chirurgie de Lyon (1), un malade qui, « à la suite d'une opération faite dans l'enfance, pour une ostéite du radius actuellement entièrement guérie, présentait une rétraction des muscles fléchisseurs, ne permettant l'extension complète des doigts que lorsque le poignet était fléchi. »

A la suite de cette présentation, M. Nové-Josserand dit avoir observé, chez deux enfants, une lésion analogue, qui était survenue à la suite de l'application de bandages trop serrés, pour des fractures soignées à la campagne.

Ces différents cas, joints à celui que nous venons d'observer à la clinique de notre maître le professeur Jaboulay, vont nous permettre d'esquisser une étude d'ensemble de la rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts.

III

Symptômes. — A. Signes objectifs. — 1. *Inspection.* — La rétraction des muscles fléchisseurs est essentiellement caractérisée par la *flexion permanente des doigts* dans la paume de la main.

Comme l'indique la figure 1 (A), la flexion porte surtout sur les deux dernières phalanges. Ce fait s'explique aisément si l'on se rappelle que, comme l'a bien établi Duchenne (de Boulogne), les muscles fléchisseurs superficiel et profond des doigts, n'ont action réelle que sur les deux dernières phalanges, la première étant fléchie par les muscles interosseux et lombricaux.

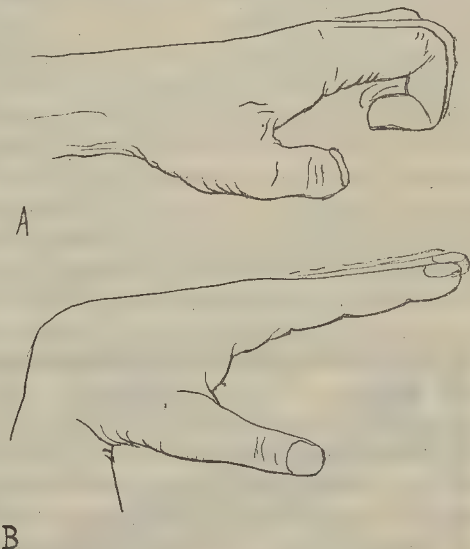


Fig. 1. — (*Imitée de Littlewood.*)

La flexion des doigts est plus ou moins accentuée suivant les cas : souvent leur pulpe arrive au contact des téguments de la paume, parfois même les ongles pénètrent dans la peau de la région palmaire.

La rétraction peut frapper les muscles fléchisseurs des cinq doigts de la main, ou en épargner quelqu'un. Quand

(1) *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 1900-1901, t. IV, p. 67, 76, 153.

l'un des doigts restent indemne, c'est en général le pouce, parce qu'un muscle spécial commande à sa flexion. Au contraire, les quatre derniers doigts obéissant au même muscle fléchisseur, sont à peu près également intéressés par la rétraction de ce muscle. Chez le malade de M. Vallas, les quatre derniers doigts étaient pris et ils s'étaient fléchis dans la paume, les uns après les autres. Chez notre malade, les cinq doigts de la main gauche étaient en flexion.

Si l'on commande au malade d'étendre ses doigts fléchis, on voit qu'il en est absolument incapable.

2. *Palpation.* — Cherche-t-on, alors, à obtenir l'extension des doigts en exerçant sur eux des manœuvres de force? On ne peut y parvenir. On a la sensation d'un obstacle mécanique, opposant au mouvement d'extension une résistance invincible et, si l'on insiste, le malade accuse une vive douleur au niveau de la face antérieure de l'avant-bras et parfois aussi du poignet.

Au contraire, si, comme l'indique la figure 1 (B), *on place la main en flexion sur l'avant-bras*, diminuant ainsi la distance qui sépare, en ligne droite, l'insertion supérieure des muscles fléchisseurs, de leur insertion phalangienne, *le mouvement d'extension des doigts, soit spontané, soit provoqué, s'effectue avec la plus grande facilité.* Ce fait montre bien que l'ensemble, formé par la masse charnue et les tendons des muscles fléchisseurs des doigts, *est devenu trop court* par rapport aux leviers osseux qu'il est chargé de faire mouvoir.

Il peut arriver cependant que, même la main étant fléchie, le mouvement spontané d'extension des doigts reste un peu incomplet. Mais il est facile alors d'amener ces doigts, incomplètement étendus, à la rectitude parfaite. Il suffit pour cela, leur pulpe étant maintenue fixe, d'exercer sur leur face dorsale une légère pression qui devra être d'autant moins forte que l'on exagérera, en même temps, la flexion de la main sur l'avant-bras.

La palpation de l'avant-bras, au niveau de la masse charnue des fléchisseurs, permettra souvent de sentir soit comme chez un malade d'Harold L. Barnard, une induration généralisée de ces muscles, soit, comme dans le cas de Dubowizky, une induration localisée, une callosité englobant le corps musculaire des fléchisseurs.

Les muscles atteints de rétraction sont, en général, atrophiés et diminués de volume; aussi la face antérieure de l'avant-bras est-elle plus aplatie que normalement. On a noté, dans quelques cas, la réaction de dégénérescence.

Le plus souvent, mais non toujours, il n'existe aucun trouble sensitif et tous les groupes musculaires, autres que ceux frappés par la rétraction, fonctionnent normalement. Dans quelques observations cependant, on a signalé un peu de parésie ou d'hypoesthésie dans le territoire musculaire ou cutané des nerfs cubital ou médian.

Enfin l'exploration des diverses articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes des doigts intéressés, permet de constater leur intégrité absolue.

B. Signes subjectifs. — La rétraction des fléchisseurs est habituellement indolore. Elle occasionne seulement pour le malade une gêne fonctionnelle plus ou moins grande.

Ces troubles fonctionnels varient d'intensité suivant les cas. Tandis que, chez certains malades, les usages de la main sont gravement entravés par la flexion permanente des doigts dans la paume, chez d'autres, l'impotence est loin d'être complète. Ainsi le malade de M. Jaboulay, dont on trouvera plus loin l'observation, avait pu continuer pendant plusieurs années son métier de peintre plâtrier. Sa main, malgré la rétraction des fléchisseurs, maniait encore assez bien le pinceau, car cet homme avait appris tout seul à placer sa main en flexion sur son avant-bras, pour permettre l'extension de ses phalanges.

En somme l'affection qui nous occupe est surtout caractérisée par ses signes *objectifs* que l'on peut résumer ainsi :

1° Flexion permanente des doigts dans la paume de la main; 2° extension même provoquée, absolument impossible, tant que la main n'est pas fléchie sur l'avant-bras; 3° extension facile et complète dès que la main est placée en flexion sur l'avant-bras.

Si, au lieu de placer la main en flexion, on la met en hyper-extension, ce mouvement exagère la flexion des doigts.

Enfin, tous ces symptômes persistent lorsque le malade est plongé dans le sommeil anesthésique, ce qui distingue la rétraction des fléchisseurs, de la contracture de ces mêmes muscles.

Ces signes objectifs, comme on le voit, sont fonction du *raccourcissement* des muscles fléchisseurs des doigts. Toutes les lésions, capables de raccourcir ces muscles, feront apparaître le syndrome qui vient d'être décrit.

Voyons maintenant dans quelles conditions peut survenir ce raccourcissement.

IV

Étiologie. — La rétraction des fléchisseurs des doigts peut apparaître : au cours de différentes affections du système nerveux central; à la suite de lésions funiculaires des nerfs du bras; enfin et surtout, à la suite de lésions locales intéressant les muscles fléchisseurs.

A. Affections du système nerveux central. — Toutes les maladies du cerveau et de la moelle épinière, qui s'accompagnent de phénomènes spasmodiques, peuvent produire d'abord la contracture, puis la rétraction des muscles fléchisseurs des doigts. Parmi ces affections, nous citerons : la maladie de Little, l'hémiplégie, les poliomyélites antérieures aiguës, la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, la syringomyélie, la maladie de Parkinson.

Mais jamais ces affections n'atteignent isolément les muscles fléchisseurs des doigts; jamais, par conséquent, elles ne réalisent dans toute sa pureté le syndrome de la rétraction *isolée* de ces muscles. Nous aurons donc peu de chose à en dire.

On peut voir cependant, dans quelques cas d'hémiplégie et de maladie de Little, la contracture et la rétraction prédominer nettement dans les muscles fléchisseurs des doigts et donner naissance aux mêmes troubles fonctionnels que la rétraction isolée de ces muscles.

B. Affections des nerfs périphériques. — Nous en dirons autant des *polynévrites* : mais dans ces affections, la distribution des lésions est, en général, trop diffuse pour pouvoir entraîner secondairement la rétraction *isolée* des muscles fléchisseurs des doigts.

Seules les paralysies tronculaires des nerfs du bras peuvent arriver à la longue et indirectement à la production de ce syndrome et, parmi ces paralysies, deux surtout nous paraissent entrer en ligne de compte : ce sont les paralysies du nerf radial et du nerf cubital.

1. *Paralysie radiale.* — Dans cette affection, les doigts abandonnés à l'action des muscles fléchisseurs privés d'antagonistes viennent se placer en flexion dans la paume de

la main, qui est elle-même fléchie sur l'avant-bras en pronation. Lorsque cette attitude se prolonge indéfiniment, elle peut entraîner la rétraction des muscles fléchisseurs. On sait, en effet, qu'actuellement, on tend de plus en plus avec Blocq (1), M[me] Socara (2), Cestan et Lejonne (3) à faire jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie de la rétraction musculaire, à l'attitude vicieuse résultant de l'inégalité de puissance des différents groupes musculaires. La cirrhose musculaire n'aurait d'autre rôle que de rendre irréductible et définitive cette attitude vicieuse; elle ne serait pas l'agent principal de la rétraction.

Quoi qu'il en soit, la rétraction des fléchisseurs est un fait rare et peut-être pas encore signalé dans la paralysie radiale. Elle peut cependant apparaître au cours de cette affection, ainsi qu'en témoigne l'exemple suivant d'un malade que nous avons observé à la clinique du professeur Jaboulay.

C'était un homme de trente-cinq ans, peintre en bâtiments, sans aucun antécédent héréditaire digne de remarque.

Personnellement, il avait toujours été bien portant, si l'on excepte deux maladies aiguës : une rougeole dans l'enfance et une fièvre typhoïde il y a cinq ans (1898).

Il n'avait pas fait de service militaire, ayant été refusé au conseil de revision pour faiblesse de constitution. Depuis l'âge de vingt-trois ans, cet homme était peintre en bâtiments, mais n'avait jamais eu, jusqu'à cette année, le moindre accident saturnin. Tout dernièrement, il entra, pour une légère colique de plomb, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service du professeur Lépine, d'où il passa, après guérison, à la clinique du professeur Jaboulay, en janvier 1903, pour une affection de l'avant-bras gauche, dont le début remonte à sept années.

Le 16 février 1896, cet homme, étant à Lausanne (Suisse) dans un atelier de menuisier, tomba sur un tas de copeaux au milieu desquels se trouvait un outil à mortaiser. Cet instrument piquant-tranchant le blessa au pli du coude gauche. Il se produisit une très abondante hémorragie suivie de syncope.

Un garrot ayant été appliqué et solidement assujetti, le blessé fut transporté chez lui où un médecin pratiqua la ligature de l'artère divisée (qui fut très probablement l'humérale), la plaie se cicatrisa assez rapidement, en trois semaines, dit le malade, vraisemblablement sans suppuration. Pendant ce temps, l'avant-bras resta en écharpe, fléchi à angle droit sur le bras.

Lorsque, après trois semaines, le malade quitta son pansement et son écharpe, il s'aperçut que les doigts de sa main gauche étaient fléchis dans la paume et qu'il ne pouvait les étendre. En même temps, se développait un œdème assez volumineux de la main et de la moitié inférieure de l'avant-bras, accompagné de douleurs vives qui irradiaient dans le bras. Il n'y eut ni rougeur, ni phénomènes généraux graves. Cet œdème disparut au bout d'un mois environ.

Le malade fut alors frappé de l'amaigrissement de sa main et de son avant-bras gauches. Cependant sa main, malgré la flexion persistante des doigts dans la paume, put lui rendre bientôt quelques services et lui permettre de reprendre son travail, *trois mois* exactement après son accident. Son état était alors le même qu'aujourd'hui et, durant ces sept ans, aucun autre changement ne s'est produit, que le retour progressif des forces dans la main gauche, à mesure qu'il s'en servait. De plus, après les journées pénibles, il lui arrivait de souffrir dans le bras et l'avant-bras gauches.

Il ne s'est produit récemment, dans son état, aucune modification, et cet homme profite simplement de son séjour à l'Hôtel-Dieu pour demander à la chirurgie la guérison de son infirmité.

L'examen objectif révèle tout d'abord les signes caractéristiques de la rétraction des muscles fléchisseurs : flexion permanente des cinq doigts dans la paume de la main gauche; extension même provoquée des doigts impossible, tant que la main n'est pas en flexion sur l'avant-bras, extension facile des phalanges dès qu'on donne à la main cette attitude de flexion.

L'avant-bras gauche est le siège d'une atrophie musculaire notable : sa circonférence, mesurée à 10 centimètres au-dessous du bec de l'olécrâne, est de 22 centimètres; celle de l'avant-bras droit étant de 26 centimètres et demi. De plus, la portion renflée, musculaire de l'avant-bras gauche a diminué notablement de hauteur, comme si la masse charnue des fléchisseurs s'était retirée du côté du coude. La palpation des fléchisseurs ne révèle dans leur épaisseur ni callosité, ni induration cicatricielle.

Les masses musculaires du bras gauche sont légèrement atrophiées : circonférence = 25 centimètres et demi à gauche, 27 centimètres et demi à droite.

On note une faiblesse persistante dans les muscles extenseurs des doigts, l'intégrité de la sensibilité dans le domaine du radial. Dans le territoire du cubital à la main, on note de l'anesthésie, surtout au niveau de la face dorsale et de la pulpe du petit doigt. Les interosseux sont intacts : le mouvement du rapprochement des doigts s'effectue avec énergie.

Dans le domaine du médian, on note un peu d'engourdissement de la peau de l'éminence thénar et une faiblesse légère des mouvements d'opposition du pouce.

En somme, ce malade paraît avoir eu une compression de ses trois principaux nerfs du bras, par le garrot qui fut appliqué après sa blessure.

Le médian fut à peine lésé. Le cubital, *nerf vulnérable* et sensible par excellence (Jaboulay), fut touché plus profondément. Mais il est curieux de voir qu'après sept ans il persistait dans le domaine de ce nerf uniquement des *troubles sensitifs* et aucun trouble moteur. Ces troubles sensitifs siégeaient dans le domaine du nerf cutané dorsal de la main, du cubital, dont les fibres, ainsi que l'a établi l'un de nous (1), sont situées à la surface du tronc nerveux, et par conséquent plus exposées. Ce petit fait que nous signalons en passant vient donc à l'appui de la systématisation des nerfs qui montre, entre autres choses, que « la vulnérabilité moindre des fibres sensitives n'est point un fait constant, comme on l'admet généralement; ne sont moins vulnérables que les fibres sensitives situées au centre des cordons

(1) Blocq. *Des contractures*, Th. de Paris, 1888.

(2) Olga Socara-Fulbure. *Studiu clinic asupra paralisiei pseudo-ipertrofice*, Th. de Bucarest, 1893.

(3) Cestan et Lejonne. Une famille de myopathiques avec déformations anormales, *Revue neurol.*, 1901, p. 1068.

(1) Charles Viannay. *Essai sur la systématisation des nerfs périphériques. Applications à l'étude des paralysies de quelques-uns de ces nerfs*, Th. de Lyon, 1901-1902, 2e série, t. XXII, p. 49 et 144.

nerveux; au contraire, les fibres sensitives qui cheminent à la surface des troncs nerveux (r. cutané externe du radial, *nerf cutané dorsal de la main, du cubital*) se montrent plus vulnérables que les fibres sensitives centrales et plus même que les fibres motrices ».

Chez notre malade, le nerf le plus profondément lésé fut le radial. Ce nerf, dont la résistance se trouvait amoindrie du fait de l'intoxication saturnine latente que présentait cet homme, fut atteint d'une paralysie complète et durable. Cette paralysie s'amenda peu à peu, mais sa régression s'arrêta au deuxième stade du professeur Jaboulay (voir thèse Viannay, p. 90), aussi, pendant longtemps les fléchisseurs des doigts demeurèrent-ils privés d'antagonistes et attirèrent les doigts en flexion dans la paume. Peu à peu ces muscles furent envahis par la rétraction qui les fixa dans leur attitude vicieuse.

Une intervention fut pratiquée par M. Jaboulay dans le but de s'assurer *de visu* de l'état des muscles fléchisseurs, de rechercher si le nerf radial n'avait pas été, au voisinage de l'ancien traumatisme, englobé dans du tissu cicatriciel et de remédier, si possible, aux lésions en présence desquelles on se trouverait. Une incision transversale rouvrit la cicatrice du pli du coude gauche et permit d'explorer toute la région. Les muscles fléchisseurs avaient leur aspect et leur coloration normale; le doigt introduit dans la plaie ne put sentir aucune induration profonde dans le corps de ces muscles. On poussa les recherches jusqu'aux nerfs radial et médian et de ce côté encore, on ne put rien découvrir d'anormal. L'incision fut suturée purement et simplement.

La réunion se fit très rapidement, mais, comme il fallait s'y attendre, l'état du malade ne fut nullement modifié par cette intervention.

M. Jaboulay se proposait de faire, quelques jours plus tard, l'allongement des tendons des muscles rétractés, par dédoublement longitudinal de ces tendons. Mais cette seconde opération ne fut pas acceptée par le malade qui quitta la clinique.

2. *Paralysie cubitale.* — La rétraction des fléchisseurs peut apparaître encore à la suite d'une paralysie du nerf cubital. Nous en avons observé un exemple à la clinique du professeur Jaboulay, chez un Allemand qui, à la suite d'un coup de couteau, avait eu un vaste phlegmon du bras. A la suite d'une suppuration prolongée, il lui resta de profondes cicatrices et une paralysie de ses trois principaux nerfs du bras (radial, médian, cubital), surtout accentuée et persistante dans le domaine du nerf cubital. Ce malade, dont les nerfs n'avaient pas été sectionnés, mais seulement comprimés par le tissu de cicatrice [son observation a été d'ailleurs publiée par Bonnamour (1) et par l'un de nous (2)], conserva pendant longtemps une faiblesse considérable des muscles extenseurs et une griffe cubitale. A cette griffe, vint s'ajouter, à la longue, un certain degré de rétraction des muscles fléchisseurs, plaçant les quatre derniers doigts et le pouce de la main en flexion très accentuée. L'extension de ces doigts ne pouvait être obtenue ni spontanément, ni par des manœuvres de force. Ce mouvement devenait possible dans une certaine mesure, mais demeurait cependant incomplet, lorsqu'on plaçait la main en flexion sur l'avant-bras. Chez ce malade, le raccourcissement des muscles fléchisseurs des doigts était des plus nets. Ce syndrome alla en s'atténuant peu à peu, à mesure que les muscles extenseurs recouvraient leur puissance sous l'influence de la faradisation, et que s'atténuaient les troubles trophiques dont tout le membre était atteint.

(1) Bonnamour. Paralysie des nerfs de la main d'origine traumatique, *Province méd.*, 1902, p. 194.

(2) Viannay. Loc. cit.

Ces deux exemples montrent bien que l'on peut observer la rétraction des muscles fléchisseurs des doigts, à la suite de paralysies traumatiques des nerfs du bras. Mais le plus souvent, cette affection apparaît à la suite de lésions primitivement *musculaires*.

C. Lésions primitivement musculaires. — Toutes les lésions capables de produire une destruction partielle des muscles laissant après elle une cicatrice et aussi toutes les lésions inflammatoires pouvant déterminer secondairement la sclérose du muscle, sont susceptibles d'aboutir au raccourcissement, à la brièveté acquise des muscles fléchisseurs des doigts.

1. *Influences traumatiques.* — Presque toujours on trouve un traumatisme à l'origine de la rétraction des fléchisseurs. La nature de ce traumatisme varie suivant les cas.

a. *Plaies musculaires.* — Une plaie franche, par instrument piquant ou tranchant, se répare, en général rapidement et sans entraîner de désordre dans le fonctionnement du muscle. Seule une plaie infectée, et s'accompagnant de suppuration prolongée, pourrait faire scléroser et rétracter secondairement les muscles fléchisseurs des doigts.

b. *Déchirures musculaires, sans plaie.* — La déchirure des muscles fléchisseurs n'est pas rare, dans les traumatismes (fractures ou luxations) qui portent sur le voisinage de l'articulation du coude. Cette déchirure, dès qu'elle est un peu importante, entraîne facilement après elle la rétraction cicatricielle des corps musculaires déchirés. C'est à ce mécanisme que Littlewood attribue, en partie, la plupart des rétractions des fléchisseurs observées par lui.

La déchirure traumatique des fléchisseurs des doigts peut se rencontrer dans d'autres circonstances:

« J'ai observé, écrit Kœnig (loc. cit., p. 291), un cas de rétraction de la main et des doigts dans le sens de la flexion, chez un nouveau-né, à la suite de la déchirure des fléchisseurs, survenue au moment du dégagement des bras dans le cours d'un accouchement. »

La rétraction, dans les cas analogues, est absolument comparable à celle du sterno-cléido-mastoïdien, que l'on observe à la suite des ruptures de ce muscle, dans le dégagement par le siège.

Du cas de Kœnig, nous pouvons rapprocher celui d'Harold L. Barnard (1). Ce chirurgien observa chez un enfant (Obs. II) la rétraction des fléchisseurs, à la suite d'un violent traumatisme de l'avant-bras qui ne produisit pas de fracture (ainsi que le montra la radiographie), mais un volumineux hématome de la face antérieure de l'avant-bras, dû à une rupture avec écrasement des muscles fléchisseurs.

Citons enfin les hernies musculaires, ou plutôt les pseudo-hernies par rupture musculaire qui pourraient être exceptionnellement une cause de rétraction des muscles fléchisseurs des doigts.

c. *Constriction dans un appareil trop serré.* — 1° *Bandages pour*

(1) Harold L. Barnard. Two cases of contracture of the flexors of the forearm, treated by tendon lengthening, *The Lancet*, 1901, t. I, p. 1138.

fractures. — C'est là, de beaucoup, *la cause la plus fréquente* de la rétraction des fléchisseurs. C'est elle qui fut incriminée dans le cas signalé plus haut, observé par Larrey et Guérin (1840). Presque tous les cas signalés par Albert, Kœnig, étaient attribuables à l'application de bandages trop serrés et, au dire de Kœnig, « on a vu augmenter le nombre des paralysies de ce genre, » surtout depuis que l'on emploie les appareils plâtrés. Dans les observations de Littlewood, la rétraction des fléchisseurs relevait de la même étiologie. Enfin, dans les deux cas cités plus haut, observés par M. Nové-Josserand, la rétraction était survenue « à la suite de l'application de bandages trop serrés, pour des fractures soignées à la campagne ».

2° *Bande d'Esmarch.* — La constriction par la bande d'Esmarch peut déterminer la rétraction des fléchisseurs de deux façons différentes. Tantôt, comme chez le malade dont nous avons relaté plus haut l'observation, la constriction détermine d'abord une névrite traumatique de l'un des nerfs du bras (radial ou cubital), puis secondairement, sous l'influence de l'attitude vicieuse paralytique des doigts, la rétraction envahit les muscles fléchisseurs.

D'autres fois, et c'est aux cas de ce genre que Volkmann donna le nom de paralysie ischémique, très peu de temps après l'application de la bande, la paralysie et la contracture envahissent *simultanément* les muscles fléchisseurs. Nous reviendrons plus loin (voir Pathogénie) sur le mécanisme qui, d'après Volkmann, préside dans ces cas à l'apparition de la rétraction musculaire.

2. *Causes inflammatoires.* — Les *myosites aiguës* suppurées, qui surviennent au cours des maladies infectieuses, comme la dothiénentérie, pourraient, si elles se localisaient dans les muscles fléchisseurs des doigts, ce qui est exceptionnel, produire la rétraction de ces muscles.

Les *inflammations de voisinage,* propagées aux muscles fléchisseurs, peuvent aboutir aux mêmes résultats. Ainsi, dans un cas rapporté par Gerdy (1), on vit survenir après un érysipèle et un phlegmon consécutifs à une plaie suppurante de l'avant-bras, une inflexion de l'avant-bras sur le bras, de la main sur l'avant-bras et des doigts dans la paume de la main.

Ce cas n'est d'ailleurs pas un fait isolé. Nous observions récemment, à la clinique du professeur Jaboulay, une malade qui, à la suite d'un phlegmon diffus de l'avant-bras, avec fusées purulentes dans les loges musculaires de la région antérieure, présenta le syndrome, décrit plus haut, de la rétraction des fléchisseurs.

Les suppurations de la grande gaine des fléchisseurs des doigts peuvent produire aussi la rétraction des doigts dans la paume de la main, mais en vertu d'un mécanisme un peu différent. Comme nous le dirons plus loin (voir Diagnostic), la rétraction relève, dans ces cas, d'une lésion tendineuse et non musculaire.

Signalons enfin, parmi les inflammations de voisinage capables de produire la rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts, les *ostéites* du cubitus et du radius (cas de M. Vallas).

Les *brûlures* profondes de l'avant-bras, intéressant la masse des fléchisseurs, peuvent encore être une cause de rétraction de ces muscles. Mais alors, le tableau clinique serait surchargé et altéré par la présence d'une cicatrice cutanée, rétractile pour son propre compte et dont les effets prédomineraient sur ceux de la cicatrice musculaire, ou tout au moins s'ajouteraient à eux.

3. *Lésions spécifiques des muscles fléchisseurs.* — Nous signalerons brièvement, pour être complet, quelques lésions rares des muscles fléchisseurs, pouvant secondairement causer leur rétraction.

a. *Syphilis.* — Nous ne voulons point parler des contractures, musculaires précoces que l'on observe parfois dans le cours de la période secondaire de la syphilis. Ces contractures qui passent par des alternatives d'atténuation et d'aggravation et dont le traitement spécifique a rapidement raison, n'ont pas, en général, une durée assez longue pour produire la rétraction musculaire. D'ailleurs, sans que l'on sache pourquoi, elles se localisent à peu près exclusivement dans le biceps brachial.

C'est seulement à la période tertiaire que la syphilis amène des rétractions musculaires. Elle peut les produire suivant deux processus : soit par myosite scléreuse, comme on l'observe dans le sterno-cléido-mastoïdien, soit par l'intermédiaire d'une gomme. La localisation du tertiarisme dans les muscles fléchisseurs des doigts pourrait évidemment amener leur rétraction permanente et créer le syndrome que nous étudions; mais cette localisation doit être absolument exceptionnelle et nous n'en connaissons aucun exemple.

b. *Tuberculoses*; *kystes hydatiques.* — Nous pouvons en dire autant d'autres lésions rares des muscles, telles que la tuberculose, les kystes hydatiques, etc., qui pourraient, à la rigueur, amener secondairement ,dans le corps musculaire, un processus de sclérose capable de le faire rétracter, de le raccourcir. Mais nous ne croyons pas que des rétractions des fléchisseurs, relevant de cette catégorie, aient jamais été signalées.

Il en est de même de la *myosite chronique rhumatismale* des *myopathies* et de la *myosite ossifiante.* (*A suivre.*)

(1) Gerdy. Rétractures des tissus albuginés, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1843-44. t. IX, p. 766.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(6 mai 1903)

La très intéressante communication de M. Faure sur une nouvelle voie d'accès pour l'**ablation des tumeurs cancéreuses de l'œsophage**, observation qui a fait l'objet d'un rapport détaillé et consciencieux de M. Demoulin, est devenue le point de départ d'une discussion instructive. Déjà, dans la dernière séance, plusieurs membres ont pris la parole sur ce sujet. M. Tuffier apporte, aujourd'hui, un nouveau fait qui prouve, comme les précédents, qu'il s'agit là d'une opération bien difficile, bien grave et donnant bien peu de chances de succès, puisque son malade, comme ceux de M. Faure, succomba aux suites de cette opération. Il s'agissait d'un rétrécsisement de la partie moyenne de l'œsophage, que M. Tuffier a cherché à attaquer par la voie thoraciquepostérieure. Il arriva bien sur l'œsophage; mais une fois l'incision faite, il eut les plus grandes difficultés à la suturer. Il trouva, au-dessus du rétrécissement, une sorte de poche encore remplie de lait non digéré. Malgré toutes les précautions qu'il put prendre, une partie de ce lait se répandit sur la plaie et détermina ultérieurement une pleurésie septique qui emporta le malade très rapidement.

Il résulte du récit de M. Tuffier que ces sortes d'inter-

vention présentent les plus grandes difficultés pour l'opérateur et les plus grands dangers pour les opérés.

M. Tuffier rappelle qu'on a cherché à aborder les cancers œsophagiens par trois voies différentes : la voie antérieure, la voie abdominale et la voie médiastinale postérieure. Cette dernière, surtout facilitée par la résection de la première côte proposée par M. Faure, est certainement la plus sûre et la plus rationnelle. Mais, ainsi que l'a justement fait observer M. Quénu, cette intervention entraîne avec elle les plus grands dangers en raison de la nature essentiellement septique de l'organe sur lequel doit porter la résection.

M. Demoulin fait observer que l'opération proposée par M. Faure ne s'adresse pas seulement aux cancers de l'œsophage, mais peut aussi trouver son application pour l'ablation de corps étrangers de l'œsophage, de la trachée ou des bronches, pour les ouvertures de médiastinites suppurées, etc. Il est, en outre, incontestable que par la nouvelle voie indiquée et pratiquée par M. Faure, il devient possible d'enlever les cancers de l'œsophage après une gastrostomie préalable. Grâce à cette résection de la première côte, on a un jour considérable dans le médiastin postérieur. M. Demoulin cite le cas de M. Forgue (de Montpellier), qui rechercha un sou dans la partie inférieure de l'œsophage en passant par cette voie, mais sans recourir à cette résection de la première côte. Il ne put y parvenir. Or il n'est pas douteux pour M. Demoulin que M. Forgue y serait parvenu s'il avait, comme M. Faure, réséqué la première côte. On a dit que cette résection de la première côte devait gêner ultérieurement la mécanique respiratoire. Mais si on a eu soin de la bien suturer après, on peut être assuré que la mécanique respiratoire n'en sera pas autrement gênée.

A M. Quénu, qui attribue la mort des malades de M. Faure à la toxémie, M. Demoulin fait observer que cette mort a été bien rapide pour pouvoir être attribuée à cette cause. Enfin, M. Monod a repoussé l'opération de M. Faure en disant que la gastrostomie aurait suffi. M. Demoulin répond à cela qu'il en est ici comme de toutes les questions relatives au traitement chirurgical des cancers. Chaque fois qu'on peut arriver à l'ablation, cela vaut certainement mieux qu'une opération simplement palliative.

M. Quénu maintient ses premières assertions relativement à la cause de la mort de ces malades. Chaque fois qu'on pratique une opération qui laisse une tranche du tube digestif éminemment septique dans une cavité à parois essentiellement absorbantes, on fait courir aux opérés des chances de mort extrêmement rapide par septicémie ou toxémie. Or sans les opérations pratiquées pour le cancer de l'œsophage, ces conditions se trouvent absolument réalisées, le médiastin se défendant encore bien moins que le péritoine contre l'infection.

M. Faure, qui n'était que candidat quand il a fait sa communication et qui, depuis, est devenu membre titulaire de la Société, ne pouvait pas ne pas répondre lui-même aux objections qui lui ont été présentées. C'est ce qu'il a fait en d'excellents termes : il déclare qu'il a voulu surtout montrer que le médiastin postérieur pouvait être une voie ouverte pour intervenir soit sur l'œsophage, soit sur la trachée, soit sur les bronches. Il croit, en outre, avoir démontré que la résection de la première côte rend, dans ces cas, l'examen et l'abord de ces organes beaucoup plus faciles.

Pour ce qui est de l'explication de la mort de son malade, il se peut, dit-il, que M. Quénu ait raison, cependant il croirait plutôt que la mort ait été due à la pénétration incessante de l'air par le gros tube à drainage qu'il avait laissé, ce qui a déterminé une sorte de pneumothorax intra-médiastinal. Il croit que cette complication a été beaucoup plus importante que la section de la première côte au point de vue de la production de ces accidents secondaires.

Dans son argumentation, M. Monod a semblé infliger à M. Faure une critique discrète en disant que l'opération qu'il a pratiquée était vraiment trop grave et trop dangereuse et qu'il aurait dû se contenter d'une simple gastrostomie. Il en est du cancer de l'œsophage comme de celui des autres organes, si l'on parvient à pouvoir l'enlever, il n'y a pas de raison pour ne pas lui appliquer les règles de la chirurgie générale qui consiste, chaque fois que cela est possible, à préférer l'ablation à toute méthode palliative. M. Faure a donc agi suivant sa conscience en tentant l'ablation de ce cancer œsophagien, comme M. Monod a obéi à la sienne en conseillant de ne pas l'opérer.

Nous revenons à la discussion sur la **pluralité des néoplasmes**. M. Quénu ne suivra pas M. Richelot dans le domaine de la pathologie générale; il revient à la question résultant du fait présenté par M. Monod, à savoir la coexistence chez la même femme d'un kyste ovarique et d'un fibrome utérin et à la conduite que doit tenir, dans ce cas, le chirurgien. Tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui sur ce fait qu'il faut débarrasser ces malades, à la fois, et de leur kyste et de leur fibrome. Cette pluralité de néoplasmes chez le même sujet n'est pas très rare, à en juger par les statistiques qui nous sont fournies.

La conclusion de M. Quénu est que, lorsqu'on pratique une laparotomie, soit pour un kyste, soit pour un fibrome, il est toujours utile de s'assurer, après avoir enlevé la tumeur diagnostiquée, s'il n'en existe pas d'autres dans les organes voisins.

M. Tuffier présente un malade assez intéressant; c'est un jeune homme qui est atteint d'une **ulcération tuberculeuse de la fesse** consécutive à deux injections sous-cutanées de tuberculine de Koch. Ce jeune homme a eu une pleurésie qui a été ponctionnée. Après une seconde injection de tuberculine, il y eut de l'élévation de la température, du gonflement et de la rougeur de la région injectée. Il s'agit bien évidemment de tuberculose; l'examen microscopique ne laisse aucun doute à ce sujet. Le malade ne présente aucun signe du côté de la poitrine, ni du côté de la hanche.

M. Peyrot insiste sur l'importance de ce fait, quelque peu troublant quand on songe que dans beaucoup de sanatoria d'Allemagne on traite la tuberculose, d'une manière courante, par les injections de tuberculine.

M. Mauclaire montre une jeune femme qui était atteinte **d'asymétrie de la face** qu'il a très heureusement corrigée par des **injections de paraffine**.

M. Potherat présente un **fibrome du ligament large**.

M. Mignon a trouvé, au cours d'une cure radicale de hernie, un **diverticule de Mœckel**.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Abdominales méconnues : les déséquilibrées du ventre sans ptose [thérapeutique pathogénique] (1), par le docteur MONTEUUIS (de Dunkerque). Préface du docteur H. HUCHARD, de l'Académie de médecine.

C'est le fruit de dix années de recherches que M. Monteuuis livre aujourd'hui à la publicité.

Ses études antérieures sur l'entéroptose l'avaient déjà amené à conclure que la vieille maxime : *Tota mulier in utero*, ne contient qu'une part de vérité.

Aujourd'hui, il précise davantage et soutient que la femme qui souffre d'une façon habituelle et déconcerte le clinicien par un cortège disparate de symptômes neurasthéniques, n'est généralement pas une simple utérine, peu souvent une entéroptosique, mais dans bien des cas, trop fréquemment ignorés, une simple abdominale.

Etablir le rôle que joue l'abdomen dans la genèse d'affections considérées à tort comme d'ordre exclusivement gynécologique, montrer que la femme est souvent déséquilibrée du ventre sans être ptosique, tel est le double but que M. Monteuuis a poursuivi.

Il justifie le titre donné à ce travail : *Abdominales méconnues*, ou les déséquilibrées du ventre *sans ptose*.

La question est pleine d'actualité : il s'agit de l'hypertension portale, « la pléthore abdominale des anciens, » et de ses applications journalières à la thérapeutique abdominale chez la femme.

Comme le dit excellemment le docteur Huchard, dans la préface très élogieuse qu'il a bien voulu écrire pour ce livre : « M. Monteuuis démontre que la formule de la diététique de la déséquilibration abdominale se résume en trois propositions : être *fruitarien* le matin, *carnivore* le midi, *végétarien* le soir. M. Monteuuis ne craint pas d'entrer dans les moindres détails sur la fréquence et la composition des repas, sur la digestibilité des aliments, sur les cures d'eau chaude par les boissons, sur la stimulation de la peau par les agents physiques, montrant ainsi par le précepte et par l'exemple qu'il n'y a pas de petits faits pour la thérapeutique, que celle-ci n'est pas dans le médicament, mais dans la médication. Et à le lire, on sent la foi qui l'anime, on comprend qu'il doit mettre en pratique la théorie féconde qu'il développe sur la pléthore abdominale des anciens, sur ce que M. Huchard a voulu étudier sous le nom d'hypertension portale. Car ce n'est pas un contempteur du passé : il est de ceux qui n'ont point oublié ce précepte de notre bon Rabelais : « Difficilement sera cru le médecin avoir « soing de la santé d'autruy, qui de la sienne propre est « négligent. »

Ce livre sera lu avec grand intérêt par tous les médecins.

L. GAYARD.

Précis d'exploration clinique du cœur et des vaisseaux, par les nouvelles méthodes : cardiographie, sphygmomanométrie sphygmotonométrie, sphymographie, pléthysmographie et radiologie (2), par le docteur Georges BROUARDEL, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

Depuis un certain nombre d'années, les médecins ont cherché à appliquer à l'examen des fonctions de l'appareil cardio-vasculaire les méthodes capables de donner les résultats les plus précis ; se servant d'appareils qu'ils ont imaginés, ou qu'ils ont empruntés aux physiologistes et adaptés à la clinique humaine, ils ont cherché à apprécier l'état de la circulation, tant au niveau de l'organe central qu'au niveau des vaisseaux, artères, capillaires, veines, chez des individus sains et chez des malades.

Procédant ainsi, les cliniciens espéraient tout d'abord constater l'action des divers processus pathologiques sur la circulation et voir si, à un même processus, correspond toujours un même trouble.

D'autre part, les méthodes plus précises qu'ils employaient permettant de suivre l'état de la circulation chez un même malade, en évaluant nettement les modifications, ils pensaient obtenir ainsi des éléments importants pour l'appréciation de l'évolution des processus pathologiques. Enfin, des éléments précis donnés par les nouveaux procédés, devait résulter une thérapeutique que l'on espérait pouvoir être curative, pathogénique et symptomatique.

Ces méthodes ont-elles apporté des éléments considérables d'appréciation de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique? C'est ce que M. le professeur Landouzy a conseillé à son chef de clinique à l'hôpital Laënnec, le docteur G. Brouardel, d'étudier en examinant les résultats que leur application a donnés jusqu'à présent. Ce sont les éléments de ces conférences qu'il publie aujourd'hui sous la forme didactique d'un précis où il étudie successivement la cardiographie, la sphygmomanométrie, la sphygmotonométrie, la sphygmographie, la pléthysmographie, la radiologie du cœur et des vaisseaux.

R. P.

Le cloisonnement vésical et la division des urines. Applications au diagnostic des lésions rénales (1), par le docteur CATHELIN, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

La nécessité d'un mode d'exploration séparée de chacun des deux reins est basée sur la dualité même des glandes rénales, et cette recherche est facilitée par l'abouchement séparé dans la vessie de chacun de leurs canaux excréteurs.

L'importance de cette étude s'est tout à coup accrue par l'essor considérable de la chirurgie rénale, et n'a fait que progresser, les moyens d'exploration marchant de pair avec la précision clinique des indications opératoires.

Les méthodes physique, chimique et d'absorption médicamenteuse ont ceci d'imparfait qu'elles ne donnent qu'un résultat global, ne s'adressant qu'à l'urine mixte. L'injection sous-cutanée de bleu de méthylène ou de phloridzine, la cryoscopie, les examens microscopiques et chimiques sont tous bons, mais à une condition, *capitale en l'espèce*, c'est de les appliquer sur une urine divisée, car un rein cliniquement malade peut en effet être physiologiquement meilleur que le rein supposé sain, d'où les erreurs d'interprétation basées sur l'examen de l'urine totale. Aussi, le succès alla avec raison aux méthodes instrumentales qui permettaient d'obtenir facilement cette division des urines; toute la question revient à savoir laquelle de ces méthodes chirurgicales est la plus sûre et la plus anodine.

Dans ces derniers temps, un renouveau s'est fait en faveur du cloisonnement endovésical, grâce à la perfection des derniers appareils présentés en France.

Dans ce nouveau volume des *Actualités médicales*, le docteur Cathelin donne, en les critiquant, tous les appareils à cloisonnement endo et exovésical; il expose les avantages et les imperfections de technique qu'ils présentent. R. P.

Les stations de convalescence de Berlin (2), par le docteur M. BOURRILLON.

Dans cet opuscule, M. Bourrillon nous décrit, après un rapide historique, le fonctionnement de la station de conva-

(1) 1 vol. in-16 de 367 pages. Prix : 3 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils

(2) 1 vol. in-16 de 176 p., avec 35 fig., cartonné. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) 1 vol in-16 de 96 p., avec 23 fig., cart. (*Actualités médicales*). Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Melun, imprimerie administrative.

lescence tel qu'on l'observe à Berlin et les ressources de l'œuvre qui organise ces stations (caisses d'assurance et Croix-Rouge allemandes); il nous fait connaître les résultats médicaux qu'on y obtient dans le traitement de la tuberculose, de la neurasthénie et de la dyspepsie en particulier, et termine par l'étude des modifications qu'il y aurait lieu d'apporter au fonctionnement de ces stations, modifications nombreuses et justifiées, mais qui n'empêchent pas que « beaucoup de convalescents retirent de leur séjour dans les stations de convalescence un bénéfice certain ». Le succès de ces stations à Berlin montre qu'elles répondent à un besoin, besoin qui se fait également sentir à Paris où la nombreuse clientèle des hôpitaux et surtout des bureaux de bienfaisance bénéficierait largement d'une organisation analogue. L. BABONNEIX.

L'élongation trophique [cure radicale des maux perforants, ulcères variqueux, etc., par l'élongation des nerfs (1)], par le docteur A. CHIPAULT, de Paris. N° 33 de l'*Œuvre médico-chirurgical*.

Un grand nombre d'affections comme le mal perforant, les ulcères variqueux, les ulcérations et plaies rebelles qui échappaient jusqu'à présent à toutes les interventions, trouvent dans la méthode curative inventée par le docteur A. Chipault un mode de traitement facile, inoffensif et efficace. Avec certaines précautions, l'élongation trophique peut être exécutée par tout médecin un peu au courant des méthodes chirurgicales générales. Les détails que le lecteur trouvera dans cette monographie lui seront extrêmement utiles : dans un premier chapitre, l'auteur expose les faits expérimentaux qui ont servi de base scientifique à la « méthode de Chipault »; puis il étudie avec beaucoup de précision les faits cliniques qui viennent corroborer les résultats expérimentaux. Le troisième chapitre est consacré aux dérivés de l'élongation trophique; le manuel opératoire y est minutieusement étudié. Les résultats obtenus prouvent bien que cette méthode constitue un traitement logique et efficace des lésions trophiques contre lesquelles la thérapeutique s'était montrée jusqu'à présent absolument impuissante. L. GAYARD.

La journée des tuberculeux (2), par M. le docteur COSTE DE LAGRAVE.

Dans cette brochure, M. le docteur Coste de Lagrave expose et l'emploi du temps des tuberculeux au sanatorium et les raisons qui ont dicté cet emploi du temps. On sait aujourd'hui que la guérison de la phtisie est beaucoup plus le fait des agents physiques que des médications chimiques, et l'on s'est efforcé, un peu partout, de réaliser pratiquement la triade thérapeutique de Bœhmer dont les termes sont : repos, aération continue, suralimentation. M. Coste de Lagrave nous montre comment on peut, au mieux, faire profiter les malades du régime du sanatorium, et nous indique, heure par heure, le détail de la journée du malade en quelques pages très claires, que liront avec profit médecins et malades. L. BABONNEIX.

Névralgie intercostale d'origine gastro-colique (3), par le docteur Jean FEUILLET.

Les névralgies intercostales sont fréquentes chez les malades dont le tube digestif fonctionne mal, que ces malades soient atteints de troubles gastro-intestinaux aigus ou d'affections chroniques, tels que dilatation de l'estomac, colites, etc.

Ces névralgies, qui peuvent simuler une cardiopathie, une pleurésie, une tuberculose au début, sont de pathogénie complexe : elles peuvent dépendre de troubles circulatoires rachidiens d'ordre toxique, mais, le plus souvent, elles sont d'origine réflexe. Leur traitement se réduit à soigner et à guérir les affections digestives dont elles ne sont que la conséquence. L. BABONNEIX.

Hygiène de l'oreille. Notions générales. Agents nuisibles. Hygiène du nouveau-né, de l'enfant, de l'adulte, hygiène de l'oreille à l'école (1), par le docteur A. PUGNAT.

Il existe une hygiène de l'oreille et un ensemble de mesures prophylactiques qu'il y a lieu de préciser et de populariser dans les familles et à l'école, c'est à quoi tend ce petit livre, écrit par un spécialiste sans prétention scientifique et dont le but est de faire pénétrer partout des préceptes et des conseils parfaitement ignorés du grand public, et que l'on ne rencontre pas toujours ni dans les traités d'hygiène, ni dans les traités spéciaux consacrés aux maladies de l'oreille. L. GAYARD.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. PETIT. De la mort subite dans l'appendicite. — M. RABANT. La pneumonie chez l'enfant au-dessous de deux ans. — M. GUIOT. Des complications nerveuses de la coqueluche. — M. ROQUES. Les traitements de la coqueluche. — M. TIPHINE. Traitement de la syphilis par les injections intra-trachéales de mercure. — M. ROCHE. Des torsions de l'épiploon. — M. GROS. De la névrite optique dans la variole. — M. ANDRÉ. De l'arthrotomie dans les luxations irréductibles de l'épaule. — M. NOIRCLAUDE. Du refroidissement des appendicites aiguës par les applications larges de glace sur le ventre. — M. SAGOT. Contribution à l'étude de la phlébite des veines saphènes et de leurs branches. — M. MARINGER. Facteurs de gravité chez les syphilitiques. — M. BAUDON. Les composés mercuriels en injection hypodermique. Étude critique et comparative. — M. CROUZET. Contribution à l'étude des phlegmons et des abcès chauds des parois thoraciques. — M. MONOD. Réactions méningées chez l'enfant. — M. PRUNEAU. Les indications du lavage de l'estomac en médecine infantile. — M. ESPITALLIER. Contribution à l'étude du traitement du tabes dorsal. — M. MARCELLIN. Contribution à l'étude des épanchements lactescents du péritoine et de la plèvre. — M. BONNEFONS. Contribution à l'étude du cancer primitif du vagin. — M. POSTEL. De la gastrostomie; procédés opératoires. — M. SOUILHE. Alcoolisme. Son influence sur la famille et sur la dépopulation. — M. CRUET. Modifications subies par le foie sous l'influence de l'alimentation insuffisante chez les dyspeptiques. — M. CHANTEAUD. Considérations sur les agents et les médications thérapeutiques. — M. SANTINI. La méthode évacuante dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu (rhumatisme vrai infectieux infecté : association gastro-intestinale). — M. Louis LE SOURD. Recherches expérimentales et cliniques sur la présence d'une substance sensibilisatrice spécifique dans le sérum des typhiques. — M. DAVID. Contribution à l'étude du traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale. — M. MADELAINE. Les vomissements incoercibles de la grossesse. — M. DELIGNY. Du traitement abortif de la blennorragie de l'homme par les instillations de nitrate d'argent. — M. SIMONNET. Action des métaux alcalins sur le cœur. — M. COTTENSEAU. Contribution à l'étude des orchites blennorragique, syphilitique et tuberculeuse. — M. BESSON. Étude de la cyanose congénitale sans signe d'auscultation. — Mlle ISCOVESCO. La fonction urinaire chez les tuberculeux; étude de séméiotique. — M. SETIAN. Incontinence

(1) Broch. gr. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.
(2) Paris, L. Boyer.
(3) Paris, A. Maloine.

(1) In-18 broché. Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Michalon.

d'urine, stigmate de dégénérescence. — M. Beauchesne. Relations entre les lésions de l'aorte et les troubles de la pupille. — M. Gachet. De l'abolition précoce des réflexes rotuliens dans les méningites aiguës cérébro-spinales; physiologie pathologique. — M. Felhoen. Des complications rares et graves de l'infection urineuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Les pauvres de Paris peuvent se réjouir. La commission chargée d'établir l'ordre dans lequel se poursuivront les grands travaux hospitaliers qui viennent d'être autorisés par les Chambres, s'est réunie hier pour la première fois.

Etaient présents : MM. Nénot, Pascal, Girault, Bouvard et Bunel, architectes; MM. Brouardel, Debove, doyens de la Faculté de médecine; Roux, de l'institut Pasteur; Porak, professeur à la Faculté de médecine; Deville, président du conseil municipal; Ambroise Rendu, Landrin, Ranson, Sauton, conseillers, et plusieurs fonctionnaires des préfectures et de l'Assistance publique.

M. Mesureur a ouvert la séance en rappelant les conditions dans lesquelles l'emprunt nécessaire avait été voté.

La commission a ensuite décidé que l'on commencerait par exécuter les travaux de première nécessité dans les hôpitaux et établissements d'assistance qui en ont le plus besoin.

En outre, on procéderait immédiatement à la translation de la Pitié dans les terrains inoccupés de la Salpêtrière. (*Echo de Paris.*)

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes dont les noms suivent :

Département d'Alger. — *Médaille d'argent.* — M. Mondelin, interne en médecine à l'hôpital civil de Mustapha.

Médaille de bronze. — M. le docteur Battarel et M. Tourres, interne en médecine à Alger.

Département de Constantine. — *Médaille d'argent.* — MM. Bossion, médecin de colonisation à Saint-Arnaud, et Martin, médecin traitant à Constantine.

Médaille de bronze. — M. le docteur Liagre, médecin suppléant à l'hôpital civil de Constantine, et M. Andreu, interne en médecine à l'hôpital civil de Constantine.

Guerre. — M. le médecin inspecteur Dieu, directeur du service de santé au ministère de la guerre, atteint par la limite d'âge le 8 mai, sera remplacé, dit l'*Echo de Paris*, par le médecin principal de première classe Catteau, qui sera prochainement promu médecin-inspecteur.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Hédie, du port de Lorient, est désigné pour embarquer en sous-ordre sur la *Couronne* (école de canonnage), en remplacement de M. le docteur Carbonel, promu au grade de médecin de première classe.

La **Société de chirurgie** de Paris est autorisée à accepter le legs d'une somme de 15000 francs fait par M. H.-A. Dubrueil, dont les arrérages devront être affectés à la fondation d'un prix annuel destiné à récompenser un travail sur un sujet orthopédique.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la dix-septième semaine 1119 décès, au lieu de 1096 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1075.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès (moyenne 10).

La rougeole a causé 16 décès (moyenne 28); la scarlatine, 2 décès (moyenne 5); la coqueluche, 6 décès (moyenne 10); la diphtérie, 12 décès (moyenne 10); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 100, au lieu de 117 pendant la semaine précédente (moyenne 79).

La variole a causé 1 décès.

La diarrhée infantile a causé 35 décès de 0 à 1 an, au lieu de 23 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 29.

En outre, 27 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 185 décès au lieu de 200 pendant la semaine précédente et au lieu de 212, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 14 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 23 (moyenne 30); pneumonie, 45 (moyenne 55); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 103 (moyenne 110), dont 41 sont dus à la congestion pulmonaire et 56 à la broncho-pneumonie. En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 216 décès; la méningite tuberculeuse, 28 décès; la méningite simple, 22 décès; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 22 décès.

Une exposition à Lorient. — Le Conseil municipal de Lorient vient de décider sur la demande d'un comité financier de faire une exposition générale, internationale et coloniale des produits de l'industrie, du commerce, de l'agriculture, de sécurité maritime et des beaux-arts.

Cette exposition, qui aura lieu en juillet-octobre 1903, est placée sous le haut patronage officiel de la municipalité et de la Chambre de commerce de Lorient.

Les demandes d'admission sont reçues d'ores et déjà par le comité d'initiative et d'organisation de l'exposition dont le siège est établi à l'hôtel de ville de Lorient.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M.* — Il est délivré toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des carnets individuels ou de famille pour effectuer sur ce réseau, en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraire tracé par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets collectifs, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de 30 jours jusqu'à 1500 kilomètres; 45 jours de 1501 à 3000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3000 kilomètres. — Faculté de prolongation, à deux reprises, de 15 jours pour les carnets valables 30 jours, 23 jours pour les carnets valables 45 jours, et de 30 jours pour les carnets valables 60 jours, moyennant le paiement d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix total du carnet, pour chaque prolongation. — Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou collectif, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., bureaux de ville et agences de la Compagnie, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ, à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DOCTEUR habitant les bords du Cher, pays agréable, chasse, pêche, gare, postes et télégraphes, désire trouver un pensionnaire pour vie commune ou convalescent non contagieux. — S'adresser au Journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 56. — MARDI 12 MAI 1903. 76e ANNÉE. MARDI 12 MAI 1903. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

A PROPOS DU CONGRÈS DE MADRID

Le Congrès de Madrid qui vient de se terminer a été la confirmation de ce que nous avons dit bien souvent au sujet de l'inutilité des Congrès au point de vue scientifique.

Désireux de tenir nos lecteurs au courant, de la même façon précise et rapide qu'en 1900 pour le Congrès de Paris, nous ne nous étions pas laissé rebuter par les bruits qui ont déterminé plusieurs de nos confrères à négliger totalement ce Congrès.

Mais voici que nos collaborateurs de retour de Madrid nous confirment à leur tour que le désordre a été inimaginable. « Le Congrès de Paris, nous dit l'un d'eux, était une merveille d'organisation à côté de celui de Madrid. Ici, le service de la presse n'existait pas, je n'ai pu rencontrer personne, et à aucun moment, dans le local qui lui était affecté. » Il paraît d'ailleurs que d'autres confrères de la presse médicale parisienne se sont heurtés aux mêmes difficultés que nous.

Dans ces conditions, plutôt que de donner un compte rendu incomplet et écourté, nous ferons un choix parmi les communications que nous avons pu recueillir directement et nous publierons successivement les plus intéressants de ces travaux dans de prochains numéros.

CLINIQUE CHIRURGICALE

LA PRONATION DOULOUREUSE DES JEUNES ENFANTS

Leçon professée à la Clinique Baudelocque

Par A. BROCA,
Chirurgien de l'hôpital Tenon, agrégé de la Faculté de médecine.

I

Je voudrais vous faire comprendre aujourd'hui quel inconvénient il peut y avoir à tirer brusquement sur l'avant-bras d'un jeune enfant. Cela pourra vous servir un jour quand vous donnerez des conseils à de jeunes mères. Cela vous servira sûrement si, le jour où vous serez appelés auprès d'un gamin qui, pour cette cause, ne se sert absolument plus de son bras, vous lui rendez en quelques secondes un fonctionnement complet.

La malade que nous allons examiner est une fillette de deux ans et demi qui, depuis deux jours, à la suite d'une chute survenue jeudi dernier, ne se sert plus de son membre supérieur gauche.

L'impotence est évidente.

Voici l'enfant devant vous : le membre pend inerte le long du corps, dans la pronation, le pouce sur la couture du pantalon, vous dirais-je, s'il s'agissait d'un garçon, le coude légèrement fléchi. L'épaule gauche est un peu abaissée, mais il n'existe pas, comme c'est la règle pour les fractures, une douleur suffisante pour que le sujet supporte avec la main droite le poids du membre gauche.

Quelques secondes d'examen suffisent cependant pour vous convaincre que la perte des mouvements n'est pas complète, car des mouvements partiels existent dans les doigts, dans le poignet même. Mais, quelles que soient mes sollicitations, l'enfant se refuse à fléchir le coude et à écarter le bras du tronc. Les mouvements communiqués sont douloureux, mais possibles, et au premier abord, à la rapide exploration à laquelle vous venez d'assister, ils vous semblent tous doués de leur amplitude normale. Vous croyez peut-être aussi qu'il n'existe dans le membre aucun signe révélateur d'une lésion ostéo-articulaire. Dans un instant, je vous dirai que c'est une erreur. Mais je vais d'abord vous exposer la thèse inverse, car, grâce à un parrainage important, elle a encore — quoique à tort — droit de cité dans les livres classiques.

Cet état est en effet exactement celui auquel, il y a une cinquantaine d'années, Chassaignac a attribué le nom de « torpeur douloureuse » ou de « paralysie douloureuse » des jeunes enfants.

Est-ce, comme semble le croire Bézy, Chassaignac qui le premier a décrit cet état clinique en 1856? Certainement non, car cette description est très nettement donnée, avec discussion pathogénique à l'appui, dans les traités et mémoires de Duverney, de Gardner, de Rendu, de Bourguet (d'Aix), de Malgaigne, etc. Si Chassaignac ne cite aucun de ces auteurs, c'est parce que, méconnaissant la nature de la lésion, qu'il attribue au système nerveux et non au squelette, il ne s'est pas reporté aux livres où l'on parle de luxations; il n'a trouvé qu'une observation analogue aux siennes, dans un mémoire, d'ailleurs extraordinairement confus, de Kennedy, et il aurait pu en lire quatorze identiques dans le travail, alors récent, de Bourguet (d'Aix).

Les caractères cliniques sur lesquels Chassaignac insiste à bon droit sont : l'*instantanéité* de l'invasion, *au moment d'une*

traction vive et soudaine sur l'avant-bras, la perte des mouvements spontanés alors que les mouvements communiqués sont possibles, l'aspect du membre qui pend en pronation le long du corps. Mais il s'est trompé quand il a affirmé l'absence de tout désordre anatomique, en sorte que, tout en commençant son mémoire par de sages restrictions sur l'avenir réservé à ses opinions, il finit par conclure que, tout signe local faisant défaut, il convient d'incriminer le système nerveux. Il se demande s'il n'y a pas, à l'origine de cette « paralysie » ou « torpeur douloureuse », un ébranlement, une commotion, un tiraillement du plexus brachial, et il finit par établir une comparaison avec les paralysies du nerf circonflexe consécutives aux luxations de l'épaule. Avec des variantes, cette théorie nerveuse a été reprise, de nos jours, par Brunon (de Rouen), par Bézy (de Toulouse). Brunon, et son élève Bertrand, invoquent une paralysie par inhibition due au souvenir d'une douleur provoquée par la traction; à la suite d'expériences instituées, à sa demande, par Abelous, par Charpy, Bézy conclut à un tiraillement des nerfs du plexus brachial, quelque chose comme un premier degré de ces paralysies radiculaires aujourd'hui bien connues.

II

A mon sens, toutes ces opinions sont insoutenables : depuis plus de dix ans que suis chargé de services fort actifs de chirurgie infantile, j'ai observé un nombre considérable de cas semblables, et toujours — vous m'entendez bien, toujours — j'ai trouvé avec évidence une lésion ostéo-articulaire expliquant l'impotence du membre tiraillé.

Cette lésion pourra être, par exception, une entorse de l'épaule ou du poignet; par exception aussi une douleur à la pression, avec un peu de gonflement persistant pendant quelques jours au-dessus de la base de l'apophyse styloïde radiale, vous permettra de diagnostiquer une de ces faibles amorces de décollement épiphysaire auxquelles Ollier donnait le nom d'entorse juxta-épiphysaire.

Mais — quoi qu'on en ait dit parfois pour cette dernière lésion — cela est exceptionnel : dans ces cas, on peut dire que *c'est toujours au niveau du coude que l'exploration révèle des signes physiques* et parmi les impotences provoquées par traction sur le membre supérieur, c'est *à celles-là seulement qu'il faut réserver le nom de pronation douloureuse*.

Comment concilier cette assertion avec celle des auteurs qui affirment l'absence fréquente de tout signe physique? Par une erreur évidente de ceux-ci : pour Chassaignac parce que, peu habitué à la chirurgie infantile, il n'a pas cherché à vérifier des descriptions que certainement il ignorait, d'après son mémoire, quoiqu'elles fussent en somme déjà classiques; pour ses successeurs parce que, avant tout médecins, ils laissent facilement passer inaperçus des signes légers, qu'une main exercée ne méconnaît pas.

La preuve de ce fait va sûrement vous être fournie par l'enfant qui est devant vous : elle m'a été amenée ce matin par un de vos jeunes maîtres les plus distingués, mais pas chirurgien, parce qu'il ne pouvait s'expliquer cette impotence dont aucun signe physique ne lui donnait la raison, et, au lieu de se payer de mots en parlant d'une paralysie bizarre, il a préféré, confessant son ignorance, soumettre la malade à l'examen d'un chirurgien spécialement voué à la pédiatrie.

Or, constatant l'attitude que je viens de décrire, jointe à l'absence de toute déformation du membre, de tout signe extérieurement appréciable au niveau du poignet, de l'avant-bras, du bras, de la clavicule, je vous dis : Cette enfant ne bouge pas son bras tout simplement parce qu'à tout mouvement elle en souffre, et j'ajoute qu'elle en souffre au niveau du coude.

Elle en souffre : en effet, dès qu'on l'approche pour saisir le poignet, elle commence à crier, quoique cela fait on puisse appuyer sans provoquer de douleurs sur l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Mais si vous cherchez à soulever le membre, pour faire plier un peu le coude, pour écarter le bras du tronc, un redoublement de cris attire votre attention. Et la mère va vous raconter que la fillette, calme quand on la laisse tranquille, souffre dès qu'on lui touche le bras gauche, en particulier chaque fois que, l'habillant, on lui passe une manche de vêtement.

Donc, il y a quelque chose de douloureux dans le membre : dans tous les cas que j'ai observés, il en a été ainsi, et c'est pour cela que je n'ai jamais pu admettre la théorie de Chassaignac ou ses dérivés.

Quel est le siège précis de la douleur? Explorons par la pression localisée.

Depuis quelques secondes, après avoir fait crier l'enfant en soulevant un peu le membre, je suis resté immobile tout en vous parlant, et la douleur a sûrement cessé, puisque la fillette ne crie plus. Je vais en profiter pour appuyer de point en point sur le squelette, en finissant, bien entendu, par la région où je sais avec quasi-certitude que je vais trouver quelque chose. Vous me voyez donc, tout en causant et en donnant un bonbon à la malade, presser doucement les os l'un après l'autre entre le pouce et l'index; de l'avant-bras j'ai passé au bras en sautant le coude, puis à la clavicule. Sur tout cela, rien : et revenant maintenant au coude je ne trouve rien sur la palette humérale, rien sur le cubitus, mais quand j'arrive à la région externe du coude, vers la tête radiale, des cris m'avertissent que là est le siège du mal.

Pourquoi, sur cette enfant dont il y a dix minutes je ne connaissais pas l'histoire, pourquoi, après simple inspection du membre, étais-je certain d'être ainsi conduit sur la région radio-humérale? Parce que j'étais certain que le renseignement donné sur la nature du trauma était inexact.

La mère me disait : chute sur le coude. Or une fracture, une luxation, une contusion simple en cette région s'accompagnent d'un gonflement rapide et volumineux. Ici, pas de gonflement. Et cependant, la mère l'avait remarqué, c'était du coude que l'enfant souffrait. J'ai donc demandé si elle s'était relevée seule ou si on l'avait relevée : et j'ai appris qu'on l'avait remise sur pieds en la tirant par le bras gauche, qu'à ce moment ses cris avaient redoublé et que le bras après cela était retombé le long du corps où il pendait inerte.

Telle est, en effet, l'étiologie constante de l'accident que nous étudions aujourd'hui : une traction vive sur le bras chez un enfant âgé de moins de cinq ans, de moins de trois ans, même, dans la plupart des cas. Ce sera souvent, comme dans le cas particulier, produit en croyant venir à l'aide d'un enfant qui ne s'est rien fait dans une chute et qu'on blesse en le relevant. Plus souvent, le marmot marche, tenu par la main, au côté de sa mère : vienne un trottoir, un ruisseau, un escalier, et on l'enlève pour lui faire franchir l'obstacle, pour lui faire monter la marche; ou bien, tandis que la mère va droit devant elle, il se fait tirer, regarde en arrière, butte dans les jambes maternelles et à un moment donné fait un faux pas, vite rectifié par une

traction sur le bras. C'est pendant ces actes qu'un beau jour, brusquement, après un cri, preuve de douleur, le bras retombe inerte le long du corps.

Cette étiologie va nous expliquer un fait sur lequel je n'ai pas trouvé de documents : quelques auteurs spécifient. comme Chassaignac, que cette « torpeur douloureuse » siège indifféremment à droite ou à gauche ; la plupart ne soulèvent même pas la question. Or la fréquence est sûrement plus grande à gauche.

Voici, sur ce point et sur quelques autres, mes documents statistiques personnels.

Dans mes registres de consultations, depuis octobre 1892, je relève 208 cas de pronation douloureuse portant sur 137 filles et 70 garçons, avec 1 cas où le sexe n'est pas désigné.

Sur 189 cas où l'âge est spécifié, je trouve :

De 0 à 1 an..................	15 cas.
— 1 à 2 ans................	74 —
— 2 à 3 —................	52 —
— 3 à 4 —................	22 —
— 4 à 5 —................	15 —
Au-dessus de 5 ans...........	11 —

Pour le côté, mes renseignements sont moins complets, et je regrette d'avoir une fois de plus à constater que cela tient à ce que l'inscription des diagnostics dépend des élèves en médecine, et non plus d'un infirmier. Sur 208 cas, il en est 78 où le côté n'est pas précisé ; les 130 restants se décomposent en :

A droite.........................	50
A gauche.........................	80

Ces relevés sont assez nombreux pour que je sois en droit de déclarer inexacte l'opinion des auteurs, qui avec Chassaignac considèrent le sexe et le côté comme indifférents, ou ne s'occupent même pas de ces conditions étiologiques.

D'abord, quelle est la raison de la prédominance à gauche?

La raison en est que la plupart des mères donnent la main droite à l'enfant qu'elles conduisent dans la rue, lui prennent par conséquent la main gauche ; et sur ce point, j'ai fait quelques relevés statistiques.

En bloc, l'enfant est à la droite du conducteur dans la proportion de 2 contre 1. Mais si l'on regarde ceux que conduit un homme, on voit que c'est inexact : ceux-là sont presque toujours à gauche et d'autre part sont d'ordinaire, sauf le dimanche, des sujets âgés de plus de cinq ans. C'est avec la mère, allant au marché, que sort la marmaille en bas âge : et les femmes du peuple dans ces conditions donnent la plupart du temps la main droite, parce qu'à gauche elles portent un paquet, soit le panier à provisions, soit le dernier-né qui ne marche pas encore ; même en dehors de ces conditions, d'ailleurs, les femmes, dans la rue, portent très souvent des paquets, et la plupart du temps de la main gauche, pour garder libre la main droite ; celle-là leur sert à tenir l'enfant, qu'on lâche au besoin pendant une emplette, ou une conversation, durant laquelle il se cramponne à la jupe de sa mère, immobile. Tandis que l'homme, possesseur de poches dans ses vêtements, n'a pas besoin de s'encombrer la main gauche de paquets, et quand par hasard il mène promener le mioche, c'est celle-là qu'il lui donne pour garder libre, le plus possible, la droite, de laquelle, d'ailleurs, il tient assez souvent une canne.

Or, presque tous les enfants sont conduits dans la rue par des femmes, et voilà pourquoi la pronation douloureuse est plus fréquente à gauche qu'à droite, avec, cependant, une prédominance moindre que ne le ferait pressentir ma petite statistique de promenade : cela tient à ce que, pour relever un enfant qui vient de tomber, on lui tend la main droite, mais on prend celle qu'il tend, et celle-là est, je crois, plus souvent la droite, d'autant plus que les droitiers tombent plus souvent sur le côté gauche plus faible et dégagent moins vite la main gauche prise sous le corps.

Le côté n'a encore rien à voir dans l'affaire pour les cas où on produit les lésions en tirant sur le membre pour l'enfiler dans une manche d'habit. Ces étiologies sont encore assez fréquentes et font forcément baisser le pourcentage de la prédominance à gauche.

Pour l'âge, je confirme ce qu'ont vu tous les observateurs ; j'insiste sur la fréquence beaucoup plus grande d'un à trois ans, sur la décroissance rapide après quatre ans. Passé cinq ans, je trouve deux enfants de sept ans, un de huit ans, et c'est tout.

Le mécanisme exact de la lésion n'est pas absolument déterminé, quoique depuis plus d'un siècle divers auteurs s'en soient occupés. Nous apprenons tout de suite que le bras a subi une traction brusque : mais dans quelle direction? Est-ce une traction simple, comme le voulaient Duverney et Fournier ; ou faut-il y joindre un mouvement forcé de pronation, comme l'ont dit Bottentuit, Goyrand ; une adduction de la main comme le croyait Pinel? Il faut reconnaître, avec Chassaignac, que l'on ne peut guère préciser ces détails et que d'ailleurs la main, lorsque l'enfant est conduit dans la rue, est d'ordinaire en position moyenne de pronation. Peut-être cependant faut-il dans l'attitude quelque chose de spécial puisque, sur la quantité incalculable d'enfants quotidiennement soumis à ce trauma, un très petit nombre seulement subit la lésion.

Quelle est au juste cette lésion : cela est utile à déterminer le plus exactement possible pour instituer un traitement convenable.

III

Conséquent avec ses idées pathogéniques, Chassaignac conseillait la simple mise du bras en écharpe, avec un peu d'ouate autour du membre : et de fait il est de règle que de la sorte les choses s'arrangent d'elles-mêmes au bout de trois à quatre jours, jamais plus d'un septenaire, affirmait Chassaignac. C'est à la même opinion que se rangent des auteurs modernes, tels que Brunon (de Rouen), Bazy (de Toulouse), Piéchaud (de Bordeaux), ces deux derniers dans des articles classiques que vous avez tous entre les mains. Or, je m'élève de toutes mes forces contre cette opinion, moins dans l'intérêt de l'enfant, qui en effet guérit toujours tout seul, en quelques jours, que dans le vôtre : voyez ce qu'une famille pensera de vous si, après que vous aurez conclu à l'abstention, un autre médecin, mieux instruit, rend *séance tenante* au bras impotent, douloureux, une indolence parfaite et des mouvements complets. C'est justement ce qui a lieu quand on sait s'y prendre ; la guérison est instantanée, et je vous en fournis tout de suite la preuve, car sans en avoir eu l'air, tout en explorant l'enfant devant vous, j'ai pratiqué les manœuvres nécessaires à la cure : le bras vous semble encore inerte, mais en réalité il est guéri et n'est plus immobilisé que par le souvenir de la douleur.

Tenez, regardez plutôt.

Je présente un bonbon à la fillette et tout de suite elle avance la main droite. Mais j'arrête cette main, et j'insiste

pour l'emploi de la gauche : voici quelques secondes d'hésitation, quelques petits mouvements de poignet. Tiens! Pas de douleur! Et la main gauche enhardie se porte en avant, puis en haut, pour saisir le bonbon et le mettre dans la bouche. Maintenant tout est fini, les deux membres sont identiques et il n'y a plus aucune douleur à la pression au niveau de la tête radiale.

Pour obtenir ce résultat, prenant le poignet de la main gauche, j'ai mis l'avant-bras dans l'extension, je lui ai imprimé un brusque mouvement de supination, puis je l'ai fléchi, tandis que du pouce droit j'appuyais d'avant en arrière sur la tête radiale. A un moment donné, j'ai senti un obstacle à la supination complète, mais non pas, malgré l'expression de Saint-Germain, un obstacle « opiniâtre », car il m'a suffi de forcer un peu pour terminer le mouvement; à ce moment j'ai senti un claquement spécial, non pas une crépitation comme on dit parfois, rien qui ressemble à la crépitation d'une fracture, mais un claquement sourd, identique à celui qu'on perçoit en réduisant une luxation.

Ce claquement, qu'il appelle craquement, avait dès le début frappé Malgaigne, et avant lui Monteggia : en sorte que Malgaigne a d'abord admis, comme Monteggia, une fracture du col du radius. Il n'a pas tardé à renoncer à cette hypothèse, en présence du fait auquel vous venez d'assister : la cessation *instantanée* des symptômes après réduction.

Il y a eu réduction de quelque chose, le claquement en est l'indice. Mais de quoi? Ici on discute.

IV

Dans un mémoire récent, Denucé a soutenu qu'il s'agit d'un pincement de la synoviale produit par le mécanisme suivant.

Lorsque l'on imprime à l'avant bras des mouvements alternatifs de pronation et de supination, on constate que le ligament carré de Denucé père, lame horizontale allant du col radial au bord inférieur de la petite sigmoïde cubitale, s'enroule autour du col en arrière dans la pronation, en avant dans la supination. Dans la pronation avec extension, abduction et abaissement par traction, son bord antérieur descend en outre un peu au-dessous du bord inférieur correspondant du ligament annulaire et si, chez un enfant, on a insufflé la synoviale, on la voit faire hernie dans ce jour entre les deux ligaments, juste en dedans du radius. Denucé croit que les choses se passent de même chez le vivant; si la pronation cesse brusquement, la partie herniée de la synoviale se trouve pincée dans la boutonnière, entre les deux ligaments. De là une douleur à chaque essai de mouvement, et par conséquent l'impotence du membre; de là aussi, au bout d'un ou deux jours, une réaction inflammatoire de la synoviale et un léger gonflement secondaire de la région.

Cette hypothèse de mon ami Denucé est fort élégante, et s'appuie sur des faits anatomiques exacts. Mais elle ne me séduit pas beaucoup, pour plusieurs motifs.

D'abord, le gonflement notable des cas un peu anciens, étant un signe d'irritation légère de la synoviale, pourrait se comprendre aussi bien en cas de subluxation qu'en cas de pincement. En second lieu, est-il bien exact qu'il n'y ait *rien* primitivement et que les gonflements soient toujours exclusivement secondaires et inflammatoires? Je vais vous dire que ce n'est pas certain. Enfin, et surtout, dans cette hypothèse, que serait le claquement que *toujours* j'ai perçu au moment de la réduction, au moment précis où se produisait un ressaut sous le pouce qui appuyait d'avant en arrière sur la région radio-humérale? Cela éveille invinciblement dans mon esprit l'idée d'un déplacement osseux que l'on réduit : quant à la nature exacte de ce déplacement, deux théories restent en présence, l'accrochement de la tubérosité bicipitale et la subluxalion de la tête radiale.

Bourguet (d'Aix), dans son mémoire établi sur 17 observations, s'est rallié à une théorie émise par Gardner, par Rendu : par pronation extrême, la tubérosité bicipitale passe en arrière du bord externe du cubitus et ne peut revenir sans effort, d'où le claquement observé à la réduction, parce qu'entre les deux os s'interposent des fibres du court supinateur, enroulées par la pronation autour du radius. Ce mécanisme est bon à spécifier, car vous pourrez lire, dans une leçon de M. de Saint-Germain, que Bourguet incriminait un diastasis de l'articulation radio-cubitale supérieure, ce qui n'a rien à voir avec la question.

L'opinion de Bourguet est à quelques points très défendable. Je lui objecterai cependant le siège de la douleur localisée sur l'interligne radio-huméral; le claquement, bien plus en rapport avec une coaptation articulaire qu'avec le dégagement d'une tubérosité bicipitale capitonnée par un muscle; l'augmentation parfois constatée du diamètre antéro-postérieur du coude en dehors; l'absence de preuve qu'une pronation *forcée* ait eu lieu lors de l'accident. Je remarquerai enfin que Bourguet lui-même est un des rares auteurs qui aient observé l'augmentation possible du diamètre antéro-postérieur du coude.

Cette constatation anatomique rend peu probable la *subluxation de la tête radiale par élongation* dont parlait Duverney à la fin du XVIIIe siècle : en tirant sur le radius, on l'écarterait du condyle, et la tête resterait déplacée parce qu'elle aurait dégainé, au moins partiellement, du ligament annulaire.

Le plus vraisemblable, à mon sens, c'est la subluxation du radius, possible en avant par traction avec pronation, en arrière par traction avec supination, ce dernier cas étant dans l'espèce douteux ou tout au moins rare. Mais nous devons reconnaître que nous n'avons pas de certitude. Pour trancher la difficulté j'ai, au début de son emploi, songé à la radiographie, et je n'en ai rien obtenu : chose qui m'a paru toute naturelle, quand j'ai vu, chez ces enfants en bas âge, quelle épaisseur considérable avait sur le cliché la région transparente, en raison de la structure cartilagineuse du condyle huméral et de la cupule radiale.

Comme, d'autre part, il n'y a pas et il n'y aura jamais d'autopsie probante, nous en restons à l'hypothèse, et celle d'une subluxation radiale est à mon sens la plus vraisemblable, parce que cela seul cadre avec l'augmentation, quelquefois constatée immédiatement, du diamètre antéro-postérieur. Chassaignac objecte qu'il n'y a pas d'ecchymose; y en a-t-il dans la luxation en avant de la mâchoire supérieure? On ne peut sentir avec précision l'os déplacé en avant : est-ce étonnant pour une petite saillie cartilagineuse et mousse cachée sous des muscles épais? Et par contre j'ai la notion très nette que quelque chose file d'avant en arrière sous mon pouce qui appuie, quand, à un moment donné de la supination que je provoque, je perçois le claquement caractéristique de la réduction.

Mais quelle cause maintient le déplacement partiel de cette cupule cartilagineuse sur la sphère lisse du condyle? Le mieux est d'avouer que nous n'en savons rien et de nous demander si une disposition anatomique spéciale, osseuse ou ligamenteuse, n'intervient pas, comme dans la genèse des

luxations incomplètes du pouce, des luxations de la mâchoire. Peut-être aussi est-ce en raison de dispositions anatomiques spéciales que les enfants ne sont jamais atteints de cette lésion après cinq ans, rarement après quatre ans; à moins que ce ne soit parce que passé cet âge on ne les conduit plus par la main, en tirant dessus au moindre obstacle. Pourquoi encore la prédisposition des filles? Je l'ignore.

Certains enfants, en tout cas, paraissent prédisposés à cette lésion, et tous les chirurgiens qui se sont occupés de la question signalent la possibilité d'une récidive dont, pour ma part, j'ai observé plusieurs exemples. Malgaigne en conclut qu'il faut pendant assez longtemps, pour que les ligaments reprennent leur force, maintenir après réduction le membre immobilisé en demi-flexion et demi-pronation, dans un appareil ouaté; les deux ou trois jours demandés par Duverney ne lui suffisent pas. Or je pense, avec tous les chirurgiens d'enfants que même ces deux ou trois jours sont inutiles; toujours le sujet sort de ma consultation guéri et sans appareil, et je puis trouver là une cause de récidive quand l'année suivante on me le ramène parce que, par une nouvelle traction brusque, on lui a de nouveau subluxé le radius.

V

Est-il permis d'être éclectique, d'attribuer certains faits à chacune des lésions que j'ai énumérées, et même de faire une part, toute petite si vous voulez, à la torpeur, paralysie, inhibition, pour faire plaisir à mon ami Brunon et aux mânes de Chassaignac? Cela me paraît impossible : l'unité clinique, l'identité thérapeutique sont telles que nous ne pouvons concevoir une diversité anatomique originelle. Partisan de cette théorie éclectique, Piéchaud, dans son article déjà cité, va jusqu'à dire, en parlant de cette lésion peut-être variable, que : « Très accentuée, accompagnée de mobilisation anormale, suivie de gonflement très marqué, elle devient une fracture juxta-épiphysaire ou un décollement épiphysaire. »

C'est une opinion que je ne puis admettre. Il y a, au membre supérieur, au poignet, au coude, à l'épaule, au radius, au cubitus, à l'humérus, à la clavicule, des lésions diverses, des entorses, des contusions, des décollements épiphysaires partiels ou complets, des luxations, des fractures, toutes lésions qui rendent le membre impotent, mais que vous *devez* différencier grâce à leurs signes physiques spéciaux : gonflement, ecchymose, déplacement, douleur à la pression localisée, etc. Quand aucun de ces signes n'existe, quand au contraire vous trouvez *à la région radio-humérale* ceux que vous venez de constater aujourd'hui, à la suite de la cause toujours la même que je vous ai exposée, alors seulement diagnostiquez la pronation douloureuse et une *guérison instantanée par des manœuvres toujours les mêmes* vous prouvera que vous aurez eu raison.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(8 mai 1903)

La communication de M. Triboulet, sur les **rapports de la cirrhose du foie et de la tuberculose**, a donné naissance à toute une série de travaux intéressants. Aujourd'hui, MM. Gilbert et Lippmann apportent un mémoire sur les cirrhoses atrophiques post-hypertrophiques.

La cirrhose alcoolique vulgaire, annulaire, biveineuse, présente deux types anatomo-cliniques, l'un atrophique reconnu par Laënnec, l'autre hypertrophique décrit par Hanot et Gilbert. Ces deux types, distincts aux points de vue symptomatique et anatomo-pathologique, ne représentent pas des espèces morbides différentes et certains faits les relient l'un à l'autre. MM. Gilbert et Lippmann relatent une observation où il leur fut possible d'assister pour ainsi dire à la transformation d'un des types en l'autre. Dans un cas de cirrhose alcoolique, en effet, à l'hypertrophie hépatique considérable, constatée durant plusieurs mois, succéda insensiblement une atrophie marquée de l'organe; ce dernier fut examiné d'ailleurs et macroscopiquement et histologiquement.

A côté par conséquent des cas habituels de cirrhose alcoolique hypertrophique, dans lesquels le foie demeure indéfiniment hypertrophié ou rétrocède à peine, il y a lieu de faire place à ceux où une atrophie indéniable succède à l'hypertrophie initiale. De même, à côté des cas de cirrhose de Laënnec où l'atrophie semble apparente d'emblée, il y a lieu d'admettre non seulement ceux que marquent au début des poussées congestives, mais encore ceux dont la cirrhose est primitivement hypertrophique.

La cirrhose biliaire presque toujours hypertrophique peut, elle aussi d'ailleurs, entraîner exceptionnellement l'atrophie du foie. MM. Gilbert et Lippmann relatent un fait de ce genre : constatation d'une atrophie très nette du foie chez un malade qui, un an auparavant, offrait le tableau classique de la cirrhose hypertrophique biliaire.

A propos encore de **cirrhoses**, signalons le cas rapporté par M. Galliard d'une cirrhose du foie cliniquement guérie. C'est l'histoire d'une femme de trente-huit ans, non syphilitique, non tuberculeuse, mais alcoolique, qui entra à l'hôpital avec les symptômes de la cirrhose hypertrophique : ascite, réseau veineux abdominal très développé, légère augmentation du volume de la rate, œdème des membres inférieurs. La malade, après une ponction évacuatrice, fut soumise au traitement opothérapique (lavement préparé à l'aide de la macération de foie de porc). L'amélioration se produisit très rapidement; l'ascite ne se reproduisit plus; le foie revint à son volume normal. La guérison s'est maintenue depuis lors.

MM. Launois, Roy et Dufrane (de Mons) montrent à la Société les pièces du **squelette du géant Constantin**, mort à l'hôpital de Mons à la suite d'infection purulente. On constate les déformations craniennes de l'acromégalie; l'allongement énorme des membres inférieurs peu en rapport avec la hauteur du tronc. En même temps, on constatait l'atrophie génitale qui, avec les deux caractères précités, réalise le type du gigantisme infantile établi antérieurement par Launois et Pierre Roy. Tandis que les os longs continuaient à s'accroître en longueur (hyperostéogénèse enchondrale), les os du crâne se déformaient comme chez les acromégaliques (hyperostéogénèse périostique).

M. Gouget décrit, à l'aide d'une observation, la **forme tétanique du cancer du pylore**. Dans ce cas, la tétanie fut non seulement difficile à diagnostiquer à cause de ses allures anormales, elle fut vraiment remarquable à cause des conditions étranges au milieu desquelles elle est apparue. Dans tous les cas ordinaires, la tétanie apparaît au cours ou à la fin d'une maladie de l'estomac nettement caractérisée et, généralement, elle est précédée de vomissements plus ou moins abondants et répétés. Ici, au contraire, la tétanie s'est présentée cliniquement comme une affection purement primitive et sans rien qui l'annonce.

Seule, vers la fin, une hématémèse subite a permis de rattacher les tétanies à l'affection gastrique. Il faut signaler en outre que cette observation est une exception à la règle commune, car différents auteurs ont écrit que la tétanie ne s'observait que dans une variété particulière de dilatation

gastrique, celle de l'hypersécrétion permanente, et que l'on trouve toujours à l'autopsie des ulcères en activité ou cicatrices. Cette loi est beaucoup trop absolue et l'observation actuelle, en prouvant qu'il peut exister des sténoses pyloriques à forme tétanique, viendrait l'infirmer.

M. André Jousset communique les résultats d'expériences qu'il a instituées afin d'élucider la question des **septicémies tuberculeuses**.

A l'aide d'une technique spéciale, et en se servant à la fois de l'inoscopie et de l'inoculation, il a vu que dans la phtisie chronique le sang, contrairement aux notions classiques, renferme quelquefois des bacilles de Koch. Sur dix essais il a retrouvé deux fois le bacille. Il s'agissait dans ces deux cas de tuberculose pulmonaire compliquée de tuberculose rénale.

Ces faits présentent en outre un grand intérêt doctrinal éclairant peut-être la pathogénie de la tuberculose du rein.

Dans les tuberculoses aiguës pulmonaires et extra-pulmonaires, le bacille a été retrouvé dans la circulation dans plus de la moitié des cas.

L'auteur s'est occupé surtout des « bacillémies » pures sans localisations apparentes, évoluant tantôt suivant le type de la typho-bacillose de M. Landouzy, tantôt sous la forme d'embarras gastriques fébriles. Dans deux cas de ce genre, les bacilles disparurent du sang lorsque cessèrent les symptômes gastriques et la fièvre.

Enfin l'auteur présente une femme chez laquelle on a pu, grâce à ces recherches, porter le diagnostic de *bacillémie paroxystique à forme suffocante*, chez laquelle des crises de dyspnée *sine materia* accompagnées de fièvre coïncidaient avec un essaimage de bacilles dans la circulation, le sang demeurant aseptique dans l'intervalle des crises. Il n'y avait chez elle aucun signe sthétoscopique pendant les périodes de calme. Seule la radioscopie montrait une tache opaque au niveau du hile du poumon droit, répondant vraisemblablement à une adénopathie qui pouvait être le foyer originel de ces infections transitoires.

Il termine en insistant sur la nécessité d'étudier à nouveau bactériologiquement certains faits cliniques mal connus, tels que la fièvre éphémère et la fièvre continue des enfants, ainsi en général que tous les accès fébriles inexpliqués.

Peut-être sont-ils rapportables à la bacillémie.

Le bacille tuberculeux s'affirme donc à côté du bacille typhique et des pyogènes comme un parasite assez fréquemment sanguicole.

MM. Widal et Lemierre ont étudié la formule cytologique du liquide **céphalo-rachidien dans treize cas d'hémiplégie syphilitique**. D'après ces auteurs, une lymphocytose accentuée paraît être la règle dans l'hémiplégie syphilitique, et sa constatation peut devenir un élément de diagnostic précieux dans les cas douteux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 18 AU 23 MAI 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 18 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, oral, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Blanchard, Dejerine et Legry.

4e, *Salle Pasteur* : MM. Hayem, Gaucher et Bezançon; — M. Remy, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Terrier, Reclus et Gosset.

5e (2e partie, ancien régime, *Hôtel-Dieu*) : MM. Brissaud, Roger et Teissier; — M. Walther, suppléant.

MARDI 19 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, oral, nouveau régime), *Salle Richet* (1re série) : MM. Raymond, Achard et Guiart; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. Hutinel, Renon et Jeanselme.

4e, *Salle Thouret* (1re série) : MM. Proust, Thoinot et Vaquez, — *Salle Vulpian* (2e série) : MM. Joffroy, Chantemesse et Richaud ; — (3e série) : MM. Gilbert, Dupré et Langlois; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Albarran; — (2e série) : MM. Pozzi, Schwartz et Faure; — (2e partie, ancien régime, 1re série) : MM. Cornil, Letulle et Méry; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Troisier et Thiroloix; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Desgrez, suppléant.

MERCREDI 20 MAI, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Remy et Broca (André).

3e (1re partie, oral, nouveau régime), *Salle Vulpian* : MM. Terrier, Potocki et Rieffel.

4e, *Salle Thouret* : MM. Hayem, Joffroy et Wurtz; — M. Gosset, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Tuffier, Walther et Legueu.

5e (2e partie, nouveau régime), *Laënnec* (1re série) : MM. Brissaud, Roger et Widal; — (2e série) : MM. Dejerine, Bezançon et Legry; — M. Mauclaire, suppléant.

VENDREDI 22 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, oral, nouveau régime), *Salle Charcot* (1re série) : MM. Blanchard, Roger et Teissier; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Dejerine, Besançon et Legry.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Wurtz et Thoinot ; — (2e série) : MM. Landouzy, Gaucher et Widal ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Reclus et Gosset; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Cunéo, suppléant.

SAMEDI 33 MAI, à une heure. — 4e, *Salle Béclard* (1re série) : MM. Proust, Vaquez et Dupré ; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Joffroy, Chassevant et Langlois; — M. Launois, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Cornil, Troisier et Achard : — (2e série) : MM. Raymond, Chauffard et Méry; — M. Thiroloix, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — MM. les docteurs Bouchard, Duguet et Gouraud sont nommés médecins honoraires.

M. le docteur Delens est nommé chirurgien honoraire.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — M. le docteur Kéraval est nommé médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Ville-Évrard.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Crozet, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le croiseur cuirassé *Jeanne-d'Arc*.

Service sanitaire maritime. — La place de médecin de la santé est vacante au port du Havre. Conformément à l'article 2 du décret du 9 novembre 1901, les candidats sont invités à produire, dans un délai de quinze jours expirant le 25 mai, leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes justifications utiles.

Les candidats doivent faire valoir notamment leurs connaissances spéciales touchant : l'épidémiologie des maladies exotiques; la bactériologie; la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine ou dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte la direction de ces services.

Le traitement annuel est fixé à 2400 francs.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 57. — JEUDI 14 MAI 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 14 MAI 1903. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à trois places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) et à une place d'interne en médecine au sanatorium de Hendaye (Basses-Pyrénées), pour entrer en fonctions le 1er juillet 1903, sera ouvert le lundi 15 juin 1903, à midi dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration (bureau du service de santé), à partir du lundi 18 mai jusqu'au mercredi 3 juin inclusivement, de onze heures à trois heures.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — A la suite d'un brillant concours, M. Paul Courmont vient d'être nommé médecin des hôpitaux.

— *Marseille.* — Le lundi 3 août 1903, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien-adjoint pour les hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française, ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les anciens internes des hôpitaux de Marseille, âgés de 26 ans au moins, seront admis à concourir.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ils auront à produire : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur ; 3° s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de leur résidence ; 4° les internes des villes où siègent des Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite délivré par l'administration des divers hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne ; 5° les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., et s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

Hommage à M. Léon Labbé. — Tous les anciens internes du docteur Léon Labbé, réunis en comité sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, ont décidé de faire graver une médaille par Roty et de la lui offrir à l'occasion de sa nomination à l'Institut.

Ils adressent appel à ses collègues, à ses élèves et à ses amis, et leur demandent de prendre part à la souscription et de donner ainsi à leur ancien maître un témoignage d'estime, d'attachement et de reconnaissance.

Chaque souscripteur dont la cotisation atteindra 25 francs recevra un exemplaire de la médaille.

Adresser les souscriptions à M. Pierre Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain.

La souscription sera close le 30 juin 1903.

Cours d'instruction pour les médecins du cadre auxiliaire. — Les conférences préparatoires à l'examen d'aptitude au grade de médecin-major de deuxième classe dans la réserve ou l'armée territoriale commenceront au Cercle militaire le lundi 25 mai, à huit heures trois quarts du soir. Elles auront lieu régulièrement les lundis et vendredis, à la même heure.

Ces conférences seront faites par le médecin-major de première classe Salle (de l'hôpital militaire de Vincennes), désigné par M. le général gouverneur de Paris.

Elles sont ouvertes non seulement aux candidats à l'avancement, mais encore à tous les médecins de bonne volonté, désireux de perfectionner leurs connaissances médico-militaires.

Le programme ministériel sera suivi exclusivement et le cours sera complet en une quinzaine de séances.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Martin (de Marseille) et Tilliée (de Saint-Omer).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. Secourgeon. Tumeurs solides primitives de la glande sous-maxillaire. — M. Legendre. Les propharmaciens, leurs droits, leurs devoirs. Conditions de l'exercice de la pharmacie par les médecins autorisés. — M. Roger. Quelques considérations sur l'importance de l'éducation physique. — M. Dechy. Le signe d'Argyll-Robertson et la cytologie du liquide céphalo-rachidien. — M. Vianay. Intoxication saturnine. — M. Granier. Le diagnostic de l'abondance des épanchements pleuraux ; évaluation quantitative des épanchements par le bleu de méthylène. — M. Dimier. Etude sur quelques points cliniques de la névralgie faciale et sur la valeur respective des traitements électrique et chirurgical dans les types de névralgie faciale vraie. — M. Pierrhugues. Etude critique sur les vomissements incoercibles de la grossesse.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 15 mai 1903.

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy; chef de clinique : M. Gandy; chef de clinique adjoint : M. Nattan-Larrier, interne : M. Crouzon; externes : MM. Monnet, Soubies, Foy, Janin, Jumentié, Calvet, Monier (Louis), Pichard, Albert, Bouilly.

2. Médecin : M. Muselier; interne : M. Chartier; interne provisoire : M. Desmoulins; externes : MM. Juillard, Charoppin.

3. Médecin : M. Brissaud; interne : M. Grenet; externes : MM. Blatin, Boucard, Lecaplain, Raulot-Lapointe, Schacher.

4. Médecin : M. Faisans; interne : M. Ball; externes : MM. Lamy, Planson, Gimbert, Blanche.

5. Médecin : M. Ballet; interne : M. P. Bloch; externes : MM. Schaefter (H.), Boudon, Bigot, Fay, Baffet, Mlle Giry, M. Glénard.

6. Médecin : M. Petit; interne : M. Verliac; externes : MM. Lemoine (Francisque), Pépin, Gourdan, Mesnager.

7. Chirurgien : M. le professeur Duplay; chef de clinique : M. Fredet; chef de clinique adjoint : M. Menier; internes : MM. Tixier, Cottard, Sourdille, Rigollot-Simonnot; externes : MM. Verdoux, Chanoine-Davranches, Courdouan, Gauthier, Bricout.

8. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne; chef de clinique : M. Druault; chef de clinique adjoint : M. Scrini; internes : MM. Denis, Vinsonneau, Cantonnet; externes : MM. Onfray, Caillaud, Mary.

9. Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Pillet, Dobrovitch; externes : MM. Daulnoy, Cheurlot, Dournel.

Consultation. — 10. Médecin : M. Enriquez; assistant : M. Bigard; interne provisoire M. Gourmand; externes : MM. Halma-Grand, Thibonneau, Rigoulet.

11. Chirurgien : M. Marion; suppléant : M. Dartigues; externes : MM. Céard, Petit, Jacquet.

B. Hôtel-Dieu Annexe. — 1. Médecin : M. Souques; interne provisoire : M. Blanluet; externes : M. Ramus, Mlle Pascal, MM. Barbé, Pernot.

2. Médecin : M. Dupré; interne provisoire : M. Camus (Paul); externes : MM. Martin (Georges), Trannoy, Lévy (Henri), Labonnette.

3. Accoucheur : M. Champetier de Ribes; interne : M. Poupardin; externes : MM. Laporte, Quesnot, Ralliou.

C. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. Robin; interne : M. Gaultier; externes : MM. Hédouin, Fiessinger, Deroye (François), Graux, Bécus, Bory.

2. Médecin : M. Babinski; interne : M. Boisseau; externes : MM. Roussellier, Keller, de Gandt, Monier-Vinard, Aïtoff, Tournay.

3. Médecin : M. Darier; interne : M. Roussy; externes : MM. Vouters, Saiget, Cousin (André), Hamel, Boudet, Monod (Octave), Bing.

4. Médecin : M. Dalché; interne : M. Gauckler; externes : MM. Loyer, Pasturaud, Hybord, Loumaigne, Christin.

5. Médecin : M. Lion; interne : M. Français (Henri); externes : MM. Sahut, Barbier (André), Chandesris, Goublot, Læderich.

6. Médecin : M. Rénon; interne : M. Flourens; externes : MM. Goujon, Pouliguen, Lemarignier, Guénot (Louis).

7. Chirurgien : M. le professeur Terrier; chef de clinique : M. Reymond; internes : MM. Lecène, Mercadé, Gernez; externes : MM. Davesne, Dreyfus, Bezançon, Pietkiewicz, Monteil, Séjournet, Stepowski, Jullien (Arthur).

8. Chirurgien : M. Walter; interne : M. Lardennois; externes : M. Gilbert, Mlle Debat-Ponsan, MM. Metzger, Doury, Descomps, Bénard-Rais.

9. Accoucheur : M. Lepage; interne : M. Caldaguès; externes : MM. Berniolle, Billaudet.

Consultation. — 10. Médecin : M. Auclair; suppléant : M. Contensoux; externes : MM. Blaizot, Bazin (Eugène).

11. Chirurgien : M. Michon; suppléant : M. Herbet; externes : MM. Meygret, Delaigue.

D. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. Labadie-Lagrave; interne : M. Bloch (Maurice); externes : MM. Prieur, Guillaumin, Coqueret, Lantaret, Bruel.

2. Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Malloizel; externes : MM. Dubos, Nicolas (Michel), Castéran, Singer.

3. Médecin : M. Oulmont; interne : M. Jardry; externes : MM. Rousselot, Archontakis, Joubert, Boulakia.

4. Médecin : M. Duflocq; interne : M. Masson; externes : MM. Lamouroux, Dupont (Robert), Hautefort, Dalmon.

5. Médecin : M. Morel-Lavallée; interne : M. Eschbach; externes : MM. Rucker, Elmerich, Caron.

6. Médecin : M. Toupet; interne : M. Pater; externes : MM. Villebrun, Marcorelles, Gautier (Jean), Chauvais.

7. Chirurgien : M. le professeur Tillaux; chef de clinique : M. Wiart; internes : MM. Sauvé, Ribot, David; externes : M. Stern, Mlle Dervojno, M. Huguet.

8. Chirurgien : M. Campenon; internes : MM. Claret, Deshayes; externes : MM. Ekmedjian, Dupuy (Jean), Lajane, Lemière (Léon).

9. Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Devraigne; externes : MM. Sibille, Lavallée, Sigre, Lemière (Raymond).

Consultation. — 10. Médecin : M. Legry; suppléant : M. Fauquez; externes : MM. Bleirad, Pignerol.

11. Chirurgien : M. Launay; suppléant : M. Minet; externes : MM. Armanet, Israël.

E. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le professeur Hayem; chef de clinique : M. Bensaude; chef de clinique adjoint: M. Ghika; interne : MM. Bouchot, Louis Bloch; externes : MM. Rasis, Dubrac, Drouet, Cousin (Maurice), Royet, Roux.

2. Médecin : M. Siredey; interne : M. Lemaire; externes : MM. Rendu (Albert), Eck, Mlle Homery, MM. Laffont, Jacob.

3. Médecin : M. Lermoyez; assistant : M. Bourgeois; interne : M. Laurens; externes : MM. Labouré, Delogé, Duchesne, Delamarre, Pierre.

4. Médecin : M. Béclère; interne : M. Beaujard; externes : MM. Passier, Pélissier, Chaudron, Frinault, Grandchamp.

5. Médecin : M. Thoinot; interne : M. Trastour; externes : MM. Renault (Jules), Jouvin, Merry, Chazal.

6. Médecin : M. Vaquez; interne : M. Aubertin; externes : MM. Hovelacque, Braun, Clunet, Goulden, Peyron.

7. Médecin : M. Jacquet; interne : M. Lebar; externes : MM. Lagrive, Heuzey, Desportes, Dubus, Masson (Ch.).

8. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Saillant; externes : MM. Guyader, Debonnelle, Fortineau, Siguret, Couralle, Haas (François).

9. Médecin : M. Mosny; interne : MM. Beaufumé; externes : MM. Blain (André), Navry, Chauveau, Neel.

10. Chirurgien : M. Monod; assistant : M. Arrou; internes : MM. Klein, Diel, Autefage; externes : M. Bourdier, Mme Rol, MM. Uhry, Vincent (René), Reubsaët, Aumont (Léon).

11. Chirurgien : M. Blum; internes : MM. Bouchez, Lavenant, Algret; externes : MM. Bourée, Janvier, Giraudel, Serin, Ehrenpreis, Guillon.

12. Accoucheur : M. Bar; assistant : M. Tissier; interne : M. Cathala; externes : MM. Grosset, Boudreaux, Bourretère, Guilloteau.

Consultation. — 13. Médecin : M. Macaigne; suppléant :

M. Bize; interne provisoire : M. Burgand; externes : MM. Reimburg, Bonnot de Ruisselet.

14. Chirurgien : M. Thiéry; suppléant : M. Baudet; externes : MM. du Peloux, Bayard, Last, Milliot.

F. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Huchard; interne : M. Bonneau; externes : MM. Mallein, Daviau, Jousset, Troublanc, Berger.

2. Médecin : M. Cuffer; interne : M. Lévy; externes : MM. Geffray, Sourdat, Brin, Bilhaut.

3. Médecin : M. Barth; interne : M. Cahen; externes : MM. Martin (Fernand), Foucart, Duchet-Suchaut, Duvoir, Privat.

4. Médecin : M. Hirtz; interne : M. Génévrier; externes : MM. Fournier (Pierre), Potelet, Maugeais, Ollivier-Beauregard, Lamoureux.

5. Chirurgien : M. le professeur Le Dentu; chef de clinique : M. Mouchet; adjoint : Petit (Ray.); internes : MM. Dénécheau, Clément, Dreyfus; externes : MM. Monnier, Fortier, Girard, Bejeau, Maigret (Paul), Arifeff.

6. Chirurgien : M. le professeur Guyon; chef de clinique : M. Pasteau; adjoint : M. Cathelin; internes : MM. Bréchot, Villaret, Ertzbischoff; externes : MM. Ménard (Louis), Blais.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Mahar, Lafoy; externes : MM. Burin-Desroziers, Fimbel, Breton (Paul), Lachèze, Delozière.

Consultation. — 8. Médecin : M. Teissier; suppléant : M. Monod; externes : MM. Laux, Grivot, Fiault.

9. Chirurgien : M. Legueu; suppléant : M. Bernard (A.); externes : MM. Gras, Gauthereau.

G. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard; interne : M. Boidin, externes : MM. Macé de Lépinay, Nolot, Molinard, Landrin, de Brunel de Serbonnes, Lasnier (Maurice).

2. Médecin : M. Widal; internes : MM. Froin, Digne; externes : MM. Abrand, Abramé, Joltrain, Pottet, Bureau, Brulé, Boivin, Feuillié.

3. Chirurgien : M. X...; internes : MM. Girot, Daniel; externes : MM. Brenot, Bion, M[lle] Landry, M. Roger-Ballu.

4. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM Pécharmant, Ricou; externes : MM. Nivet, Lyon-Caën, Eliçagaray, Trocmé, Lian, Silbert.

5. Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Piquand, Gasne, Chastenet de Gery; externes : MM. Hue, Charrier, M[lle] Birnberg, Lecomte, Hérisson, Blanc, M[lle] Hessen.

Service temporaire de chirurgie. — 6. Interne provisoire : M. Berthaux; externes : M. Le Mée.

Consultation. — 7. Médecin : M. Dufour; suppléant : M. Ramond; interne provisoire : M. Chaix; externes : MM. Chaigneau, Fauconnier.

8. Chirurgien : M. Rieffel; suppléant : M. Veau; externes : MM. Moulu, Nepper, Nespoulous, Roulland.

G *bis*. Hôpital Cochin annexe. — 1. Médecin : M. Renault; interne : M. Mathieu; externes : MM. Bonta, Bauduin.

2. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Gaillard; externe : M. Rouchy.

3. Médecin : M. Humbert; interne : M. Delille; externes : MM. Cailliau, Galibert.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove; chef de clinique : M. Sainton; chef de clinique adjoint : M. Ferrand; interne : M. Voisin; externes : MM. Dupré, Huré, Lamarre, Galippe, Esmeni, Chaulet.

2. Médecin : M. Troisier; interne : M. Regnard; externes : MM. Blain (René), Riché, Lucas-Championnière, Dalimier.

3. Médecin : M. Lacombe; interne : M. Auburtin; externes : MM. Ollier, Auger, Legras, Rendu (Henry).

4. Médecin : M. X... ; interne : M. Lecornu; externes : MM. Lemarchal, Bailly, Bouygues, Duplay.

5. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Juy, Foisy; externes : MM. Lomon, Marquet, Vézard, Vermorel, Willette, Pierre Vallet, Chamart.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Roland; externe : M. Ort.

7. Chirurgien : M. le professeur Berger; internes : MM. Lebreton, Bouchet; externes : MM. Trèbes, Marsan (Félix), Barthès, Rousseau-Langevelt, Boutin (Georges), Roudinesco, Bougarel, Jullien.

8. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Aubourg, Poirier de Clisson; externes : MM. de Lacombe, Houdard, Mauroy, Deroide, Benazet, Roussel.

9. Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes; chef de clinique : M. Grosse; adjoint : Herrenschmidt.

Consultation. — 10. Médecin : M. Bruhl; suppléant : Got; interne provisoire : Gravelotte; externes : MM. Tagrine, Mollet, Burcker.

11. Chirurgien : M. Lyot; suppléant : M. Estrabaut; externes : MM. Josephson, Chazarain, Sénéchal.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Landrieux; interne : M. Rousseau; externes : MM. Vincent (Jules), Legrain, Noucher, Hamelin, M[lle] Grunspan, M. Monory.

2. Médecin : M. Tapret; interne : M. Berthier; externes : MM. Chenet, Olivier, Brion, Rimette, Dhéry, Wulfring.

3. Médecin : M. Brault; interne : M. Louste; externes : MM. Laurence, Garban, Fleig, Fichot, Chaumet, Lafarge.

4. Médecin : M. Galliard; interne : M. d'Œlsnitz; externes : MM. Chibret, Alliot, Luisi, Savouré, Legourd, Guiley.

5. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Brelet; externes : MM. de Bosker, Duhamel, Michon, Broca, Kahn, David (Ch.), Klein.

6. Chirurgien : M. Peyrot; assistant : M. Souligoux; internes : MM. Cottu, da Silva Paranhos; externes : MM. Pourteyron, Loubier, Pérol, Puttre, Sloog, Mascarenhas.

7. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Küss; externes : MM. Caron (Marcel), Bergeaud.

8. Chirurgien : M. Reynier; assistant : M. Bouglé; internes : MM. Viteman, Garrigues, Picot; externes : MM. Binet (Léon), Bourilhet, Merlot, M[lle] Bonteil, MM. Fournier, Baudoin, Roche.

9. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Jacquemin, Sénéchal; externes : MM. Huchet, Bour, Chardin, Robert, Camacho, Buizard.

10. Chirurgien : M. Hartmann; internes : MM. Cresson, Français (Ray.); externes : MM. Vrain, Cottard (Henri), Cotonnec, Boulouneix, Houzel, Assicot, Roy, Lévy (Jules).

11. Chirurgien : M. Sébileau; assistant : M. Caboche; interne : M. Wicart; externes : MM. Chambay, de Névrezé, André (Jean), Lemerle, Torchaussé, Leroux.

12. Chirurgien : M. Morax; assistant : M. Chaillous; internes : MM. Guénot, Béal; externes : M[lle] Toufesco, MM. Coulomb, Druais.

13. Accoucheur : M. Bonnaire; interne : M. Mettey; externes : MM. Ledoux, Legrand, Aumond, Gaultry.

Consultation. — 14. Médecin : M. Gouget; suppléant : M. Paul Tissier; interne provisoire : M. Rouhier; externes : MM. Féret, Noé, Caraguel, Gandois.

15. Chirurgien : M. Beurnier; suppléant : M. de Font-Réaulx; externes : MM. Dubois, Henri (René), Mougenc de Saint-Avid.

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Achard; interne : M. Paisseau; externes : MM. Aynaud, Amblard, Vautier, Thévenin, de Bon, Merlin, Cantonnet.

2. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Bourguignon; externes : MM. Cremer, Collignon, M[me] Granjean, M. Couasnon (Auguste).

3. *Service temporaire de médecine.* — Externes : MM. Chauveau, Maumené.
4. Médecin : M. Launois; interne : M. Mauban; externes : MM. Hudelot, Graziani, Chahuet, Voimant.
5. Médecin : M. Klippel; interne : M. Lhermitte; externes : MM. Lagarde, Bouet, Leduc (H.), Lépine.
6. Médecin : M. Florand; interne : M. Agasse-Lafond; externes : MM. Maurios, Olivier (Eugène), Boulard (Frédéric), Bort.
7. Médecin : M. Jeanselme; interne : M. Ambard; externes : MM. Cordier, Hayes, Roncé, Reboul.
8. Médecin : M. Caussade; interne : M. Blondin; externes : MM. Chaboussant, Montès, Pujos, Sotiropoulo, Pastour.
9. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Dehérain; externes : MM. Bonvoisin, Gazagnaire, Rolet, Maluinard, Bertrandon.
10. Chirurgien : M. Poirier; internes : MM. Dupuy, Le Lorier, Tillaye; externes : MM. Garric, Caubé, Presbéanu, Mourlhon, Trolard, Chardon.
11. Chirurgien : M. Lejars; internes : MM. Duclaux, Lemaître (René), Guillaume-Louis; externes : MM. Beuzart, Lemercier, Gautherin, Bazalgette, Burnier, Duprat.
12. Chirurgien : M. Broca; internes : Mlle Mouroux, MM. de Lacombe, Tridon; externes : MM. Lebras, Guerder, Cotard (Lucien), Champion, Gattegno, Guggenheim.
13. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Morlet; externes : MM. Petiteau, Izard, Roche (Philippe).
Consultation. — 14. Médecin : M. Lamy; suppléant : M. Martin; interne provisoire : M. Vannier; externes : MM. Georges, Simonin.
15. Chirurgien : M. Ombrédanne; suppléant : MM. Delmond-Bébet; externes : MM. Hardiviller, Mora, Durcy.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Landouzy; chef de clinique : M. Josué; chef de clinique-adjoint : M. Bernard (L.); interne : M. Salomon; externes : MM. Auroux, Troisier, Pinard, Gougerot, Railliet, Tinel, Guimbellot, Galup.
2. Médecin : M. Merklen; interne : M. Pouliot, externes : MM. Wickersheimer, Bouchaud, Fruictier, Etling, Krantz, Filhoulaud.
3. Médecin : M. Barié; interne : M. Halbron; externes : MM. Noël (Octave), Deverre, Grabias, Bougon, Portocalis.
4. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Lemaître (J.); externe : MM. Rullier; Mlle Couronne, MM. Dyvrande, Chouquet, Thuilleux.
5. Chirurgien : M. Reclus; internes : MM. Papin, Baumgartner, Jeannel; externes : MM. Flurin, Lévy-Valensi, Moyrand, Racouchot, Foix, Brissaud (René).
Consultation. — 6. Médecine : M. Labbé; suppléant : M. Weill; externes : MM. Zacharopoulos, Jais.
7. Chirurgien : M. Riche; suppléant : M. Gesland; externe : M. Uzbachiau.
8. Médecin M. Aviragnet; interne provisoire : M. Labarrière; externes : MM. Delbarre, Quentin, Loze, Roblin.
9. Médecin : M. Renault; interne provisoire : M. Poisot; externes : MM. Lemeland, Sircoulon, Paul-Boncour, Moréro, Le Foll.

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Talamon; interne : M. Gaudot; externes : MM. Hays, Faugeron, Josseran, Dupont (Victor), Boyer.
2. Médecin : M. Martin; interne : M. Broc; externes : MM. Gouin, Minot, Pénard, Desquiens, Leduc (Jean).
3. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Menet, Morel; externes : MM. Clermonthe, Labrunie, Martin, (P.), Vincent, Chapeyron, Lehmann, Bourdenne, Tastevin.
Consultation. — 4. Médecin : M. Soupault; suppléant : M. Merklen; interne provisoire : M. Gy; externes : MM. Durand, Houdard.
5. Chirurgien : M. Chevalier; suppléant : M. Cadol; externes : MM. Tixier, Signoret.

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Gilbert; interne : M. Jomier; externes : MM. Sécheret, Richou, Beauchef, Bourgeois, Baudouin.
2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Braillon; externes : MM. Girault, Puyo, Maymon, Houzel (G), Devaux.
3. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Tanon, Claeys, Le Serrec de Kervilly, Fabre, Duménil, Coudert, Burgaud, Danoux.
Consultation. — 4. Médecin : M. Claude; suppléant : M. Garnier; externes : MM. Jouanne, Vaury.
5. Chirurgien : M. Auvray; suppléant : M. Fossart; externes : MM. Habert, Gourdon.

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Lemierre; externes : MM. Besnier (Henri) Collin, Reinbert, Dureau, Ciuciu, Boulland, Dumas, Homolle.
2. Chirurgien : M. Gérard-Marchant; internes : MM. Desmarest, Petit, Bailleul; externes : MM. Faugère, Beaufils, Lamorlette, Petit (Emile), Ouvry, Journée.
3. Accoucheur : M. Doléris; interne : M. Morisetti; externes : MM. Kruyt, Leborgne, Pascalis.
Consultation. — 4. Médecin : M. Bezançon; suppléant : M. Herrenschmidt; interne provisoire : M. Fabre; externes : MM. Bourlier, Labrevoit.
5. Chirurgien : M. Demoulin; suppléant : M. Guibé; externes : MM. Estéoule, de la Lande de Vallière, Triquenaux, Legendre.

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Gaucher; chef de clinique : M. Milian; chef de clinique adjoint : M. Bernard; internes : MM. Weill, Rostaine; externes : MM. Parturier, Boulin (Gustave), Macron, Stévenin, Belgodère.
2. Médecin : M. Hallopeau; internes : MM. Lebret, Vielliard; externes : MM. Mauran, Roux (Gabriel), Bonnefoy, Diverrès, Toutain.
3. Médecin : M. Du Castel; internes : MM. Moutier, Duval; externes : MM. Semiper, Nocton, Michel, Carcy, Le Manissier.
4. Médecin : M. Danlos; interne : M. Pathault; externes : MM. Héchemann, de Nayville, Darnaudpeys, Roubaud, Gelma.
5. Médecin : M. Balzer; interne : M. Fouquet; externes : MM. Colombel, Boudol, Alexandresco, Desvermine, Prunier, Chevallier.
6. Médecin : M. de Beurmann; interne : M. Philibert; externes : MM. Busquet, Carnette, Breteau, Poirrier, Salomon.
7. Chirurgien : M. Richelot; assistant : M. Morestin; internes : MM. François-Dainville, Ferry, Siegel; externes : MM. Bouche, Hernette, Colibert, Bories, Porée, Langlois.
8. Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Descomps, Martin, Rivet; externes : MM. Marre, Chenot, Masson (Claude), Vaillant (René), Lacheny, Harvier, Moreau (Ch.).
9. Chirurgien : M. Ricard; internes : MM. Andrieu, Gardner, Chevrier; externes : MM. Ménard (Pierre), Watel, Roy, Lemoine (Aristide), Gomand, Guérin.
10. Accoucheur : M. Auvard; interne : M. Gaudemet; externes : MM. Very, Fernet, Dehergne, Quilliot.
Consultation. — 11. Chirurgien : M. Guillemain; suppléant : M. Cunéo; externes : MM. Lamoureux (Louis), d'Halluin, Houlié.
Service temporaire. — 12. Médecin : M. Triboulet; externes : MM. Rabutot, Bonnis, Giraudeau, Ducœurjoly, Quinqueton, Caraven.

P. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Brocq; interne : M. Delaunay (Paul), externes : MM. Thorel, Simon, Longin, Guenot, Alexandre (Paul), Joux.
2. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Darré; externes : MM. Bruel (André), Foix, Poisson, Delacroix, Etcheverry.
3. Chirurgien : M. Pozzi; chef de clinique : M. Jayle; chef de clinique adjoint : M. Beaussenat; internes : MM. Le Sourd (Ét.), Perreaux, Nandrot; externes : MM. Bichon, Delacour, Hennon.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Trémolières; externes : MM. Lebrun, Marchal, Gaye, Trouvé, Bernheim.
2. Médecin : M. Boulloche; interne : M. Faure-Beaulieu; externes : MM. Petel, Noël, Froget.
3. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Brésard, Picquet, Lutaud; externes : MM. Godard, Dauge, Dournay, Philippon, Lasnier, Alexandre, Lafarcinade, Petit (Georges),
4. Chirurgien : M. Guinard; internes : MM. Capette, Calvé; externes : MM. Risacher, Magnin, Bourgoix, Ancibure, Meusnier, Cremieu.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Guillemot; chef de clinique adjoint : M. Terrien (Eug.); interne : M. Lequeux ; externes : MM. Piérat, Trapenard, Lesage, Bertrand, Vivien, Vitet.
2. Médecin : M. Moizart; interne : M. Denis; externes : MM. Vigneron d'Heucqueville, Favreul, Perrigault, Verdier.
3. Médecin : M. Comby; interne : M[lle] Francillon; externes : MM. Boulard (Louis), Fabre (Eug.), Durand (Léon), Guichard.
4. Médecin : M. Variot; interne : M. Sébilleau; interne provisoire : M. Barthélemy; externes : MM. Léger, Ageon, Reulos, Eliot, Croste.
5. Médecin : M. Richardière; interne : M. Tessier; externes : MM. Davenière, Renaudin, Vidal (Denis), Séris, Voirin.
6. Médecin : M. Marfan ; interne : M. Detot; externes : MM. Patry (Félix), Maloy, Stroehlin, Eyméoud.
7. Chirurgien : M. Brun; internes : MM. Renaud, Leenhardt; externes : MM. Gallimard, Nicolas (Lucien).
8. Chirurgien : M. le professeur Lannelongue; assistant : M. Villemin; internes : M. Camus, M[lle] Baudoin; externes : M. Marsan, M[lle] Auchère.

T. Hôpital Trousseau (nouveau). — 1. Médecin : M. Netter; interne : M. Ribadeau-Dumas; externes : MM. Oppenheim, Chenier, Monod (Gustave), Naudascher, Fage, Bourganet.
2. Médecin : M. Guinon; interne : M. Le Gambier; externes : MM. Desjeux, Joussenet, Charpentier, Schaefer (Ch.), Challamel, Saillant.
3. Chirurgien : M. Kirmisson; chef de clinique : M. Grisel; internes : MM. Okinczye, Rottenstein, Mougeot; externes : MM. Mezbourian, Duburque, Dupuy (Pierre), Florenville, Benoist, Masfranc, Plazanet.
Service de la diphtérie. — 4. Interne provisoire : M. J. Lemaire; externe : M. Lemaire (Louis).

U. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel; interne lauréat : M. Babonneix; internes : MM. Vitry, Mantoux ; externes : MM. Emanuel, Laplace, Legroux, Cesbron, Seulecq.
2. Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Hulleu, Bosc; externes : MM. Texier, J. Paul, Lelong.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Mathieu ; internes : MM. Taguet, Hébert; externes : MM. Saissi, Binet (Maurice), Fourcade, Hocquet, Lemarquand, Grivot.
Consultation. — 2. Médecin : M. Apert; suppléant : M. Delamare ; externes : MM. Teisseire, Ferté.

W. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Marie (P.); interne : M. Leri ; interne provisoire : M. Mocquot.
2. Chirurgien : M. Delbet; internes : MM. Chevassu, Chevé ; interne provisoire : M. Chastagnol.
Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Bourneville; internes : M[lle] Maugeret, M. Magitot ; interne provisoire : M. Darcanne.
4. Médecin : M. Féré; interne : M. Brissy, interne provisoire : M. Deniker.
5. Médecin : M. Séglas; interne : M. Landowski; interne provisoire : M. Ferrand.
6. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Dézarnaulds; interne provisoire : M. Lew.

X. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Sevestre; interne : M. Beauvy ; externes : MM. Sanson, Henry Robert, Giret, Rabinovitch, Gamayré, Soullard.
2. Médecin : M. Josias ; interne : M. Ramond; externes : MM. Guyot, Truelle, Augé, Duru, Bené, Rigaux.
3. Chirurgien : M. Felizet; internes : MM. Liné, Deglos, Chirié; externes : MM. Corlieu, Martingay, Poissenot, Gargaud, Vidal, Gillet.

Y. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Gombault; interne : M. Tassin ; interne provisoire : M. Sautelet; externe : M. Tissot.
2. Chirurgien : M. Rochard; interne : M. de Martel; interne provisoire : M. Fayolle ; externe : M. Braillon.

Z. Hôpital de la Maternité. — 1. Médecin : M. Charrin; interne : M. Le Play; externe : M. Corpechot.
2. Accoucheur : M. Porak; internes : MM. Nau, Lacasse; accoucheur-adjoint : M. Potocki.

Aa. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier ; interne : M. Hautant; externes : MM. Quinsac, Guilloire, Cantonnet (Marcel), Hubert (Camille), Lionnet, Gérard.
2. Médecin : M. Lesage ; interne : M. Læderich; externes : MM. Wapler, Dieuzaide, Evrard, Boudin, Francina, Lestelle.
3. Chirurgien : M. Albarran ; internes : MM. Heitz, Muret, Vivier; externes : MM. Testard, Bagilet, Duvergie, Rabuel, Briquet, Triller, Rabinovici.

Ab. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique, M. Sicard ; chef de clinique adjoint : M. Riche (A.); internes : MM. Courtellemont, Touchard, Dreyfus-Rose ; externes : MM. Benon, Galezowski, Marque, Lévy (Pierre), Chéné, Salmon, Godron.
2. Médecin : M. Déjerine; internes : MM. Périn, Chiray; interne provisoire : M. Cornélius ; externes : MM. Léon, Abt.
3. Chirurgien : M. Segond; internes : MM. Alquier, Delaunay (Victor); externes : MM. Thiébault, Lassance, Roblet, Lissonde.
Service des aliénés. — 4. Médecin : M. Voisin; interne : M. Israël de Jong; externes : MM. Stettiner,
5. Médecin : M. Charpentier; interne : M. Bornait-Legueule ; externe : M.
6. Médecin : M. Deny ; externe : M. Maillard.
Consultation. — 7. Chirurgien : M. Savariaud ; suppléant : M. Lenoir ; externe : M. Budin.

Ac. Hôpital de la Clinique d'Accouchements. — 1. Accoucheur : M. le professeur Budin; chef de clinique : M. Chéron ; chef de clinique adjoint : M. Bouchacourt ; externes : MM. Nicolas, Cottard (Eug.), Chapelle.

Ad. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Couvelaire; chef de clinique adjoint : M. Delestre; externes : MM. Barbier (Pierre), Chapotin, Lagleize, Flamand, Dupouy. Delapchier.

Ae. Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — 1. Médecin : M. Wurtz; interne : M. Bauer; interne provisoire : M. Rœderer; externe : M. Castex.

Af. Hôpital d'Aubervilliers. — 1. Médecin : M. Roger; interne : MM. Thaon; externes : Mlle Roussel, MM. Longuet, Matry, Cordier (Henry), Giroux.

Ag. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Thiroloix; interne : M. Pelletier.

Ah. Bastion 27. — Médecin : M. R. Marie; interne provisoire : M. Ameuille; externes : MM. Baron, Boucheseiche.

Ai. Bastion 29. — 1. Médecin : M. le professeur Chantemesse; interne : M. Rathery; externes : MM. Delmas, Milhit, Villandré.

Aj. Institution Sainte-Périne et Maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Claisse; internes : MM. Claude, Horteloup.

Ak. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Méry; interne : M. Lafosse.

Al. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard; internes : MM. Le Jemtel, Le Louët, Raymond.

Am. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. X...

An. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le professeur Joffroy; chef de clinique : M. Guillain; chef de clinique adjoint : M. Roy.

Ao. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Küss.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes titulaires; 4° internes provisoires; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.* *Exemple :* M. Lardennois, C-8= C. Hôpital de la Pitié, 8. Service de M. Walther.

MÉDECINS

et assistants de consultations de médecine.

CHIRURGIENS

et assistants de consultations de chirurgie.

ACCOUCHEURS

SUPPLÉANTS

de consultations.

MÉDECINE

CHIRURGIE

CHEFS DE CLINIQUE

MÉDECINE

Adjoints.

CHIRURGIE

Adjoints.

ACCOUCHEMENTS

Adjoints.

INTERNES

Autefage, E-10.
Babonneix, U-1.
Bailleul, N-2.
Ball, A-4.
Baudoin (Emile), S-8.
Bauer, Ae-1.
Baumgartner, K-5.
Béal, I-12.
Beaufumé, E-9.
Beaujard, E-4.
Beauvy, X-I.
Bertier I-2.
Bloch (Louis), E-I.
Bloch (Maurice), D-1.
Bloch (Paul), A-5.
Blondin, J-8.
Boidin, G-1.
Boisseau, C-2.
Bonneau, F-1.
Bornait-Legueule, Ab-5.
Bosc, U-2.
Bouchet, H-7.
Bouchez, E-11.
Bouchot, E-1.
Bourguignon, J-2.
Braillon, M-2.
Bréchot, F-6.
Brelet, I-5.
Brésard, R-3.
Brissy, W-4.
Broc, L-2.
Cahen, F-3.
Caldaguès, C-9.
Calvé, R-4.
Camus (Maurice), S-8.
Cantonnet, A-8.
Carpette, R-4.
Cathala, E-12.
Cauchoix (sans destination).
Cerise (id.).
Chartier, A-2.
Chastenet de Géry, G-5.
Chevassu, W-2.
Chevé, W-2.
Chevrier, O-9.
Chiray, Ab-2.
Chirié, X-3.
Claeys, M-3.
Claret, D-8.
Claude, Aj-1.
Clément, F-5.
Cottard, A-7.
Cottu, I-6.
Courtellemont, Ab-1.
Cresson, I-10.
Crouzon, A-1.
Daniel, G-3.
Darré, P-2.
Da Silva Paranhos, I-6.
David, D-7.
Deglas, X-3.
Dehérain, J-9.
Delaunay (Paul), P-1.
Delaunay (Victor), Ab-3.
Delille, Al-3.
Denéchau, F-5.
Denis, A-8.
Descamps, O-8.
Deshayes, D-8.
Desmaret, N-2.
Detot, S-6.
Devraigne, D-9.
Dézarnauds, W-6.
Diel, E-10.
Digne, G-2.
Dobrovitch, A-9.
Dreyfus, F-5.
Dreyfus-Rose, Ab-1.
Duclaux, J-11.
Dupuy, J-0.
Duval, O-3.
Ertzbischoff, E-6.
Eschbach, D-5.
Faure-Beaulieu, R-2.
Ferry, O-7.
Flourens, C-6.
Foisy, H-5.
Fouquet, O-5.
Français (H.), C-5.
Francillon (M[lle]), S-3.
François (Ray.), I-10.
François-Dainville, O-7.
Froin, G-2.
Gaillard, Al-2.
Gardner, O-9
Garrigues, I-8.
Gasne, G-5.
Gauckler, C-4.
Gaudeau, L-1.
Gaudemet, O-10.
Gaultier, C-1.
Genévrier, F-4.
Gernez, C-7.
Girod, G-3.
Grenet, A-3.
Guénot, I-12.
Guillaume (Louis), J-11.
Halbron, K-3.
Hautant, Aa-1.
Hautaret.
Hébert, V-1.
Heitz, Aa-3.
Horteloup, Af-1.
Hulleu, U-2.
Israël de Jong, Al-4.
Jacquemin, I-9.
Jardry, D-3.
Jeannel, K-5.
Jomier, M-1.
Juy, H-5.
Klein, E-10.
Lacasse, Z-2.
Lacombe (de), J-12.
Laederich, Aa-3.
Lafosse, Ak-1.
Lafoy, F-7.
Landowski, W-5.
Lardennois, C-8.
Laurens, E-3.
Lavenant, E-11.
Lebar, E-7.
Lebret, O-2.
Lebreton, H-7.
Lecène, C-7.
Lecornu, H-4.
Leenhardt, S-7.
Le Gambier, T-2.
Le Jemtel, Al-1.
Le Lorier, J-10.
Le Louët, Al-1.
Lemaire, E-2.
Lemaître (Jules), K 4.
Lemaître (René), J-11.
Lemierre, N-1.
Le Play, Z-1.
Lequeux, S-1.
Léri, W-1.
Le Sourd (Etienne), P-3.
Lévy, F-2.
Lhermite, J-5.
Line, X-3.
Louste, I-3.
Lutaud, R-3.
Magitot, W-3.
Mahar, F-7.
Maillard, Ab 6.
Malloizel, D-2.
Mantoux, U-1.
Martel (de) de Janville, Y-2.
Martin, O-8.
Masson, D 4.
Mathieu, Al-1.
Mauban, J-4.
Maugeret (M[lle]), W-3.
Menet, L-3.
Mercadé, C 7.
Mettey, I-13.
Morel, L-3.
Morisetti, N-3.
Morlet, J-13.
Mougeot, T-3.
Mouroux (M[lle]), J-12.
Moutier, O-3.
Muret, Aa-3.
Nandrot, P-3.
Nau, Z-2.
Oelsnitz (d'), I-4.
Okinczye, T-3.
Paisseau, J-1.
Papin, K-5.
Pater, D-6.
Pathault, O-4.
Pécharmant, G-4.
Pelletier, Ag-1.
Périn, Ab-2.
Perreaux, P-3.
Petit, N-2.
Philibert, O-6.
Picot, I-8.
Picquet, R-3.
Pillet, A-9.
Piquand, G-5.
Poirier de Clisson, H-8.
Pouliot, K-2.
Poupardin, B-3.
Ramond, X-2.
Rathery, Ai-1.
Raymond, Al-1.
Regnard, H-2.
Renaud, S-7.
Renon, U-1.
Ribadeau-Dumas, T-1.
Ribot, D-7.
Ricou, G-4.
Rigollot-Simonnot, A-7.
Rivet, O-8.
Rollin, C-8.
Rostaine, O-1.
Rottenstein, T-3.
Rousseau, I-1.
Roussy, C-3.
Sabaréanu.
Saillant, E-8.
Salomon, K-1.
Sauvé, D-7.
Sébilleau, S-4.
Sénéchal, I-9.
Siégel, O-7.
Sourdille, A-7.
Tagnet, V-1.
Tanon, M-3.
Tassin, Y-1.
Tessier, S-5.
Thaon, Af-1.
Tillaye, J-10.
Tixier, A-7.
Touchard, Ab-1.
Trastour, E-5.
Trémolières, R-1.
Tridon, J-12.
Verliac, A-6.
Vielliard, O-2.
Villaret, F-6.
Vinsonneau, A-8.
Viteman, I-8.
Vitry, U-1.
Vivier, Aa-3.
Voisin, H 1.
Wagon, C-8.
Weill, O-1.
Wicart, I-11.

INTERNES PROVISOIRES

Ameuille, Ah-1.
Barthélemy, S-4.
Berthaux, G-6.
Blanluet, B-1.
Burgand (Victor), E-13.
Camus, B-2.
Chaix, G-7.
Chastagnol, W-2.
Cornélius, Ab-2.
Darcanne, W-3.
Deniker, W-4.
Desmoulins, A-2.
Fabre (Joseph), N-4.
Fayolle, Y-2.
Ferrand, W-5.
Gourmand, A-10.
Gy, L-4.
Kuss, I-7.
Labarrière, K-8.
Lemaire (Jules), T-4.
Lew, W-6.
Moquot, W-1.
Poisot, K-9.
Rœderer, Ae-1.
Roland, H-6.
Rouhier, I-14.
Sautelet, Y-1.
Vannier, J-14.

EXTERNES

Abramé, G-2.
Abrand, G-2.
Abt, Ab-2.
Aïtoff, C-2.
Albert, A-1.
Alliot, I-4.
Alexandre, R-3.
Alexandre (Paul), P-1.
Alexandresco, O-5.
Ageon, S-4.
Amblard, J-1.
Ancibure, R-4.
André (Jean), I-11.
Archontakis, D-3.
Arifeff, F-5.
Armanet, A-11.
Assicot, I-10.
Auchère (M[lle]), S-8.
Augé, X-2.
Auger, H-3.
Auguste, J 2.
Aumond, I-13.
Aumont (Léon), E-10.
Auroux, K-1.
Aynaud, J-1.
Baffet, A-5.
Bagilet, Aa-3.
Bailly, H-4.
Barbé, B-1.
Barbier (André), C-5.
Barbier (Pierre), Ac-2.
Baron, A. H-1.
Barthès, H-7.
Baudon, A-5.
Baudouin, M-1.
Bauduin, Al-1.
Bayard, E-14.
Bazalgette, J-11.
Bazin, C-10.
Beauchef, M-1.
Beaufils, N-2.
Bécus, C-1.
Bejean, F-5.
Belgodère, O-1.
Bénard, C-8.
Benazet, H-8.
Bené, X-2.
Benoist, T-3.
Benon, Ab-1.
Bergeaud, I-7.
Berger, F-1.
Bernheim R-1.
Berniolle, C-9.
Bertrand, J-9.
Bertrand, S-1.
Besnier (Henri), N-1.
Beuzart, J-11.
Bezançon, C-7.
Bichon, P-3.
Bigot, A-5.
Bilhaut, F-2.
Billaudet, C-9.
Binet (Léon), I-8.
Binet (Maurice), V-1.
Bion, G-3.
Birnberg (M[lle]), G-5.
Blain (André), E-9.
Blain (René), H-2.
Blais, F-6.
Blaizot, C-10.
Blanc, G-5.
Blanche, A-4.
Blatin, A-3.
Bleirad, D-10.
Boivin, G-2.
Bon (de), J-1.
Boncour, K-9.
Bonnefoy, O-2.
Bonniot de Ruisselet, E-13.
Bonnis, O-12.
Bonta, Al-1.
Bonteil (M[lle]), I-8.
Bonvoisin, J-9.
Bories, O-7.
Bort, J 6.
Bory, C-1.
Boucard, A-3.
Bouchaud, K-2.
Bouche, O-7.
Boucheseiche, Ah-1.
Boudet, C-3.
Boudin, Aa-2.
Boudol, O-5.
Boudreaux, E-1 2.
Bouet, J-5.
Bougarel, H-7.
Bougon, K-3.
Bouilly, A-1.
Boulakix, D-3.
Boulard (Frédéric), J-6.
Boulard (Louis), S 3.
Boulland, N-1.
Boulouneix, I-10.
Bour, I-9.
Bourdenne, L-3.
Bourdier, E-10.
Bourée, E-11.
Bourganet, T-1.
Bourgeois, M-1.
Bourgoix, R-4.
Bourilhet, I-8.
Bourlier, N-4.
Bourretère E-12.
Boutin (Georges), H-7.
Boutin (Gustave), O-1.
Bouygues, H-4.
Boyer, L-1.
Braillon, Y-2.
Braun, E-6.
Brenot, G-3.
Breteau, O-6.
Breton (Paul), F-7.
Bricout, A-7.
Brin, F-2.
Brion, I-2.
Briquet, Aa-3.
Brissaud (René), K-5.
Broca, I-5.
Bruel, D-1.
Bruel (André), P-2.
Brulé, G-2.
Brunel de Serbonnes (de), G-1.
Budin, Ab-7.
Buizard, I-9.
Bureau, G-2.
Burgaud, M-3.
Burin-Desroziers, F-7.
Burker, H-10.
Burnier, J-11.
Busquet, O-6.
Caillaud, A-8.
Cailliau, Al-3.
Calvet, A-1.
Camacho, I-9.
Cantonnet, J-1.
Cantonnet (Marcel), Aa-1.
Caraguel, I-14.
Caraven O-12.
Carcy, O-3.
Carnette, O-6.
Caron (Marcel), I-7.
Caron, D-5.
Castéran, D-2.
Castex, Ac-2.
Caubé, J-10.
Céard, A-11.
Cesbron, U-1.
Chaboussant, J-8.
Chabuet, J-4.
Chaigneau, G-7.
Challamel, T-2.
Chamard, H-5.
Chambay, I-11.
Champion, J-12.
Chandesris, C-5.
Chanoine-Davranches, A-7.
Chapelle, Ac-1.
Chapeyron, L-3.
Chapotin, Ac-2.
Chardin, I-9.
Chardon, J-10.
Charoppin, A-2.
Charpentier, T-2.
Charrier, G-5.
Chaudron, E 4.
Chaulet, H-1.
Chaumet, I-3.
Chauvais, D-6.
Chauveau, J-3.
Chauveau, E-9.
Chazal, E-5.
Chazarain, H-11.
Chené, Ab-1.
Chenet, I-2.
Chenier, T-1.
Chenot, O-8.
Cheurlot, A-9.
Chevallier, O-5.
Chibret, I-4.
Chouquet, K-4.
Christin, C-4.
Ciuciu, N-1.
Clermonthe, L-3.
Clunet, E-6.
Colibert, O-7.
Collignon, J-2.
Collin, N-1.
Colombel, O-5.
Coqueret, D-1.
Cordier (Henry), Af-1.
Cordier, J-7.
Corlieu, X-3.
Corpechot, Z-1.
Cotard (Lucien), J-12.
Cotonnec, I-10.
Cottard (Eugène), Ac-1.
Cottard (Henri), I-10.
Couasnon, J-2.
Coudert, M-3.

Riché, H-2.
Richou, M-1.
Rigaud, X-2.
Rigoulet, A-10.
Rimette, I-2.
Risacher, R-4.
Robert, I-9.
Roblès, Ab-3.
Roblin, K 8.
Roche (Philippe), J-13.
Roger-Ballu, G-3.
Rol (Mme), E-10.
Rolet, J-9.
Roncé, J-7.
Roubaud, O-4.
Rouchy, Al-2
Roudinesco, H-7.
Roulland, G-8.
Rousseau-Langewelt, H-7.
Roussel (Mlle), Af-1.
Roussel, H-8.
Roussel (Mlle), Af-1.
Rousselier, C-2.
Rousselot, A-3.
Roux, E-1.
Roux, (Gabriel), O-2.
Roy, O-9.
Roy, I-10.
Royet, E-1.
Rucker, D-5.
Rullier, K-4.
Sahut, C-5.
Saiget, C-3.
Saillant, T-2.
Saissi, V-1.
Salmon, Ab-1.
Salomon, O-6.
Sanson, X-1.
Savouré, I-4.
Schacher, A-3.
Schaefer (Ch.), T-2.
Schaeffer (H.), A-5.
Sécheret, M-1.
Séjournet, C-7.
Semper, O-3.
Senéchal, H-11.
Serin, E-11.
Seris, S-5.
Seulecq, U-1.
Sibille, D-9.
Signoret, L-5.
Sigre, D-9.
Siguret, E-8.
Silbert, G 4.
Simon, P-1.
Simonin, J-14.
Singer, D-2.
Sircoulon, K-9.
Sloog, I-6.
Sotiropoulo, J-8.
Soubies, A-1.
Soullard, X-1.
Sourdat, F-2.
Stepowski, C-7.
Stettiner, Ab-4.
Stévenin, O-1.
Storn, D-7.
Strœhlin, S-6.
Tagrine, H-10.
Tastevin, L-3.
Taufesco (Mlle), I-12.
Teisseire, V-2.
Testart, Aa-3.
Texier (J.), U-2.
Thévenin, J-1
Thibonneau, A-10.
Thiébault, Ab-3.
Thorel, P-1.
Thuilleux, K-4.
Tinel, K-1.
Tissot, Y-1.
Tixier, L-5.
Torchaussé, I-11.
Tournay, C. 2.
Toutain, O-2.
Traunoy, B-2.
Trapenard, S-1.
Trèves, H-7.
Triller, Aa-3.
Triquenaux, N-5.
Trocmé, G-4.
Troisier, K-1.
Trolard, J-10.
Troublanc, J-1.
Trouvé, R-1.
Truelle, X-2.
Uhry, K-10.
Vaillant (René), O-8.
Vallet (Pierre), H-5.
Vaury, M-4.
Vautier, J-1.
Verdier, S-2.
Verdoux, A-7.
Vermorel, H-5.
Véry, O-10.
Vézard, H-5.
Vidal, X-3.
Vidal (Denis), S-5.
Vigneron d'Heucqueville, S-2.
Villandre, Ah-1.
Villebrun, D-6.
Vincent, L-3.
Vincent (Jules), I-1.
Vincent (René), -10.
Vitet, S-1.
Vivien, S-1.
Voimant, J-4.
Voirin, S-5.
Vouters, C-3.
Vrain, I-10.
Wapler, Aa-2.
Watel, O-9.
Wickersheimer, K-2.
Willette, H-5.
Wulfring, I-2.
Yuzbachian, K-7.
Zacharopoulos, K-6.

AVIS. — Un grand nombre de places d'externes étant encore inoccupées par suite de l'insuffisance des externes disponibles, l'Administration pourvoira incessamment à leur remplacement en faisant appel aux stagiaires de la Faculté de médecine.

REVUE DE LA PRESSE

La fièvre jaune. (*Le Caducée*, 11 avril 1903.) — MM. Vincent, médecin-inspecteur, et Salamona Zpris, médecin-major des troupes coloniales, viennent de publier un article intéressant sur la fièvre jaune, son étiologie et sa prophylaxie.

Depuis 1900, les nations civilisées, qui ont des colonies dans les zones amarilles, ont constitué des commissions chargées d'y étudier cette maladie qui fait des ravages considérables. La commission américaine, en particulier, composée de MM. Reed, Caroll et Agramonta, a obtenu des résultats très remarquables; leurs expériences renversent toutes les hypothèses anciennes et jettent un jour nouveau sur l'étiologie, la prophylaxie et peut-être aussi le traitement du « vomito negro ». Reprenant les idées du docteur Carlos Finlay, nos confrères américains ont démontré, en opérant sur des sujets volontaires, que le germe ictéride se transmet, comme la filaire de l'hématozoaire du paludisme, par un moustique le « culex fasciatus ». Cet insecte, après avoir sucé le sang du malade, reste incapable pendant douze jours de transmettre la maladie, il semblerait en résulter que l'agent pathogène subit une phase de son évolution dans le corps de ces diptères. Toutes les conditions étiologiques connues s'accordent avec cette origine par les moustiques, le siège, l'époque et l'étendue des épidémies coïncidant toujours avec l'abondance de ces moustiques.

La commission américaine a essayé ensuite les effets des inoculations du sang amaril à des sujets sains et non immunisés par une atteinte antérieure. Il résulte de ces expériences que l'agent infectieux existe bien dans le sang, mais qu'il disparaît au bout de trois jours après le début de l'affection.

On a cru jusqu'ici que la contagion pouvait s'exercer par les vêtements, les linges, les bagages des malades atteints de fièvre jaune. Les expériences entreprises à ce sujet par les Américains semblent démontrer qu'il n'en est rien et que la désinfection de tous ces objets est inutile. Pour eux, la fièvre jaune est une infection dangereuse *fermée* au même titre que le paludisme. Les digestions, les vomissements seraient également sans danger.

Si ces conclusions sont confirmées, elles sont appelées à transformer complètement les mesures prophylactiques actuellement en usage contre la fièvre jaune et à les rendre à la fois moins vexatoires pour les voyageurs et moins onéreuses pour le commerce maritime.

Dans une nouvelle série d'expériences, MM. Read et Caroll ont démontré, en s'inspirant des travaux de Roux et de Nocard sur la péripneumonie, que pour la fièvre jaune comme pour cette maladie le germe amaril appartient à la catégorie des microbes dits *invisibles*; ils ont démontré, en outre, que ce microbe ne donne pas de spores et ne peut avoir les forces de résistance, conclusion qui ruine à tout jamais la théorie de la reviviscence des germes, si souvent invoquée pour expliquer le retour d'épidémies dans les mêmes lieux. D'après ces conclusions, il ne reste plus que deux conditions nécessaires et suffisantes pour l'éclosion de la fièvre jaune : l'importation d'un cas de maladie et la présence de moustiques réceptifs.

Il résulte de toutes ces recherches, au point de vue prophylactique, la nécessité de protéger les malades contre les piqûres des stegomyia, moustiques agents de transport du virus de la fièvre jaune, et la nécessité de détruire ces insectes. La méthode nouvelle basée sur ces données aurait déjà fait ses preuves à Cuba. La voie est donc maintenant tracée ; à nous d'y marcher.

La première de toutes les précautions doit être l'isolement absolu, dans des locaux appropriés, du premier malade atteint de fièvre jaune, puis l'évacuation et la désinfection des locaux où a éclaté ce premier cas, enfin la destruction aussi complète que possible du stegomyia.

On comprendra tout l'intérêt de ces recherches et de ces données et nous ne pouvons que louer MM. Vincent et Salanoma Spris dans leurs suggestives conclusions qui précisent et simplifient tout à la fois les mesures prophylactiques à prendre contre la fièvre jaune. A. Brochin.

Précis d'exploration clinique du cœur et des vaisseaux, par les nouvelles méthodes : cardiographie, sphygmomanométrie, sphygmotonométrie, sphygmographie, pléthysmographie et radiologie, par le docteur Georges Brouardel, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 176 p. avec 35 fig. — Prix : cartonné, 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le cloisonnement vésical et la division des urines. Applications au diagnostic des lésions rénales, par le docteur Cathelin, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 96 p. avec 23 fig. — Prix : cartonné, 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

De la rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts (1).

Par MM. Maurice PATEL, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine,
et Charles VIANNAY, prosecteur à la Faculté de Lyon.

V

Pathogénie. — On vient de lire, dans le précédent paragraphe, l'énumération d'une série d'affections assez disparates, relevant de causes variées, mais qui, cependant, présentent ce lien commun d'aboutir, par des voies différentes, à la rétraction des muscles fléchisseurs des doigts.

Nous devons maintenant nous demander quel mécanisme préside, dans ces divers ordres de faits, à la production de la rétraction musculaire.

Disons tout d'abord qu'une même pathogénie ne saurait convenir à tous ces cas, et qu'il faut, de toute nécesités, établir des catégories.

A. RÉTRACTIONS D'ORIGINE NERVEUSE CENTRALE. — Dans ce premier groupe, viennent se ranger les rétractions des hémiplégiques, des enfants atteints de maladie de Little, etc. Nous avons déjà dit que ces faits ne nous intéressaient qu'indirectement. D'ailleurs la pathogénie de la rétraction musculaire, dans ces cas, est aujourd'hui bien connue. Il nous semble donc inutile d'insister.

B. RÉTRACTIONS D'ORIGINE NERVEUSE PÉRIPHÉRIQUE. — Ce second groupe comprend les cas rares dans lesquels, à la suite d'une paralysie d'un nerf du membre supérieur (radial ou cubital), les muscles fléchisseurs des doigts privés de l'action antagoniste des muscles extenseurs des doigts (extenseurs des premières phalanges de Duchenne) ou des interosseux et des lombricaux (extenseurs des dernières phalanges de Duchenne), entrent en contraction permanente et sont secondairement envahis par la cirrhose musculaire, qui rend définitive leur attitude vicieuse.

Mais il est un troisième groupe contenant les faits les plus nombreux, dans lesquels la rétraction est d'origine primitivement musculaire.

C. RÉTRACTIONS D'ORIGINE MUSCULAIRE. — Dans ce groupe, il nous faut encore établir des catégories. Nous distinguerons : des rétractions musculaires d'origine cicatricielle et des rétractions de nature un peu spéciale auxquelles Volkmann a donné le nom de paralysies ischémiques.

1. *Rétractions musculaires d'origine cicatricielle.* — A cet ordre de faits, se rattachent les plaies, les déchirures, les brûlures des muscles fléchisseurs, les suppurations musculaires primitives ou secondaires à des suppurations de voisinage (du squelette ou des parties molles), enfin les lésions spécifiques telles que la syphilis ou la tuberculose.

Toutes ces lésions peuvent laisser dans les muscles fléchisseurs un foyer de sclérose, un îlot de *tissu cicatriciel*. Cette cicatrice musculaire étant rétractile, au même titre que les cicatrices cutanées, le corps musculaire des fléchisseurs subit peu à peu la rétraction cicatricielle dont les effets se font sentir sur son extrémité inférieure mobile, attenante aux tendons. Et ainsi les doigts sont peu à peu attirés en flexion dans la paume de la main.

2. *Paralysie musculaire ischémique de Volkmann.* — La variété de rétraction des fléchisseurs ainsi dénommée par Volkmann relèverait d'une pathogénie assez spéciale. La paralysie ischémique peut apparaître toutes les fois qu'un membre se trouve soumis à une cause de ralentissement ou d'arrêt de la circulation artérielle : bande d'Esmarch, lésions des gros vaisseaux, exposition à un froid excessif.

Alors les fibres musculaires, brusquement privées d'oxygène, sont frappées de mort. La substance contractile se coagule, se dissout et finalement disparaît : le muscle es envahi par une sorte de *rigidité cadavérique*.

Ces lésions se traduisent en clinique par l'apparition *simultanée* de la paralysie et de la contracture dans les membres lésés, ce qui distingue la paralysie ischémique des paralysies d'origine nerveuse, dans lesquelles la contracture est un phénomène tardif et qui s'installe graduellement.

Il nous semble cependant difficile, dans les cas visés par

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp t.*, 1903, n° 55, p. 541.

Volkmann, de ne faire jouer aucun rôle aux lésions nerveuses, dans la pathogénie de la rétraction musculaire.

En effet, dans certains cas on a noté, soit un peu d'anesthésie dans le territoire de l'un ou l'autre des nerfs du bras, soit même la réaction de dégénérescence dans les muscles fléchisseurs. D'ailleurs, il est rationnel d'admettre que les nerfs aussi bien que les muscles souffrent de l'ischémie générale du membre. Il y a vraisemblablement, dans cette compression et cette ischémie des troncs nerveux, une source de troubles trophiques qui ne sont, sans doute, pas étrangers à la production des lésions musculaires.

VI

Anatomie pathologique. — On possède quelques données, assez incomplètes du reste, sur l'état des corps musculaires dans les rétractions des fléchisseurs.

A. Lésions macroscopiques. — Parfois ces lésions sont nulles, ou du moins inappréciables à l'œil nu. Dans le cas de M. Jaboulay, les muscles fléchisseurs étaient un peu atrophiés, mais offraient leur consistance et leur coloration normale. Dans certains cas, on peut rencontrer dans la masse charnue des fléchisseurs un nodule cicatriciel plus ou moins volumineux; d'autres fois, le corps musculaire dans son entier est frappé de sclérose. M. Vallas fit, chez son malade, les constatations suivantes : « Je rouvris l'ancienne incision et, faisant tirer sur les doigts, je vis un tiraillement se produire dans les muscles adhérents au cubitus. Je libérai cet os à la rugine et, quand il fut dépériosté, la masse cicatricielle devint mobile et, cessant de fixer les tendons au cubitus, leur rendait tous mouvements. La gangue qui les soudait était bien entraînée par eux, et on avait la sensation qu'il s'agissait non d'une brièveté, mais d'une fixation de ces tendons. »

B. Lésions microscopiques. — Quelques examens histologiques ont été faits par Volkmann, Kraske (1), Leser. Kraske a montré qu'il existait une analogie frappante entre les lésions musculaires produites par l'ischémie et celles déterminées par l'exposition des muscles à un froid excessif. Il a examiné des muscles d'animaux dans lesquels on avait créé une ischémie expérimentale et des muscles prélevés sur des membres amputés pour gelure. Dans les deux cas on observe une nécrobiose partielle de la substance contractile, à laquelle vient s'ajouter un état inflammatoire du muscle, surtout accusé au niveau du perimysium interne. En outre, des processus de régénération apparaissent dans les fibres musculaires survivantes. Mais cette régénération est d'autant plus entravée que l'inflammation a été plus prononcée.

VI

Diagnostic. — Ce diagnostic sera facile si l'on a bien présente à l'esprit la *triade symptomatique* qui caractérise la rétraction des muscles fléchisseurs des doigts, à savoir : 1° flexion permanente des doigts dans la paume de la main; 2° extension même provoquée, absolument impossible, tant que la main n'est pas fléchie sur l'avant-bras; 3° extension facile et complète, dès que l'on donne à la main cette attitude de flexion sur l'avant-bras.

La constatation de ces signes objectifs, chez un malade ayant subi antérieurement un traumatisme ou une suppuration de l'avant-bras, devra faire porter le diagnostic de rétraction des fléchisseurs.

La flexion permanente des doigts dans la paume peut se rencontrer cependant dans un certain nombre d'autres affections avec lesquelles on ne doit pas confondre la rétraction des fléchisseurs, et que nous allons passer en revue.

A. Griffes paralytiques. — L'analogie est grossière entre la flexion permanente et définitive des doigts due à la rétraction des fléchisseurs et les attitudes similaires que peuvent prendre ces mêmes doigts ou quelques-uns d'entre eux, dans les paralysies des différents nerfs du membre supérieur : radial, médian, cubital.

Sans parler des signes spéciaux à chacune de ces paralysies, on aura vite fait de s'assurer que, dans ces cas, les doigts sont fléchis à cause de l'impotence des extenseurs, des interosseux ou des lombricaux et non de la rétraction des fléchisseurs. Rien, en effet, n'est plus aisé à l'explorateur que de placer ces doigts fléchis dans la rectitude, quelle que soit l'attitude de la main.

B. Cicatrices cutanées. — Dans le cas de cicatrices cutanées rétractiles, maintenant les doigts en flexion, l'examen le plus superficiel aura vite fait de rattacher la déformation à sa véritable cause. Il nous paraît inutile d'insister.

C. Rétraction de l'aponévrose palmaire. — Dans la maladie de Dupuytren, la déformation n'est point la même que dans la rétraction des fléchisseurs. En effet, la flexion porte principalement sur la première phalange et non sur les deux dernières.

De plus l'examen montre, dans la paume de la main, l'existence de cordes fibreuses saillantes, correspondant aux doigts rétractés et il est manifeste que l'obstacle à l'extension siège là, et non point dans les muscles fléchisseurs.

D. Ankylose des doigts. — L'ankylose en flexion des articulations interphalangiennes peut donner une déformation analogue à celle de la rétraction des fléchisseurs. Mais l'examen objectif permettra de reconnaître le siège nettement articulaire de la lésion, et la déformation persistera, quelle que soit l'attitude que l'on donne à la main.

E. Rétractions tendineuses. — Ce diagnostic demandera souvent plus d'attention que les précédents. En effet, il y a une assez grande analogie entre la rétraction des muscles fléchisseurs et la flexion des doigts consécutive aux adhérences vagino-tendineuses de la synovite plastique.

Mais dans ces cas, l'obstacle à l'extension est d'origine *tendineuse* et non musculaire. Les doigts sont maintenus en flexion par l'adhérence de leurs tendons fléchisseurs à leur gaine et leur extension n'est point facilitée comme dans le cas de rétraction musculaire, par la flexion de la main sur l'avant-bras. Si l'on cherche à étendre les doigts de force, on détermine une série de craquements, extrêmement douloureux pour le malade, dus aux ruptures partielles des adhérences; et chacune de ces ruptures libère un peu le doigt fléchi et lui permet de s'étendre davantage. Dans le cas de rétraction musculaire au contraire, les manœuvres d'extension provoquée des doigts ne sont pas douloureuses, à moins que l'on ne déploie une force excessive, elles ne déterminent aucun craquement, mais donnent la sensation d'un obstacle mécanique qui oppose au mouvement d'extension une résistance invincible.

(1) Kraske. *Centralbl. für Chir.*, 1879, vol. VI, p. 193.

F. CONTRACTURES. — La contracture des muscles fléchisseurs des doigts présente, avec la rétraction de ces mêmes muscles, la plus grande analogie. Ainsi, chez un hémiplégique atteint de dégénérescence de son faisceau pyramidal, lorsque les contractures prédominent dans les muscles fléchisseurs, ce qui est la règle, on observe tout comme dans la rétraction : la flexion permanente des doigts dans la paume, l'exagération de cette flexion, lorsqu'on place la main en hyperextension sur l'avant-bras, l'extension plus ou moins complète des doigts, lorsqu'on fléchit la main sur l'avant-bras.

Mais un signe capital permettra de distinguer la rétraction permanente des fléchisseurs des contractures qui pourraient atteindre ces muscles : c'est que *sous l'influence de l'anesthésie générale* (ou encore de l'application de la bande d'Esmarch), *la contracture disparaît* ou diminue très notablement, tandis que la rétraction n'est en aucune façon modifiée. A ce signe différentiel viennent encore s'en ajouter d'autres. La contracture varie d'intensité d'un moment à l'autre ; jamais la rétraction. Dans la contracture, la résistance est élastique ; elle est fibreuse dans la rétraction. En outre, la contracture s'accompagne de phénomènes spasmodiques : exagération des réflexes, trépidation épileptoïde, tandis que, dans la rétraction, les réflexes sont normaux, diminués ou abolis.

G. Des troubles fonctionnels analogues à ceux de la rétraction des fléchisseurs pourraient être réalisés encore par le *soulèvement des tendons fléchisseurs* au niveau du poignet, soit par une tumeur ayant son point de départ dans le plan osseux sous-jacent, soit par le carpe, luxé en avant.

Dans ce cas les tendons fléchisseurs soulevés, comme les cordes d'un violon par le chevalet de cet instrument, pourraient attirer les doigts dans la flexion. Mais il serait facile, alors, de rattacher cette attitude vicieuse à sa véritable cause et de reconnaître l'intégrité complète des muscles fléchisseurs.

VIII

Pronostic. — Le pronostic de la rétraction isolée des fléchisseurs des doigts est assez mauvais au point de vue fonctionnel. En effet, cette affection est due à une lésion musculaire durable et indélébile ; les muscles lésés présentent parfois, comme nous l'avons vu plus haut, la réaction de dégénérescence. On ne peut compter sur une amélioration spontanée.

Cependant, le traitement chirurgical a, dans ces dernières années, amélioré beaucoup ce pronostic et a donné, dans un certain nombre de cas, des guérisons complètes et durables.

IX

Traitement. — Il devra être *préventif* d'abord, *curatif* ensuite.

A. TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Ce traitement doit s'inspirer des conditions étiologiques longuement étudiées plus haut, qui président à la production de la rétraction des fléchisseurs.

Dans les inflammations de l'avant-bras, on surveillera de près la position des doigts et, s'ils ont des tendances à se fléchir dans la paume, on luttera contre cette attitude vicieuse, au moyen de palettes de bois, d'attelles métalliques ou plâtrées.

Dans les fractures, la rétraction ne doit pas se produire si l'appareil a été correctement appliqué. Un bandage plâtré ne doit pas gêner les mouvements de flexion et d'extension des doigts. Si l'on s'apercevait que les doigts ont une tendance à se placer en flexion permanente dans la paume, il ne faudrait pas hésiter à enlever le plâtre, à masser et électriser les muscles, puis à appliquer une autre attelle, s'étendant jusqu'à la pulpe des doigts placés en extension.

B. TRAITEMENT CURATIF. — Nous le divisons en : traitement *sanglant* et traitement *non sanglant*.

1. *Traitement non sanglant*. — Il consiste à redresser les doigts fléchis, soit lentement par des manœuvres de douceur, soit brusquement par des manœuvres de force.

a. *Redressement lent* : *méthode de Claude Martin*. — Pour redresser les doigts placés en flexion par la rétraction des muscles fléchisseurs, il s'agit en somme de vaincre la résistance d'une *cicatrice musculaire*. Or on connaît les beaux résultats donnés dans le traitement des cicatrices vicieuses, par la méthode de Claude Martin (de Lyon), qui consiste à exercer sur le tissu cicatriciel *des pressions ou des tractions lentes et continues* (1).

Nous sommes convaincu que, dans la rétraction des fléchisseurs, un appareil de Martin, qui attirerait *doucement* mais *constamment* les doigts dans le sens de l'extension, donnerait d'excellents résultats. La guérison demanderait seulement, de la part du malade, un peu de patience et de docilité.

Toutefois, on obtiendra des résultats plus rapides par la méthode suivante.

b. *Redressement brusque*. — Kœnig dit avoir obtenu un certain nombre de bons résultats, en opérant, en plusieurs séances, l'extension forcée des doigts recourbés en forme de griffes, le malade étant chloroformé, et en maintenant la nouvelle position au moyen d'un appareil fort simple, consistant en une attelle palmaire bien rembourrée au niveau de la main et des doigts.

On pourrait même, il nous semble, faire le redressement sous anesthésie, *en une seule séance*, en opérant, dans les muscles rétractés, un véritable arrachement partiel. On placerait ensuite les doigts en extension, pendant tout le temps nécessaire à la réparation de ce traumatisme chirurgical et l'on surveillerait la formation et l'évolution de la cicatrice musculaire.

2. *Traitement sanglant*. — Les opérations dont est justiciable la rétraction des fléchisseurs, se divisent en deux groupes. Les unes ont pour but d'agir directement sur la lésion musculaire, les autres, qu'on peut qualifier d'opérations indirectes, tournent en quelque sorte la difficulté, nous dirons tout à l'heure comment.

a. *Interventions directes*. — Toutes ces interventions ont un premier temps commun qui consiste à faire une incision dans la moitié supérieure de l'avant-bras, pour mettre au jour le corps des muscles rétractés.

On se comporte ensuite différemment suivant la lésion en présence de laquelle on se trouve. Si l'on rencontre un nodule cicatriciel, on pourra soit l'inciser, soit l'exciser jusqu'à libération complète des doigts fléchis. Si le tissu cicatriciel limite l'incursion d'un corps musculaire et de son

(1) Voir à ce sujet Claude MARTIN. Des moyens de corriger les déformations dues aux cicatrices vicieuses, par les appareils lourds ou à pression continue. Congrès de chirurgie, Paris 1900. — Francisque MARTIN. Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses (procédés de Cl. Martin), Th. de Lyon 1900-1901, 2e série, t. XIII. — Charles VIANNAY. Des cicatrices vicieuses, *Gaz. des hôpil.*, 1902, p. 233, 269.

tendon, en le soudant à l'os, on pourra, comme l'a fait M. Vallas, détruire simplement au moyen de la rugine cette adhérence osseuse. Si cette adhérence se reproduisait, on interposerait entre l'os et le muscle, soit une plaquette de plomb, comme M. Vallas se proposait de le faire à son malade en cas de récidive, soit encore, suivant l'idée de M. le professeur Fochier (Société de chirurgie de Lyon, loc. cit.), une greffe de tissu adipeux.

En tous cas, quelles que soient les manœuvres auxquelles on se serait livré sur le muscle, il faut s'attendre à voir se reproduire la rétraction si l'on ne fait rien pour l'enrayer.

Aussi, aprés toute opération de ce genre, il est de rigueur de maintenir, jusqu'à cicatrisation complète, les doigts dans une extension absolue, au moyen d'une attelle plâtrée de préférence. Si, après la suppression de cette attelle, la flexion des doigts avait quelque tendance à se reproduire, les appareils de Martin trouveraient encore ici leur indication.

b. *Interventions indirectes.* — Lorsque les opérations directes ont échoué, il faut tourner la difficulté. Les troubles fonctionnels qui accompagnent la rétraction des fléchisseurs résultent, ainsi que nous l'avons dit, de l'*inégalité de longueur entre l'ensemble formé par les muscles fléchisseurs et leurs tendons et les leviers osseux que cet ensemble est chargé de faire mouvoir.*

Pour rétablir l'harmonie on peut : ou bien *allonger les tendons*, ou bien *raccourcir le squelette.*

1° *Interventions sur les tendons.* — α. *Section pure et simple.* — La section des tendons fléchisseurs mise autrefois en honneur par Guérin, doit être absolument rejetée. En effet, elle est suivie habituellement de l'impotence complète des doigts correspondants; à des doigts fléchis, mais capables de rendre encore quelques services, elle substitue des doigts étendus, mais absolument inertes.

C'est là une opération indéfendable aujourd'hui, en dépit de certains faits rapportés dans la discussion de l'Académie de médecine, à laquelle nous faisions allusion plus haut, et qui tendent à prouver que la section des tendons fléchisseurs n'est pas fatalement suivie de l'impotence totale des muscles correspondants. En effet, on ne peut pas compter sur la réunion des tendons sectionnés; d'ailleurs, même dans les cas où, entre les deux bouts, la gaine synoviale arrivera à édifier une corde fibreuse capable de rétablir, dans une certaine mesure, la continuité du tendon, cette cicatrice tendineuse sera toujours adhérente à la gaine, ce qui nuira plus ou moins au bon fonctionnement du tendon.

Aussi, avons-nous peine à comprendre que, récemment encore, Davies-Colley (1) et Edmund Owen (2) aient cherché à remédier à la rétraction des fléchisseurs par la ténotomie. Le premier de ces deux auteurs pratiqua, dans son cas, la section des tendons fléchisseurs au-dessus du poignet. Comme il fallait s'y attendre, les doigts purent alors s'allonger, mais l'enfant perdit tous ses mouvements de flexion, comme autrefois Dubowizky opéré par G. Guérin.

β. *Allongement des tendons.* — Une opération beaucoup plus rationnelle et recommandable, est l'*allongement par dédoublement longitudinal* des tendons des muscles rétractés.

Elle a été pratiquée pour la première fois par Anderson (3) en Angleterre et un an plus tard par Keen (4) en Amérique, chez une jeune femme de vingt-cinq ans atteinte

(1) *Guy's hospital Gazette*, octobre 1898.
(2) *The Lancet*, 1898, p. 722, t. I.
(3) Anderson. *Fingers and toes*, p. 58.
(4) Keen. *Trans. of the College of Physicians of Philad.*, 1891.

de contracture post-hémiplégique des muscles fléchisseurs des doigts. Elle fut ensuite répétée par Colgan, Wilson (cités par Page); Littlewood (1), Herbert W. Page (2) et après eux Harold L. Barnard (3), l'appliquèrent au traitement de la paralysie ischémique de Volkmann.

La technique de cette opération est simple. Ainsi que l'indique nettement la figure 2, elle consiste à pratiquer une section en Z très allongé des tendons fléchisseurs, à faire glisser les deux bouts l'un sur l'autre et à pratiquer une suture pour reconstituer le tendon ainsi allongé.

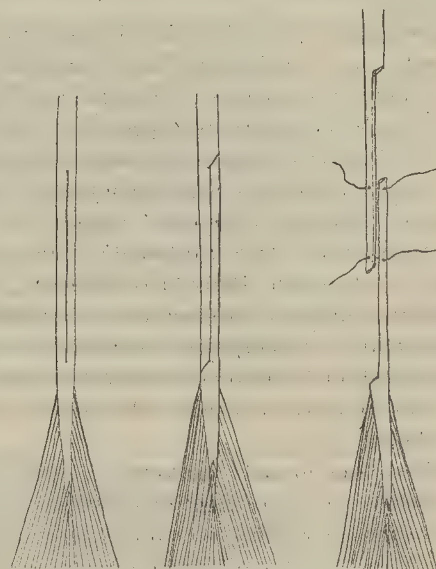


Fig. 2. — *Imitée de Littlewood.*

Littlewood a exécuté trois fois cette opération, Page une fois, Barnard deux fois. Chez ses trois opérés, Littlewood a obtenu un résultat très satisfaisant. Le résultat demeurait bon chez les deux premiers, un an après l'opération; l'un d'eux, cependant, n'avait pas beaucoup de force dans les mouvements de flexion des doigts.

Chez le malade de Page, les mouvements furent longs à revenir; les muscles lésés présentaient la réaction de dégénérescence, qui s'atténua peu à peu à mesure que s'amélioraient les fonctions de la main opérée. Il sembla que, dans ce cas, l'opération, en plaçant les tendons allongés dans des conditions de meilleur fonctionnement, ait exercé une heureuse influence sur les lésions musculaires, dont elle favorisa la régression.

2° *Interventions sur le squelette.* — Dans un cas de rétraction des fléchisseurs consécutive à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, Raymond Johnson (4) pratiqua la résection d'une portion des deux os de l'avant-bras, en leur milieu. Le résultat laissa beaucoup à désirer, car la consolidation se fit mal et le malade garda une pseudarthrose.

Cet exemple n'est point à imiter. Il nous semble que l'opération de choix, dans la rétraction des fléchisseurs après échec des manœuvres de redressement et d'une intervention directe sur les muscles malades, doit être l'*allongement des tendons.*

(1) Littlewood. Loc. cit.
(2) Herbert W. Page. Volkmann's ischœmic paralysis; its treatment by tendon lengthening, *The Lancet*, 1900, t. I, p. 83.
(3) Harold L. Barnard. Loc. cit.
(4) *The Lancet*, 12 mars 1898, t. I, p. 722.

On ne songerait à l'amputation des doigts, moyen extrême dont Volkmann cependant envisageait la possibilité, qu'après l'insuccès de tous les traitements énumérés plus haut, et seulement si ces doigts devenaient pour le malade une cause importante de gêne ou de souffrance.

Enfin, dans tous les cas de rétraction des fléchisseurs, le massage, l'électrisation des muscles malades, les bains tièdes prolongés seront un complément souvent très utile, aussi bien du traitement sanglant que du traitement non sanglant.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(12 mai 1903)

A propos du rapport de M. Chauffard sur le **tétanos consécutif aux injections de sérum gélatineux**, M. Dieulafoy, en orateur qui sait se faire entendre et écouter même dans des salles dont l'acoustique est défectueuse, a pris la parole et ajouté 5 nouveaux cas de tétanos mortel aux 18 cas relevés par M. Chauffard. Voici d'abord le cas qu'il a observé dans son propre service à l'Hôtel-Dieu. Le 23 mars son chef de clinique, M. Gouraud, lui annonce qu'une tuberculeuse dans le service depuis trois semaines, vient d'être prise brusquement, dans la nuit, de trismus, de douleurs, en un mot de tétanos. Qnelle était l'origine de ce tétanos? Cette malade avait eu des hémoptysies répétées et abondantes que les moyens habituellement employés n'étaient pas parvenus à arrêter. On fit alors, avec toutes les précautions antiseptiques désirables, une injection sous-cutanée de sérum gélatiné dans le haut de la cuisse. M. Dieulafoy examine cette malade; il constate tout d'abord tous les signes classiques d'un tétanos confirmé, il n'y avait aucune lésion appréciable au niveau de la piqûre. On institue aussitôt le traitement : injection sous-cutanée de sérum antitétanique, chloral à hautes doses, ce qui n'empêche pas cette malheureuse femme de succomber vingt-deux heures après le début des accidents.

A l'autopsie, on trouve un petit abcès dans l'hypoderme, au niveau du point de l'injection de sérum gélatineux. M. Griffon, chef de laboratoire de la clinique, se livre à une série d'expériences sur le pus que contenait cet abcès; il constate que ce pus était virulent et il y trouve l'agent pathogène du tétanos. Les cobayes injectés meurent du tétanos vingt-deux heures après l'injection. Il n'y avait donc aucun doute : c'était l'injection de sérum gélatineux qui avait été la cause du tétanos. Cette gélatine homicide est celle qui est fournie par les hôpitaux.

M. Chauffard a pu, dans son rapport, réunir 18 observations de tétanos consécutif aux injections de sérum gélatiné, en moins de deux ans. M. Dieulafoy, de son côté, avec celle qu'il vient de rapporter, en a pu recueillir 4 autres, ce qui porte à 23 le chiffre connu des cas de mort par tétanos à la suite des injections de sérum gélatineux. C'est un chiffre.

M. Dieulafoy demande donc que la commission de l'Académie exige des mesures propres à éviter l'emploi de ce sérum homicide ou tout au moins à le rendre non dangereux. Il propose de suivre l'exemple donné par des fabricants étrangers, et de porter un soin minutieux dans le choix des animaux destinés à fournir la gélatine, dans la fabrication de celle-ci à l'autoclave, dans sa stérilisation pendant de longs jours consécutifs à une température de 120 degrés, et, enfin, dans l'expérimentation de l'innocuité du sérum pendant une vingtaine de jours au moins.

M. Hayem rappelle, à ce propos, qu'il emploie depuis longtemps, pour combattre les hémorragies, les injections salines intraveineuses. Il en a toujours tiré d'excellents résultats et n'a jamais constaté le moindre inconvénient.

M. Roux fait observer que le choix d'animaux sains, proposé par M. Dieulafoy, ne suffirait pas, attendu que, dans ces cas, le tétanos ne provient pas de ce que les animaux l'aient eu, mais bien de poussières tétanigènes s'étant déposées sur la gélatine au cours de sa préparation.

M. Villemin fait une lecture dont nous n'avons pas entendu un mot.

M. Vaillard, en son nom et au nom de M. Dopter, lit un travail sur l'étiologie de la **dysenterie épidémique**. En 1888, MM. Chantemesse et Widal ont découvert chez les dysentériques un bacille spécial qu'ils avaient considéré comme l'agent pathogène de cette maladie. Dix ans plus tard, Shiga, dans une épidémie dysentérique au Japon, retrouva le même bacille. Son travail donna naissance à beaucoup de recherches parce que Shiga avait signalé un caractère important et très spécial de ce microbe, sa faculté de subir l'agglutination dès qu'on le plaçait au contact du sérum sanguin de malades atteints de dysenterie.

MM. Vaillard et Dopter ont étudié une épidémie de dysenterie qui a sévi sur de nombreux soldats, à Vincennes, pendant l'année 1902. Ils ont retrouvé le même bacille signalé par Chantemesse, Widal, Shiga et, depuis ces dernières années, par de nombreux cliniciens américains et allemands. Avec des cultures pures de ce microbe inoculées à des lapins, à de jeunes chiens et à de jeunes porcs, les médecins militaires français ont pu reproduire une maladie en tout semblable par ses symptômes et par son anatomie pathologique à la dysenterie humaine spontanée.

Un fait curieux ressort de leurs expériences c'est que le microbe inoculé *sous la peau* va se fixer en totalité sur la muqueuse du gros intestin et un peu dans les ganglions mésentériques.

Non seulement le bacille, inoculé vivant, sous la peau, va se confiner dans l'intestin, mais le bacille mort, ou la toxine retirée du corps des bacilles introduits dans le tissu cellulaire sous-cutané provoquent bientôt des lésions du gros intestin et du rectum absolument semblables à celle de la dysenterie humaine.

C'est là une preuve décisive de la spécificité de ce microbe.

MM. Vaillard et Dopter terminent leur travail par la conclusion suivante : le bacille découvert et décrit en 1888 par MM. Chantemesse et Widal, différencié ultérieurement par Shiga, doit être considéré comme la cause spécifique de la dysenterie épidémique des régions tempérées et d'une dysenterie de même nature existant aussi dans les pays chauds (Philippines, Porto-Rico, etc.).

Cette constatation, en dehors de son intérêt étiologique et prophylactique, doit conduire à des notions d'un autre ordre et d'une importance considérable au point de vue thérapeutique, puisque le sang des animaux immunisés possède des propriétés préventives certaines, et qu'on peut légitimement prévoir son efficacité dans le traitement de la dysenterie.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(12 mai 1903)

Nous avons entendu, dans cette séance, deux communications intéressantes : l'une de M. Reclus sur un cas de tumeur rare développée aux dépens du corpuscule rétro-

carotidien, l'autre de M. Lejars, une véritable leçon clinique, sur l'intervention chirurgicale dans les cas de foyer de gangrène pulmonaire.

Voyons d'abord l'observation de M. Reclus qui constitue le dixième exemple, connu dans la science, de ces **tumeurs spéciales développées aux dépens du corpuscule rétro-carotidien.** C'est en son nom et au nom de son interne, M. Chevassu, qu'il relate cette curieuse observation. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans qui entre à Laënnec portant une tumeur cancéreuse du sein et en même temps une tumeur cervicale limitée en bas par le bord supérieur du cartilage thyroïde, en haut par la parotide, en arrière par le sterno-cléido-mastoïdien, du côté de sa partie profonde par le pharynx. Cette tumeur était de consistance plutôt molle, dépressible. Elle était le siège de battements très nets, mais sans souffle, ni expansion. Cette malade fut opérée de sa tumeur du sein par les méthodes ordinaires, puis M. Reclus s'attaqua ensuite à la tumeur du cou en procédant de la façon suivante :

Il fit une incision le long du bord inférieur du sterno-cléido-mastoïdien, trouva la tumeur recouverte d'une grosse veine qu'il sectionna entre deux ligatures, puis s'appliqua à isoler cette tumeur sans léser aucun des gros vaisseaux ou des nerfs importants avec lesquels elle était en connexion : jugulaire interne, nerf pneumo-gastrique, grand sympathique. Cet isolement obtenu non sans peine, ni sans de grandes précautions, la tumeur se trouvait encore embrochée, pour ainsi dire, par la carotide primitive et posée comme un sac sur la fourche carotidienne. M. Reclus libéra d'abord la carotide externe, avec quelque peine, car les parois de l'artère étaient amincies; il arriva sur la carotide interne heureusement entourée d'un fourreau celluleux facilitant quelque peu sa séparation. Les vaisseaux qui, physiologiquement, émanent des carotides interne et externe, n'existaient heureusement pas ici, au moins en tant que vaisseaux pathologiques, ce qui rendit possible et assez facile la dissection de la tumeur, malgré ses connexions avec des organes aussi importants. Elle était d'un rouge brun, entourée par une capsule. L'examen microscopique fait par M. Chevassu qui, au courant des travaux allemands sur ce sujet, avait fait un diagnostic précis, montre bien en effet qu'il s'agissait d'une tumeur développée au niveau du corpuscule rétro-carotidien. Le diagnostic histologique est celui d'endothéliome ou mieux de périthéliome.

M. Reclus fait l'historique complet de la question.

De l'examen de ces dix observations, il résulte que le diagnostic de cette variété de tumeurs est assez facile, en raison de son siège et de ses caractères physiques. L'évolution de ces tumeurs se fait très lentement; elles apparaissent généralement à un âge moins avancé que celui de la malade de M. Reclus, entre dix-huit et quarante ans. Elles se développent aussi bien du côté droit que du côté gauche; elles semblent plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

Doit-on les opérer? Ce n'est pas sans quelque hésitation que M. Reclus répond à cette question, bien imbu qu'il est, après l'avoir pratiquée, des dangers de cette opération. Sur les dix malades, deux sont morts de l'opération, l'un par section du pneumogastrique, l'autre par une blessure de la carotide primitive; dans les autres cas, il y a eu des accidents consécutifs plus ou moins graves : ictus apoplectique dans un cas, paralysie faciale momentanée par section d'une branche inférieure du facial dans le cas de M. Reclus, etc. On conçoit aisément, d'ailleurs, la gravité de l'opération, en songeant aux adhérences plus au moins intimes que contractent ces tumeurs avec le grand sympathique, le pneumogastrique, les carotides, la colonne vertébrale. En somme, huit fois sur dix, on a atteint un de ces organes importants. Étant donné, d'autre part, que ces tumeurs ne sont pas de nature maligne, ni sujettes à récidive, malgré le succès opératoire qu'il a obtenu, M. Reclus, en présence d'un nouveau fait semblable, serait plus disposé à attendre.

Dans quelle mesure **la chirurgie peut-elle intervenir dans le traitement de la gangrène pulmonaire?** Telle est la question qu'étudie et discute M. Lejars avec son souci habituel de la précision et de la vérité. On se rappelle que M. Tuffier a déjà saisi de cette question la Société de chirurgie. M. Lejars est intervenu cinq fois. Si les choses se passaient toujours comme dans le nouveau cas qu'il nous présente, ce serait parfait. Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Voyons d'abord l'histoire du jeune étudiant — notre confrère de demain — que nous présente M. Lejars : A la suite d'une grippe qu'il contracta en mars 1901, ce jeune homme eut des accidents de gangrène pulmonaire. M. Le Gendre constata chez lui des phénomènes cavitaires à la pointe de l'omoplate droite; crachats épais et fétides, zone soufflante, état général mauvais, tous les signes de gangrène pulmonaire existaient. Le foyer paraissant bien limité, M. Le Gendre adressa la malade à M. Lejars qui, le 15 décembre dernier, pratiqua l'opération suivante : incision directement au-dessous de l'omoplate, résection des deux côtes, ouverture de la plèvre; arrivée dans un espace interlobaire, ouverture d'une cavité d'où sortit une bouillie noirâtre, épaisse, horriblement fétide; large drainage, disparition progressive des accidents, guérison parfaite, pas même de traces d'adhérences.

Un second malade, que M. Lejars a opéré le 14 janvier dernier, présentait également tous les signes d'une gangrène pulmonaire. C'était un homme de quarante-six ans qui se trouvait dans le service de M. Launois. M. Lejars pratiqua la même opération; le malade guérit bien de son opération, mais il tousse et crache encore.

M. Lejars rapporte quatre autres faits analogues. Deux de ces malades, mourants au moment de l'opération, ont succombé le jour même. Chez un autre, dans une première intervention, M. Lejars n'a pu arriver sur un foyer bien déterminé. Une seconde intervention faite un peu plus haut ne fut pas plus heureuse. Un de ces malades succomba à une tuberculose secondaire.

Cette question du traitement chirurgical des gangrènes pulmonaires, ajoute M. Lejars, est une question difficile. Il faut, pour la bien juger, attendre les résultats éloignés de l'opération et ces résultats éloignés ne répondent pas toujours à ce que semblaient promettre les résultats immédiats. La mortalité opératoire est de 37 à 40 p. 100.

Si l'on envisage l'avenir réel de ces malades opérés, cet avenir n'est pas toujours celui que semblait devoir donner une intervention plus ou moins heureuse. Un des dangers de l'opération est l'infection possible de l'autre poumon, par suite des mouvements qu'on imprime aux malades. Plusieurs sont morts ensuite de broncho-pneumonie généralisée, d'autres de tuberculose pulmonaire secondaire. Il faut aussi compter avec des erreurs possibles, un foyer

insuffisamment constitué, les dangers de l'infection pleurale. On est parfois exposé à faire ainsi une mauvaise opération. En résumé, il vaut mieux, en principe, laisser aux médecins le traitement de la gangrène pulmonaire, à moins qu'un diagnostic bien précis ne permette d'affirmer qu'on a affaire à un foyer bien localisé, qu'on ait des signes cavitaires bien nets. Il faut en outre que le poumon opposé soit en très bon état. Il faut faire la thoracotomie très large, enlever plusieurs côtes; c'est là une bonne condition pour la guérison ultérieure.

Au début de la séance, M. Kirmisson a fait un rapport sur un travail de M. Frœhlich (de Nancy), sur l'**ostéotomie sous-trochantérienne dans les luxations congénitales de la hanche**. Il résulte de ce travail, comme de l'expérience même de M. Kirmisson, que l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique donne des résultats plus favorables que l'ostéotomie transversale.

Parmi les présentations, une **suture de la rotule** par le procédé de M. Quénu, par M. Walther au nom de M. Riche; la **résection d'un fragment de l'humérus** pour remédier à une paralysie totale du radial suite de fracture afin de dégager le nerf qui était enfourché sur l'extrémité supérieure du fragment inférieur, par M. Rochard; un **sein cyclopéen** par M. Michaux qui a comblé une perte de substance nécessitée par l'ablation d'un sein en le recouvrant de l'autre sein. Une courte discussion s'engage à ce sujet d'où il résulte qu'il vaut mieux autant que possible prendre d'autres lambeaux dans le voisinage que l'autre sein.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(7 mai 1903)

Très courte séance à la Société de neurologie. M. Polguère insiste sur **la fixité du signe d'Argyll-Robertson**; ses recherches confirment et les travaux de M. Babinski et de ses élèves sur les relations de ce signe avec la syphilis; et aussi cette notion, contre laquelle cependant quelques auteurs se sont élevés dernièrement, à savoir que le signe d'Argyll-Robertson bien et dûment constaté ne rétrocède pas aussi bien sous l'influence du temps que sous l'action d'un traitement antisyphilitique.

M. Babinski communique le cas fort curieux de **guérison d'une mélancolie intermittente sous l'influence de vertige voltaïque**. La malade était atteinte depuis dix-huit mois d'un état mélancolique des plus typiques avec délire intérieur et hallucinations de l'ouïe. Or l'application des courants voltaïques, destinée à provoquer le vertige voltaïque selon la technique indiquée par M. Babinski, a déterminé dès la deuxième séance et d'une manière très rapide, en quelques minutes, la disparition de l'état mélancolique. Le vertige voltaïque a d'abord développé des hallucinations curieuses de vertiges; la malade, originaire d'ailleurs d'une ville maritime, a eu la sensation de se trouver dans un navire ballotté par les flots, sa conscience s'est obscurcie et aussitôt la guérison a été obtenue.

M. Babinski n'essaie pas d'expliquer une guérison aussi rapide. On ne peut invoquer la suggestion qui échoue toujours dans la mélancolie intermittente. Peut-être faut-il admettre que dans certains états mélancoliques, le fonctionnement des facultés psychiques est troublé d'une manière très superficielle et qu'un ébranlement nerveux survenant au moment opportun est capable de rétablir l'équilibre. Quoi qu'il en soit, et sans essayer de tirer une conclusion d'un seul fait, ce mode de traitement, si bénin dans son application, doit être essayé dans la mélancolie intermittente, maladie contre laquelle nous sommes très désarmés au point de vue thérapeutique.

MM. Brissaud et Bruandet présentent une malade qu'ils considèrent comme un exemple probable de **guérison de méningite tuberculeuse**. En effet, cette malade a offert par trois reprises différentes un tableau symptomatique analogue à celui de la méningite, céphalées intenses, cris hydrocéphaliques, raideur de la nuque, vomissements, signe de Kernig, élévation de la température. Le cytodiagnostic a montré, à plusieurs reprises, une lymphocytose abondante sans polynucléaires. Le tableau de la méningite était donc au complet; or cette malade a recouvré maintenant une bonne santé. Toutefois, elle conserve encore une inégalité pupillaire avec pupille droite ne réagissant pas et des réflexes tendineux très faibles. On peut donc croire, d'après M. Babinski, à l'existence d'un tabes avec méningisme, et M. Raymond fait observer que l'inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye, inoculation qui n'a pu être pratiquée dans le cas actuel, est seule capable de résoudre le problème de la guérison possible des méningites tuberculeuses.

M. G. Marinesco a étudié le **réflexe plantaire** sur 190 sujets, dont 130 atteints de maladie organique du système nerveux, 45 normaux adultes et 15 enfants nouveau-nés. Sur 100 sujets atteints d'hémiplégie organique il a trouvé le signe de Babinsky dans 86 cas. Parmi les 30 cas de paraplégie organique on trouve le mal de Pott, 15 cas; la syphilis médullaire, 4 cas; le cancer de la colonne vertébrale, 1 cas; sarcome des méninges, 2 cas; traumatisme de la moelle épinière, 4 cas; pellagre avec paraplégie, 2 cas; tabes combiné, 2 cas; sclérose latérale amyotrophique, 1 cas. Le signe de Babinski fait défaut dans 3 cas de section traumatique de la moelle épinière et dans le cas de cancer de la colonne vertébrale, mais il est présent dans tous les autres cas. L'auteur ne l'a jamais trouvé à l'état normal sur les 45 sujets qu'il a examinés. Sur 15 enfants nouveau-nés, il n'a trouvé qu'une seule fois le signe de Babinski, sous forme d'extension plus accusée au gros orteil. Par contre, il est de règle chez les enfants nouveau-nés à l'état de sommeil. D'après l'auteur, le signe de Babinski est un trouble fonctionnel des voies pyramidales, mais il ne dépend pas de la lésion même des fibres pyramidales. Le siège du phénomène des orteils n'est pas dans la moelle, car il ne se produit pas dans les lésions transverses de l'axe spinal. C'est donc une nouvelle confirmation des recherches de M. Babinski et de ses élèves.

Enfin M. Hudovernig communique des photographies d'un cas de **gigantisme infantile**, puisque son malade âgé de cinq ans mesure 1m40. Il est surtout curieux de signaler chez ce malade une ossification précoce des cartilages de conjugaison et un développement très exagéré des organes génitaux; on sait que MM. Launois et Roy ont au contraire décrit chez certains géants une persistance de la non-ossification des cartilages de conjugaison et une atrophie des glandes génitales.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[MADRID, 23-30 AVRIL 1903 (1)]

Recherches expérimentales sur les localisations motrices spinales.

Par M. le professeur BRISSAUD et M. A. BAUER (de Paris).

(*Communication à la section des neuropathies.*)

Depuis quelques années les localisations motrices spinales ont été mises à l'ordre du jour par une série de recherches anatomo-pathologiques et expérimentales. A la suite de ces travaux, diverses opinions, qui d'ailleurs ne s'excluent pas toutes, se sont fait jour : les localisations motrices médullaires sont pour les uns musculaires (Mano), pour d'autres nerveuses (Marinesco), radiculaires (Déjerine), fonctionnelles (Marinesco, Parhon et Goldstein, de Buck), pour d'autres enfin segmentaires (Van Gehuchten et son école).

Nous avons cherché à vérifier cette dernière opinion en pratiquant, sur les pattes postérieures de têtards, des amputations unilatérales de segments plus ou moins étendus, et en examinant le renflement lombaire de ces animaux, de dix jours à dix mois après amputation.

Voici les conclusions de nos recherches :

1° A la suite d'amputation sur le membre inférieur, intéressant tout ou partie de ce membre, des lésions apparaissent dans la moelle épinière.

2° L'apparition des lésions a lieu quelques jours après l'amputation; la présence de certaines d'entre elles a été constatée dix mois après l'amputation.

3° Ces lésions comportent des modifications de la substance grise et de la substance blanche.

4° Les lésions de la substance blanche paraissent consister en une atrophie totale de la moelle correspondant au côté de l'amputation.

5° L'étendue de l'atrophie, en hauteur et en largeur, dépend surtout de l'étendue du segment amputé; mais l'âge de l'amputé et surtout l'absence de régénération ou le volume de la régénération lorsqu'elle existe, entrent en ligne de compte.

Il n'y a pas, en apparence au moins, de lésions profondes de structure; l'état de la moelle, encore très rudimentaire chez nos têtards et nos grenouilles, ne comporte pas d'ailleurs de profondes modifications de structure. Tout paraît se limiter à une diminution du nombre des voies conductrices et anastomotiques intra-spinales.

6° Les lésions de la substance grise semblent à peu près localisées dans les cornes antérieures. Elles consistent en une dégénération assez spéciale des grandes cellules motrices; il s'agit dans la grande majorité des cas d'une dégération atrophiante qui entraîne la disparition progressive d'une partie plus ou moins étendue du protoplasma cellulaire, souvent de toute une moitié d'un fuseau cellulaire. Le noyau, seul, peut rester fort longtemps comme dernier vestige de la cellule motrice.

7° Ces altérations de la corne antérieure n'intéressent pas en général la totalité des éléments. Il y a dans la corne malade un certain nombre d'éléments presque normaux, quoique d'une façon habituelle les éléments du côté amputé soient plus petits.

De tous les éléments qui subsistent, les plus constants et les plus rapprochés de l'état normal sont ceux de la partie interne de la corne.

Les éléments le plus gravement atteints sont ceux de la partie externe.

8° Dans la partie externe, quels sont les éléments qui sont pris? Sans qu'il soit possible d'affirmer l'existence de noyaux distincts dans toutes les moelles, noyaux parmi lesquels on soit en mesure de se repérer, il y a cependant une disposition générale de la lésion atrophiante que l'on retrouve très communément et qui consiste en ce qui suit : lors d'amputation du tarse les altérations s'étendent du milieu du segment compris entre les onzième et dizième racines à la partie moyenne ou supérieure du segment compris entre les dixième et neuvième racines. Sur cette hauteur, les altérations occupent successivement, de bas en haut, toute la colonne motrice latérale, sur une très petite étendue, puis sa partie externe, et enfin sa partie postéro-externe seulement.

Lors d'amputation de jambe, les altérations s'élèvent jusqu'au tiers moyen du segment compris entre la neuvième et la huitième.

Elles occupent successivement de bas en haut d'abord toute la colonne motrice latérale sur une hauteur un peu plus étendue que lors d'amputation de pied, puis la partie externe et médiane de la colonne cellulaire, enfin sa partie postéro-externe.

Lors d'amputation de cuisse, les altérations s'élèvent jusque vers la huitième; elles occupent toute la colonne motrice latérale jusque vers le milieu du segment compris entre la dixième et la neuvième, puis successivement les parties externe et postéro-externe de cette colonne cellulaire.

9° Il résulte de là qu'à chaque segment du membre inférieur répond, au niveau du renflement lombaire, un groupe plus ou moins limité de cellules radiculaires. Ces groupes semblent s'imbriquer en se superposant, le groupe inférieur tendant toujours à se placer en dehors et en arrière du groupe sous-jacent.

10° Le volume des racines semble un peu diminué, au niveau des altérations. Les ganglions des racines postérieures sont d'apparence normale.

11° Il existe des relations certainement très importantes entre l'état de la moelle et l'apparition des régénérations. Nous nous proposons de préciser ces rapports dans un travail ultérieur.

La discipline psycho-motrice.

Par MM. le professeur BRISSAUD et Henry MEIGE (de Paris).

(*Communication à la section des neuropathies.*)

La discipline psycho-motrice est une méthode de traitement qui a pour but la correction des troubles moteurs. Elle tend à supprimer les actes automatiques intempestifs, et à les remplacer par des actes corrects, utiles, voulus et réfléchis.

Pour parvenir à ce résultat, il ne suffit pas d'employer des exercices gymnastiques exécutés passivement par le malade. Il faut en outre eixger de celui-ci sa participation active dans l'exécution des actes commandés : l'écorce cérébrale du sujet doit intervenir à tout instant.

La discipline psycho-motrice peut corriger les mouvements habituels excessifs ou intempestifs, les attitudes et les immobilisations vicieuses.

Elle trouve donc ses applications dans un grand nombre

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 49, p. 486; n° 56, p. 553.

de maladies. Les auteurs l'ont employée avec succès dans toutes les variétés des *tics*, tics du visage ou tics des membres. Elle n'est pas moins utile pour les affections qualifiées de *crampes fonctionnelles*. Dans les troubles du langage, tels que le *bégaiement*, elle a donné aussi d'excellents résultats.

La discipline psycho-motrice est appelée à rendre service aux *ataxiques*. Il ne suffit pas, en effet, d'enseigner à ces malades une série d'exercices méthodiques ; il est nécessaire d'exiger d'eux une participation active à leur exécution, ils doivent en comprendre le but et en connaître la portée.

La même méthode est applicable aux sujets atteints d'affections paralytiques. Rien ne saurait être plus préjudiciable pour un hémiplégique ou un paraplégique que de se confiner au lit. Il faut lui enseigner une foule de mouvements, que souvent il se croit incapable de faire, tandis qu'en réalité il arrive à les exécuter après un certain temps d'entraînement.

Un grand nombre d'*impotences musculaires* ne sont souvent que des *ignorances musculaires*. C'est en donnant aux malades l'éducation qui leur fait défaut que l'on arrive à corriger la plupart de ces accidents.

La discipline psycho-motrice n'est pas moins profitable aux sujets, qui, par suite d'un trouble mental, se croient dans l'impossibilité d'exécuter certains actes, ou, inversement, se croient obligér de répéter continuellement certains autres. Les *obsédés moteurs* en bénéficient largement.

La discipline psycho-motrice est donc à la fois une éducation de l'esprit et du mouvement, de l'idée et de l'acte. Elle tend à supprimer les habitudes nuisibles et à instaurer des habitudes utiles ; elle vise à la suppression de l'automatisme, lorsqu'il est préjudiciable, et à son remplacement par des actes normaux volontaires et réfléchis. Elle est basée, comme toutes les éducations, sur la répétition des mêmes actes moteurs, mais elle exige aussi la répétition des efforts volontaires du sujet en vue d'exécuter l'acte prescrit.

Lorsque le médecin peut obtenir du malade sa part de *collaboration active*, on peut toujours espérer les meilleurs résultats de ce mode de traitement.

L'aptitude catatonique et l'aptitude échopraxique des tiqueurs. Les exercices thérapeutiques de détente.

Par Henry Meige (de Paris).

(*Communication à la section des neuropathies.*)

L'examen d'un grand nombre de malades atteints de tics m'a conduit à faire quelques remarques cliniques, qui offrent un certain intérêt au point de vue de la pathogénie de ces accidents et qui peuvent être en même temps mises à profit pour leur traitement.

Une première remarque est qu'un certain nombre de tiqueurs présentent une aptitude particulière à conserver les attitudes que l'on donne à leurs membres ou qu'ils prennent eux-mêmes. Il s'agit en somme d'une sorte de *catatonisme* fruste. Ce symptôme est parfois assez intense pour rendre la recherche des réflexes tendineux très difficile, et j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer des tiqueurs chez qui l'on pouvait croire les réflexes rotuliens abolis ; il n'en était rien ; un état de vigilance musculaire excessive et une exagération du tonus s'opposaient simplement à la manifestation du réflexe.

De la même façon, si l'on commande à ces malades de relâcher brusquement tel ou tel muscle, ils n'y parviennent souvent qu'après un temps assez long. Enfin, il arrive aussi parfois qu'ils conservent sans s'en douter telle ou telle attitude segmentaire imprimée à leurs membres.

Une seconde remarque est la suivante : les tiqueurs sont fréquemment enclins à répéter exagérément les mouvements imprimés à leurs membres. Ainsi, si l'on vient à agiter leurs bras plusieurs fois de suite, on peut suspendre cette mobilisation et voir cependant les mouvements continuer à se produire pendant un certain temps.

Ces malades présentent donc une *aptitude catatonique* et aussi une *aptitude échopraxique* notablement plus développées que chez les sujets sains. Je ne crois pas que l'on puisse considérer ces phénomènes comme propres aux tiqueurs. On les observe, en effet, chez d'autres sujets, mais peut-être avec une moins grande fréquence. Leur constatation chez les tiqueurs est d'ailleurs facile à expliquer. Les phénomènes catatoniques ou échopraxiques sont par excellence des troubles psycho-moteurs, qui témoignent d'une insuffisance de l'intervention corticale. Ce sont des manifestations de cette *activité passive*, dont a parlé M. Brissaud à propos des attitudes cataleptoïdes. Et nous savons que chez les tiqueurs, le contrôle de l'écorce fait fréquemment défaut. De la même façon qu'ils sont aptes à répéter automatiquement tel ou tel mouvement qu'ils ont pris l'habitude de faire, de la même façon ils sont aptes à conserver telle ou telle attitude. Ils ont surtout une aptitude particulière à prendre très rapidement des habitudes motrices. Chez eux tous les caractères des actes fonctionnels peuvent être viciés ; la *répétition*, qui est un de ces caractères, se trouve fréquemment viciée par excès.

De ces constatations, on peut déduire une indication thérapeutique : dans la discipline psycho-motrice, qui constitue la méthode de choix pour le traitement des tics, il faut faire une large part aux exercices qui ont pour but d'apprendre aux malades à obtenir instantanément la volonté, le relâchement musculaire. J'ai obtenu des résultats très satisfaisants par l'emploi de ces *exercices thérapeutiques de détente*.

La médecine au musée du Prado.

Par Henry Meige (de Paris).

(*Communication à la section des neuropathies.*)

M. Henry Meige a fait une étude critique des tableaux du musée du Prado, qui présentent un intérêt médical. Il s'est attaché à montrer comment les artistes, en copiant fidèlement la nature, ont parfois représenté avec exactitude des caractères pathologiques, qui peuvent permettre aux médecins de faire des diagnostics rétrospectifs.

Les œuvres de Velasquez fournissent une ample matière à ce genre de critique. Velasquez a fait le portrait d'un certain nombre de nains et de bouffons, où il est possible de reconnaître les traces d'affections morbides aujourd'hui bien connues ; les uns sont des rachitiques, les autres des achondroplasiques. Il existe aussi des portraits d'idiots, où Velasquez a reproduit très exactement les stigmates physiques de l'idiotie et de la dégénérescence.

Un bouffon de Charles-Quint, peint par Antonio Moro, est un type remarquable d'hémiplégique, dont la main droite est contracturée. L'auteur cite encore une naine obèse, de Carréno de Miranda, et un goitreux de E. Marsh, un éléphantiasis du nez attribué à Holbein, rappelant le vieillard de Ghirlandajo, du musée du Louvre.

Après les difformités, M. Henry Meige étudie les peintures représentant des scènes médicales. Tout d'abord, le tableau

de Murillo, de l'Académie Saint-Ferdinand, représentant la reine sainte Elisabeth de Hongrie soignant les teigneux, où l'on voit plusieurs enfants dont les têtes sont couvertes de plaques teigneuses très fidèlement rendues. Viennent ensuite les opérations figurées par les peintres flamands et hollandais du XVe au XVIIe siècle, un arracheur de dents de Théodore Rombouts, deux tableaux de Téniers le jeune représentant une opération sur la tête et une opération sur le pied. Enfin, deux curieuses peintures, l'une de Jérôme Bosch, l'autre de van Hemessem, représentant la supercherie chirurgicale connue sous le nom d'opération des « pierres de tête », dont M. Henry Meige a fait autrefois une étude documentée.

L'auteur, qui a poursuivi ses recherches dans toutes les collections d'Europe, établit des comparaisons entre les peintures du Prado et celles des autres galeries. Cette étude montre bien l'intérêt tout spécial que le médecin peut prendre à l'examen des œuvres d'art; elle montre, en outre, le parti que la critique d'art peut tirer des connaissances médicales. Elle conduit à cette conclusion que les peintres les plus célèbres sont justement ceux qui ont reproduit le plus fidèlement la nature, même dans ses difformités.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle, en date du 11 mai 1903, ont été affectés, savoir :

A Madagascar. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Martel, Lesueur-Florent et Bailly, respectivement en service aux 6e, 8e et 5e d'infanterie coloniale.

MM. les médecins aides-majors de première classe Forris et Gallet de Santerre : le premier au 6e et le second au 22e d'infanterie coloniale.

En Guinée (hors cadres). — M. le médecin aide-major de première classe Percheron, au 21e d'infanterie coloniale.

En Afrique occidentale (hors cadres). — M. le médecin aide-major de première classe Barot, au 2e d'infanterie coloniale.

En France. — Médecin-major de première classe : au 1er d'infanterie coloniale, M. Vergoz.

Médecins-majors de deuxième classe : au 4e d'infanterie coloniale, M. Jacquin; au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales), M. Lasnet, du 1er d'infanterie coloniale; au 5e d'infanterie coloniale, M. Rigollet ; au 6e d'infanterie coloniale, M. Jourdran; au 5e d'infanterie coloniale, M. Rul.

Médecins aides-majors de première classe : au 3e d'infanterie coloniale, M. Guillon; au 8e d'infanterie coloniale, M. Imbert (A.-J.-X); au 2e d'infanterie coloniale, M. Chaze; au 22e d'infanterie coloniale, M. Sambuc; au 7e d'infanterie coloniale, M. Germain; au 6e d'infanterie coloniale, M. Le Moal; au 4e d'infanterie coloniale, M. Dardenne; au 1er d'artillerie coloniale à Lorient, M. Sautarel; au 4e d'infanterie coloniale, M. Augé; au 7e d'infanterie coloniale, M. Couvy; au 24e d'infanterie coloniale, M. Pujol; au 1er d'infanterie coloniale à Lorient, M. Rousseau ; au 4e d'infanterie coloniale, M. Donnet; au 1er d'infanterie coloniale; M. Braud; au 22e d'infanterie coloniale, MM. David et Amigues.

Marine. — Sur la demande de M. le directeur du service de santé du port de Rochefort, M. le médecin de première classe Audibert (Pierre-Honoré-Alfred) est désigné pour remplir les fonctions de secrétaire archiviste du conseil de santé au chef-lieu du IVe arrondissement maritime, en remplacement de M. le docteur Julien-Laferrière, promu au grade de médecin principal. (Article 30 du décret du 24 juin 1886.)

Le musée de l'Assistance publique. — Le musée de l'Assistance publique, dont il a été question tant de fois déjà, revient sur l'eau. Hier la commission du Vieux-Paris a émis un vœu tendant à ce qu'on l'installe à l'hôtel des Miramionnes.

Cet hôtel historique fait partie du groupe des bâtiments où est installée la pharmacie centrale des hôpitaux.

Tous ces bâtiments sont voués à une prochaine démolition, dont le Vieux-Paris voudrait sauver l'hôtel des Miramionnes.

A la vérité, on possède peu de chose à l'administration de l'Assistance qui puisse figurer au musée, mais les membres de la commission estiment que l'on pourrait trouver bien des pièces ou des meubles dignes d'être mis en lumière, dans les divers hôpitaux.

Reste à savoir si les directeurs des hôpitaux se laisseront volontiers enlever ces pièces curieuses qui, pour la plupart, décorent leurs cabinets respectifs. (*Echo de Paris.*)

Faculté de médecine de Paris. — TRAVAUX PRATIQUES. — I. *Mise en série.* — L'administration de la Faculté procède à la mise en série des élèves astreints aux travaux pratiques ainsi qu'il suit :

1° Pour les exercices du semestre d'hiver, les élèves prennent rang sur une liste dressée dans l'ordre de délivrance des inscriptions du trimestre de novembre;

2° Pour les exercices du semestre d'été, les élèves prennent rang sur une liste dressée dans l'ordre de délivrance des inscriptions du trimestre de janvier.

Travaux pratiques de première année : semestre d'hiver, dissection (sont mis en série les élèves ayant pris la première inscription au trimestre de novembre); — semestre d'été, chimie biologique, physique, histologie, physiologie (sont mis en série les élèves ayant pris la deuxième inscription au trimestre de janvier).

Travaux pratiques de deuxième année : semestre d'hiver, dissection (voir l'affiche spéciale relative au choix des pavillons de dissection par les élèves de deuxième année); — semestre d'été, physique, histologie, physiologie (sont mis en série les élèves ayant pris la sixième inscription au trimestre de janvier).

Travaux pratiques de troisième année : semestre d'hiver, anatomie pathologique, parasitologie (sont mis en série les élèves ayant pris la neuvième inscription au trimestre de novembre); — semestre d'été, chimie pathologique (sont mis en série les élèves ayant pris la dixième inscription au trimestre de janvier), médecine opératoire (voir l'affiche spéciale relative aux travaux pratiques de médecine opératoire).

Les élèves inscrits sont ensuite formés en série et appelés à leur rang par lettre de convocation individuelle.

II. *Travaux pratiques anticipés.* — Afin de faciliter aux étudiants en cours irrégulier d'études la régularisation de leur situation, le conseil de la Faculté, dans sa séance du 2 avril 1903, a décidé que ces étudiants pourront être autorisés par M. le doyen à accomplir des travaux pratiques anticipés.

Le conseil a décidé, en outre, que ces travaux anticipés seraient, s'il y a lieu, convertis en travaux pratiques réglementaires, après avis de la commission scolaire et versement des droits correspondants.

Ces dispositions auront leur effet à partir de l'ouverture de l'année scolaire 1903-1904.

MM. les étudiants trouveront des renseignements complémentaires au secrétat de la Faculté (guichet n° 2 *bis*), tous les jours, de midi à trois heures.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 59. — MARDI 19 MAI 1903. 76e ANNÉE. MARDI 19 MAI 1903. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — MM. les docteurs Piollet, Viannay et Bonnet sont nommés après concours médecins du Dispensaire général.

— *Bordeaux.* — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Bussières, Savedan, Eyquard, Casassus, Rioms, Grandal, Candiotti, Nates, Puyhaubert, Leroy, Popp, Dudon, Lapeyre, Des Mesnards.

Les questions traitées ont été les suivantes : « Muscles péroniers latéraux, entorse; articulation scapulo-humérale, luxation de l'épaule en avant (symptômes et diagnostic). » Epreuve pratique : « Monocle pour l'œil droit. »

— *Marseille.* — Un concours public pour une place de chirurgien-adjoint à la Maternité sera ouvert à l'hôpital de la Conception le lundi 17 août 1903, à trois heures du soir.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des facultés de France, être âgés d'au moins vingt-huit ans, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteurs ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ils auront à produire : 1° leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur; 3° s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence; 4° les internes des villes où siègent les Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite délivré par le directeur des différents hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne. — Les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, etc.; s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

Congrès de médecine. — Le XVe Congrès international de médecine se tiendra en 1906 à Lisbonne.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la dix-huitième semaine 986 décès, au lieu de 1119 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 984.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (moyenne 9).

La rougeole a causé 9 décès (moyenne 28); la scarlatine, 4 décès (moyenne 4); la coqueluche, 10 décès (moyenne 10); la diphtérie, 11 décès (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 100, comme la semaine précédente (moyenne 79).

La variole n'a pas causé de décès.

La diarrhée infantile a causé 21 décès de 0 à 1 an, au lieu de 13 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 25.

En outre, 29 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 176 décès au lieu de 185 pendant la semaine précédente et au lieu de 160, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 16 décès (moyenne 12); bronchite chronique, 20 (moyenne 20); pneumonie, 38 (moyenne 40); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 102 (moyenne 88), dont 45 sont dus à la congestion pulmonaire et 41 à la broncho-pneumonie. En outre, 7 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 225 décès; la méningite tuberculeuse, 23 décès; la méningite simple, 17 décès; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès.

Clinique chirurgicale de la Charité (service de M. le professeur Tillaux). — *Cours pratique de chirurgie* (*fractures et luxations*). — Un cours pratique de chirurgie (fractures et luxations indispensables à connaître) sera fait à la clinique chirurgicale de la Charité (service de M. le professeur Tillaux), par M. Wiart, chef de clinique.

Chaque leçon sera suivie d'exercices pratiques (confection par les élèves d'appareils plâtrés, silicatés, etc.).

Le cours comprendra douze leçons. — Il commencera le lundi 15 juin 1903, à cinq heures, et se continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Les droits à verser sont de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

Paris, le 18 mai 1903.

Les syndicats médicaux soutiennent le bon combat contre les compagnies d'assurances et réclament contre la gratuité ou la quasi-gratuité des soins que les blessés du travail reçoivent dans les hôpitaux, et surtout dans les hôpitaux parisiens.

Ils multiplient leurs démarches près du directeur de l'Assistance publique et des autorités administratives pour que les soins donnés à ces blessés ne soient plus gratuits, car d'après la loi nouvelle ces blessés ne sont plus des indigents, puisque les soins médicaux sont dus par leurs patrons et à leur défaut par les compagnies d'assurances.

Une circulaire doit, dit-on, être adressée aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux, pour leur demander à se solidariser avec leurs confrères de Paris.

Cette adhésion des chirurgiens n'aurait malheureusement aucune valeur. Administrativement, le chirurgien d'hôpital n'est rien, il est soumis à des règlements; il trouve, reçus dans ses salles, des blessés auxquels il doit ses soins, indistinctement, et il ignore quel est l'état social de ces blessés, s'ils sont pauvres, indigents ou assurés à une compagnie d'assurances puissante et riche.

L'appui des chirurgiens ne peut être, en la circonstance, qu'un appui purement platonique. Les syndicats médicaux peuvent faire contresigner et approuver leurs réclamations par les médecins et chirurgiens des hôpitaux; mais, administrativement, ces vœux seront sans valeur.

En province, les chefs de services hospitaliers peuvent faire rémunérer leurs soins chirurgicaux, lorsque les blessés admis à l'hôpital ne sont pas indigents. De nombreux jugements ont rendu habituelle cette manière de faire. A Paris, l'Administration s'est toujours refusée à admettre que les médecins et chirurgiens puissent recevoir les moindres honoraires. Il y a un engagement tacite de la part des chirurgiens à respecter cette manière de voir et ils ne peuvent y manquer. Il y aurait quelque chose de choquant à les voir faire, eux-mêmes, des enquêtes sur la solvabilité des blessés qui leur sont confiés.

Aussi, tout en pouvant affirmer à nos confrères que les médecins et chirurgiens des hôpitaux sont de cœur avec eux dans la campagne qu'ils entreprennent, nous les avertissons que leurs revendications ne sauraient aboutir que si elles sont officiellement établies par des règlements. C'est donc uniquement à la Direction de l'Assistance publique que nos confrères devront porter leurs justes réclamations.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

L'EXPLORATION EXTÉRIEURE DU FOIE

Par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.

Nous nous servons habituellement pour l'exploration extérieure du foie d'un procédé que l'un de nous a déjà exposé à plusieurs reprises. Cependant il est généralement peu connu, même des maîtres en pathologie hépatique. L'un d'eux qui voulait bien le mentionner récemment n'en faisait en effet qu'un exposé incomplet (1).

Ce procédé nous le préférons aux autres, le procédé de Glénard, dit *procédé du pouce*, y compris : nous ne savons sans doute pas l'employer avec autant d'habileté que son auteur.

Le malade est dans le décubitus dorsal, dans un état aussi parfait que possible de résolution musculaire. Les jambes sont à demi fléchies, les talons joints, les genoux tombant à droite et à gauche, les bras reposant le long du corps, la tête légèrement soulevée.

Le médecin se placera à la droite du malade.

Palpation ascendante du foie. — Il faut aller à la recherche du foie de bas en haut. Cette recherche est faite ordinairement avec l'extrémité des doigts par petites secousses successives pratiquées obliquement d'avant en arrière et de bas en haut. C'est le procédé habituel. Lasègue conseillait avec raison de se servir surtout du bord externe de l'index et de la pulpe du médius dont la sensibilité est plus développée que celle de la face palmaire de l'extrémité des doigts.

Ce mode de palpation donne des résultats excellents, surtout lorsque le foie est gros et son bord inférieur descendu, comme chez les cardiaques en asystolie. En dehors de ces conditions, il se montre habituellement insuffisant et inférieur à celui de la palpation ascendante telle que nous la pratiquons.

Nous procédons en somme exactement comme nous le ferions si nous voulions palper notre propre foie. Les deux mains sont réunies, le bord externe des deux index accolés l'un contre l'autre, les doigts sont légèrement infléchis *en crochet*. Les extrémités des deux index et des deux médius gauches et droits réunis sont appliqués sur la paroi abdominale à droite de l'ombilic, dans un point où l'on se trouve sûrement au-dessous de la limite inférieure du foie. La paroi abdominale est déprimée, ni trop, ni trop peu, dans une mesure que l'expérience seule apprend. Les deux mains sont ainsi ramenées de bas en haut, en suivant le bord externe du grand droit droit dans la direction du rebord des côtes. On remonte, en pratiquant une série de petites secousses qui ont pour but d'accrocher le bord du foie lorsqu'on le rencontre. On doit chercher à l'accrocher de bas en haut, avec l'extrémité des doigts repliée en crochet comme si l'on voulait pénétrer sous son bord inférieur en déprimant la paroi abdominale. Les petites secousses répétées permettent de reconnaître plus facilement le bord du foie lorsqu'on le rencontre.

M. Catrin a proposé pour la recherche du bord de la rate hypertrophiée un procédé tout à fait analogue, il l'a dénommé palpation par effleurement; nous aimerions mieux dire *palpation par accrochement*. Lorsque le foie est gros ou descendu, on reconnaît souvent assez facilement son bord oblique sous le trajet de la ligne mamelonnaire, et on peut le suivre sur tout son prolongement.

Lorsque ses dimensions sont normales et qu'il n'est pas descendu on ne peut le trouver qu'à la région épigastrique au point où il traverse obliquement cette région.

Palpation respiratoire. — Nous avons supposé jusqu'à présent que le foie est un organe immobile; mais il n'en est rien : son bord inférieur s'élève pendant l'inspiration et s'abaisse pendant l'expiration, comme le diaphragme. Il faut tenir compte de ce mouvement alternatif d'abaissement et d'élé-

(1) A. Mathieu. Sur un procédé particulier de palpation du bord inférieur du foie, Soc. méd. des hôpitaux, séance du 9 mars 1894. — A. Mathieu. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, p. 54. — Mayer. *Technique et résultats de l'examen extérieur du foie chez les dyspeptiques*, Th. de Paris, 1900. — Cruet. *Modifications subies par le foie sous l'influence de l'alimentation insuffisante chez les dyspeptiques*, Th. de Paris, 1902.

vation, on peut s'en servir pour la palpation du foie. Il faut alors faire en quelque sorte que le foie vienne se *palper* contre les doigts.

Les mains sont placées comme il a été dit ci-dessus, les doigts accolés, leurs extrémités recourbées en crochet, la pulpe regardant en haut et en arrière. On déprime la paroi abdominale assez pour que les doigts puissent parvenir un peu en arrière du plan de la face antérieure et du bord antérieur du foie. Cette fois l'explorateur reste immobile, c'est le foie qui va se mobiliser par les mouvements respiratoires et venir heurter les doigts. L'explorateur se met à l'*affût*, pour employer une expression imagée de M. Glénard, à des points successifs, en se rapprochant de plus en plus du rebord des côtes droites. Le malade est engagé à exécuter des mouvements de respiration assez étendus. Le foie revient donc à un moment donné se *heurter* contre les doigts qui l'attendent à poste fixe. Si le sujet n'est pas trop gros et les parois abdominales trop épaisses, s'il se laisse palper aisément, sans défense musculaire, on perçoit ainsi facilement le bord du foie sur la ligne mamelonnaire lorsqu'il dépasse le rebord des fausses côtes à la fin de l'expiration. En tout cas, on le perçoit, le plus souvent, à la région épigastrique dans le point où il traverse obliquement cette région de haut en bas et de gauche à droite.

Par ce mode de palpation, on détermine quel est le point le plus bas auquel parvient le foie dans son excursion respiratoire. Souvent aussi on peut reconnaître quel est le point de départ du bord inférieur dans son mouvement de descente.

Il est souvent avantageux de combiner la palpation ascendante aux données de la palpation respiratoire, de comparer et d'additionner les renseignements qu'ils fournissent. La palpation respiratoire permet souvent de faire connaissance avec le bord du foie, de le reconnaître, et de le suivre ensuite beaucoup plus facilement sur toute son étendue.

Souvent il est avantageux de faire coucher le malade à demi sur le côté gauche. Le foie a alors tendance à tomber vers la gauche, ce qui rend sa palpation plus facile.

Il va sans dire que l'on comparera toujours les résultats fournis par la palpation à ceux que donne la percussion. Pour percuter l'extrême bord du foie, et ne pas méconnaître la partie la plus amincie de la lame que forme le bord antéro-inférieur, il convient de percuter très légèrement et très superficiellement, de préférence avec l'extrémité de l'ongle de l'index ou du médius droits sur le plat de l'ongle de l'index gauche.

Le médecin, au cours de son exploration, n'oubliera pas qu'il doit aborder le bord du foie, suivant une direction perpendiculaire à son bord. Il doit pratiquer la palpation hépatique chez les malades en plaçant ses mains exactement de la même façon qu'il le ferait s'il voulait se palper lui-même le foie. Il peut rester debout à la droite, mais, si le lit s'y prête, il peut se pencher par-dessus la tête du malade; il peut encore s'asseoir commodément sur le bord du lit à la hauteur de l'épaule du patient.

Palpation bimanuelle. — Dans quelques conditions, lorsqu'il est descendu, ptosé, le foie peut être exploré par le procédé de la palpation bimanuelle, telle que l'exécute Guyon pour le rein mobile.

La main gauche est introduite dans la région lombaire droite, elle soulève cette région d'arrière en avant, entre la dernière côte et la crête iliaque. Souvent déjà, lorsque le foie est descendu et surtout lorsqu'il est à la fois gros et descendu, la main a conscience de soulever un poids anormal. La main droite est placée sous le rebord des fausses côtes : elle pratique la palpation d'avant en arrière. Lorsque le foie est descendu, en combinant les mouvements des deux mains, on le reconnaît souvent assez facilement.

La main gauche, par une série de flexions brusques des doigts, soulève le foie, la main droite recherche en avant la sensation du ballottement.

Si le bord inférieur du foie, bord plus ou moins tranchant, est nettement perçu, il n'y a aucune difficulté, surtout si la palpation ascendante et respiratoire permet de le déterminer facilement. Il arrive que le foie et le rein droit soient ptosés en même temps et alors il devient assez difficile de déterminer où commence l'un et où finit l'autre. Il peut arriver encore que le rein droit soit très augmenté de volume, par exemple, en cas de cancer ou d'hydronéphrose. On n'oubliera pas, pour établir cette différenciation parfois difficile, que ce qui caractérise le mieux le foie, c'est son bord inférieur. C'est donc toujours lui qu'il faudra s'efforcer de reconnaître, de déterminer et de situer.

Nous pratiquons la palpation du foie telle que nous venons de la décrire depuis des années, à notre entière satisfaction. Nous croyons ces procédés d'un usage plus facile, et d'un enseignement plus précis que les procédés antérieurs ou contemporains. Cela peut tenir à ce que nous ne savons pas manier ces derniers et qu'en vertu de notre maladresse ils ne nous donnent pas tout ce qu'en obtiennent de plus habiles. Nous croyons cependant que les cliniciens ont intérêt à se servir des méthodes que nous venons de décrire ; nous espérons qu'ils en seront satisfaits, lorsqu'ils se seront donné la peine d'en faire l'apprentissage.

ACCIDENTS SYPHILITIQUES EN ACTIVITÉ

CHEZ UN TABÉTIQUE ET CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL (1)

Par M. le professeur GAUCHER
et M. BABONNEIX, interne des hôpitaux de Paris.

Après avoir été très vivement combattue, la théorie de l'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale a fini par rallier la majorité des suffrages, et il ne se trouve plus actuellement personne pour expliquer, par une simple coïncidence, la constance presque absolue de la syphilis dans les antécédents des tabétiques. Cette théorie, que M. le professeur Fournier a soutenue avec son habituel talent, s'appuie aujourd'hui sur un ensemble imposant de preuves : elle trouve une nouvelle confirmation dans l'existence, chez certains tabétiques ou paralytiques généraux, d'accidents syphilitiques en activité.

Considérés comme exceptionnels par quelques auteurs, ces accidents s'observent en réalité avec une certaine fréquence au cours des affections parasyphilitiques : aux cas qui en ont déjà été publiés, on peut ajouter les deux observations suivantes :

OBSERVATION I. — *Syphilis datant de cinq ans. Tabes. Erythème circiné tertiaire du genou gauche.* — P..., quarante-trois ans, tréfileur, entré salle Saint-Louis, n° 2, 11 avril 1902. Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires ; ses parents, respectivement âgés de soixante-douze et de soixante-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux, séance du 15 mai 1903.

quinze ans, sont très bien portants; ils ont eu quatre enfants: une fille actuellement âgée de quarante-quatre ans; le malade; un fils, actuellement âgé de quarante-deux ans, et enfin une fille qui serait morte subitement à dix-sept ans. Il ne semble pas y avoir, tant dans les ascendants directs que dans les collatéraux, d'hérédité névropathique ou arthritique.

Il n'y a rien non plus à signaler dans les antécédents personnels du malade. Celui-ci a toujours joui d'une bonne santé: il a accompli sans peine ses quatre années de service militaire; une fois revenu à la vie civile, il a exercé, sans interruption, le métier de tréfileur, qu'il pratique depuis l'âge de quinze ans.

Le seul accident pathologique à signaler est la *syphilis*. Il y a cinq ans, le malade a contracté un chancre du menton pour lequel il est venu se faire soigner à la salle Bichat, où on lui a prescrit, pendant les trois mois qu'il y est resté, des pilules, des piqûres et de l'iodure. La roséole a été précoce et abondante; le malade affirme n'avoir jamais eu de plaques muqueuses buccales ou autres.

Il n'y a rien eu de nouveau jusqu'à il y a deux mois. A cette époque, le malade qui, depuis longtemps, avait cessé de se traiter, a remarqué que sa vue baissait progressivement et qu'il avait comme un brouillard devant les yeux; il ne paraît pas avoir eu de diplopie à ce moment. Il lui arrivait aussi d'avoir, par instants, des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et de perdre ses urines en travaillant: c'est pour cet ensemble de troubles qu'il entra à la salle Saint-Louis, n° 2, le 11 avril 1903.

Etat actuel. — Le malade n'est que peu ataxique; il marche sans heurter ses jambes; il tourne facilement au commandement, il ne présente même dans la station verticale, lorsqu'il a les yeux fermés, qu'une ébauche de signe de Romberg. Au lit, l'hésitation motrice est peut-être un peu plus prononcée, et, lorsqu'on dit au malade de croiser les jambes ou de toucher avec son pied tel ou tel point du plan du lit, il y a une hésitation assez sensible. De même, les membres supérieurs, dans l'exécution des mouvements délicats, laissent percevoir quelque maladresse.

Les *réflexes tendineux sont abolis*; qu'il s'agisse des réflexes achilléens ou rotuliens ou encore des réflexes du coude. Les réflexes rotuliens ne peuvent être réveillés, même par la manœuvre de Jendrassik. Les réflexes cutanés sont relativement conservés; le réflexe crémastérien est à peu près normal.

Il y a peu de troubles sensitifs. En dehors des *douleurs* fulgurantes dont nous avons déjà parlé, le malade n'éprouve aucun trouble subjectif de la sensibilité; sa sensibilité au tact, à la température et à la douleur paraît normale. Il en est de même du sens musculaire.

Des troubles sensoriels, les plus importants sont les *troubles oculaires*. Le malade a remarqué que sa vue baissait; il ne peut plus lire à la même distance qu'auparavant; il a constamment un brouillard devant les yeux; de plus, ses pupilles ne réagissent plus à la lumière, tandis qu'elles se modifient encore sous l'influence de l'accommodation; il y a donc chez ce malade un signe d'Argyll des plus manifestes; les pupilles sont immobiles; il existait, à l'entrée, une inégalité pupillaire marquée, la pupille gauche étant beaucoup plus grande que la droite; cette différence, tout en s'atténuant, est encore sensible aujourd'hui.

Il existe, de temps à autre, *quelques légers troubles vésicaux* caractérisés par de l'incontinence d'urine. Il n'y a pas de troubles trophiques appréciables, pas d'arthropathies ni de maux perforants; l'intelligence est normale et la parole correcte; sans l'inégalité pupillaire que nous venons de signaler, il n'existe aucun signe de paralysie générale associée, l'état général est bon; le malade a bon appétit; il dort bien; il n'a pas maigri pendant les derniers temps.

Sur les confins de la face antérieure et latérale interne du genou gauche, on voit une *syphilide circinée*, constituée par une série d'éléments papuleux, de couleur jambonnée. Ces éléments se sont groupés suivant un contour arrondi, arciforme, dont la concavité regarde la face interne du genou; il s'agit évidemment d'une syphilide circinée typique.

Obs. II. — *Syphilis il y a dix ans. Paralysie générale; syphilide psoriasiforme de la main gauche.* — H..., quarante-quatre ans, chaudronnier. Entré salle Saint-Louis n° 7, le 20 avril 1903.

Le malade entre à l'hôpital pour les lésions qu'il présente à la face palmaire de la main gauche.

Il est très difficile de lui faire préciser ses antécédents héréditaires ou personnels; tout ce qu'il se rappelle, c'est qu'*il a eu la syphilis il y a dix ans*. A cette époque il aurait eu un chancre de la verge, chancre soigné en ville par un médecin, et diagnostiqué chancre induré; les accidents secondaires ont passé inaperçus. Quant aux accidents palmaires, pour lesquels le malade est entré à Saint-Louis, ils remontent déjà à plusieurs années, sans qu'il soit possible de faire préciser au malade leur véritable début; depuis leur apparition ils n'ont que peu varié. Enfin, depuis cinq ou six mois, se sont développés des troubles de la parole, troubles dont le malade se rend compte, et qu'il signale luimême au cours de l'interrogatoire.

Il est impossible de tirer d'autres explications du malade qui confond et embrouille tous ses souvenirs.

Etat actuel. — Le malade présente la plupart des signes de la paralysie générale confirmée. Il a un *embarras marqué de la parole*; il accroche et traîne en parlant; il lui arrive aussi de se tromper et d'employer un mot pour un autre; mais, fait important, et que nous avons déjà signalé, il se rend compte de cette difficulté de parole qu'il est le premier à signaler; *l'écriture est hésitante et embarrassée*; mais il n'y a pas de mots sautés ou écrits deux fois.

La langue est animée de tremblements fibrillaires, tremblements que l'on observe aussi, mais moins marqués et moins constants, au niveau des lèvres.

Les pupilles sont en myosis, mais elles ne sont pas déformées; il n'y a pas d'inégalité pupillaire, mais il existe un signe d'Argyll des plus manifestes.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, mais inégalement.

Il existe une *ébauche de signe de Romberg* au point de vue psychique, le malade est dans une parfaite quiétude; il va bien; il gagne largement sa vie; sa mémoire est excellente, et, n'était son petit embarras de parole, il serait absolument satisfait de son sort.

En plus de ces symptômes qui caractérisent une périencéphalite classique, le malade présente *des lésions spécifiques incontestables de la face palmaire de la main gauche.* En cet endroit, existent de nombreuses syphilides psoriasiformes peu volumineuses, des dimensions d'une petite lentille, circinées, recouvertes de squames blanchâtres; ces syphilides, qui se groupent parfois par séries de quatre ou cinq, sont plus nombreuses à la racine de la main que vers les plis digito-palmaires; on en retrouve encore quelques-unes à la face palmaire du médius et de l'annulaire. Les plus volumineuses se voient au niveau des plis digitaux.

Ces lésions sont presque exclusivement unilatérales; sur l'autre main, il existe de la kératodermie, des durillons professionnels, mais très peu de lésions spécifiques.

De ces deux observations, la première a évidemment trait à un tabes, que caractérisent l'abolition des réflexes rotuliens, le signe d'Argyll-Robertson, les douleurs fulgurantes, les troubles vésicaux. Quant à la seconde, elle concerne une paralysie générale classique. Dans ces deux cas,

nous relevons l'existence d'accidents syphilitiques en activité. Le premier malade est porteur d'une syphilide circinée tertiaire du genou, le second de syphilides psoriasiformes de la paume. Ces faits contribuent encore, comme nous l'avons dit, à démontrer l'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale; ils établissent surtout que, contrairement à l'assertion que l'on portait récemment à la Société de dermatologie, les accidents syphilitiques en activité sont loin de constituer une exception au cours des affections parasyphilitiques.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(15 mai 1903)

Une communication de MM. Gaucher et Babonneix étant insérée *in extenso* ci-dessus, notre compte rendu se trouve un peu réduit, car la séance fut pauvre.

Signalons une observation intéressante de M. Galliard, qui attire à nouveau l'attention sur le **tatouage saturnin de la muqueuse des lèvres**; signe évidemment plus rare que le liséré de Burton, que tout le monde connaît et recherche, mais qui, au point de vue séméiologique, peut acquérir une grande importance. Chez une malade intoxiquée par le plomb, le liséré gingival, extrêmement dense, s'était décalqué, pour ainsi dire, sur la muqueuse des deux lèvres où la raie pigmentaire reproduisait exactement toutes les sinuosités du bord des gencives. La raie pigmentaire, dit M. Galliard, était bordée de gris, comme si la couleur avait « bavé ».

M. Dobrowitch, au nom de son maître M. Marie et en son nom, présente des pièces anatomiques assez curieuses et qui démontrent que, dans une colonne vertébrale, des lésions peuvent ne porter que sur les vertèbres, les articulations des membres étant libres, avec ossification des disques intervertébraux et des ligaments. Ces faits, difficiles à classer, sont évidemment différents des lésions dues à la **spondylose rhizomélique**.

MM. Belin et Delherm rapportent une observation de **colique de plomb**, guérie par le lavement électrique.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[Madrid, 23-30 avril 1903 (1)]

Sérothérapie de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Par le docteur Albert Josias (de Paris),
Membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Bretonneau.

La découverte de la sérothérapie antidiphtérique a orienté la thérapeutique vers des voies toutes nouvelles. Il était rationnel de rechercher pour la fièvre typhoïde, maladie infectieuse et toxique, comme la diphtérie, un sérum doué de propriétés anti-infectieuses et antitoxiques.

Chantemesse et Widal, en 1892, en tentèrent les premiers essais. Ils vaccinaient des animaux de laboratoire contre des doses de plus en plus grandes de bacilles typhiques vivants et morts, et obtenaient un sérum jouissant de propriétés anti-infectieuses, c'est-à-dire qu'injecté préventivement à des animaux sains, ce sérum les protégeait contre une dose mortelle de microbes, inoculée quelques heures après. Le sérum préventif était dépourvu chez l'homme de toute action efficace contre la fièvre typhoïde; il ne s'adressait en effet qu'au microbe et nullement à sa toxine.

Il fallait donc obtenir un sérum à la fois antibactérien, agissant sur les bacilles répandus dans tous les viscères, et antitoxique, faisant mieux tolérer par l'organisme l'action du poison sécrété par les microbes.

Pour immuniser des animaux contre l'intoxication typhique et obtenir l'antitoxine, on devait d'abord chercher à isoler la vraie toxine typhique soluble, celle que le bacille d'Eberth sécrète activement dans le corps des malades. Sanarelli n'avait extrait de vieilles cultures de bacilles typhiques, par macération très prolongée, qu'une typhotoxine dont le pouvoir vénéneux était à la vérité très grand, mais représentait autre chose que les substances toxiques vraiment spécifiques élaborées chez l'homme par le bacille d'Eberth. Aussi ne pouvait-on obtenir avec elle de sérum antitoxique réellement actif.

Chantemesse, le premier, comme il le fit connaître au congrès de Madrid en 1898, découvrit ce produit soluble, fabriqué rapidement dans les cultures par le bacille d'Eberth et séparé par la filtration des microbes vivants. Il établit son mode de préparation et ses principales propriétés, notamment sa production rapide dans certains milieux et sa disparition non moins rapide, sa résistance relative à la chaleur, et sa fragilité à l'égard de l'oxygène.

Le cheval est très sensible à cette toxine, mais son accoutumance est très lente et très pénible : Chantemesse réussit cependant à obtenir chez lui un sérum actif.

Les résultats acquis jusqu'ici, à la suite des injections de ce sérum antityphoïde, sont de deux sortes : ils relèvent, d'une part, de l'expérimentation, d'autre part, de la thérapeutique humaine.

Par l'inoculation aux animaux, Chantemesse montra tout d'abord que ce sérum possédait réellement des propriétés anti-infectieuses et antitoxiques; ces faits expérimentaux jettent sur la sérothérapie antityphoïde et sur son mécanisme une vive lumière. Il prouva tout d'abord l'action anti-infectieuse et préventive de ce sérum de la facon suivante. Il injectait sous la peau de l'oreille de deux lapins de l'émulsion de bacilles typhiques dans l'eau physiologique. L'un de ces animaux avait reçu la veille un peu de sérum antityphoïde. Au bout de cinq ou six heures, on retrouvait dans l'exsudat auriculaire du lapin témoin les bacilles typhiques « pullulant en liberté comme dans un bouillon de culture », tandis que, dans l'oreille du lapin qui avait reçu le sérum, l'immense majorité des bacilles était englobée dans le protoplasma des leucocytes mono et polynucléaires. De plus la culture sur goutte pendante, de l'exsudat pris au bout de sept heures chez ce lapin, ne se développait pas. On peut donc conclure que l'injection préventive de sérum sensibilise les microbes et constitue un traitement anti-infectieux.

Elle représente également un traitement antitoxique. Cette propriété se juge par ce fait que le lapin, traité préventivement par l'injection de sérum, supporte sans danger une quantité de toxine double de celle qui, en trente-six heures, provoque la mort du témoin. La leucopénie si caractéristique, qu'on rencontre chez l'animal neuf après l'inoculation du virus, manque presque totalement chez l'animal qui a reçu préventivement du sérum. Si l'injection sérothérapique intervient trop tard après le début de l'intoxication et que celle-ci soit forte, la réaction favorable est comme inhibée et ne se produit pas.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 49, p. 486; n° 56, p. 553; n° 58, p. 580.

De ces faits expérimentaux découlent les conclusions suivantes :

Le sérum antityphoïde de Chantemesse est doué de propriétés anti-infectieuses et antitoxiques chez l'animal. Il agit surtout en exaltant l'activité des phagocytes et des appareils lencopoiétiques, générateurs de ces mêmes phagocytes (rate et moelle osseuse). C'est donc avant tout un excitant phagocytaire, ne témoignant toute sa puissance qu'autant que les appareils lymphoïdes et myéloïdes sont capables de répondre à son appel.

C'est pour cette raison que le sérum est surtout utile au début de la toxi-infection; c'est pour cette même raison qu'il faut en donner des doses faibles lorsque l'intoxication est profonde; en agissant autrement on risque de sidérer la réaction des phagocytes.

Le sérum antityphoïde possède-t-il chez l'homme le même pouvoir préventif et curatif?

Cette question ne peut être résolue que par la comparaison rigoureuse et prolongée des résultats donnés par la sérothérapie antityphoïde avec ceux que fournissent les autres méthodes thérapeutiques employées antérieurement.

Pour établir cette comparaison, Chantemesse a relevé pendant vingt mois la mortalité de la fièvre typhoïde d'une part sur les registres officiels de tous les hôpitaux de Paris, et d'autre part sur le registre officiel du Bastion 29.

Dans ce bastion, on a employé le sérum antityphoïde et la balnéation, tandis que, dans les autres hôpitaux parisiens, les malades ont été traités avec la même balnéation et les agents pharmaceutiques ordinaires. Ces derniers malades servent, pour ainsi dire, de témoins à ceux soignés au Bastion 29.

Voici les résultats de cette enquête :

Du 1er avril 1901 au 1er décembre 1902, **1478** cas de fièvre typhoïde ont été observés dans les hôpitaux de Paris et ont donné lieu à **286** décès : soit une mortalité de **19,3 p. 100.**

Du 1er avril 1901 au 20 décembre 1902, M. Chantemesse a soigné, au Bastion 29, **186** malades, dont **7** ont succombé; soit une mortalité de **3,7 p. 100.**

Si nous ajoutons à ces 186 malades, tous les autres cas de fièvre typhoïde soignés par le sérum de Chantemesse, tant à Paris qu'à Toulon, nous aboutissons à un chiffre total de 507 cas, ayant donné **30** morts, soit une mortalité inférieure à **6** p. **100.**

Ces résultats sont tellement supérieurs à ceux obtenus dans les autres services hospitaliers, qu'on ne saurait les attribuer à une série heureuse. La balnéation ayant été employée en même temps que la sérothérapie, on a objecté que les bons effets obtenus n'étaient pas dus au sérum, mais aux bains froids. Cet argument ne résiste pas à l'examen, car, ainsi que le fait observer M. Chantemesse, l'hydrothérapie la plus parfaite n'a jamais pu, à ne considérer que les statistiques *les plus favorables* et celles que l'on peut contrôler par le cahier officiel de l'hôpital, faire tomber la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux d'adultes au-dessous de **12** p. **100.**

Les complications étaient rares chez les malades soignés par M. Chantemesse, à l'exception de la perforation intestinale qui a été observée 5 fois sur 186 malades. On sait par les statistiques de Murchison, de Griesinger, de Flint, portant sur un très grand chiffre de malades, que le nombre moyen des cas de perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde est de 2 3/4 à 3 p. 100.

Toutefois, la perforation, dans les cas de M. Chantemesse, n'est survenue que chez des malades injectés tardivement, après le neuvième et le douzième jour de la maladie. Jamais on n'a observé de perforation chez des sujets traités par le sérum à une période plus rapprochée du début. La perforation est due, en effet, à la nécrose de la paroi intestinale qui est déjà faite au commencement du deuxième septenaire. Si le sérum est injecté de bonne heure, il prévient la gangrène totale de l'intestin et met obstacle à sa perforation.

A l'hôpital de Saint-Mandrier (de Toulon), où le sérum a été généralement injecté au début de la maladie, MM. les docteurs Planté et Foucault n'ont enregistré qu'un seul cas de perforation intestinale sur **151** malades atteints de fièvre typhoïde, il s'agissait d'un homme qui avait reçu le sérum le huitième jour seulement.

L'efficacité du sérum est encore démontrée de la façon la plus évidente par la cure de certains accidents locaux qui surviennent pendant la convalescence de la fièvre typhoïde : M. Chantemesse a vu, à plusieurs reprises, guérir des ostéites et des périostites sous l'influence de l'injection locale d'une ou deux gouttes de sérum antityphoïde répétées tous les quinze jours.

Avant de soumettre à votre appréciation ma statistique personnelle, basée sur 50 cas de fièvre typhoïde, tous observés dans un hôpital d'enfants à Paris, l'hôpital Bretonneau, j'ai tenu à vous présenter un résumé succinct des recherches expérimentales et cliniques de M. le professeur Chantemesse sur la sérothérapie de la fièvre typhoïde.

Les résultats publiés sont encourageants. Je n'ai pas hésité à appliquer ce sérum chez les enfants, car il n'a jamais causé le moindre accident chez les enfants de M. Chantemesse.

Je n'ai eu qu'à me louer de cette tentative; sur les 50 malades traités, aucun n'a présenté de phénomène local ni de troubles de la santé générale, imputables au sérum. Je n'ai même pas noté ces éruptions polymorphes qu'on observe si fréquemment après l'injection de sérum antidiphtérique ou de sérum antistreptococcique.

Du reste, les doses injectées sont minimes :

1 centimètre cube de sérum pour 30 kilos du poids du corps, pour les cas ordinaires soignés au début. Cette dose doit être diminuée de moitié quand on intervient tardivement, chez des malades fortement intoxiqués atteints d'adynamie, de délire ou d'ataxie très prononcée.

La technique employée est des plus simples. Elle consiste, après avoir lavé la partie supérieure et antéro-externe de l'avant-bras, avec les solutions antiseptiques, à injecter avec une seringue de Lüer la dose proportionnée au poids du corps, puis à appliquer de l'ouate collodionnée au point de la piqûre.

Pendant les vingt-quatre premières heures l'enfant est soumis à une diète hydrique, et boit 2 à 3 litres d'une infusion de queues de cerises; pendant les deuxièmes vingt-quatre heures, 1 litre de lait et 2 litres d'infusion; pendant les troisièmes vingt-quatre heures, 2 litres de lait et 1 litre d'infusion. A partir du quatrième jour de l'injection, l'enfant est remis au lait et au bouillon.

Malgré l'injection de sérum, l'enfant est soumis, comme par le passé, au bain froid systématique à 22 degrés, toutes les trois heures, lorsque la température centrale accuse 39 degrés ou au-dessus; il prend en outre deux lavements froids par jour; en un mot, nos malades atteints de la fièvre typhoïde subissent l'action balnéaire froide et simultanément celle du sérum antityphoïde.

Ce sérum et cette balnéation ont été prescrits aussitôt que le diagnostic de la fièvre typhoïde a été confirmé soit par le séro-diagnostic, soit par l'apparition des taches rosées.

Dans chaque cas, en effet, la séro-réaction a été recherchée par le mélange d'une goutte de sérum typhique à L et à C gouttes de culture en bouillon de bacille d'Eberth. La mesure du pouvoir agglutinant se faisait par le temps que les amas de bacilles mettaient à se former. L'examen était prolongé pendant deux à trois heures. Sur 50 malades, 45 fois le séro-diagnostic fut positif à l'entrée à l'hôpital. Dans les 5 autres cas, qui ont nécessité plusieurs examens du sang (11 dans un cas) la réaction apparut le dixième jour de la maladie, le quatorzième, le dix-huitième, le vingt-et-unième et le trentième jour.

Les injections du sérum antityphoïde ont été faites à des époques diverses de la maladie.

Nous avons injecté : 3 malades au sixième jour, 5 au septième, 10 au huitième, 7 au neuvième, 8 au dixième, 5 au onzième, 3 au douzième, 2 au treizième, 1 au quinzième, 3 au seizième, 1 au dix-septième, 1 au dix-huitième, 1 au dix-neuvième.

Ces 50 observations nous permettent de préciser plusieurs résultats des plus intéressants.

D'une façon générale, le sérum antityphoïde a exercé une action sur la marche de la température. D'ordinaire, l'abaissement, plus ou moins marqué, s'est manifesté le jour même, dans les douze ou vingt-quatre premières heures; la descente s'est poursuivie souvent, d'une manière régulière et rapide, jusqu'à la guérison définitive. Dans certains cas, d'apparence plus grave, la température s'est abaissée, durant les premiers jours, pour se relever ensuite, sans que la fièvre ait, elle-même, une durée plus longue que de coutume.

Plusieurs de nos observations mentionnent l'action favorable, rapide et définitive, du sérum sur la fièvre et sur la durée de la maladie; dans ces cas, encore assez nombreux, puisqu'ils représentent à peu près le tiers de notre statistique, la maladie semble, en quelque sorte, jugulée.

Il est probable, qu'en injectant le sérum à une époque rapprochée du début, quand les forces de résistance du malade n'ont pas encore été anihilées par une intoxication profonde, on obtiendrait des guérisons plus rapides.

J'appuie cette affirmation sur les faits suivants :

Les malades qui font l'objet des observations, dans lesquelles la sérothérapie est intervenue de très bonne heure (au sixième et au septième jour de la maladie), ont eu des formes avortées et guéries rapidement; ces malades sont tombés à l'apyrexie respectivement, à partir du début de leur maladie, le treizième jour, le quatorzième, le dix-septième, le dix-neuvième, le vingt-et-unième, le vingt-deuxième et le vingt-quatrième jour.

Ceux qui ont été traités le huitième jour ont eu déjà une maladie un peu plus longue : vingt et un jours; 25 jours; quatorze jours; seize jours; seize jours; vingt-quatre jours; trente-neuf jours; vingt-huit jours; trente-sept jours; trente-neuf jours.

Les malades injectés seulement le neuvième jour ont été au nombre de sept; un a succombé au laryngo-typhus; les autres ont guéri le vingtième jour, le vingt-deuxième, le vingt-quatrième, le vingt-sixième, le trente-troisième et enfin le quarante-cinquième jour après une crise appendiculaire.

Je n'ai, dans la grande majorité de mes cas, pratiqué qu'une seule et unique injection de sérum à la dose que j'ai indiquée.

Dans l'ensemble de mes observations, quel qu'ait été le moment de la maladie, l'injection du sérum antityphoïde a abaissé la température, a provoqué la chute soit passagère soit définitive de la fièvre et a hâté la terminaison de la maladie.

Dans certains cas d'apparence grave et traités tardivement où la guérison est survenue d'ailleurs sans complication, le sérum n'a pas semblé exercer une action rapide ni sur la température, ni sur la durée de cette maladie.

L'état général des malades injectés s'est montré très satisfaisant dans la pluralité des cas; il s'est révélé d'autant meilleur que la température était influencée favorablement par le sérum.

Chez les enfants, il est assez difficile de recueillir les urines et de préciser la quantité des vingt-quatre heures; toutefois, nous sommes en mesure de déclarer que les urines étaient assez abondantes et ne contenaient de l'albumine que d'une façon passagère, surtout au début de la maladie. Aucun de nos malades n'a présenté de néphrite.

Pour ce qui concerne l'évolution de la maladie traitée par le sérum, plusieurs points sont à remarquer. Dans plusieurs observations, surtout dans celle où l'injection de sérum a été suivie en peu de jours d'un abaissement thermique jusqu'à la normale, j'ai vu survenir, sans raison apparente autre que l'élimination progressive du sérum, une sorte de réitération de la maladie, caractérisée par une ébauche de fièvre typhoïde nouvelle, de gravité très modérée, et s'arrêtant spontanément dans un délai de cinq à dix jours. Dans 4 observations sur mes 50 cas, j'ai vu survenir après la guérison une rechute bien caractérisée; trois fois elle s'est produite vingt-deux jours après l'injection de sérum, une fois onze jours après. Ces rechutes ont une durée éphémère et sont bénignes.

Les complications ont été exceptionnelles : un seul cas de péritonite par perforation s'est montré et a été suivi de mort. L'injection n'avait été pratiquée que le dixième jour de la maladie et la perforation s'est produite dans la même journée. J'avais noté que l'enfant se plaignait depuis quelques jours de douleurs dans l'abdomen, assez vives pour faire redouter une complication péritonéale; un cas de laryngo-typhus mortel avec broncho-pneumonie; un cas de contracture du poignet gauche avec tremblement athétosique, au trente-cinquième jour; des otites légères.

Nous n'avons observé aucune hémorragie intestinale, ni aucun de ces accidents qu'on rencontre si fréquemment dans la convalescence.

Deux de nos malades ont succombé à la diphtérie contractée dans notre service dans des conditions bien précises et bien spéciales. A la date du 1er mars 1903, j'ai pris possession du service de la diphtérie à l'hôpital Bretonneau; quelques jours plus tard, la diphtérie a fait son apparition dans mes salles communes de médecine, importée incontestablement par les élèves du service. Divers malades ont été atteints.

Le premier enfant contaminé fut une fillette atteinte d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique grave, sans aucune complication. La diphtérie se signala par des exsudats membraneux grisâtres, d'apparence gangreneuse, sur tout l'isthme du gosier, sur les amygdales, le pharynx; elle se compliqua de bubons cervicaux, d'albuminurie, de faiblesse

cardiaque, et se termina par la mort, malgré les injections de sérum antidiphtérique (80 centimètres cubes). A l'autopsie, les plaques de Peyer étaient pour la plupart en voie de bourgeonnement et de cicatrisation. Le deuxième enfant contaminé est une jeune fille, convalescente d'une fièvre typhoïde; atteinte d'une angine diphtérique bactériologique; elle est morte presque subitement. A l'autopsie, les plaques de Peyer étaient cicatrisées presque en totalité, mais le larynx apparut parsemé de fausses membranes renfermant du bacille de Loeffler moyen et long.

Ces deux enfants ont donc succombé non à la fièvre typhoïde, mais à la diphtérie; ils étaient en bonne voie de guérison de leur fièvre typhoïde avant de subir, par un contage malheureux, l'action du poison diphtérique. Pour ces raisons, il me semble irrationnel de comprendre ces deux cas dans une statistique de décès par fièvre typhoïde.

L'influence favorable du sérum antityphoïde sur la mortalité de la fièvre typhoïde m'a paru des plus évidentes. On admet à tort que la dothiénenterie des enfants est toujours bénigne. Brand s'était déjà élevé contre cette assertion. M. Chantemesse a dépouillé le registre de la mortalité par fièvre typhoïde de l'hôpital des Enfants-Malades, et il a vu qu'en 1899-1900 et 1901 (jusqu'au 18 octobre) il y avait eu dans cet hôpital 404 cas de fièvre typhoïde qui avaient donné 40 morts, soit 10 p. 100 de mortalité.

Afin de contrôler la valeur du sérum antityphoïde, il m'a paru intéressant de relever le chiffre de la mortalité pendant une même période de temps, dans les divers hôpitaux d'enfants de Paris où l'on emploie pas le sérum antityphoïde, et de l'opposer à la statistique de mon service de l'hôpital Bretonneau. Je rappelle que dans les hôpitaux d'enfants de Paris, on combat la fièvre typhoïde par les méthodes ordinaires, notamment par la méthode de Brand; dans mon service j'ai employé simultanément le sérum antityphoïde et le bain froid à 22 degrés.

Hopitaux d'enfants a Paris. — 1° *Relevé officiel des enfants traités pour la fièvre typhoïde* (1er mars 1902 - 1er mars 1903). — A. Hôpital Trousseau, 67 enfants soignés, 13 décès; B. Hôpital Hérold, 20 malades soignés, 3 décès; C. Hôpital des Enfants-Malades, 82 malades soignés (dont 7 encore en traitement), 8 décès. Total global, 169 malades, 24 décès, soit 14,2 p. 100.

2° *Relevé officiel des enfants traités par le sérum dans mon service de l'hôpital Bretonneau.* — Hôpital Bretonneau, service de M. le docteur Josias (1er mars 1902 - 1er mars 1903), 50 malades, 2 décès, soit 4 p. 100.

Les résultats de ce tableau de la fièvre typhoïde infantile traitée par la sérothérapie se rapprochent singulièrement de ceux qui ont été observés chez l'adulte par M. Chantemesse. De leur examen découlent deux conclusions :

1° La moyenne de la mortalité par fièvre typhoïde dans les hôpitaux d'enfants de Paris où l'on emploie l'hydrothérapie froide, du 1er mars 1902 au 1er mars 1903, a été de 14,2 p. 100;

2° La moyenne de la mortalité par fièvre typhoïde traitée par la sérothérapie et l'hydrothérapie froide, dans mon service de l'hôpital Bretonneau pendant la même période de temps, s'est abaissée à 4 p. 100.

Cette statistique est des plus encourageantes et tend à établir que le sérum antityphoïde s'est montré réellement efficace. Il a apporté une aide puissante aux effets qui découlent de l'application de l'hydrothérapie froide.

Certes je ne voudrais pas avancer des inductions téméraires ni porter un jugement définitif sur le bénéfice de vies humaines que l'on est en droit d'attendre de la sérothérapie, employée dans un nombre encore restreint de cas. Et cependant il est incontestable que mes résultats concordent avec ceux que M. Chantemesse publiait dès le mois de novembre 1901. Ils permettent d'affirmer que l'injection de sérum, jointe à la balnéation et appliquée avec une technique convenable, a diminué la mortalité de la fièvre typhoïde plus que n'auraient pu le faire les méthodes thérapeutiques usuelles. Nous serons définitivement fixés le jour où le nombre des cas traités sera assez considérable pour qu'on ne puisse plus, pour expliquer les résultats, invoquer le prétexte ou la chance d'une série heureuse.

En attendant que l'avenir nous apporte ce surcroît de preuves, il est permis, en se basant sur des faits acquis et contrôlés, d'envisager la découverte de Chantemesse comme un progrès scientifique qui se mesure à un nombre déjà important de vies humaines préservées.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire thérapeutique (1), par G. Lyon, lauréat de la Faculté (médaille d'argent), et P. Loiseau, lauréat des hôpitaux (médaille d'or), avec la collaboration de E. Lacaille, assistant à la clinique médicale de la Faculté de l'Hôtel-Dieu.

Le nouveau formulaire thérapeutique, présenté au public médical par MM. Lyon et Loiseau, diffère notablement de ses devanciers qui presque tous ne sont que des dictionnaires où sont accumulés des renseignements pharmacologiques, d'innombrables formules, entassés un peu au hasard, sans règle bien définie. Les auteurs de ce nouveau recueil se sont proposé de présenter un tableau de la pharmacologie contemporaine, tel que tout détail suranné en soit écarté, tout médicament, toute médication importante mis en relief, que les médicaments d'action douteuse soient au contraire relégués au second plan; ils ont supprimé de parti pris les formules complexes qui encombrent les formulaires au grand détriment de la précision et de la clarté, qualités que l'on doit surtout demander à un ouvrage de ce genre. Le but poursuivi par MM. Lyon et Loiseau est d'indiquer au praticien *ce qu'il doit faire, ce qu'il ne doit pas faire, uniquement ce qu'il doit faire*. Des chapitres consacrés aux moyens hygiéniques et physiques, ont reçu des développements que justifie la part de plus en plus grande prise par ces agents en thérapeutique. Les renseignements précis et circonstanciés que les auteurs ont donnés sur leur mode d'emploi et leurs médications seront, très certainement, appréciés par les lecteurs. Des chapitres spéciaux sont consacrés à l'opothérapie, à la sérothérapie, à la vaccination, à l'aérothérapie, à la climatothérapie, etc., etc. Bref, c'est là un traité absolument complet, clair et bien compris.

Courtois-Suffit.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 25 au 30 mai 1903)

Examens de doctorat.

Lundi 25 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et Broca (Aug.)

(1) In-18, tiré sur papier indien très mince, relié maroquin souple. Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

5e (2e partie, nouveau régime), *Hôtel-Dieu* : MM. Brissaud, Roger et Bezançon ; — M. Remy, suppléant.

MARDI 27 MAI, à une heure. — 4e, *Salle Béclard* (1re série) : MM. Proust, Thoinot et Richaud ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Joffroy, Chassevant et Langlois ; — *Salle Thouret* (3e série) : MM. Chantemesse, Vaquez et Dupré ; — M. Guiart, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Albarran et Faure ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Schwartz et Auvray.

4e, (2e partie, nouveau régime), *Charité* : MM. Cornil, Troisier et Méry ; — M. Gouget, suppléant.

MERCREDI 27 MAI, à une heure. — 4e, *Salle Béclard* : MM. Hayem, Joffroy et Wurtz ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Terrier, Reclus et Legueu.

5e (2e partie, ancien régime), *Laënnec* (1re série) : MM. Dejerine, Roger et Widal ; — (2e série) : MM. Gaucher, Bezançon et Legry ; — M. Méry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Rieffel, suppléant.

JEUDI 28 MAI, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Proust, Thoinot et Chassevant ; — (2e série) : MM. Pouchet, Dupré et Wurtz ; — (3e série) : MM. Raymond, Vaquez et Langlois ; — M. Troisier, suppléant.

VENDREDI 29 MAI, à une heure. — 4e, *Salle Thouret* (1re série) : MM. Pouchet, Wurtz et Thoinot ; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Landouzy, Gaucher et Widal ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset ; — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Mauclaire ; — M. Roger, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 30 MAI, à une heure. — 4e : MM. Chantemesse, Richaud et Dupré ; — M. Schwartz, suppléant.

5e (2e partie, ancien régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Cornil, Letulle et Achard ; — (2e série) : MM. Raymand, Troisier et Méry ; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Chassevant, suppléant.

IIIe Congrès international des médecins de compagnies d'assurances (Paris 1903). — PROGRAMME DES TRAVAUX ET DES FÊTES. — Le Congrès siégera à l'hôtel des ingénieurs civils, 19, rue Blanche (IXe arrondissement).

Lundi 25 mai. — A deux heures, séance d'ouverture, présidée par M. le ministre du Commerce ; — discours de M. le ministre, de M. le professeur Brouardel, président du comité d'organisation ; — rapport de M. le docteur A. Siredey, secrétaire général ; — nomination du bureau.

Mardi 26 mai. — Séance du matin, à neuf heures : discussion des rapports de M. le docteur Moritz (de Saint-Pétersbourg), sur « les affections chroniques des veines » ; de M. le docteur Lereboullet (de Paris), sur « la goutte au point de vue des assurances sur la vie » ; de M. le docteur Grosse (de Leipzig), sur « le rhumatisme articulaire aigu en matière d'assurances sur la vie ». — Séance de l'après-midi, à deux heures : discussion des rapports de M. le docteur Mahillon (de Bruxelles), sur « l'asthme envisagé au point de vue de l'assurance sur la vie » ; de M. le docteur Edgar Hirtz (de Paris), sur « l'emphysème pulmonaire » ; de M. le docteur P. Bourcy (de Paris), sur « les anciens pleurétiques et l'assurance » ; de M. le docteur Snellen, de Zeist (Hollande), sur « la valeur de certaines mensurations au point de vue de la tuberculose ».

Mercredi 27 mai. — Séance du matin, à neuf heures : discussion des rapports de M. le docteur Poels (de Bruxelles), sur « les risques tarés : tuberculose des os et des articulations » ; de M. le docteur Th. H. Rockwell (de Londres) : « Quelques observations sur l'admissibilité des risques tarés ; » de M. Sven Palme (de Stockholm), sur « les nouvelles méthodes essayées dans les pays scandinaves pour l'admission des risques tarés ». — Séance de l'après-midi, à deux heures : discussion des rapports de M. le docteur A. Flachs, de Moinesti (Roumanie), sur « le coefficient de constitution » ; de M. le docteur A. Béclère (de Paris), sur « l'examen radioscopique chez les candidats à l'assurance sur la vie » ; de M. le docteur Weill-Mantou (de Paris), sur « l'intervention des spécialistes et des examens spéciaux dans l'assurance sur la vie » ; de M. le docteur L. Tissier (de Paris), « Doit-on assurer les femmes enceintes ? »

Jeudi 28 mai. — Séance du matin, à neuf heures : discussion des rapports de M. le docteur Van der Heide (d'Arnhem), sur « l'admission des candidats au-dessus de cinquante ans » ; de M. le docteur Garrigues (de Paris), sur « la lithiase biliaire dans ses rapports avec les assurances sur la vie », de M. le docteur H. Gillet (de Paris), sur « la lithiase rénale et l'assurance sur la vie ». — Séance de l'après-midi, à deux heures : discussion des rapports de M. le docteur Norton (de Paris), sur « l'obésité comme facteur dans l'assurance sur la vie » ; de M. le docteur Schulthess (de Zurich), sur « les déviations de la colonne vertébrale au point de vue du médecin d'assurances ; » de M. le docteur P. Redard (de Paris), sur « les déformations de la colonne vertébrale et du thorax au point de vue des assurances sur la vie » ; de M. le docteur P. Guillon (de Paris), sur « les rétrécissements et assurances sur la vie ». — Clôture du Congrès.

Fêtes et distractions offertes à MM. les membres du Congrès. — Lundi 25 mai, à neuf heures du soir, au siège du Congrès, 19, rue Blanche : réception des congressistes étrangers par le comité d'organisation du Congrès ; soirée musicale et dramatique organisée avec le concours d'artistes de la Comédie-Française, de l'Odéon, de l'Opéra et de l'Opéra-Comique.

Jeudi 28 mai, à sept heures et demie du soir : banquet par souscription.

Vendredi 29 mai : excursion au château de Chantilly par train spécial ; visite du château et du musée Condé ; promenade dans la forêt et au bord des étangs de Chantilly.

Les invités seront conduits en voiture de la gare au château et ramenés en train spécial.

Tous les congressistes et les personnes de leur famille qui les accompagnent pourront prendre part à cette excursion.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Relations directes entre Paris et l'Italie (viâ Mont-Cenis).* — Billets d'aller et retour de Paris à Turin, Milan, Gênes, Venise et Rome (viâ Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane). — Prix des billets : Turin, 1re classe, 148 fr. 10 ; 2e classe, 106 fr. 45 ; — Milan, 1re classe, 166 fr. 55 ; 2e classe, 121 fr. 70 ; — Gênes, 1re classe, 168 fr. 40 ; 2e classe, 120 fr. 05 ; — Venise, 1re classe, 218 fr. 95 ; 2e classe, 155 fr. 80 ; — Validité : 30 jours. — Rome, 1re classe, 266 fr. 70 ; 2e classe, 189 fr. 40 ; — Validité : 45 jours.

Ces billets sont délivrés toute l'année à la gare de Paris-Lyon-Méditerranée et dans les bureaux-succursales.

La validité des billets d'aller et retour Paris-Turin et Paris-Rome peut être prolongée moyennant le paiement d'un supplément de 10 p. 100. Elle est même portée gratuitement à 60 jours pour les billets d'aller et retour Paris-Turin lorsque les voyageurs justifient avoir pris à Paris ou à Turin un billet de voyage circulaire intérieur italien.

Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours. — Franchise de 30 kilogs de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Il est également délivré à Paris des billets d'aller et retour Turin-Palerme conjointement avec les billets d'aller et retour Paris-Turin ci-dessus. La durée de validité des billets Turin-Palerme est de 60 jours et les prix de ces billets sont les suivants : 317 fr. 30 en 1re classe et 222 fr. 60 en 2e classe.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Des sources de l'infection chez le nouveau-né.

Par le docteur G. KEIM,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris.

On appelle nouveau-né le nourrisson pendant les vingt premiers jours de la vie (Depaul); c'est la période de la formation de l'ombilic, celle de l'établissement définitif de la circulation porte et de l'involution des vaisseaux sanguins fœtaux inutiles [Marfan (1)]. Dans l'étude des sources de l'infection chez le nouveau-né, il est cependant, cliniquement, impossible de se maintenir dans les limites restreintes de cette définition. Des infections diverses peuvent, en effet, évoluer chez lui, infections dont l'origine était intra-utérine. Il est donc nécessaire d'étudier à part les portes d'entrée intra et extra-utérines, et de faire une place aux infections intra-vaginales qui entrent dans la classe des infections obstétricales de Marfan.

Ainsi, dès la conception, il peut y avoir infection soit par le spermatozoïde, soit par l'ovule, c'est la porte d'entrée des infections ovulaires. Dans un second stade, l'infection peut être d'origine placentaire, c'est l'infection fœtale. Les infections obstétricales peuvent constituer un véritable stade de transition entre les infections intra et extra-utérines; elles dépendent, en effet, de l'infection amniotique et de l'infection intra-vaginale. Enfin, après la naissance, le nouveau-né peut s'infecter au niveau des nombreuses portes d'entrée qu'il offre à l'infection et que nous étudierons dans un dernier chapitre.

I

Portes d'entrée intra-utérines. — A. INFECTIONS OVULAIRES. — a. *Spermatozode.* — Malgré l'expérimentation, malgré les faits cliniques, l'infection fœtale, d'origine paternelle, n'est pas démontrée avec certitude. Cependant, elle existe pour la syphilis, par exemple. Il est, en effet, évident qu'un enfant peut naître syphilitique d'un père syphilitique et d'une mère saine, qu'il peut y avoir une série d'avortements quand le père est syphilitique, que le traitement spécifique du père peut suffire à permettre aux grossesses d'aller à terme. Enfin, une preuve indirecte est l'existence de la syphilis conceptionnelle [Riocreux (1), Fournier (2)].

Pour la tuberculose, il n'y a pas encore de fait positif qui établisse qu'un fœtus puisse être procréé tuberculeux par son père. Les observations, comme celles de Landouzy, Bang, Samson, n'ont pas de valeur absolument démonstrative, et si le sperme est virulent dans la tuberculose génitale (Gaertner), il n'en est pas de même pour le sperme des tuberculeux sans lésions génitales (3).

b. *Ovule.* — L'infection d'origine maternelle peut, on le conçoit, se faire par des voies différentes, soit à travers le placenta, soit dans l'ovule même. La première voie est celle des infections fœtales, nous y reviendrons. Quant à la seconde qui est la véritable infection ovulaire, d'origine maternelle, elle est très discutable. A quel niveau de son trajet l'ovule serait-il, en effet, infecté, dans la trompe ou dans l'ovisac même? Dans la trompe, on a bien trouvé des bacilles tuberculeux, en cas de tuberculose péritonéale (Jani), mais déjà l'ovule est enveloppé d'une couche d'albumine qui gêne la pénétration du spermatozode (Coste) et doit s'opposer également à l'infection. L'infection de l'ovule se ferait-elle dans l'ovisac? Baumgarten l'affirme pour la tuberculose. Cependant, on sait que la tuberculose avec lésions, à la naissance, est exceptionnelle; que, bien que les tissus embryonnaires et fœtaux ne soient pas un mauvais terrain pour la tuberculose, celle-ci n'a jamais été rencontrée chez des fœtus âgés de moins de quatre mois [Küss (4)]. L'hérédité ovulaire ou, d'une façon plus générale, l'hérédité conceptionnelle est donc l'exception. Dans le cas d'infection maternelle, l'infection en dehors de l'ovule est la plus fréquente, en particulier celle qui se fait au travers du placenta. Elle constitue une nouvelle porte d'entrée de l'infection et n'est plus, au sens propre, un phénomène d'hérédité, mais plutôt une contagion *in utero*; c'est l'origine des infections fœtales ou placentaires.

(1) MARFAN. La vie infantile et ses périodes. *Semaine méd.*, 1896, p. 469.

(1) RIOCREUX. *Syphilis, hérédité paternelle*, Th. de Paris, 1880.
(2) FOURNIER. *L'hérédité syphilitique*, p. 66.
(3) KUSS. *De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine*, Th. de Paris, 1898.
(4) Thèse de KUSS, déjà citée, p. 40.

B. Infections fœtales ou placentaires. — Deux conditions sont nécessaires pour expliquer l'infection placentaire, l'une est l'infection sanguine, intense, généralisée, septicémique de la mère; l'autre est la perméabilité du placenta aux agents microbiens.

La théorie du placenta considéré comme filtre parfait fut établie, au début des recherches bactériologiques, successivement par Brauell en 1855 par inoculation du charbon à la brebis, puis par Davaine en 1864 sur des cobayes. Elle fut bientôt érigée en loi, celle de Brauell-Davaine.

Mais dès 1882 (1), Arloing, Cornevin et Thomas prouvaient la perméabilité du placenta au microbe du charbon symptomatique; puis Straus et Chamberland firent la même démonstration pour le charbon lui-même chez le cobaye (Marchand, Paltauf le constatèrent chez l'homme en 1888), Chambrelent pour le colibacille du choléra des poules; Neuhauss (1886), Chantemesse et Widal (1887) pour le bacille d'Eberth; Netter pour le pneumocoque, en 1886 chez le cobaye, en 1889 pour l'homme, quand la pneumonie se complique d'infection sanguine. Chambrelent et Sabrazès (1892) ont vu que le streptocoque passe de la mère au fœtus chez le lapin. Auché (1892) a retrouvé des staphylocoques et des streptocoques dans le foie et le sang de fœtus rejetés par avortement chez des femmes atteintes de variole. Enfin des constatations semblables ont été faites pour la morve (Cadéac et Malet, 1887), pour le paludisme (Bouzian, 1892).

Restaient à connaître les conditions qui favorisaient le passage des microbes à travers le placenta. Deux opinions sont en présence : pour les uns, l'infection fœtale suppose nécessairement des lésions placentaires; pour les autres, le passage est possible avec un placenta histologiquement normal.

La première opinion, acceptée par la majorité des auteurs, repose sur les deux lois suivantes : *a*. Les germes qui sont dans le sang trouvent des barrières infranchissables dans les muqueuses normales intactes (loi de Wyssokowitch); *b*. Quand le sang fœtal est envahi, c'est à la faveur de lésions placentaires, telles que rupture des villosités choriales et hémorragies (Malvoz). Les résultats sont différents selon la structure du placenta, variable d'une espèce à l'autre.

L'absence des lésions a été démontrée par Sabrazès et Chambrelent chez des lapines infectées par le streptocoque, et par Ausset dans ses recherches sur le charbon bactéridien. Il est probable que les deux théories renferment chacune une part de vérité et que tout dépend de la maladie en cause et de l'espèce animale considérée.

Une autre condition favoriserait encore le passage des germes, c'est l'imprégnation maternelle par les toxines microbiennes, et, généralement, par toutes sortes de poisons solubles. Charrin et Duclert (2) ont, en effet, montré que les toxines diminuent notablement l'imperméabilité placentaire. Le passage des microbes peut être ainsi facilité par des altérations probablement épithéliales consécutives à un empoisonnement toxinique ou médicamenteux.

En résumé, les infections qui laissent le placenta indemne épargnent habituellement le fœtus; celles qui altèrent le placenta atteignent en général le produit de conception [Marfan (1)].

La transmission placentaire des germes infectieux serait même beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense, d'après les recherches de Galippe et celles d'Ausset. Galippe, ensemençant des organes d'enfants mort-nés à la suite d'un accident obstétrical, les a trouvés très souvent fertiles. Ausset (2) s'est servi du procédé de broiement au pilon des organes du fœtus en entier. Il est arrivé à déceler la bactéridie dans des cas de charbon, le bacille dans des cas de tuberculose fœtale, par exemple, alors que les cultures et les inoculations pratiquées par simple prélèvement des organes, sans mélange préalable, avaient donné des résultats négatifs.

Quoi qu'il en soit, l'infection, qui a pénétré dans l'organisme fœtal par la porte d'entrée placentaire, aura une évolution variable selon les conditions d'infection : selon que la mère a été infectée avant ou après la conception, selon la période d'évolution de la maladie de la mère et selon son traitement.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de décrire les diverses infections (3). Nous dirons seulement qu'elles peuvent retentir cliniquement de plusieurs manières sur le fœtus : soit en produisant son expulsion prématurée; soit en le tuant *in utero* tout en l'y laissant jusqu'au terme de la grossesse; soit en faisant souffrir le fœtus; soit en le laissant aller à terme et en le tuant avant l'accouchement, ou en le laissant vivre, mais atteint soit de faiblesse congénitale, soit de lésions des divers organes. L'infection peut, encore, rester latente et ne se manifester que plus tard, c'est l'infection tardive, ainsi pour la syphilis (Fournier), pour la tuberculose (Baumgarten). Enfin, un dernier mode d'action de l'infection sur le fœtus est celui qu'ont indiqué Gley (4), Charrin et Nobécourt (5); par leurs expériences, ces auteurs ont montré que les petits des animaux infectés étaient chétifs, malingres, avec des arrêts de développement des poils, des oreilles, des membres, et ainsi apparaît un lien entre l'infection et la malformation. Les infections chroniques ont une action semblable en pathologie humaine (6).

II

Portes d'entrée intra-utérines et intra-vaginales. — Infections obstétricales. — C'est une classe d'infection intermédiaire entre l'infection utérine pendant la grossesse et l'infection extra-génitale; c'est l'infection qui est en rapport avec un des actes de la parturition. Dans la période d'effacement et de dilatation, elle se fera dans l'œuf même, avant, pendant ou après la rupture de la poche des eaux. Dans la période d'expulsion elle se fera dans le vagin.

Pour comprendre le mécanisme pathogénique de ces in-

(1) Demelin. Infections intra-utérines du fœtus, la syphilis exceptée; voir *Revues et Mém d'obstétr.*, p. 9, et Secheyron, même sujet; voir *Semaine gynécol.*, 1896, p. 201 et 210.

(2) Charrin et Duclert. Des conditions qui règlent le passage des microbes au travers du placenta, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1894, p. 563 et 476.

(1) Marfan. Infections congénitales des nouveau-nés, *Revue prat. d'obstétr. et pédiatr.*, 1894, p. 97.

(2) Ausset. Des infections intra-utérines du fœtus, *Bull. méd. du Nord*, 1896.

(3) Voir Lop. Des infections maternelles; de leur influence sur la santé du fœtus. *Gaz. des hôpit.*, 1898, n° 9.

(4) Gley. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1890, 1891, 1892, 1893.

(5) Charrin et Nobécourt. *Arch. de physiol.*, 1896.

(6) Voir thèse Edm. Fournier pour l'hérédo-syphilis (1898); — G. Keim. *Gémellité et malformations en rapport avec l'hérédo-tuberculose*; — G. Keim. Observations inédites in thèse Jeannerat : *De l'hérédité paratuberculeuse*, 1899.

fections, il faut rappeler les conditions bactériologiques de l'utérus, de l'œuf et du vagin au début du travail.

L'œuf normal est stérile; le liquide amniotique est aseptique. La cavité de l'utérus sain qui, à l'état non gravide, est aseptique, reste stérile durant la grossesse et l'accouchement (Winter). Les recherches de Dœrderlein, Czerniewski, von Franqué ont bien établi ce fait (1). La muqueuse utérine aurait une véritable action bactéricide vis-à-vis des microbes; cette action tiendrait à la faible acidité du milieu, qui ne permet pas aux aérobies de s'y développer, aux qualités bactéricides du sang sorti de la plaie placentaire, enfin à l'énergie des cellules vivantes (Krönig). La stérilité de l'utérus est encore garantie par une véritable barrière cervicale, un bouchon gélatineux qui obstrue le col et dont les propriétés bactéricides ont été étudiées par Walthard (2), Stroganoff, Menge. Ce bouchon peut être divisé en trois étages superposés au point de vue bactériologique : l'inférieur, jaunâtre, est riche en leucocytes et en microbes; le moyen est riche en leucocytes et pauvre en bactéries; l'étage supérieur est d'habitude stérile. L'asepsie de la cavité utérine se maintient d'ailleurs pendant les premiers jours des suites de couches [Burckhardt, Franz, Wormser (3)].

Le vagin, au contraire, qui fait suite au revêtement cutané, est septique comme ce dernier (4). Il contient de nombreux saprophytes qui sont surtout des anaérobies (Krönig). La forme bactérienne prédomine pendant la grossesse; au moment du travail, les formes de cocci apparaissent. On a cherché à rapprocher ces dernières formes du streptocoque. Les auteurs qui les ont confondues (Koblanck, Menge et Krönig, Burckhardt) les ont trouvées sans virulence. Cette absence de virulence tiendrait surtout à l'action bactéricide de la sécrétion vaginale. On a montré, en effet, que les microbes mis en contact avec le liquide vaginal, *in vivo* ou *in vitro*, perdent leur virulence (Dœrderlein pour le staphylocoque, Menge et Krönig pour le streptocoque). Cette action bactéricide de la sécrétion vaginale disparaîtrait d'ailleurs au moment de l'accouchement pour reparaître dans les premiers jours des suites de couches.

a. *Infections obstétricales intra-utérines.* — Elles peuvent se faire avant, pendant ou après la rupture de la poche des eaux. Le liquide amniotique peut-il s'infecter, les membranes étant intactes (5)? Cette infection pourrait venir; *a.* soit du fœtus infecté lui-même par voie sanguine au cours d'une maladie de la mère, c'est exceptionnel (Birch-Hirschfeld, Chantemesse et Widal); *b.* soit par continuité, les germes provenant de la cavité péritonéale, du rectum, de la vessie, des trompes, ce mécanisme est encore à démontrer (admis par Birch-Hirschfeld pour l'infection charbonneuse, par Klebs pour la tuberculose); *c.* soit par voie vaginale : dans ce cas l'infection ne se fait qu'après disparition du bouchon muqueux.

Plus souvent, l'infection se fera à la rupture de la poche des eaux, et surtout après cette rupture, en particulier dans le cas de rupture prématurée de membranes. L'infection se fera par voie ascendante, soit spontanément, soit grâce au doigt ou à un instrument explorateur.

Quoi qu'il en soit, l'infection amniotique par le streptocoque ou le colibacille peut avoir pour le fœtus des conséquences nombreuses [Demelin (1)]. 1° Forme cutanée (érythème en placards); 2° Forme suppurative (abcès, ophtalmies, otites suppurées); 3° Forme ombilicale (omphalite suppurée, phlébite, érysipèle); 4° Forme hépatique (ictères graves); 5° Formes digestives (vomissements, selles fétides, infection gastro-intestinale) [Baron (2)]; 6° Forme respiratoire (rhinite, broncho-pneumonie).

b. *Infections obstétricales intra-vaginales.* — Le vagin est, avons-nous dit, très riche en microbes à la fin de la grossesse. Cette richesse augmente encore dans les cas pathologiques (vaginite granuleuse, par exemple). Aussi le fœtus peut-il s'infecter au cours du transit intra-vaginal, et présenter de l'ophtalmie purulente (surtout si on ne fait pas la désinfection prophylactique des yeux au moment de la naissance), de l'otite, des lésions de la région ombilicale, mais surtout il peut se faire de l'infection des voies digestives ou respiratoires à point de départ buccal, et cela d'autant plus facilement que le travail est ralenti et que la tête est retenue plus longtemps sur le périnée, surtout venant dernière et s'accompagnant d'aspirations de la part du fœtus. On a montré en effet, que dans ces cas la bouche est septique dès la naissance (Lewkowicz). MM. Bonnaire et Keim (3) ont institué une série de recherches expérimentales à ce sujet et ont montré que la bouche du nouveau-né est septique en dehors de toute exploration digitale ou de toute intervention, toutes les fois que la poche des eaux est rompue avant que la tête ne soit à la vulve. Ces auteurs ont fait la preuve de l'origine exclusivement intra-génitale de cette contagion, en réalisant l'accouchement aseptique, sans infection de la bouche du nouveau-né. Dans le cas d'infection buccale, les glandes salivaires peuvent y participer [sous-maxillite, parotidite (Bonnaire et Keim)].

III

Portes d'entrée extra-génitales. — Infections extra-utérines. — Dès que le fœtus a perdu ses connexions vasculaires avec sa mère, dès qu'il a respiré et dégluti, il est envahi par des microbes saprophytes et souvent il est menacé par des microbes pathogènes. L'infection peut se faire dès la naissance, car le nouveau-né présente un terrain favorable et des portes d'entrée multiples. Avant de passer en revue ces dernières nous allons étudier le terrain.

Conditions d'infection. — Elles sont d'autant plus favorables que le fœtus est né plus loin du terme. Le nouveau-né a des fonctions de défense inachevées (phagocytose, pouvoir bactéricide des humeurs). Les organes hématopoiétiques n'ont pas acquis chez lui leur parfait développement. De plus les surfaces d'entrée sont encore affaiblies.

La peau et les muqueuses desquament (Epstein), la couche cornée de la peau est inachevée [Hulot (4)]. La fonction

(1) Lire à ce sujet l'ouvrage de Menge et Krönig, *Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales*, 2 Teile, Leipzig, 1897.

(2) Walthard. *Archiv. f. Gynæk.*, XLVIII, 2.

(3) Wormser. L'infection de la cavité utérine pendant les suites de couches, *Semaine méd.*, 7 nov. 1900, p. 383.

(4) Remlinger. Les microbes de la peau humaine, *Médecine mod.*, avril 1896.

(5) Voir Lehmann. *De l'infection amniotique et de ses conséquences pour l'enfant*, Th. de Paris, 1899.

(1) Demelin. *Arch. de tocol.*, 1896.

(2) Baron. *Infections gastro-intestinales du fœtus d'origine intra-utérine*, Th. de Paris, 1898.

(3) Bonnaire et Keim. De l'infection canaliculaire de la parotide. Recherches sur la bactériologie de la bouche chez le nouveau-né, *Presse méd.*, 1er août 1900, p. 61.

(4) Hulot. *Infections d'origine cutanée chez les enfants*, Th. de Paris, 1895.

sudorale est des plus rudimentaires ; or par son acidité et son écoulement, la sueur constitue une défense à la fois chimique et mécanique [Charrin et Delamare (1)].

Les voies aériennes sont étroites, les muscles respiratoires faibles et l'expectoration nulle.

Le tube digestif est inachevé; le mucus y est peu abondant (Charrin et Delamare).

Ces caractères sont plus frappants encore chez les enfants issus de mères malades. Ces enfants présentent de l'hypothermie qui favorise l'éclosion des infections (Pasteur, Bouchard); elle s'explique par les viciations des échanges chimiques [Levaditi et Paris (2)]. Il y a chez eux surmenage cellulaire, auto-intoxication, dyscrasie acide (Charrin). Dans les profondeurs des tissus comme au niveau des portes d'entrée, les défenses sont insuffisantes chez le nouveau-né. Aussi y a-t-il en général, chez lui, un foyer principal d'infection à la porte d'entrée et une diffusion rapide de celle-ci, une septicémie.

Toutes ces conditions d'infection sont surtout développées chez le nouveau-né prématuré. Chez lui, en effet, les organes sont impuissants à se défendre et fonctionnent imparfaitement, d'où la fréquence de l'hypothermie. Ces conditions d'infection sont encore meilleures chez le prématuré né de parents malades ; dans ce cas ses organes sont non seulement inachevés, mais encore altérés par les toxines maternelles [Guillemonat (3)] ainsi le corps thyroïde (Levaditi et Paris), le foie (Charrin et Hauser). La calorimétrie, les courbes de croissance nous révèlent le mauvais fonctionnement des cellules du prématuré taré.

Sources d'infection. — Le nouveau-né est, dès la naissance, exposé à des sources d'infection multiples. Les mains de l'accoucheur, de la sage-femme, peuvent être septiques; on sait les difficultés de la désinfection absolue des mains ; les nombreuses discussions sur le lavage des mains et le port des gants en sont la preuve. Aussi arrive-t-il d'introduire des agents pathogènes dans la bouche du nouveau-né et dans ses voies respiratoires en cherchant à en enlever les mucosités à l'aide du doigt. Il en est d'ailleurs de même d'un insufflateur non stérilisé. On peut également infecter ainsi la région ombilicale dans les divers temps de la ligature et des soins du cordon.

Une source d'infection, et non des moins importantes, est constituée par le corps de la mère et ses sécrétions (Fischl). Il existe, en effet, une série d'observations précises et indiscutables qui prouvent que les lochies et les sécrétions vaginales normales (Dœderlein, Bumm, Ahlfeld) ou pathologiques, de même que le liquide amniotique infecté après une rupture prématurée des membranes, peuvent devenir une source d'infection septique, soit avant la sortie de l'utérus, soit aussi dans les premiers jours de la vie.

L'eau des *bains* peut également être une source d'infection par les microbes pathogènes qu'elle peut renfermer. Si l'eau d'un bain a servi successivement pour plusieurs enfants, on peut observer de véritables épidémies (Winckel, Fischl). Ces considérations ont été pour beaucoup d'accoucheurs, une raison de limiter et même de supprimer l'usage des bains, au moins pendant les premiers jours de la vie extra-utérine, pendant la période de cicatrisation de la plaie ombilicale.

Une source d'infection plus importante est l'infection par l'air. Celui-ci, dans beaucoup de circonstances, surtout dans les salles d'hôpital, est infecté par de nombreux microbes, et particulièrement des microbes pathogènes (Gærtner, Eiselsberg, Babès, Flügge). Epstein avait depuis longtemps insisté sur la valeur de ce facteur; d'après cet auteur, l'air infecterait la literie, le linge, les sécrétions buccales de l'enfant; il serait une des causes des infections cutanées du nouveau-né, des infections digestives et surtout des infections respiratoires.

L'infection par l'air nous explique également les infections des nouveau-nés dans les couveuses. Celles-ci, grâce à leur température élevée, jouent, vis-à-vis des microbes pathogènes, le rôle d'une véritable étuve. Aussi les infections dans les couveuses ne sont-elles pas rares, d'autant plus qu'elles atteignent surtout des enfants prématurés ou débiles; elles se manifestent le plus souvent sous forme de broncho-peumonies (1).

L'allaitement lui-même peut être le point de départ de l'infection chez le nouveau-né. Le lait peut, en effet, être infecté par des germes s'éliminant par la glande mammaire chez les femmes infectées (fièvre typhoïde, pneumonie, etc.) [Escherich, Gærtner], et plus souvent encore par les germes venant d'un sein atteint de galactophorite en évolution ou à l'état latent [Damourette (2)]. On peut voir se produire ainsi des accidents gastro-intestinaux (dyspepsie légère, diarrhée toxi-infectieuse, choléra infantile, broncho-pneumonies d'origine intestinale), des accidents d'inoculation (stomatites, otites, conjonctivites, abcès sous-cutanés multiples), des accidents pyo-septicémiques.

D'ailleurs, même dans un état de santé parfaite, il existe normalement des microbes saprophytes dans les canaux galactophores, des staphylocoques surtout, quelquefois des streptocoques (Koch et Neumann, Ringel, Genoud).

Le lait des animaux est encore plus souvent souillé que le lait de femme. Les microbes peuvent venir soit de la vache malade, soit de la manipulation du lait.

Enfin, le nouveau-né n'est pas à l'abri d'une auto-infection, due à l'exagération de virulence des microbes qui ont pénétré en lui à la naissance. Ainsi l'auto-infection gastro-intestinale, qui est la plus fréquente, est produite tout d'abord par des fermentations anormales sous l'influence de l'ingestion d'un lait trop abondant ou d'un lait de mauvaise qualité; puis il y a irritation de la muqueuse gastro-intestinale, retentissement sur l'état général, dénutrition, auto-intoxication et enfin infection par les bactéries du tube digestif rendues virulentes. De là résulte une septicémie lente cachectisante, sans localisation [athrepsie (Marfan (3)].

Ces divers modes d'infection sont sous la dépendance d'agents très variés. Sans parler des anaérobies, dont l'étude n'est pas complètement achevée, le plus souvent les « suites de naissance », comme les appelait Lorain, sont, comme les suites de couches, produites par le streptocoque; ainsi pour l'érysipèle, les infections ombilicales, broncho-pulmonaires, pleurales, péritonéales, etc. Les staphylocoques sont les

(1) Charrin et Delamare. Les défenses de l'organisme chez le nouveau-né, Acad. des sc., 30 mars 1903.

(2) Levaditi et Paris. Infection streptococcique du nouveau-né. Rôle du terrain. *C. r. de la Soc. de biol.*, 22 avril 1899.

(3) Guillemonat. Influence des tares maternelles sur le développement des enfants, *Journal de physiol. et de pathol. gén.*, 1899, p. 546.

(1) Bertin. *Contribution à l'étude des infections des nouveau-nés dans les couveuses*, Th. de Paris, 1899.

(2) Damourette. *Affections des nourrissons consécutives à la galactophorite de la nourrice*, Th. de Paris, 1893.

(3) Marfan. Les sources de l'infection chez le nourrisson, *Presse méd.*, 1895, p. 1.

agents ordinaires des suppurations multiples et des infections cutanées. Le coli-bacille, hôte habituel de l'intestin, est l'agent le plus commun de la gastro-entérite. A côté de ces microbes, il faut encore placer le gonocoque, agent habituel de l'ophtalmie purulente, et plus rarement le pneumocoque, le bacille pyocyanique (Neumann, Kossel), l'entérocoque (Thiercelin), le bacille du tétanos, le muguet, le bacille pseudo-diphtérique [Keim (1)].

Le nombre des sources d'infection et des agents infectieux est donc grand chez le nouveau-né. Suivant la voie de pénétration qu'utiliseront les micro-organismes, ils produiront des infections variées que nous passerons rapidement en revue; leur étude approfondie comprendrait, en effet, une grande partie de la pathologie du nouveau-né.

Voies d'infection. — *Voie génito-urinaire.* — Très rarement l'infection peut avoir sa porte d'entrée dans l'appareil génito-urinaire, en particulier chez la petite fille.

Stroganoff (2) a montré que le vagin est stérile à la naissance; les microbes y apparaissent après le premier bain; à l'état physiologique ils ne seraient pas pathogènes. Vahle (3), au contraire, aurait trouvé des microbes dès la douzième heure après la naissance; au bout de trois jours leur présence serait constante. Les microbes pathogènes seraient fréquents, d'après cet auteur : le staphylocoque dans 4 p. 100 des cas, le streptocoque dans 16 p. 100 des cas. Epstein (4) pense que, sous certaines influences d'ordre général, ces microbes peuvent devenir virulents et causer des érysipèles à point de départ génital.

Au niveau de la muqueuse génitale de la petite-fille nouveau-née, il se fait une véritable desquamation, comme celle qui se fait sur le revêtement cutané; cette desquamation commence déjà pendant la vie intra-utérine et produit un catarrhe d'abord gélatineux puis muqueux, contenant des microbes sous forme de microcoques.

La possibilité d'une infection des organes génitaux du nouveau-né pendant l'accouchement a été signalée par Haussmann, dans les cas d'infection gonococcique de la mère.

Voie mammaire. — Très rarement l'infection a comme siège la glande mammaire du nouveau-né. Celle-ci, bien que peu développée, fonctionne, on le sait, dès la naissance (N. Guillot, Gubler, Depaul, Variot). A la suite de manipulations, telles que malaxations, pressions, même des succions faites par des matrones, on a observé de l'infection qui a pour cause directe l'envahissement de la glande par les germes pathogènes, venus soit d'une conjonctivite purulente, soit des lochies maternelles. D'après Jolis (5), l'infection envahit, comme chez la mère, les canaux galactophores et ne se propage pas, par le système sanguin ou lymphatique.

Voie otique. — L'oreille, stérile pendant la vie intra-utérine, peut s'infecter après la naissance soit par l'extérieur, soit plus souvent encore par la voie naso-pharyngienne qui est, nous l'avons dit, envahie par les microorganismes pendant l'accouchement. Les microbes, en général des streptocoques, pénètrent par la trompe d'Eustache. L'infection peut, à son tour, se généraliser soit par la voie des méninges, soit par thrombose septique des sinus [Scherer (1)].

Voie cutanée. — La peau est couverte d'un nombre considérable de germes saprophytes et pathogènes (Remlinger). Déjà, à l'état normal ils peuvent pénétrer dans la profondeur, soit par les fentes cellulaires résultant de la desquamation des premiers jours de la vie (Epstein), soit par les canaux des glandes de la peau. Ces germes qui sont le plus habituellement le staphylocoque, plus rarement le streptocoque et le colibacille, peuvent encore pénétrer grâce à des lésions de la peau et du cuir chevelu, égratignures, érythème fessier, eczéma, pemphigus, syphilides, pertes de substance au niveau du cuir chevelu (Bonnaire), et en particulier chez des enfants débiles, chez les prématurés, chez des enfants issus de femmes malades (albuminuriques) ou chez des enfants à tube digestif malade (Bouchard, Marfan, Monti, Roger). Quoi qu'il en soit, le microbe peut, soit franchir l'épiderme et, par les vaisseaux sanguins et les lymphatiques, créer dans l'organisme de nouveaux foyers de suppuration, soit donner sur place des foyers de pyodermites et fabriquer des toxines absorbées par l'organisme; il en résulte dans le premier cas une septicémie (Ettlinger, Brunner, Meyer, Banzet, Hutinel et Labbé), dans le second une toxémie (Roger, Marmorek, Christmas, Rodet et Courmont ont étudié les toxines du streptocoque et du staphylocoque).

Voie respiratoire. — L'arbre bronchique est en rapport direct avec la bouche et l'air extérieur. Avant la sortie de l'enfant des voies génitales, l'infection peut se produire par aspiration du liquide amniotique infecté (Hecker, Küstner, Geyl, Demelin et Létienne, Legry et Dubrisay) ou au moment où l'enfant franchit la filière pelvienne, au cas où cette dernière renferme des sécrétions septiques; c'est en particulier dans les cas où l'enfant souffre (troubles dans la circulation placentaire ou funiculaire), dans les cas où la tête dernière est retenue longtemps au-dessus du périnée et où l'enfant fait des mouvements d'inspiration. Mais le plus souvent l'infection se produit après la naissance, par aspiration d'air infecté ou par simple pénétration dans les bronches des microbes de la bouche devenus virulents. Chez le nouveau-né la barrière lymphatique du pharynx et du larynx est insuffisamment développée, aussi sous l'influence de la moindre lésion des bronches, l'infection peut-elle s'y développer.

Il est plus rare de voir l'infection bronchique succéder à une septicémie sanguine ou lymphatique; cependant elle existe, en particulier à la suite d'une infection intestinale. Quoi qu'il en soit, il y a production d'exsudat dans les bronches, exsudat qui peut provoquer l'obstruction bronchique et la production de poisons microbiens qui vont être résorbés par l'arbre aérien et devenir la cause d'accidents toxiques [Claisse (2)]. La broncho-pneumonie passe souvent inaperçue chez le nouveau-né et ne se révèle que par des phénomènes infectieux et toxiques d'ordre général.

Voie oculaire. — Si l'infection oculaire est relativement assez fréquente chez le nouveau-né, elle reste cependant

(1) Keim. Remarques sur les infections cutanées du nouveau-né, *Bull. de la Soc. d'obstét. de Paris*, nov. 1900.

(2) Stroganoff. Bactériologie du vagin chez les petites filles. *Vratch*, n° 20, 1892.

(3) Vahle. Bactériologie du vagin chez le nouveau-né, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XXXII, p. 368.

(4) Epstein. Vulvite et vulvo-vaginite, in *Traité des maladies de l'enfance*, t. III, p. 496.

(5) Jolis. *De la galactophorite chez le nouveau-né.* Th. de Paris, 1895.

(1) Scherer. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1895. Bd XXXIX, p. 1.

(2) Claisse. Les infections bronchiques, *Semaine méd.*, 1893, p. 297.

le plus souvent une infection locale, surtout causée par le gonocoque (Bumm, Crédé, Krause). Rarement elle produit, par contamination indirecte, l'infection ombilicale ou cutanée, ou l'infection buccale et digestive. Les mains des personnes qui soignent le nouveau-né, les doigts du nouveau-né lui-même peuvent propager ainsi l'infection d'origine oculaire.

Dans des cas exceptionnels, l'infection conjonctivale *peut* devenir une véritable porte d'entrée de l'infection, comme le prouve le cas publié par Leber et Waagemann [rapporté par Fischl (1)].

Voie ombilicale. — L'ombilic a toujours été considéré comme la porte d'entrée la plus importante des infections du nouveau-né (Bednar, Quinquaud, Widerhofer, Muller). Trousseau (2) assimilait le nouveau-né, après la chute du cordon, à un blessé. En réalité, l'infection peut pénétrer par la voie ombilicale avant la chute du cordon. L'appareil ombilical est accessible à l'infection par chacune de ses parties : le cordon réduit à l'état de moignon, la plaie ombilicale, les vaisseaux ombilicaux [Audion (3)]. L'infection par le cordon est possible toutes les fois que son revêtement amniotique est déchiré. L'infection par la plaie ombilicale se fait comme celle d'une plaie quelconque, c'est-à-dire surtout par les nombreux lymphatiques de la région, les gaines des vaisseaux sanguins se trouvant ainsi envahies (Runge, Achalme, Morel).

Les vaisseaux ombilicaux peuvent s'infecter, soit au moment de l'accouchement pendant les manipulations de la ligature et du pansement du cordon, soit durant l'élimination du cordon, soit enfin après la chute du cordon, et cela surtout dans les cas où il y a défaut d'oblitération des vaisseaux. Il peut y avoir pénétration directe des germes dans les vaisseaux, même en dehors de toute lésion ombilicale apparente (Durante).

Ces modes d'infection sont surtout fréquents chez les débiles. Chez eux, comme chez le nouveau-né à terme, l'infection a pour véhicules le linge souillé par la mère, les mains des personnes qui soignent l'enfant, l'eau des bains.

Quant aux microbes infectants, ils sont nombreux. Scholmogoroff (4) a trouvé au niveau du cordon ombilical les microorganismes les plus variés non pathogènes et pathogènes (bacille subtilis, staphylococcus aureus, albus, citreus, streptocoques pyogènes). Cobilovici (5) a de même trouvé, au niveau de cinq ombilics sains, cinq fois le staphylocoque pyogène et le colibacille.

Ainsi se comprend l'infection facile de la porte d'entrée ombilicale par des microbes qui s'y trouvent normalement à l'état saprophyte et dont la virulence peut augmenter. La septicémie ainsi constituée retentit sur l'organisme tout entier et produit, en particulier, les ictères d'origine infectieuse chez le nouveau-né [Lesage et Demelin, Goislard (6)], peut-être aussi des bronchopneumonies, des péricardites légères et des altérations intestinales (Durante).

Voie digestive. — Le tube digestif ouvert à ses deux extrémités et communiquant avec l'air libre est, comme on l'a dit, le prolongement du milieu extérieur. On conçoit donc qu'il sera comme ce dernier envahi par les microorganismes qui pourront y vivre à l'état saprophyte ou devenir pathogènes. A quel moment le tube digestif devient-il septique? Dans les premières heures de la vie extra-utérine, Escherich (1) a trouvé le méconium stérile, mais dès la troisième ou la quatrième heure, il constata l'existence d'espèces microbiennes. Comme l'air dégluti par le nouveau-né n'a pu encore parvenir au gros intestin, il admet que l'infection se fait par la voie anale. Schild (2) a fait les mêmes remarques. Breslau, Tissier (3) admettent l'infection par voie buccale.

L'examen bactériologique permet bientôt de différencier les selles des enfants nourris au sein et des enfants nourris au biberon. Il existe chez l'enfant, en dehors de toute alimentation, des microbes entre la dixième et la vingtième heure (Tissier). Puis dès qu'on alimente l'enfant, les bactéries augmentent de nombre. On trouve surtout le bacille bifidus, le colibacille, le streptocoque, bacilles anaérobies ou du moins facultatifs, se développant à l'abri de l'oxygène.

Chez l'enfant nourri au biberon, le nombre des espèces bactériennes et leurs variétés paraissent plus grands.

La flore intestinale de l'enfant au sein normal joue un grand rôle dans la résistance qu'il oppose aux infections. Tissier a montré que le B. bifidus avait une véritable action empêchante vis-à-vis des microbes introduits dans le tube digestif. Chez l'enfant au biberon, la flore normale résiste moins aux infections ectogènes.

Quoi qu'il en soit, si l'infection localisée au tube digestif est fréquente chez le nouveau-né, le tube digestif est rarement la porte d'entrée de l'infection générale. C'est que l'épithélium est difficile à franchir par les bactéries ; le mucus forme à sa surface une couche protectrice [Charrin (4)] (moins importante cependant que chez l'adulte). Le mouvement incessant du contenu intestinal, les divers sucs de l'intestin et des glandes voisines, en partie bactéricides, complètent encore ces défenses.

Quand ces dernières sont incomplètes, chez le prématuré par exemple, les microbes venus de l'extérieur peuvent envahir l'organisme du nouveau-né.

Ces microbes viennent soit du liquide amniotique infecté à la suite d'une rupture prématurée des membranes et dégluti, soit de l'alimentation au sein ou au biberon. On sait, en effet, que les canaux galactophores contiennent du staphylocoque à l'état normal (Cohn et Neumann, Falleske, Ringel, Genoud, Charrin) et surtout à l'état pathologique (Merritt). On sait aussi que dans certains cas, des microbes de la circulation générale de la mère peuvent franchir l'épithélium mammaire [Basch et Weleminsky (5)].

Dans le lait de vache on trouve des microbes de la fermentation et des microbes pathogènes; les uns et les autres peuvent provoquer des infections digestives. Les recherches de Sevestre, de Baginsky, Escherich, Marfan, Lesage, Thiercelin ont bien mis ces faits en évidence.

(1) Fischl. *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, t. I, p. 465.
(2) Trousseau. *Gaz. des hôpit.*, 1844.
(3) Audion. Th. de Paris, 1900.
(4) Scholmogoroff. Les microorganismes du cordon ombilical, *Revue* de Hayem, juillet 1889.
(5) Cobilovici. Th. de Paris, 1893.
(6) Goislard. *Des ictères d'origine infectieuse chez le nouveau-né*, Th. de Paris, 1900.

(1) Escherich. Beiträge zur Kenntniss der Darmbakterien, *Munch. med. Woch.*, 1886, p. 43.
(2) Schild. De l'apparition des bactéries dans le contenu intestinal des nouveau-nés avant la première alimentation, *Zeitsch. f. Hyg. u. Inf.*, 1895, p. 113.
(3) Tissier. *Recherches sur la flore intestinale*. Th. de Paris, 1900.
(4) Charrin. *Les défenses naturelles de l'organisme*, p. 151 et 167.
(5) Basch et Weleminsky. De l'élimination des bactéries par la glande mammaire, *Berlin. klin. Woch.*, nov. 1897.

Ces causes multiples peuvent rarement, avons-nous dit, provoquer soit des infections voisines du tube digestif, soit des infections généralisées, des septicémies. C'est ainsi qu'au niveau de la bouche on peut observer de l'infection des glandes salivaires, des sous-maxillites (Ch. Baroz), des parotidites (Brindeau, Bonnaire et Keim). Dans la bouche également, l'infection peut débuter par un follicule dentaire; elle peut coexister dans ces cas avec une éruption dentaire précoce ou précéder celle-ci [Bonnaire, Jeannin (1)],

Au cours de l'infection intestinale on a vu l'infection du foie (ictères infectieux), l'infection du rein (Baginsky, Bernhardt, Epstein), de l'asthme infectieux (Henoch-Silbermann), des complications cutanées (érythèmes infectieux, Hutinel et Mussy). De même on a remarqué au cours de ces infections des complications pulmonaires [Sevestre, Renard (2)], des complications cérébrales et des paralysies (Bézy, Hutinel). Ainsi donc l'infection digestive, si fréquente chez le nouveau-né, peut, soit par propagation par les canaux excréteurs des glandes, soit par l'intermédiaire de la circulation générale (cerveau, reins), servir de porte d'entrée à l'infection chez le nouveau-né.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(19 mai 1903)

M. le professeur Fournier fait une importante communication sur le **suicide dans la syphilis**. Il divise les cas de suicide de la façon suivante :

1° Cas où le suicide est le résultat d'un trouble mental dérivant de la syphilis;

2° Cas où il est le résultat d'un désespoir du malade en face d'un accident syphilitique grave ou, tout au moins, réputé tel pour lui ;

3° Cas relatifs à la notification première de la syphilis ;

4° Cas relatifs aux situations sociales que créée la syphilis par rapport au mariage.

M. Fournier conclut ainsi :

« 1° Le suicide ne constitue, à coup sûr, dans la syphilis, qu'une exception rare, très rare même, eu égard au nombre excessif, extraordinaire et toujours croissant des syphilitiques dans les sociétés modernes ;

2° Que, si rare soit-il, cependant, il est loin de constituer une quantité négligeable, puisqu'à moi seul j'en ai observé *dix-huit* cas ; — puisque nombre de collègues ou de confrères interviewés à ce sujet m'en ont fourni des exemples empruntés à leur clientèle particulière ; — puisque enfin, et surtout, le nombre des suicides qui parvient à notre connaissance est certainement très inférieur à la réalité des choses, étant donné que les familles taisent ou dissimulent les catastrophes de ce genre bien plutôt qu'elles ne les divulguent, etc.

Donc, la question n'est pas de celles qui peuvent laisser indifférents le pathologiste et le praticien.

Dernier point : à coup sûr, de tous les suicides que nous venons de passer en revue et de catégoriser en quatre groupes, il n'en est aucun qui, nosologiquement, mérite, à strictement parler, le nom de « suicide syphilitique ». Et, en effet, il n'en est aucun qui soit le résultat d'un processus, d'une lésion propre à la syphilis, et qui, à ce titre. relève en propre et directement de la syphilis. Cela n'est pas à démontrer. Chose curieuse même (que je tiens à spécifier encore), il se produit plus d'une fois dans la syphilis des suicides auxquels la syphilis est absolument et radicalement étrangère, bien que ces suicides soient faits à son propos et en son nom, si je puis ainsi dire. Exemples :

Deux de mes clients, syphilitiques, se tuèrent, mais à quel propos? L'un, à propos d'une dépilation absolue du cuir chevelu, dépilation qu'il s'obstinait, en dépit de tous les avis médicaux, à considérer comme un témoignage de syphilis et de syphilis des plus graves, alors qu'elle n'était qu'un symptôme de pelade ; et l'autre (ceci même est presque incroyable) à l'occasion d'un simple herpès de la verge survenu quelques jours avant son mariage, herpès que, malgré mes assertions vingt fois répétées, il estimait constituer « un retour de syphilis, retour à la fois pernicieux pour sa femme et pour ses futurs enfants. »

Mais, pour n'être pas syphilitiques, les suicides des quatre groupes dont je viens de parler dans ce qui précède n'en restent pas moins, bien entendu, le résultat de la syphilis, assistée ou non d'autres facteurs, tels que tares nerveuses héréditaires, nervosismes acquis, etc. Et c'est à la syphilis, somme toute, qu'en dernière analyse en incombe dûment la responsabilité.

Aussi bien y a-t-il intérêt à ce que les praticiens qui sont appelés à traiter la syphilis (autant vaudrait dire, ou peu s'en faut, tous les praticiens), connaissent les faits du genre de ceux que je viens de citer, et à la vulgarisation desquels cette courte note a seulement l'ambition de concourir. Cette vulgarisation, si je ne me trompe, pourra faire quelque bien, car elle seule est capable de contribuer, dans une certaine mesure, à conjurer les sinistres catastrophes auxquelles aboutit parfois la syphilis, tandis que l'ignorance ou la méconnaissance de certains accidents ne saurait avoir pour résultat que d'en exagérer la fréquence. »

M. Galezowski lit une note sur un **nouveau traitement du trachome conjonctival par la cupricine.**

Le trachome granuleux conjonctival, comme l'auteur l'a déjà démontré dans de précédents travaux, est provoqué par un virus local granuleux, n'ayant rien de commun avec le virus syphilitique ou gonococcique. Le virus trachomateux n'a d'action nocive que localement, en s'infiltrant dans la conjonctive et les tissus voisins oculaires, ce qui avait été déjà signalé par Sperino.

Dans ses dernières recherches, Sattler reconnaît que « le véritable microbe pathogène des granulations reste encore à découvrir » (Congrès d'Heidelberg, 1888). A ce sujet, Panas écrit (*Traité*, p. 230) : « On voit combien la question des microbes est peu avancée. »

Or, selon M. Galezowski, les granulations sont des blastomycoses, sortes d'algues pareilles à celles que l'on trouve dans certaines variétés de plantes, et qui pullulent sur place, sans pénétrer dans le sang, et telles que Mark Hugh Mongomery (de Chicago) en a déjà observé dans les maladies de la peau.

Partant de ce principe, il a cherché à découvrir un composé chimique pouvant détruire, sur place, ces algues microscopiques et faire disparaître la maladie, sans occasionner la moindre douleur au malade. Ce composé chimique, M. Galezowski a des raisons de croire qu'il l'a trouvé, et il le soumet à l'appréciation de l'Académie. Il se compose de cuivre et d'acide cyanhydrique. Il l'appelle cupricine. Il a été préparé, sur ses indications, par MM. Petit et Alboni.

(1) *Bull. de la Soc. d'obstét. de Paris*, 1901, p. 375, et 1902, p. 80.
(2) Renard. Th. de Paris, 1892.

Il est complètement neutre, soluble, et peut être employé, sans aucun danger, dans toutes les conjonctivites granuleuses, à la dose de 1/1000.

Dans les renseignemenfs qui lui sont donnés depuis cinq mois par M. le professeur Gautier, la cupricine (déjà signalée dans le *Traité de chimie organique* de Gerhardt, p. 318) amène des améliorations très rapides et durables là où les autres médicaments ont échoué, sans provoquer la moindre douleur, et sans augmenter la sécrétion morbide des conjonctives.

M. Touchard, professeur à l'École dentaire de Paris, fait une communication sur les **avantages de l'anesthésie cocaïnique**, non pas dans l'avulsion des dents, mais dans leur traitement : certaines opérations dentaires, préparation de cavités, extraction des nerfs, opérations qui nécessitaient un traitement assez long, toujours pénible.

Grâce à l'emploi judicieux de la cocaïne, M. Touchard les pratique rapidement et sans aucune douleur dans 50 cas dont il rapporte les observations.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(20 mai 1903)

A propos d'une communication de M. Leclerc sur un cas d'**embolie pulmonaire au cours d'une appendicite**, M. Jalaguier rapporte trois cas du même genre qu'il a observés en quinze jours.

Un garçon de seize ans est pris d'une indigestion le 1er mars, bientôt suivie des signes d'une appendicite. M. Jalaguier voit le malade avec M. Moizard; ils instituent le traitement par l'opium et la glace et décident d'attendre.

La situation s'aggrave quelque peu et le 16 mars M. Jalaguier intervient. Il fait deux incisions, ouvre deux foyers, n'enlève pas l'appendice et draine. Tout va bien jusqu'au 20 mars. Dans la nuit, le malade a une hémorragie qui est arrêtée par le tamponnement. Le lendemain matin, M. Jalaguier enlève les caillots; à sept heures du soir, il le revoit et le trouve tout à fait bien. A deux heures du matin, il mourait subitement.

Trois jours plus tard, le 19 mars, M. Jalaguier opère un homme de quarante-huit ans d'un abcès placé entre le foie et le rein. Jusqu'au 23, ce malade va bien, puis il fait une embolie du poumon gauche, avec expectoration gangréneuse. Il guérit. Un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint d'appendicite à rechutes, est opéré le 24 mars à froid. Tout allait bien. Le 5 avril, il semblait guéri quand il est pris d'une embolie pulmonaire droite. Il guérit. Donc trois cas en quinze jours, dont une mort et deux guérisons. Sur la quantité d'appendicites qu'a observées M. Jalaguier, ce sont les trois seuls cas d'embolie qu'il ait constatés, si bien qu'il se demande s'il n'y a pas là une influence infectieuse épidémique particulière.

MM. Guinard et Tuffier ont observé des cas analogues de mort subite au cours d'appendicites opérées ou non.

M. Quénu a observé deux cas de thrombose de la veine fémorale gauche suivie d'embolie. En général ces thromboses se produisent plutôt du côté gauche. M. Quénu ajoute, avec raison, que ces accidents s'observent aussi bien après d'autres opérations abdominales que l'appendicite.

M. Routier rapporte l'histoire d'un jeune médecin arménien, opéré d'appendicite; après l'opération, la température ne dépasse jamais 37 degrés; il ne présente jamais aucun signe d'infection, quand en quinze jours, alors qu'il semblait tout à fait guéri, il succomba subitement à une embolie. Il a vu le même accident se produire trente jours après l'ablation d'un fibrome utérin dont les suites avaient été des plus simples. Il faut remarquer que ces accidents ne se produisent pas généralement dans les cas les plus graves.

M. Broca ne croit pas qu'on puisse établir de relations directes entre ces faits d'embolie et l'appendicite. Il n'a d'ailleurs jamais vu d'embolie au cours de l'appendicite, mais il a vu mourir subitement d'embolie, à la suite d'une légère phlébite droite, une jeune femme qu'il avait opérée d'une hernie inguinale à gauche et d'une hernie crurale à droite.

M. Rochard a vu une jeune femme mourir d'embolie au troisième jour d'une appendicite bénigne traitée médicalement.

M. Hartmann a vu se produire une phlébite avec thrombose du côté gauche au cours d'une appendicite bénigne également traitée par les moyens médicaux.

M. Schwartz a vu deux cas, l'un de phlébite grave au cours d'une appendicite non opérée, l'autre de phlébite avec embolie dix jours après une opération simple d'appendicite à rechutes. Ces deux malades ont guéri.

M. Reynier a ouvert une vaste collection localisée au douzième jour d'une appendicite. Quarante-huit heures après le malade mourait subitement d'embolie.

M. Brun fait observer que, dans beaucoup de ces cas, la mort subite peut être due à d'autres causes que l'embolie.

M. Walther n'a jamais vu d'embolie mortelle au cours de l'appendicite, mais, par contre, il a observé un grand nombre de phlébites dans les formes légères de l'appendicite et surtout dans les cas d'appendicite chronique.

M. Broca se rappelle un homme de quarante-huit ans, atteint d'appendicite très grave, avec infection généralisée, double parotidite, ictère, albuminurie, puis un peu de phlébite; deux mois après le début de ces accidents, il a eu deux embolies pulmonaires extrêmement graves sans jamais avoir été opéré. M. Broca ne croit pas que l'appendicite ait une influence particulière sur la production de ces accidents. Il pense que dans les trois faits qu'il a observés, il n'y a eu qu'une coïncidence.

Comme M. Broca, M. Jalaguier ne voit pas de relation entre l'embolie et la gravité de l'appendicite.

M. Tuffier revient sur la question de la **gangrène pulmonaire** soulevée par M. Lejars. Les choses ne sont pas toujours aussi simples qu'elles le sembleraient depuis le cas rapporté par M. Lejars, d'abord il faut être sûr de son diagnostic, bien choisir le moment de l'intervention, bien saisir les indications. Il y a une gangrène pulmonaire chirurgicale, et une gangrène pulmonaire qui échappe à l'action du chirurgien. L'opération doit avoir pour but de substituer un drainage artificiel au drainage buccal insuffisant.

Un point sur lequel insiste M. Tuffier, c'est que le pronostic opératoire des gangrènes pulmonaires varie suivant les cas. Est-il possible de trouver des éléments sur lesquels on puisse baser ce pronostic? C'est ce qu'étudie M. Tuffier en s'appuyant sur l'étiologie.

M. Guinard fait un rapport sur une observation de M. Hardouin (de Cherbourg) relative à un cas de **lithiase biliaire traitée par la cholédocotomie et l'établissement d'une fistule biliaire par la cholécystostomie.** M. Hardouin

trouva un calcul dans le cholédoque, put l'extraire, sutura le cholédoque au fil de soie, sutura la vésicule à la peau, l'ouvrit et draina. Le malade guérit.

M. Guinard rapproche de ce fait le suivant qui lui est personnel : Une femme de cinquante ans avait eu des coliques hépatiques, de l'ictère, de l'urticaire qui résistèrent à tous les traitements. Il fit la laparotomie, trouva un noyau scléreux qui n'était que la vésicule atrophiée, il trouva un calcul du cholédoque qu'il enleva et rencontra une tumeur qu'il prit pour un cancer de la tête du pancréas. Il draina et porta un pronostic très grave ; contre son attente, cette malade engraissa, guérit. Il ne s'agissait donc pas d'un cancer du pancréas, mais bien d'une de ces réactions péritonéales fibreuses consécutive à des inflammations des voies biliaires.

M. Schwartz fait une importante communication sur un cas très rare de **blastinomycose** qui a déjà fait l'objet d'un rapport de M. Blanchard à l'Académie de médecine. Il s'agissait d'un homme de trente ans qui présentait tous les symptômes d'une appendicite chronique tuberculeuse, avec cachexie et amaigrissement considérable ; cet homme portait une énorme collection dans la fosse iliaque droite. Son père et un de ses frères étaient morts tuberculeux. On fit donc le diagnostic d'appendicite avec péritonite localisée tuberculose, on refit la laparotomie et on trouva une masse gélatineuse blanc grisâtre en quantité considérable. Au centre du kyste qui communiquait avec la grande cavité péritonéale se trouvait l'appendice qu'il réséqua et qui contenait des fragments de cette matière blanchâtre. Il draina et, par les drains, continua à s'écouler, les jours suivants, cette matière d'apparence chyleuse qui fut reconnue provenir d'un champignon, le blastinomycète ; champignon qui fut ensuite étudié par M. Blanchard. Ces cas sont, paraît-il, très rares, chez l'homme. Le malade de M. Schwartz a très bien guéri et rapidement engraissé.

Nous arrivons aux présentations : M. Tuffier présente un malade qu'il a trépané pour des crises épileptiformes déterminées par un **tubercule cérébral** qu'il a pu extraire.

M. Sébileau montre un malade auquel il a cherché à réparer un **nez** à l'aide d'une pièce d'or qu'il a recouverte de peau. La pièce tient bien, mais la peau s'enfonce dans les jours de cette pièce, de telle sorte que le nez est moitié peau, moitié or.

M. Nélaton désespère qu'on puisse jamais rien obtenir avec ces pièces qui ne sont jamais conservées. Il a refait, récemment, un nez avec les tissus ostéocartilagineux du voisinage ; mais il a seulement pris des mesures un peu trop larges et cet homme se trouve ressembler un peu à Cyrano ; Mais cela tient bien.

M. Championnière présente un moulage de **pied bot** et le malade opéré par l'ablation de tous les os du tarse sauf une petite partie du calcanéum. Le résultat obtenu est très beau.

M. Souligoux montre une **tumeur pararénale** du poids de 18 livres qu'il a enlevée avec assez de facilité. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un myxo-lipo-sarcome.

M. Schwartz a enlevé sur un vieillard de soixante-seize ans une énorme tumeur de la lèvre supérieure du poids de 2 kilogs et qui a débuté il y a cinquante ans.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La crise de l'agrégation. — Sur la proposition de M. Rouvier, le conseil général de l'Hérault a adopté le vœu suivant au cours de sa dernière session :

« Considérant que les agrégés de médecine et de pharmacie sont actuellement nommés pour une période de neuf années à l'expiration de laquelle ils cessent d'appartenir à l'enseignement;

Que cette situation, en les privant de toute sécurité dans l'avenir, ne peut que provoquer chez eux le découragement;

Qu'elle est absolument préjudiciable aux intérêts de l'enseignement comme à ceux de la science, ainsi que cela a été reconnu par toutes les facultés de médecine sans exception;

Qu'elle est de plus souverainement injuste, les agrégés étant dépossédés de leur chaire alors qu'ils n'ont été nommés qu'à la suite d'un concours long et difficile et qu'ils ont en outre subi une retenue pour la retraite pendant la durée de leur session,

Le conseil général émet le vœu :

Que tout agrégé de médecine et de pharmacie, nommé au concours, sans distinction de catégorie, reste en fonctions jusqu'à l'âge de la retraite. »

L'un de nos collaborateurs appelait dernièrement l'attention sur la crise de l'agrégation. On voit que les pouvoirs publics commencent à s'en occuper. Au lendemain de décisions par lesquelles l'Université s'est privée, sans un mot de regret, des services d'hommes qui lui faisaient grand honneur, ce vœu du conseil général de l'Hérault était à signaler. Il montre, par l'unanimité avec laquelle il a été adopté, que les assemblées politiques savent quelquefois se mettre au-dessus des questions de parti. Il serait assurément à désirer qu'un vœu semblable fût adopté par tous les conseils généraux des départements, sièges des facultés.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Callamand (de Saint-Mandé), Castelli [Mme] et Gasiglia (de Nice), Couteaud (médecin de la marine), Claude et Garnier (de Paris), Guillaumet (d'Amiens), Stéphann (d'Alger) et Vals (de Baixas).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs André (de Marseille), Barbé (d'Affreville), Belous (de Miribel), Billet (médecin militaire), Bories (d'Arzew), Bosc (de Sétif), Charpenel (de Narbonne), Chassaigne (de Duvivier), Chevalier-Lavaure (d'Auch), Cloquet (de Boulogne-sur-Seine), Crinquant (de Tébessa), Cros et Sépet (de Marseille), Dantan, Ferrand, Garrigue, Lansac, Le Rayon, Le Grix, Marrel et Millot (de Paris), Escudié (d'Aïn-el-Hadjar), Fournier (de Châteaudun-de-Rhumel), Gallet, Guigon et Morsly (de Constantine), Gouvert (de Jemmapes), Héritier (de Belley), Martin (d'Alger), Martin (de Bruges), Maurin (de Sidi-bel-Abbès), Maurin (médecin de la marine), Pauc (de Lézignan), Rougé (de Limoux), Troussaint (médecin militaire), Veper (de Paris), Vivien (de Vienne) et Wendling (de La Maison-Carrée).

Marine. — M. le médecin de première classe Berriat, du port de Cherbourg, actuellement en service à Toulon, est désigné pour embarquer sur le *D'Estrées* (division navale de l'Atlantique).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Beuzelin (d'Anfreville-la-Campagne) et Aubert (de Routot).

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Le lundi 22 juin 1903, à neuf heures du matin, s'ouvrira un concours pour la nomination aux emplois vacants de chefs de clinique :

Il sera pourvu à la nomination de : clinique médicale, deux chefs de clinique titulaires et deux chefs de clinique adjoints ; clinique chirurgicale : trois chefs de clinique titulaires et un chef de clinique adjoint ; clinique obstétricale, deux chefs de clinique titulaires et deux chefs de clinique adjoints ; clinique des maladies mentales, deux chefs de clinique titulaires ; clinique des

maladies cutanées et syphilitiques, un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint; clinique des maladies nerveuses, un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint; clinique ophtalmologique, un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint.

Les candidats pouront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 14 juin 1903. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures. — Ils devront produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Tous les docteurs en médecine français sont admis à concourir, sans limite d'âge.

— *Travaux pratiques.* — Afin de permettre à certains étudiants de régulariser leur situation scolaire, des séries supplémentaires, pour les travaux pratiques mentionnés ci-après, seront formées en juin 1903.

Première année : chimie biologique, histologie, physique et physiologie.

Deuxième année : Physique, histologie et physiologie.

Troisième année : Parasitologie, anatomie pathologique et chimie pathologique.

Seront seuls inscrits dans ces séries supplémentaires, après autorisation du doyen : 1° MM. les étudiants n'ayant pas répondu à leur convocation pour une série régulière; 2° ceux dont les notes d'assiduité et de travail ont été insuffisantes dans le cours de la série régulière.

Le montant des droits à acquitter est de 15 francs pour chaque série d'exercices.

MM. les étudiants qui désirent être admis à accomplir des travaux pratiques, dans les séries supplémentaires de juin 1903, devront en faire la demande écrite à M. le doyen avant le 31 mai 1903, en indiquant la nature des travaux qu'ils désirent suivre.

Les élèves inscrits seront convoqués par lettre individuelle.

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — *Cours pratique sur l'examen du sang et des sérosités pathologiques.* — M. Marcel Labbé commencera le mardi 4 juin 1903, à deux heures, au laboratoire de la clinique médicale de Laënnec, un cours pratique sur l'examen du sang et des sérosités pathologiques. Ce cours sera continué les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, et sera terminé en dix leçons.

Programme du cours. — Première leçon : Les éléments du sang normal et leurs fonctions.

Deuxième leçon : Numération des globules du sang.

Troisième leçon : Préparation du sang sec ; fixation ; coloration.

Quatrième leçon : L'hémoglobine; dosage; activité de réduction.

Cinquième leçon : Les globules rouges; hyperglobulies; hypoglobulies, anémies.

Sixième leçon : Les globules blancs; valeur diagnostique et pronostique des leucocytes; leucémies.

Septième leçon : Coagulation du sang; réseau fibrineux; densité du sang; alcalinité du sang; résistance globulaire.

Huitième leçon : Les sérums; sérums bilieux, laqués, lactescents; sérums précipitants, hémolysants, agglutinants.

Neuvième leçon : Cytodiagnostic des sérosités pathologiques.

Dixième leçon : Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien.

Le droit de laboratoire à verser est de 50 francs.

Conférences de pratique médicale, thérapeutique et déontologie. — *Hôpital Lariboisière.* — M. le docteur Le Gendre reprendra ses leçons à l'amphithéâtre le samedi 23 mai à dix heures et demie et les continuera les samedis suivants.

Jeunesse française tempérante. — Le conseil d'administration de la Jeunesse française tempérante (œuvre subventionnée par le ministère de l'Instruction publique) qui, comme on sait, comprend M. O. Gréard, MM. les docteurs Magnan, Joffroy, Lenient, etc., a décidé d'ouvrir une série de concours annuels entre les publications relatives à la lutte contre l'alcoolisme. Des récompenses consistant en diplômes et médailles seront décernées aux lauréats.

Pour le premier concours, envoyer en double exemplaire les travaux imprimés, en langue française, parus du 1er juillet 1902 au 30 juin 1903, au secrétariat général, 115, faubourg Poissonnière.

Alcoolisme et dépopulation. — Aujourd'hui 22 mai 1903, M. le docteur Raoul Blondel, chef de laboratoire à l'hôpital de la Charité, fera à l'Université populaire des études nationales (8, rue d'Athènes), à neuf heures précises, une conférence sur l'alcoolisme et la dépopulation.

Pour les cartes d'entrée, s'adresser au secrétaire de l'Association, M. Pierre Courtois, 138, avenue Wagram.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Villes d'Eaux desservies par le réseau P.-L.-M.* — 1° *Billets d'aller et retour collectifs* (*de famille*). — Il est délivré, jusqu'au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, valablés 33 jours, pour les stations thermales suivantes : Aix-en-Provence, Aix-les-Bains (Aix-les-Bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon), Besançon, Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun), Cette (Balaruc), Chambéry (Challes), Charbonnières-les-Bains, Clermont-Ferrand (Royat), Coudes-Saint-Nectaire, Digne, Die (Le Matouret, Sallières-les-Bains), Divonne-les-Bains, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains (Amphion), Genève (Champel), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot-la Caille, La Bastide, Saint-Laurent-les-Bains, Le Fayet-Saint-Gervais, Le Luc et le Cannet (Pioule), Lépin-lac d'Aiguebelette (La Bauche), Lons-le-Saunier, Manosque (Gréoulx), Menthon (lac d'Annecy), Montélimar (Bondonneau), Montpellier (Palavas), Montrond (Montrond-Geyser), Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers-Salins (Salins, Brides), Pontcharra-sur-Bréda (Allevard), Pougues-les-Eaux, Rémilly (Saint-Honoré-les-Bains), Riom (Châtel-Guyon, Châteauneuf), Roanne (Saint-Alban), Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers (La Motte-les-Bains), Saint-Julien-de-Cassagnas (Les Fumades), Saint-Martin-Sail-les-Bains, Salins (Jura), Santenay, Sarrians-Montmirail, Sauve (Fonsange-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-La Bégude, Vandenesse-Saint-Honoré-les-Bains, Vichy (Vichy-Cusset), Villefort (Bagnols).

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes. — Arrêts facultatifs. — Faire la demande de billet quatre jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

2° *Billets d'aller et retour individuels.* — Il est délivré, jusqu'au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau, des billets d'aller et retour de 1re, 2e et 3e classes, comportant une réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes, pour les stations thermales dénommées ci-dessus.

Validité : 10 jours. — Faculté de prolongation. — Arrêts facultatifs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Collectio ophtalmologica veterum auctorum, par F. Pansier. 1903, fasc. 1, Arnaldi de Villanova, Johannis de Casso. Gr. in-8° de 36 p. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Climat et eaux minérales d'Autriche-Hongrie, par le docteur A. Labat. 1 vol. in-8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 61. — MARDI 26 MAI 1903. 76e ANNÉE. MARDI 26 MAI 1903. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
[MADRID, 23-30 AVRIL 1903 (1)]

Bronchites aiguës et tuberculose pulmonaire.

Par M. le docteur L. Chauvain (de Paris).

Les bronchites aiguës, dans leurs rapports avec la tuberculose, peuvent être étudiées comme cause, comme effet et comme complication. Toujours d'origine infectieuse, elles commencent au simple rhume et finissent à la bronchite capillaire, ou plutôt à la bronchopneumonie. Nous ne nous occuperons ici que des bronchites communes, que des infections siégeant au niveau des bronches intra-pulmonaires et interlobulaires, et nous chercherons leurs rapports avec le commencement, le milieu et la fin de la tuberculose pulmonaire.

I

Bronchite prémonitoire de la tuberculose. — Etiologie et pathogénie. — En dehors de la prédisposition de certains individus, véritable idiosyncrasie dont la nature nous est inconnue, l'âge, la profession peuvent favoriser l'évolution de la bronchite tuberculeuse. L'action pathogénique du froid, accrue par les saisons et les climats, du refroidissement général ou du refroidissement partiel, spécial à certains individus, plus susceptibles d'une partie du corps, est un fait d'observation et d'expérimentation, dont nous ignorons le mécanisme.

Quelle que soit la cause première, la cause seconde de la bronchite tuberculeuse, comme de toute bronchite, est le micro-organisme.

Bactériologie. — Dans les sécrétions plus abondantes de la muqueuse bronchique congestionnée, les micro-organismes trouvent un milieu favorable à leur pullulation. L'état actuel de la question ne permet pas de préciser le rôle du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque, du pneumo-bacille, qui se trouvent d'ailleurs normalement dans les voies respiratoires, à l'état de santé; mais ce qui est certain, c'est que ces microorganismes se multiplient rapidement dans l'exsudat bronchique et, qu'en même temps, apparaît une espèce nouvelle, les protéi, pathogènes et pyogènes.

MM. Roger et Gouget ont montré dernièrement le rôle bactéricide possible du mucus des voies respiratoires. Ce moyen de défense de l'appareil broncho-pulmonaire peut expliquer la résistance plus ou moins grande de certains sujets.

Description. — Cliniquement, un individu en apparence sain, à l'occasion d'une des causes précédentes, est pris d'un frisson; il a une courbature générale et se plaint surtout de la tête; il a de l'inappétence; il a ou n'a pas de température et, s'il en a, c'est avec exaspération vespérale. Il tousse par quintes et accuse, après ses efforts, de la douleur aux insertions du diaphragme et des muscles intercostaux; sa toux est sèche d'abord, grasse ensuite. Il crache et, pendant quelques jours, l'expectoration est transparente, grisâtre, aérée; le quatrième ou le cinquième jour, elle devient épaisse, muco-purulente. Il n'a pas de dyspnée, mais pourtant sa respiration est mal rythmée, pénible et sifflante. Parfois enfin des vomissements muqueux ou alimentaires accompagnent ces symptômes.

A l'inspection du thorax, rien d'anormal. A la palpation, le frémitus vocal est plus ou moins intense, suivant le degré d'embonpoint du malade; mais les vibrations sont ou ne sont pas augmentées dans les sommets; elles le sont, si la tuberculose évolue en même temps que la bronchite; elles ne le sont pas, si la tuberculose doit évoluer plus tard. Et ce signe est d'une importance capitale pour le traitement, surtout si le malade a de la fièvre, parce qu'à lui seul il peut faire soupçonner la tuberculose. A l'auscultation, en effet, les signes stéthoscopiques du sommet sont le plus souvent masqués par les râles de la bronchite. Il ne faudra pas confondre ces vibrations vocales exagérées avec les vibrations des râles ronflants qu'on a appelés « râles palpables » (et qui seraient mieux nommés *vibrations-râles* par analogie avec les *frottements-râles* décrits par certains auteurs dans la pleurésie), vibrations transmises à la main,

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 49, p. 486; n° 56, p. 553; n° 58, p. 580; n° 59, p. 590.

aux deux temps de la respiration, en dehors de toute action vocale.

La percussion confirme le soupçon de tuberculose, lorsqu'elle décèle une diminution de l'élasticité pulmonaire et une submatité des sommets, submatité qui n'existe jamais dans la bronchite simple.

Un signe intéressant à saisir dès le début est l'exagération de la transsonance pulmonaire ou la transformation de son timbre, obtenue par la percussion de la clavicule pendant l'auscultation de la fosse sus-épineuse.

A l'auscultation, on trouve, pendant la période de tuméfaction sèche, qui dure environ quatre jours, des râles ronflants et des sibilants, des deux côtés et aux deux temps de la respiration; puis ces râles deviennent humides, muqueux plus ou moins fins, avec ou sans prédominance à un sommet, et présentent ce caractère de pouvoir disparaître momentanément par endroits, à la suite d'un changement de position, d'un effort ou d'une quinte de toux.

Cela dure une semaine, pendant laquelle la fièvre tombe si la tuberculose n'a pas évolué en même temps que la bronchite. La respiration devient plus libre et tout rentre dans l'ordre par une période de résolution, qui dure dix à quinze jours et au cours de laquelle il est fréquent de noter une crise urinaire et même parfois une forte diarrhée.

Ainsi, dans le décours de la maladie, deux cas peuvent se présenter : ou bien les signes physiques restent prédominants dans un sommet tandis qu'ils décroissent ailleurs, ou bien au contraire la bacillose reste à l'état latent et ne se révèle que plusieurs mois après.

Traitement. — Dans l'un et l'autre cas, le symptôme important d'abord est la fièvre. La bronchite prémonitoire de la tuberculose est en effet fébrile ou apyrétique. Si elle est fébrile, il faut tenter de la réduire.

La balnéation est un moyen difficile et dangereux; mais les enveloppements thoraciques peuvent dans certains cas donner d'excellents résultats.

La quinine réussit bien sous forme hypodermique. On peut employer commodément, par centimètres cubes, une solution de lactate neutre à 2 p. 10, qui n'est pas douloureuse, ne produit pas d'induration, est bien supportée du malade et facilement absorbée.

En suppositoires, le bichlorhydrate de quinine ou chlorhydrate neutre, qui renferme 81 p. 100 de quinine, peut être donné à la dose de 0,25 à 0,75 centigrammes par suppositoire.

Que la fièvre soit ou non facilement vaincue, il y a deux dangers à éviter dans le traitement de la bronchite prémonitoire de la tuberculose : d'une part la saignée locale (ventouses scarifiées ou sangsues) et à fortiori la phlébotomie — d'autre part la créosote.

Le tuberculeux ou celui qui va l'être n'a pas une goutte de sang à perdre. De plus il doit manger; et la créosote qui risque de lui enlever l'appétit, fait véritablement l'affaire du bacille.

Il faut, en effet, dans cette forme de bronchite, nourrir le malade, malgré la fièvre qui n'a jamais nourri personne.

On donnera du lait, un bol toutes les deux heures, des potages, des œufs, des purées de légumes secs et des boissons chaudes.

Ayant évité la saignée, la créosote et la diète, on cherchera — conformément aux indications classiques — à modifier les sécrétions bronchiques, à diminuer la toux, à faciliter l'expectoration.

L'arsenal des engins thérapeutiques dans cette circonstance n'est que trop complet. En vérité, le moins de médicaments possible servira mieux les intérêts du malade, car la bronchite prémonitoire de la tuberculose ne demande qu'à guérir seule.

Dans les cas rebelles, on pourra recourir à la terpine pour diminuer les sécrétions, aux opiacés pour calmer la toux, à l'acétate d'ammoniaque pour faciliter l'expectoration, car ici, selon l'expression de Marfan, les meilleurs expectorants sont les stimulants.

On tiendra compte en administrant les balsamiques, les béchiques et les expectorants, de l'insuffisance urinaire, du fonctionnement de l'intestin et de la tolérance de l'estomac.

Le repos au lit, dans une chambre aérée, d'une température constante et relativement élevée (16 à 18 degrés) fera plus que le reste.

La convalescence sera l'objet des plus grands soins, des précautions hygiéniques les plus minutieuses.

II

Bronchite chez l'adulte à la seconde période de la tuberculose. — « Le catarrhe pulmonaire, a dit Laënnec, est plus souvent effet que cause des maladies de poitrine. » C'est qu'en effet les bronches et le poumon ont un système veineux commun, les veines broncho-pulmonaires. Les affections pulmonaires peuvent avoir ainsi une action sur le système vasculaire de l'appareil bronchique. Il est fréquent de voir l'inflammation limitée aux bronches qui aboutissent au territoire tuberculeux : c'est la bronchite simple, complication de la tuberculose en pleine évolution.

Il y en a une autre, la bronchite tuberculeuse, occasionnée directement par la présence du bacille.

Tuberculeuse ou non, la bronchite au cours de la phtisie n'évolue pas comme une bronchite ordinaire.

Elle peut commencer à propos de la moindre infraction au régime hygiénique, (c'est dire qu'elle est fréquente). D'autres fois, elle paraît se rattacher à l'apport de quelques germes plus virulents dans une collectivité; c'est ainsi qu'à l'hôpital la bronchite éclate, semblant avoir été semée par contagion, après l'entrée dans une salle d'un malade atteint de bronchite ou de bronchopneumonie. Souvent enfin sa cause peut même échapper d'une manière absolue.

Elle se manifeste d'abord soit par un coryza, soit par un enrouement, une extinction de voix, soit par une recrudescence de la toux, soit par de la fièvre. Sa période d'état est beaucoup plus longue que celle de la bronchite ordinaire. Le malade, amaigri et plus pâle, a des douleurs thoraciques plus ou moins accentuées. Il tousse et crache davantage. L'expectoration, plus fluide les premiers jours, devient muco-purulente. La fièvre à oscillations irrégulières présente parfois des maxima matutinaux.

A l'auscultation, on trouve des râles sibilants et ronflants avec des associations de signes, qu'on a pu appeler paradoxales, comme un peu de voix aphone et pas d'égophonie ou comme un peu de matité et de l'exagération des vibrations thoraciques en même temps que des râles exclusivement sonores.

Peu de dyspnée, à moins que la bronchite tende à se capillariser, auquel cas elle s'accompagne de cyanose, de fièvre continue, de toux incessante et devient une complication beaucoup plus grave.

Ordinairement la bronchite se calme et disparaît, en cédant un peu de terrain à la tuberculose.

Le repos le plus absolu à la chambre est la première des indications; la seconde est le régime alimentaire, par petits repas souvent répétés. Le malade se refuse généralement à manger; il faut, toutes les trois heures, revenir régulièrement à la charge et faire accepter deux œufs, 20 à 30 grammes de viande crue et un bol de lait. Quand le lait répugne au malade, il n'y a aucun inconvénient à en changer le goût avec un peu de café, de cacao ou de thé.

Dans l'intervalle des repas, une potion d'ipéca favorise l'expectoration; mais l'ipéca sera donné à petites doses et pendant peu de temps.

Renaut (de Lyon) conseille l'iodure de strontium à hautes doses. Pour lui, ce médicament a une action leucocytaire remarquable; il le préfère à l'iodure de potassium, qui déprime davantage l'organisme, et le donne à la dose de 1 gramme, deux ou trois fois par jour. Cette dose est peut-être un peu forte dans certains cas, parce que l'iodure de strontium est loin de favoriser la sécrétion urinaire.

Lorsque la bronchite aura été précédée d'une période de courbature, comme dans les infections grippales, on pourra donner pendant quelques jours 3 ou 4 grammes de benzoate de soude, qui semble diminuer la fluxion des muqueuses respiratoires et augmente l'élimination des matériaux incomplètement oxydés (Robin).

En même temps, on placera des sinapismes sur les membres inférieurs et des ventouses sèches sur la poitrine.

Plus tard, on aura recours à l'iode en badigeonnages, aux petits vésicatoires et, de préférence, aux pointes de feu superficielles. En cas d'insuffisance rénale, on n'emploiera que la teinture d'iode, la cantharidine étant contre-indiquée chez les malades dont les reins fonctionnent mal et qui résorbent ou fabriquent des produits toxiques.

Au décours de la maladie, l'alimentation sera plus surveillée encore.

L'huile de foie de morue, les glycérophosphates seront employés tour à tour.

J'ai obtenu de bons effets de la solution suivante, donnée en injections hypodermiques :

Cacodylate de soude.......	5 grammes.
Glycérophosphate de soude.	10 —
Acide phénique neigeux....	0g50
Eau stérilisée..............	100 cent. cubes.

On injectera 1 centimètre cube le premier jour;
— 2 — deuxième jour;
— 3 — troisième jour;
— 4 — quatrième jour,

puis 3, puis 2, puis 1 centimètre cube, et ainsi de suite en augmentant ou en diminuant de 1 centimètre cube chaque fois.

III

Bronchite à la période tertiaire. — Les micro-organismes pathogènes, vivants et plus ou moins virulents, suivant la saison, l'année ou leur association microbienne, sont inspirés constamment. Ils pénètrent malgré les cils vibratils, malgré l'opposition mécanique et chimique des mucus de l'appareil respiratoire, dans des bronches et dans un poumon (qu'il soit d'ailleurs septique ou non), où ils trouvent une chaleur humide et les conditions les plus favorables à leur développement. Ils auront vite et facilement gain de cause chez le tuberculeux cavitaire.

L'organe et l'individu, affaiblis par une maladie déjà longue, n'auront plus les moyens de défense suffisants pour résister à l'envahisseur. Aussi la bronchite conduira-t-elle rapidement à l'alvéolite; dans une marche progressivement envahissante, elle se terminera par une broncho-pneumonie le plus souvent mortelle.

D'ailleurs, la diminution du calibre des bronchioles, leur musculature de moins en moins énergique, sont la cause d'un encombrement qui gêne l'hématose et favorise le développement des microbes.

Ici la bronchite évolue d'une façon intense et grave parce qu'elle est greffée sur un terrain tuberculeux et mal résistant. Sa répétition, assez fréquente chez certains individus, aggrave chaque fois la situation.

Je n'ai rien à dire des symptômes qui sont les mêmes que ceux des bronchites dans la tuberculose secondaire. Et je sortirais de mon cadre, en parlant de la broncho-pneumonie. « La broncho-pneumonie, dit Comby, est une bronchite compliquée, une infection bronchique, suivie d'infection pulmonaire. » Lorsque l'infection a gagné les bronchioles intra-lobulaires et terminales, il s'agit d'une autre maladie, maladie de complication, la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Tant qu'il n'y a que de la bronchite, la révulsion, les potions kermétisées et opiacées, les vomitifs s'il y a de l'encombrement des bronches seront les agents d'un traitement tout symptomatique.

IV

Conclusion. — Ainsi, chez les tuberculeux, la bronchite se présente comme une cause, un effet et une complication redoutable. Les infections pulmonaires, déterminées ou accrues par les microbes de la bronchite, réalisent les conditions les plus favorables au développement et à l'extension du bacille de Koch. On peut dire, en reprenant un mot célèbre, que la bronchite aiguë est le plus dangereux des accidents qui peuvent atteindre le tuberculeux ou le prétuberculeux.

Traitement de la tuberculose chez les enfants par le suc musculaire et la viande crue.

Par les docteurs Albert Josias et Jean-Ch. Roux.

Ce travail est l'exposé de recherches poursuivies pendant deux ans et demi et portant sur 50 enfants tuberculeux (méningite tuberculeuse, tuberculose aiguë, péritonite tuberculeuse, tuberculose pulmonaire). Après avoir rapporté et discuté les observations, les auteurs formulent les conclusions suivantes :

A l'heure actuelle, le traitement de la tuberculose, et surtout de la tuberculose pulmonaire par le suc musculaire et la viande crue, nous semble être le traitement de choix à l'exclusion de toute autre médication. Ce traitement doit être complété en mettant le malade dans les meilleures conditions hygiéniques possible.

Le traitement n'a pas d'effet appréciable dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose aiguë, qui paraissent avoir une évolution trop rapide.

Sur 8 malades, atteints de péritonite tuberculeuse, 4 ont guéri. L'emploi de l'injection de tuberculine paraît indispensable dans le diagnostic de la tuberculose péritonéale ; certains malades qui présentent une péritonite chronique avec ascite d'apparence tuberculeuse, ne réagissent pas à la tuberculine.

33 malades atteints de tuberculose pulmonaire du premier au troisième degré ont été mis au traitement avec les résultats suivants :

6 guérisons, 6 malades en voie de guérison, 6 améliorations, 1 état stationnaire, 14 morts.

Le grand nombre de morts tient à ce que tous les tuberculeux qui entraient dans le service, sans distinction, ont été mis an traitement. Si l'on ne comprend dans la statistique que les malades du premier et du deuxième degré, au nombre de 16, on arrive aux résultats suivants :

6 guérisons, 4 améliorations notables, 4 améliorations légères et 2 morts.

Donc plus la tuberculose sera traitée à une période rapprochée du début, plus les chances de guérison seront considérables.

L'augmentatien rapide du poids, dès le début du traitement, paraît être le meilleur signe pronostique. Tous les tuberculeux pulmonaires qui ont augmenté de plus d'un kilogramme pendant le premier mois de traitement, ont présenté une amélioration parfois très considérable ou ont guéri.

Le traitement de certaines tuberculoses locales par les injections intra-musculaires de calomel.

Par M. le docteur Bertrand de Gorsse (de Luchon).

Les travaux effectués, il y a quelques années, pour notre thèse de doctorat, nous ayant permis de constater l'action irréfutable des injections intramusculaires de calomel dans quelques cas d'arthrites tuberculeuses, action mise également en lumière par notre maître le docteur Toupet, nous fûmes amené à étudier l'action de ces injections dans une série de tuberculoses locales, et c'est le résultat de ces recherches que nous venons publier.

Nos injections de calomel sont toutes intramusculaires, profondes de 6 centimètres, car on évite ainsi tous les accidents, et faites à la partie supérieure de la fesse (gauche de préférence), à trois travers de doigt au-dessous de la crête iliaque, à l'union du tiers interne et des deux tiers externes, tout en ayant soin d'écarter les piqûres de façon à ne pas injecter dans le foyer d'une injection antérieure. Les injections ont lieu tous les huit jours et comportent deux centimètres cubes d'une émulsion de calomel dans l'huile d'amandes douces, à 3 centigrammes de médicament actif par centimètre cube : on injecte donc 6 centigrammes de calomel chaque fois.

Nous avons ainsi expérimenté les injections de calomel dans diverses sortes d'arthrites bacillaires : tumeurs blanches des genoux, coxalgies, affections tuberculeuses des petites articulations du pied. Lorsque ces maladies sont traitées au début, on obtient d'excellents résultats. Pareille chose avait, du reste, été observée par MM. Gastou et Dominici, dans le service de M. le professeur Fournier en 1897 : une malade qui présentait une ulcération phagédénique de toute la face dorsale du pied, avec bourgeons charnus parmi lesquels on trouva des cellules géantes, fut guérie par une injection de 5 centigrammes de calomel.

Les résultats observés par nous sont : la disparition ou l'amélioration des douleurs, la disparition ou l'amélioration des lésions osseuses intrasynoviales, synoviales et périsynoviales.

Cette disparition ou amélioration des lésions osseuses et des tissus avoisinant le foyer malade, nous la retrouvons dans deux autres affections : les abcès froids costaux et le mal de Pott. Pour cette dernière maladie, le nombre de nos observations est malheureusement trop restreint, pour que nous puissions encore donner une appréciation exacte sur la valeur de notre méthode, mais les deux succès obtenus sont un encouragement à persévérer dans une voie qui peut donner de vives satisfactions. Nous rappelons, du reste, que M. le docteur Jacquet a, dès 1897, communiqué à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, l'observation d'un cas d'ostéomyélite tuberculeuse, traitée et guérie par les injections de calomel.

Mais là seulement ne se sont pas bornées nos investigations. Chez un malade porteur d'une tumeur blanche du genou et de nombreuses adénites cervicales, nous avions vu, au fur et à mesure que se multipliait le nombre des injections, disparaître les abcès froids du cou. Ceux qui suppuraient se tarissaient et se réparaient ; les simples adénites non arrivées au stade de suppuration fondaient et disparaissaient. De là à appliquer ce mode de traitement aux personnes atteintes uniquement d'adénites cervicales tuberculeuses, il n'y avait qu'un pas qui fut bientôt franchi. Nous devons dire que les résultats ont été excellents.

Nous ne parlerons des lupus que pour dire que l'on est à peu près d'accord pour reconnaitre que, si les injections de calomel sont sans action sur le tubercule lui-même, elles agissent vigoureusement sur l'élément congestif, sur les infiltrations et les ulcérations.

Il est intéressant de noter que chaque fois que nous avons pu faire coïncider le traitement par injections avec une cure hydrominérale sulfureuse, les améliorations ont été beaucoup plus marquées : on connaît, d'ailleurs, les bienfaits que retirent des médications thermales sulfurées les syphilitiques soumis à un traitement mercuriel intensif; le mercure agit alors mieux, et on peut donner de plus fortes doses avec une absolue sécurité.

« Le calomel, écrivions-nous en 1900, réduit à l'état naissant, agit directement sur le sang, et le sang ainsi rénové, amélioré, agit à son tour sur les lésions. » Nous avons pu vérifier cela par l'épreuve du vésicatoire telle que l'ont instituée MM. Roger et Josué. Nous avons pu voir remonter le taux des éosinophiles au fur et à mesure que les injections de calomel amenaient une amélioration.

Quoi qu'il en soit, nous avons voulu donner le résultat de nos expériences personnelles dans le traitement d'une série de tuberculoses locales, tuberculoses contre lesquelles on a déjà essayé sans succès les traitements les plus divers. Nous n'avons pas la prétention d'assurer la constance des résultats; nous sommes au contraire les premiers à reconnaître qu'à côté de succès nombreux nous avons eu des échecs, sans qu'il nous fût possible de savoir à quoi les attribuer. Mais néanmoins les réussites ont été assez fréquentes pour que les injections intrafessières de calomel puissent être érigées en traitement systématique des affections tuberculeuses des articulations, des os et des tissus lymphatiques et conjonctif; les succès seront encore plus nets et plus nombreux, si on peut adjoindre la cure hydrominérale sulfureuse à la cure mercurielle.

Les procédés d'application des courants de haute fréquence et leur valeur,

Par le docteur E. Albert-Weil, chargé du service d'électrothérapie de la clinique chirurgicale infantile de l'hôpital Trousseau.

Après avoir rappelé que les procédés efficaces pour l'administration des courants de haute fréquence sont l'utili-

sation directe, l'effluvation, l'étincelle et le contact au moyen d'électrodes diverses reliées à la spire supérieure du résonateur monopolaire, l'effluvation et le contact au moyen d'électrodes reliées aux résonateurs bipolaires, M. Albert-Weil s'attache à montrer que l'effluvation bipolaire, inefficace d'ailleurs, et illogique dans la tuberculose pulmonaire puisqu'elle active les échanges, réussit, suivant la technique qu'il a imaginée, dans les névralgies, l'hyposthénie gastrique, les arthrites rhumatismales, le diabète sans azoturie, la neurasthénie avec hypotension artérielle.

Action dynamogénique ou inhibitoire du massage léger.

Par le docteur SAQUET (de Nantes).

Si l'on prend la force dynamométrique de la main d'un sujet atteint d'impotence fonctionnelle avant et après une séance de massage léger, on trouve le plus souvent une augmentation de force de 2 à 3 kilos après la séance.

Quelquefois au contraire, mais beaucoup plus rarement, une fois sur dix environ, la force a diminué après le massage.

Mais dans ce cas, si l'on attend un quart d'heure, l'équilibre se rétablit et l'on constate même le plus généralement un gain de force comme dans le premier cas.

M. Saquet n'a jamais vu comme Charcot les sujets même hystériques s'habituer à la manœuvre du dynamomètre et atteindre 20 à 25 kilos de plus après quelques pressions, c'est plutôt le contraire qui arrive chez tout le monde par épuisement de force, ce qu'il a fait contrôler par plusieurs confrères.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(22 MAI 1903)

M. Soupault communique une observation de **paralysie du nerf sciatique poplité externe consécutive à une opération gynécologique**. Cette observation, que communique M. Soupault, concerne une jeune femme névropathe et dyspeptique atteinte de lésions utéro-annexielles anciennes ayant récemment donné lieu à de la pelvi-péritonite suppurée; on pratiqua l'ablation de l'utérus et des annexes par la voie abdominale. L'opération, délicate et longue, dura plus de deux heures, pendant lesquelles la malade resta dans la position actuellement adoptée par tous les chirurgiens, suspendue et fixée par les jarrets à la table d'opération, la tête très basse.

Au bout de deux jours la malade signala que son pied se trouvait engourdi. En l'examinant, on s'aperçut de l'existence d'une névrite du sciatique poplité externe : paralysie des mouvements volontaires, diminution très marquée de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles, pas de troubles des sensibilités subjective et objective.

Le traitement électrique fut institué au bout d'un mois, et quelques séances suffirent à ramener l'excitabilité électrique, puis volontaire. La guérison était presque complète au bout de deux mois.

Le nombre des observations de ce genre publiées sont rares et, cependant, les chirurgiens en observent souvent des formes plus ou moins accentuées. Leur cause paraît être la compression et le tiraillement du nerf sciatique poplité externe pendant une opération de longue durée; l'infection et l'état névropathique sont des causes adjuvantes importantes.

Le traitement prophylactique consiste à éviter la compression du nerf pendant l'opération. Le traitement curatif par excellence est le traitement électrique.

M. A. Souques présente un malade atteint de **caverne pulmonaire d'origine gangréneuse datant de quatorze ans.** Ce malade fut atteint, en 1889, de gangrène circonscrite du sommet du poumon droit, diagnostiquée et traitée par les moyens usuels. La guérison clinique fut difficile et longue, mais depuis cette époque cet homme présente, sous la clavicule droite, les signes d'une caverne pulmonaire à symptomatologie classique.

Cette caverne est indiscutablement d'origine gangréneuse. Si la guérison de la gangrène du poumon est très fréquente, elle est loin d'être toujours complète. Elle est parfois incomplète et il subsiste alors une caverne à parois cicatricielles qui peut durer plusieurs années et même indéfiniment. La permanence d'une pareille excavation peut faire redouter des récidives, même après une très longue période de repos.

M. Verdalle, membre correspondant, lit une note sur la **leucoplasie du col utérin et ses rapports probables avec la syphilis et l'épithélioma.**

La leucoplasie du col de l'utérus n'est pas signalée dans les auteurs. Elle existe cependant puisque M. Verdalle en rapporte une observation personnelle et deux observations dues à M. Labadie-Lagrave.

Il résulte de ces observations que la leucoplasie utérine, comme celle de la muqueuse bucco-linguale, paraît étroitement liée à la syphilis et à l'épithélioma.

Dans les trois observations présentées par M. Verdalle, la leucoplasie, sous forme de plaques blanches, nacrées, brillantes, lisses, a précédé de plusieurs années, huit ans et plus, l'éclosion du cancer.

Dans deux de ces cas le cancer épithélial a débuté au col, dans le troisième au corps de l'utérus.

Dans les trois cas les plaques de leucoplasie occupaient la face antérieure du col.

L'intérêt de ces observations est considérable.

La leucoplasie du col utérin serait un indice, une sorte de phénomène prémonitoire, annonçant très à l'avance, des années à l'avance, l'éclosion du cancer épithélial.

Moins rare peut-être que ne pourrait le faire supposer le silence des auteurs, elle demande à être recherchée.

Quand on la constate il faut faire les plus grandes réserves pour l'avenir et surveiller de très près et très étroitement la malade. Car il paraît établi qu'elle peut être gravement menacée.

La leucoplasie utérine serait donc, comme celle de la bouche et de la langue, une manifestation épithéliale, se rattachant à la syphilis peut-être, au cancer sûrement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 1er AU 6 JUIN 1903)

Examens de doctorat.

MARDI 2 JUIN, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Albarran et Faure ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Schwartz et Marion.

5e (2e partie, nouveau régime), *Charité* (1re série) : MM. Cornil, Letulle et Méry ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Troisier et Renon ; — M. Chauffard, suppléant.

MERCREDI 3 JUIN, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie),

Laënnec (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Tuffier, Walther et Legueu.

5e (2e partie, nouveau régime), *Laënnec* (1re série) : MM. Landouzy, Teissier et Wurtz; — (2e série) : MM. Brissaud, Widal et Bezançon; — M. Delens, suppléant.

VENDREDI 5 JUIN, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Reclus et Broca (Aug.); — (3e série) : MM. Tuffier, Legueu et Mauclaire; — M. Roger, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Teissier, suppléant.

SAMEDI 6 JUIN, à une heure. — 5e (2e partie, ancien régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Cornil, Letulle et Méry; — (2e série) : MM. Proust, Troisier et Thiroloix; — (3e série) : MM. Chantemesse, Vaquez et Gouget; — M. Schwartz, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Rieffel, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle, en date du 20 mai 1903, ont été affectés, savoir :

A Tahiti. — M. le médecin aide-major de première classe Violle, du 6e d'infanterie coloniale.

Au Congo (hors cadres). — M. le médecin aide-major de première classe Kérandel, du 2e d'infanterie coloniale.

Au Chari. — M. le médecin aide-major de première classe Doumenjou, du 3e d'infanterie coloniale.

En France. — Médecins-majors de deuxième classe : au 2e d'infanterie coloniale, M. Buisson; mis à la disposition du ministre des colonies à compter du 29 juillet 1903, pour servir à l'institut Pasteur, à Paris, M. Thiroux; au 6e d'infanterie coloniale, M. Legendre; au 3e d'infanterie coloniale, M. Séguin; au 7e d'infanterie coloniale, M. Ferrandini; au 6e d'infanterie coloniale, M. Chagnolleau.

Médecins aides-majors de première classe : au 22e d'infanterie coloniale, M. Parazols; au 3e d'artillerie coloniale (pour compter du 21 juillet 1903), M. Guiol; maintenu au 3e d'infanterie coloniale, M. Grandmaire, précédemment désigné pour servir au Congo français; au 5e d'infanterie coloniale, M. Ayraud; détaché à l'île d'Ouessant, M. Lorans; au 2e d'infanterie coloniale, M. Lamandé.

Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire en Afrique occidentale :

MM. les médecins aides-majors de première classe Layet, à l'hôpital colonial de Dakar; Ribot, à la direction du service de santé de Paris.

M. le pharmacin-major de deuxième classe Guilloteau, à l'hôpital colonial de Saint-Louis.

Marine. — Les jurys des concours qui auront lieu au port de Toulon, le 7 juin prochain, pour deux emplois de professeur dans les écoles de médecine navale, seront composés comme suit :

1° Concours pour la chaire de chirurgie militaire et navale, médecine opératoire : M. l'inspecteur général du service de santé, président; MM. Ambiel, médecin en chef de première classe, et Planté, médecin principal, membres;

2° Concours pour la chaire de chimie biologique : M. l'inspecteur général du service de santé, président; MM. Sauvaire, pharmacien en chef de première classe, et Leray, pharmacien principal, membres.

— Par suite de la rentrée prochaine en France du croiseur le *D'Estrées*, la désignation pour ce bâtiment de M. le médecin de première classe Berriat, en service à Toulon, est annulée.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales Lidin.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe des troupes coloniales Damian et L'Herminier.

— M. Lefèvre, chirurgien dentiste à Parthenay, est nommé officier d'Académie.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la dix-neuvième semaine 923 décès, au lieu de 986 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 984.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (moyenne 9).

La rougeole a causé 8 décès (moyenne 28); la scarlatine, 6 décès (moyenne 4); la coqueluche, 6 décès (moyenne 10); la diphtérie, 13 décès (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 123, au lieu de 100 la semaine précédente (moyenne 79).

La variole a causé 1 décès (moyenne 3).

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an, au lieu de 21 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 34.

En outre, 18 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 156 décès au lieu de 176 pendant la semaine précédente et au lieu de 160, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (moyenne 12); bronchite chronique, 17 (moyenne 20); pneumonie, 37 (moyenne 40); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 92 (moyenne 88), dont 27 sont dus à la congestion pulmonaire et 45 à la broncho-pneumonie. En outre, 5 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 215 décès; la méningite tuberculeuse, 27; la méningite simple, 21; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). — Service de M. le professeur de Lapersonne. — *Cours pratique de maladies des yeux* (2e série). — M. le docteur F. Terrien, ancien chef de la clinique ophtalmologique, commencera le 3 juin 1903, à deux heures, dans la salle de consultation de la clinique, à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique des maladies des yeux, avec présentation de malades. Il les continuera les jours suivants, à la même heure. Ce cours, comprenant dix-huit leçons, est spécialement destiné aux médecins praticiens et aux étudiants qui préparent le 5e examen du doctorat (1re partie). Il portera sur le diagnostic et le traitement des maladies les plus fréquentes de l'œil et de ses annexes, sur les soins à donner aux blessés dans les accidents du travail, etc. Le droit à verser est de 15 francs. Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation. Les bulletins de versements relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DOCTEUR habitant les bords du Cher, pays agréable, chasse, pêche, gare, postes et télégraphes, désire trouver un pensionnaire pour vie commune ou convalescent non contagieux. — S'adresser au Journal.

POSTE MÉDECIN PHARMACIEN vacant, 3000 francs assurés, plus clientèle. — Luxey (Landes). — Ecrire maire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 22 mai 1903, ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Davignon, nommé directeur de service de santé du 10e corps d'armée ; — Rigal, nommé directeur de service de santé de la division de Constantine ; — Baudouin, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Bourges.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Brisset, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire Villemanzy, à Lyon ; — Altemaire, nommé secrétaire du comité technique et chef de la section technique de service de santé.

MM. les médecins-majors de première classe Bassompierre, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire d'Oran ; — Franchet, désigné pour la place et prisons militaires de Lyon ; — Tartière, pour la gendarmerie de la Seine (Paris) ; — Pommay, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Comte, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême ; — Véron, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen ; — de Casabianca, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Nice ; — Darde, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Tours ; — Brousse, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire d'Ajaccio ; — Raynal, désigné pour l'hôpital militaire de Nancy ; — Tayac, pour la place de Marseille ; — Vachez, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Kraus, affecté au 158e d'infanterie ; — Simon, désigné pour le 138e d'infanterie ; — Nabona, pour le 60e d'infanterie ; — Duco, pour le 66e d'infanterie ; — Sudre, pour le 32e d'infanterie ; — Delporte, pour le 114e d'infanterie ; — Delahousse, pour le 67e d'infanterie ; Millière, pour le 21e dragons ; — Lehmann, pour le 120e d'infanterie ; — Verse, pour le 10e bataillon d'artillerie à pied ; — Vallet, affecté à la direction du service de santé du 16e corps d'armée ; — Albouze, désigné pour le 163e d'infanterie ; — Bichelonné, affecté à la direction du service de santé du 18e corps d'armée ; — Mariau, désigné pour l'École militaire de gymnastique de Joinville ; — Lefebvre, pour le 28e dragons ; — Lamoureux, pour le 21e d'artillerie, détaché aux batteries à cheval de la 7e division de cavalerie à Fontainebleau ; — Bonthoux, pour le 112e d'infanterie ; — Poullain, pour le 141e d'infanterie ; — Bailby, pour le 16e escadron du train des équipages.

MM. les médecins aides-majors de première classe Le Bihan, pour le 137e d'infanterie ; — Baron, pour le 106e d'infanterie ; — Ehrmann, pour le 43e d'infanterie ; — Jodry, pour le 46e d'infanterie ; — Caujole et Brionval, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

Les syndicats médicaux sont convoqués, le 5 juillet 1903, pour élire un représentant au Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels.

Les opérations électorales commenceront à huit heures du matin et seront closes à six heures du soir.

Inauguration des nouveaux établissements de Vichy. — Dimanche prochain, 31 mai, aura lieu, sous la présidence de M. le ministre des Travaux publics, l'inauguration des nouveaux établissements de Vichy.

Le soir un grand banquet suivi d'une représentation de gala au théâtre du Casino réunira les nombreux invités de la Société des sciences médicales et de la Compagnie fermière.

Conférence d'hygiène. — Sur l'invitation de la Société des sciences naturelles et médicales de Seine-et-Oise, la Société française d'hygiène a décidé de venir étudier et discuter avec elle un sujet qui intéresse à la fois les départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

Cette conférence aura lieu le 7 juin à Versailles à neuf heures et demie du matin, au siège de la Société des sciences naturelles et médicales.

Deux rapporteurs ont été désignés : MM. F. Marié-Davy pour la Société française d'hygiène et Auscher pour la Société des sciences naturelles.

Après la conférence, déjeuner, visite de la bibliothèque et du musée, du château et des parcs, jeu des grandes eaux.

Clinique-maison de santé oto-rhino-laryngologique. — Le docteur Georges Laurens, ancien assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris, vient de fonder près de la Trinité une maison de santé, la première en date à Paris dont le but est de donner des soins spéciaux aux malades de la classe moyenne, de traiter même dans une certaine mesure les indigents et les nécessiteux, d'organiser enfin l'enseignement clinique d'une façon pratique.

Nous ne saurions trop féliciter notre collègue de son heureuse initiative.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'ASCITE DANS LES FIBROMES UTÉRINS

Par X. Delore, assistant de M. le professeur Poncet,
et R. Leriche, interne des hôpitaux.

La rareté de l'ascite dans les fibromes utérins est une notion classique : les observations ne se comptent pas ou des tumeurs énormes sont à peine entourées d'un peu de liquide ou même absolument au sec dans la cavité abdominale. Aussi la plupart des gynécologues se contentent-ils de mentionner brièvement cette complication, passée même sous silence par d'autres, et dont on fait généralement l'apanage des fibromes pédiculés.

« Une faible torsion provoque des phénomènes congestifs, disent Schwartz et Hepp (1), augmente le volume de la tumeur... La torsion augmentant, il se fait un œdème de la tumeur, un arrêt circulatoire, puis de l'ascite qui est comme la signature d'un fibrome pédiculé. »

« L'ascite est rare, dit Delbet (2) ; quand elle existe, elle est peu abondante. On a cependant signalé des cas d'ascite considérable se reproduisant sans cesse après la ponction ; c'est surtout lorsque les fibromes sont très mobiles ou que la torsion du pédicule a amené une certaine irritation du péritoine que se produisent ces ascites. Terrillon (*Bull. de la Soc. de chir.*, juillet 1888, p. 626) a observé un cas d'ascite chyleuse. »

Pozzi, Labadie-Lagrave et Legueu émettent la même opinion en termes à peu près identiques.

L'opinion courante est donc qu'il s'agit là d'une complication rare. Courty écrit cependant qu'elle serait plus fréquente dans les fibromes que dans les kystes ovariques, et pour Sébileau (3) peut-être moins exceptionnelle qu'on ne le dit. On la trouve, d'après lui, mentionnée 7 fois sur 30 cas qu'il relève dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, et sur 7 observations de Terrier (4) où l'ascite aurait été notée 5 fois.

Il s'agit là évidemment d'une série exceptionnelle. Sur près de 200 observations que nous avons parcourues, soit à la clinique du professeur Poncet, soit dans les thèses de ces dernières années, nous ne trouvons qu'une proportion de 11 p. 100 et encore s'agit-il presque toujours d'une petite ascite, sentie par le toucher vaginal ou révélée par l'opération. Une seule fois elle atteint 10 litres (observation de Bouilly, nº IV de la thèse de Demankle [Paris 1897]).

Récemment nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet, une femme portant une grosse tumeur utérine accompagnée d'une ascite considérable, bien que ponctionnée déjà deux fois.

La rareté de ces cas et l'heureuse issue d'une intervention qui semblait au premier abord pouvoir se discuter, vu l'état précaire de la malade, nous ont engagés à publier cette observation.

Observation (prise par M. Piollet, interne du service). — Diagnostic : Ascite énorme (25 litres) symptomatique d'un fibrome utérin. Ablation du fibrome. Guérison.

Marie B..., quarante-sept ans, ménagère (de Chantenay, Nièvre), entre le 6 octobre 1902 salle Sainte-Anne, dans le service de M. le professeur Poncet.

(1) Schwartz et Hepp. *Traité de chir. clin.*, t. X, p. 698.
(2) Delbet. *Traité de chir.*, t. VIII, p. 151.
(3) Sébileau. Th. de Paris, 1889.
(4) Terrier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1883.

Pas d'antécédent particulier.

Elle a eu trois enfants et n'a jamais eu de fausse couche. Réglée régulièrement, peu abondamment autrefois ; depuis quatre ou cinq ans, les règles sont devenues plus abondantes, elles durent plus longtemps. Jamais elle n'a eu de métrorragie entre les règles. Aucun traumatisme à signaler.

Il y a environ trois ans que son ventre s'est mis à grossir ; deux mois après qu'elle s'en fut aperçue, le docteur Jamin lui dit qu'elle avait un fibrome. Depuis lors le ventre a augmenté progressivement de volume, et a pris dans ces derniers temps un développement énorme. Aussi le docteur Reboul lui fit-il deux ponctions à peu de distance l'une de l'autre. La première donna issue à 11 litres de liquide citrin, la seconde à 13.

A la suite de la ponction on pouvait sentir une volumineuse tumeur.

La malade vient très amaigrie, très pâle, pouvant à peine marcher, dyspnéique, ayant depuis plusieurs semaines de l'œdème des membres inférieurs, cœur faible, mais régulier.

Le ventre est énorme : *mesurant* 135 *centimètres de circonférence maxima*.

On a tous les signes d'une ascite très considérable, tendue, empêchant toute palpation profonde. Cependant en refoulant le liquide, on arrive à sentir par places la tumeur dure sous-jacente.

Le toucher vaginal montre seulement des culs-de-sac qui bombent, distendus par du liquide. Prolapsus génital.

Bien qu'une intervention demandée par la malade lui ait été refusée récemment à la Charité à cause de son état général, on décide une intervention.

Le 7 octobre, M. Delore fait une laparotomie sous-ombilicale. L'ouverture du péritoine donne issue à un liquide citrin très abondant dont on recueille 25 litres. On arrive alors sur une énorme tumeur, développée aux dépens du fond utérin, adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen et nécessitant l'agrandissement sus-ombilical de l'incision qui est prolongée jusqu'à l'appendice xyphoïde.

On décolle les adhérences pariétales, puis on luxe la tumeur qui est adhérente aussi à l'S iliaque. Ligature et section de ces brides. En outre du pédicule qui rattachait la tumeur à l'utérus, deux pédicules la relient encore au plancher pelvien au niveau des deux ligaments larges. Ils sont sectionnés et finalement la tumeur est détachée du fond utérin. Elle est fluctuante, fibro kystique, avec des veines énormes à sa surface, et pèse 15 kilogrammes ; hémostase. On met un petit Mikulicz dans le bassin, une compresse est laissée à la partie supérieure au contact de la paroi, là où se trouvaient les adhérences. Hystéropexie. Omphalectomie, suture.

Les suites opératoires furent d'abord assez simples. Mais après l'ablation du Mikulicz (au septième jour) bien qu'un drain fût laissé dans le petit bassin, il se fait une collection dans le Douglas. Colpotomie postérieure le 27 octobre.

Dès lors, amélioration rapide de l'état général. Mais il reste à la limite inférieure de la cicatrice un orifice fistuleux, laissant écouler quelques gouttes de pus. La malade part le 20 novembre.

Elle est revue le 8 janvier 1903 en excellent état général, ayant engraissé et ne souffrant pas. Elle a un peu d'éventration. Il persiste une petite fistulette ne donnant presque rien et très bien tolérée. L'ascite ne s'est nullement reproduite, un toucher vaginal minutieux ne révèle pas le plus petit épanchement. Cœur à bruits normaux sans souffle.

25 mars 1903, même situation.

Examen cytologique du liquide donné par l'opération n'a pas été pratiqué, ce liquide ayant été égaré par mégarde.

En somme il s'agit évidemment ici d'une ascite causée et entretenue par un volumineux fibrome, sans rien autre qui

puisse l'expliquer, et ayant définitivement disparu à la suite de l'intervention.

Cette dernière condition nous paraît capitale en l'espèce, car on peut fortement suspecter l'origine d'une ascite qui se reproduit, la cause présumée étant définitivement abolie.

C'est ainsi que, dans l'observation, si souvent rapportée cependant, de Terrillon, où une ascite chyleuse, évacuée par une laparotomie, se reproduisit bientôt après, il ne semble pas que l'on puisse admettre à l'origine du liquide « un petit fibrome sensible, gros comme une orange ». Et Terrillon lui-même se refuse à voir dans le fibrome la cause des lésions de péritonite chronique constatée et du liquide chyleux recueilli.

Il ne faut, croyons-nous, retenir comme observation probante que celle où l'ascite *ne fait pas sa preuve par autre chose que la présence d'un myome utérin et disparaît avec lui.* Ces cas sont rares, mais ils existent : notre observation en est la preuve. Mais alors comment faut-il expliquer l'ascite?

Sébileau, qui a exposé les différentes théories émises à propos de l'ascite dans les tumeurs de l'abdomen, distingue quatre grandes théories :

a. Celles qui font jouer un rôle aux vaisseaux, compression, phénomènes d'osmose, ou théorie lymphatique;

b. Celles qui incriminent le cœur ou les reins soit par coïncidence avec le fibrome (Emmet), soit secondairement à l'affection utérine;

c. Celles qui l'expliquent par la tumeur en elle-même, rupture d'un kyste ou sécrétion externe d'un kyste proliférant;

d. Celles enfin qui lui cherchent une origine péritonéale : irritation mécanique (Monat, Ziembicki, Duplay) ou infection péritonéale (Terrillon).

Parmi toutes ces théories, celles du deuxième groupe (origine rénale ou cardiaque) correspondent évidemment à un certain nombre de faits, mais ne sont pas applicables à tous et ces faits nous les avons dès l'origine éliminés.

Celles du premier ont été pendant longtemps presque exclusivement invoquées dans la pathogénie des cas qui nous occupent. Il est facile de comprendre qu'ils ne peuvent pas répondre à tous les cas et qu'une compression efficace n'y est que rarement réalisée par une tumeur fibreuse de l'utérus. Les théories du troisième groupe sont devenues classiques depuis les travaux de Quénu, mais elles ne s'appliquent qu'aux kystes ovariques et ne se comprennent pas appliquées aux fibromes utérins.

Reste l'irritation ou l'inflammation péritonéale. C'est bien l'explication qui correspond, croyons-nous, au plus grand nombre des cas.

Cette théorie a d'ailleurs pour elle ce fait que ce sont surtout les fibromes pédiculés qui donnent de l'ascite. C'est évidemment un gros point et c'est la première explication qui vient à l'esprit en présence d'un polype flottant dans l'abdomen avec ascite. Mais quand le fibrome n'est pas pédiculé, mais sessile, quand il offre de larges pédicules comme dans notre observation, la théorie est-elle applicable? Il nous semble que oui, et que pas n'est besoin d'une tumeur qui « ballotte dans le péritoine » pour irriter la séreuse et la faire sécréter. Peut-être des phénomènes de transsudation se font-ils aussi dans les tumeurs très vasculaires, gorgées de sang.

En tout cas cette question pathogénique est difficile à trancher.

Alban Doran, dans un travail tout récent (1), l'envisage à nouveau. Il élimine d'abord plusieurs cas, un de Keith, un de Butler-Smythes où l'ascite apparut après une chute, ou un coup violent avait atteint l'abdomen, « le liquide, dans ces cas, étant considéré comme le résultat d'un trauma chez un malade porteur d'un fibrome et non comme le résultat direct de la tumeur. »

Puis il en rapporte un personnel où l'intervention dirigée contre le fibrome permit d'évacuer 8 pintes de liquide. Il n'y avait aucune histoire de trauma antécédent, la tumeur avait grossi rapidement dans les six mois qui précédaient l'intervention. Enlevée elle pesait 4 livres 6 onces, et était très œdémateuse. Il ajoute qu'il n'y avait aucune raison de supposer que la présence inopinée du fibrome puisse causer l'ascite dans ce cas et que le liquide semblait relever d'une inflammation pelvienne. L'ascite et l'œdème de la tumeur étaient probablement le résultat d'une cause commune qui causait aussi une inflammation des ligaments larges.

Dans une autre observation de Kelly, rapportée par A. Doran, il semble que le fibrome fût réellement la cause du liquide. Mais par quel mécanisme?

La question lui paraît difficile à trancher, aussi bien qu'à Kelly. Il ne s'agit pas, dit-il, d'une compression lymphatique, car tandis que l'ascite est infiniment rare dans les fibromes qui gênent la circulation de la lymphe, elle est presque constante dans les tumeurs de l'ovaire où ce facteur ne peut être invoqué. Ce n'est pas l'infection, ce ne sont pas des échanges septiques, car l'ascite est rare dans les kystes dermoïdes où les liquides ont une grande septicité, et d'autre part dans ses observations de fibromes avec ascite, on ne trouve jamais notée trace d'infection.

En somme, conclut Alban Doran, la rareté de l'ascite dans les fibromyomes reste inexpliquée et la cause de sa présence, lorsqu'on l'observe, reste obscure. Peut-être ne fait-on pas un examen viscéral assez soigné dans ces cas et la cause est peut-être en dehors de l'utérus.

Le sujet, termine-t-il, mérite l'attention des anatomopathologistes et des médecins.

Une dernière question qui se pose, c'est celle de l'indication opératoire. Une grosse ascite est-elle une contre-indication opératoire?

D'après ce que nous avons vu, et eu égard à l'heureuse issue de l'intervention dans notre observation où l'état général était assez précaire, où l'ascite était énorme ($1^{m}35$ de circonférence maxima du ventre), nous serions tentés de considérer l'ascite plutôt comme une indication opératoire que comme une contre-indication. C'était déjà ce que Sébileau disait en 1889 dans sa thèse : la gêne énorme que cause la présence d'une grande quantité de liquide intra-abdominal, les troubles respiratoires et cardiaques dont sont menacés les malades, les troubles digestifs à peu près constants en pareil cas sont, semble-t-il, des raisons suffisantes pour assombrir le pronostic si l'obstacle n'est promptement levé et d'autre part l'ascite ne paraît pas modifier le pronostic opératoire autrement qu'en modifiant l'état général.

Cette question de la chirurgie des grosses ascites vient d'ailleurs d'être prise à un point de vue plus général par Lejars (2). Pour cet auteur, une fois éliminé évidemment

(1) A. Doran. *The Lancet*, février 1903, n° 14, p. 418.
(2) Lejars, *Semaine médicale*, 25 mars 1903.

les cas exclusivement médicaux où l'ascite alliée à l'anasarque traduit une déchéance avancée du cœur ou des reins, « le recours à la chirurgie dans un nombre relativement élevé d'affections ascitiques est seul capable d'assurer une guérison que toute autre thérapeutique serait impuissante à procurer et que, dans d'autres conditions, sans guérir, il est encore le meilleur moyen de soulager le malade et de prolonger sa vie. » Comme document à verser au dossier de cette question, nous pourrions citer un cas que nous avons pu récemment observer dans le service de M. Poncet.

Il s'agissait d'une femme de quarante-neuf ans ayant présenté simplement quelques troubles de la menstruation, et dont en six mois le ventre avait pris un développement énorme : elle arrivait à la Clinique dans un état marqué de cachexie, ne pouvant plus se mouvoir, plus s'alimenter, avec des troubles de la miction et de la défécation. L'examen de l'abdomen révélait une grosse ascite qui empêchait toute autre exploration des organes abdominaux. Le foie et le cœur paraissaient sains. Pas d'albumine. Une laparotomie faite par M. Delore évacua 15 à 20 litres de liquide ascitique, il permit de découvrir un épithélioma kystique des deux ovaires. On fit une castration double : vingt-deux jours après la malade quittait le service guérie opératoirement, ayant repris de l'appétit et des forces. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis.

Il est probable qu'elle aura eu une récidive, le péritoine pelvien étant semé de petits points blanchâtres qui semblaient être de la carcinomie péritonéale, mais néanmoins la laparotomie lui aura donné un bénéfice suffisant et assez à peu de frais pour qu'en pareil cas semblable intervention soit parfaitement justifiée.

Comme le dit Lejars (loc. cit.), c'est souvent une besogne malaisée de déchiffrer l'énigme de ces gros ventres distendus de liquide et le problème vaut certes la peine qu'on en analyse avec soin toutes les données. La ponction ne suffit toujours pas, même avec un examen cytologique et chimique du liquide, là où une laparotomie guérirait « en permettant de découvrir et de supprimer une cause ignorée ».

MÉDECINE PRATIQUE

L'opothérapie gastrique par le suc gastrique naturel de porc.

Par le docteur Maurice Hepp, ancien interne des hôpitaux de Paris.

J'ai déjà communiqué à la Société de biologie au mois de février 1903, et au XIVe Congrès international de Madrid, le résultat de mes recherches sur le suc gastrique de porc et sur son emploi thérapeutique dans l'insuffisance stomacale.

Je veux insister ici sur les grands services thérapeutiques qu'il m'a rendus et sur les conditions qui me semblent nécessaires pour retirer de bons effets constants de son emploi, dans les circonstances où cette médication très simple est indiquée. Mes recherches pour l'obtention régulière du suc gastrique de porc remontent à près de trois ans. Témoin des résultats parfaits que m'avait procurés chez deux malades l'emploi du suc gastrique de chien du docteur Frémont, convaincu, par un usage répété de ce suc, que ses inconvénients : odeur canine répugnante, conservation imparfaite, acidité exagérée, l'empêchaient seuls d'entrer dans la thérapeutique courante des affections stomacales, je m'efforçai d'obtenir un suc gastrique dépourvu de ces inconvénients.

Je m'adressai d'abord au chien, dont j'isolai l'estomac par une opération différente de celle de Frémont; je me convainquis facilement que les désagréments du suc canin tenaient bien à l'animal lui-même et que l'occlusion du pylore telle que la pratique Frémont, retenant le suc stagnant dans la poche gastrique, était seulement génératrice d'une acidité exagérée par fermentation secondaire. Dans ces conditions je me décidai à recourir au porc et à exclure simplement son estomac du trajet digestif, sans fermer le pylore, afin de respecter la statique et l'évacuation normale de la poche gastrique, pour obtenir un suc aussi identique que possible au suc normalement sécrété.

Le porc me paraissait présenter sur le chien de notables avantages : il est omnivore, il a une grande puissance d'assimilation qu'il doit certainement à la nature de ses sucs digestifs, c'est de l'estomac du porc qu'on extrait les meilleures pepsines, c'est avec sa muqueuse que Gilbert et Chassevant ont préparé leur extrait gastrique; le porc est un animal d'alimentation courante dont aucun produit ne répugne à notre goût, ni à nos préjugés.

Mes prévisions ne me trompèrent pas; j'obtiens du porc du suc gastrique en abondance suffisante ; ce suc n'a pour ainsi dire pas d'odeur animale, il est faiblement acide, il se rapproche beaucoup du suc gastrique humain, il ne répugne pas aux malades ; aseptiquement filtré et embouteillé il se conserve parfaitement sans perdre ses propriétés; il constitue donc un produit thérapeutique d'un maniement aisé.

En possession d'un produit constant, d'une absorption facile, je l'administrai à mes malades, dans les diverses circonstances où son utilité me parut incontestable ; c'est-à-dire dans les cas où, à la suite d'une atonie gastrique, d'une gastrite, d'une maladie aiguë fébrile, la sécrétion stomacale est insuffisante en quantité ou en qualité.

Avant d'aborder l'étude des résultats que j'obtins dans ces diverses circonstances, je tiens à préciser la posologie et le mode d'administration du suc tels qu'ils résultent de mon expérience.

Je commençai, à donner aux malades le suc gastrique en grande quantité, c'est-à-dire à la dose de 80, 100, 200 centimètres cubes par repas. Guidé par l'idée que je devais suppléer la sécrétion normale absente ou diminuée, je voulus administrer des doses assez fortes pour accomplir artificiellement la digestion stomacale. Je ne tardai pas à abandonner cette prétention; les malades, fatigués des doses massives, m'apprirent eux-mêmes qu'ils obtenaient, de doses infiniment moindres, des résultats équivalents. Sceptique d'abord, je dus m'incliner devant le fait et abandonner en même temps mes idées premières sur le mode d'action du suc gastrique ; je reviendrai ultérieurement sur ce point.

Quoi qu'il en soit, j'ordonne aujourd'hui le suc gastrique à la dose d'une, deux, trois cuillerées à bouche au maximum par repas et après avoir ordonné pendant un certain temps deux ou trois cuillerées à bouche, je m'en tiens presque toujours à une cuillerée pour un usage prolongé. Le fait est important; car il permet de recourir plus facilement à cette médication, il permet de la faire entrer dans la thérapeutique courante, sans la réserver aux cas exceptionnels.

Le moment d'administration du suc gastrique a également une grande importance. Partant de cette idée que le suc administré devait suppléer le suc naturel, je le fis prendre dès le début de mes recherches, pendant toute la durée du repas, au fur et à mesure de l'ingestion des aliments. Cette méthode m'ayant donné de très bons résultats j'ai persisté à faire de même en dépit de la modification de mes conceptions théoriques et l'expérience m'a montré que ma manière d'agir est bonne.

J'ai, en effet, voulu préparer l'estomac à recevoir les

aliments en donnant le suc un certain temps, une demi-heure, vingt minutes avant le repas. Cette manière d'agir ne m'a pas réussi; dans les cas même où le suc gastrique s'est montré actif pendant le repas, il ne rendait, avant, que de faibles services ou des services nuls. Son seul mode d'action certain, quand on le donne de cette façon, est de déterminer un effet laxatif marqué qui peut être utilisé dans la constipation chronique. Introduit dans l'estomac vide, il passe rapidement dans l'intestin, stimule les sécrétions pancréatique et entérique, produisant une sorte de flux intestinal et une évacuation rapide de l'intestin.

J'ai aussi administré le suc gastrique après le repas; ingéré après les aliments il détermine souvent des régurgitations acides et un certain dégoût que je n'ai jamais observé dans d'autres circonstances.

En somme, je suis arrivé à cette conclusion que le suc gastrique produit son maximum d'effets utiles quand on le donne, à la dose de deux cuillerées à bouche, pendant le repas.

Quel est le meilleur véhicule du suc gastrique? Pur son acidité est désagréable. Dans l'eau simple il conserve, un peu atténuée, cette même saveur. Dans le lait, on ne peut le donner qu'en l'ingérant immédiatement car, par son lab ferment, il coagule rapidement le lait froid, immédiatement le lait tiède.

Dans la citronnade son goût est bien masqué, et tous les malades le prennent facilement; mais, c'est la bière légère, la bière de ménage qui est certainement son meilleur véhicule. Dans la bière, l'odeur, le goût, disparaissent entièrement; le suc s'y conserve facilement une quinzaine de jours en gardant ses propriétés, de telle sorte qu'on peut, en mélangeant d'avance bière et suc gastrique, faire prendre le remède au malade à son insu. La bière de malt est également un bon véhicule qui ajoute ses propres effets digestifs à ceux du suc gastrique.

Rien n'est donc plus aisé que d'administrer le suc gastrique par la bouche, chez le malade le plus délicat, en suivant ces quelques indications relatives aux doses, au moment d'administration, au véhicule, et il n'est pas de médicament plus facilement supporté par tous, quand on tient compte des quelques détails que je viens d'énumérer.

Je dois ajouter, toutefois, que l'emploi du suc gastrique ne supprime pas l'obligation pour le malade de se soumettre au régime alimentaire approprié à son état. Le régime peut, cependant, devenir rapidement moins sévère qu'il n'était avant l'administration du médicament et, dans l'immense majorité des cas, il m'a suffi de donner à mes malades, même très gravement atteints, au bout de quelques jours de traitement, le régime ordinaire des petits dyspeptiques; je n'ai jamais été contraint de prolonger, au delà d'une dizaine de jours, le régime lacté intégral, parfois utile, et même nécessaire au début.

Les effets du suc gastrique, quand son emploi est réellement indiqué par l'état du malade, sont rapides; parfois ils se produisent dès la troisième, la quatrième dose; jamais ils ne se font attendre plus de dix à douze jours. Le suc gastrique agit d'abord sur la douleur, sur la lenteur de la digestion, sur les phénomènes qui en découlent, puis sur l'appétit, sur les troubles intestinaux, enfin, au bout de quelque temps, sur la nutrition générale.

L'action sur les phénomènes gastriques douloureux est parfois aussi prompte qu'imprévue.

Une de mes malades souffrait d'une gastralgie rebelle, que ni les alcalins, ni l'eau chloroformée, ni la cocaïne, ni l'opium ne pouvaient calmer; sa digestion paraissait normale, son estomac se vidait bien, n'était pas dilaté, je la traitais comme une simple nerveuse, par l'hydrothérapie et un régime simple. Devant l'insuccès de ma thérapeutique, je me décide à lui donner du suc gastrique; pour éviter toute suggestion, je lui recommande d'essayer ce produit dont je ne lui dis pas l'origine.

Au bout de huit jours, elle vient me supplier de lui en donner d'autres flacons, et, en un mois, elle est entièrement soulagée. Voici un an que je puis la considérer comme guérie; elle a repris un embonpoint considérable, et n'a plus présenté, en une année, qu'une crise douloureuse très transitoire, qui a cédé après un nouveau traitement d'une quinzaine de jours, par le suc gastrique.

Un de nos confrères du Mans, le docteur C..., vieux dyspeptique, qui s'observait parfaitement et se soignait lui-même depuis des années, obtient, avec quelques flacons de suc, à deux reprises, à six mois d'intervalle, des effets aussi remarquables. Il souffre d'alternatives de pyrosis nocturne avec tendance à la diarrhée, et d'atonie gastro-intestinale avec abondante production de gaz, météorisme, constipation. Dans une de ces périodes d'atonie particulièrement douloureuse, il prend du suc gastrique et constate aussitôt un soulagement manifeste. En quelques jours, il « digère silencieusement et sans souffrance, production gazeuse et constipation étant prodigieusement atténuées ».

Il cesse pendant six mois l'usage du médicament après le troisième flacon. Au bout de six mois, une nouvelle crise dyspeptique se produit, il reprend du suc gastrique et m'écrit : « Je tiens à vous rendre compte d'une deuxième expérimentation faite sur moi-même, dans ces derniers temps, à l'aide de votre suc gastrique naturel, qui m'a donné un magnifique résultat puisque, de nouveau, j'ai pu enrayer, en trois jours, par trois flacons qui me restaient, une attaque de dyspepsie qui, sans cela, se fût certainement prolongée plusieurs semaines, si j'en juge par la durée des précédentes. »

Le suc gastrique a donc, contre certaines gastralgies des hyposécréteurs, dues à une insuffisance gastrique latente, une action sédative extrêmement rapide et vraiment spécifique.

Il n'agit pas moins bien sur la lenteur des digestions. Pris par un homme à l'estomac normal, il accélère, d'une façon manifeste, la digestion; je l'ai constaté sur moi-même et autour de moi, à plusieurs reprises. Donné aux individus qui digèrent difficilement certains aliments, les aliments gras, par exemple, il leur permet d'en prendre sans troubles, sans inconvénients, une certaine quantité. Chez les dyspeptiques authentiques, avec insuffisance gastrique légère, qui présentent une sensation de pesanteur et de ballonnement stomacal, dès la fin du repas, et un état de malaise et de gêne stomacale dans les heures qui suivent, ces symptômes disparaissent en quelques jours. L'action est plus manifeste encore dans le cas d'insuffisance gastrique grave avec intolerance stomacale. Je reviendrai ultérieurement sur ces faits, par des exemples démonstratifs, en étudiant l'observation de quelques malades de cette catégorie.

Grâce à cette accélération de la digestion, à cette stimulation stomacale, le suc gastrique exerce indirectement une action apéritive.

Ce n'est jamais un apéritif vrai, en ce sens que l'ingestion de suc avant le repas n'excite pas l'appétit; mais l'usage du suc, pendant quelques jours, chez les malades dont l'appétit défaillait, par suite d'une élaboration stomacale viciée, ramène celui-ci.

En même temps que la lenteur des digestions diminue, chez les dyspeptiques, sous l'influence du suc gastrique ingéré, les troubles d'ordre réflexe ou d'ordre toxi-alimentaire, liés à l'insuffisance du travail stomacal, s'atténuent et disparaissent : tels les bâillements, les troubles congestifs de la face, les palpitations de cœur, les cauchemars, l'insomnie.

Souvent, chez les malades, ces symptômes secondaires

prédominent, les troubles stomacaux étant à peine ébauchés, la dyspepsie restant latente. L'effet très rapide du suc gastrique, dans de tels cas, frappe alors, particulièrement, le malade qui se croit atteint, généralement, d'une lésion cardiaque.

Les troubles intestinaux des dyspeptiques par hyposécrétion gastrique sont également améliorés par l'usage du suc gastrique. Le plus souvent ces malades sont des constipés : leurs selles deviennent plus molles, plus faciles, mais on ne les soulage réellement qu'en leur faisant prendre du suc gastrique à la fois une demi-heure avant et pendant le repas.

Quand, au contraire, une diarrhée lientérique résulte des troubles dyspeptiques, diarrhée généralement ancienne, rebelle à toute médication, elle est très rapidement enrayée par l'usage du suc gastrique pendant le repas.

L'action du suc gastrique sur la nutrition générale ne se fait guère sentir qu'au bout de quinze à vingt jours environ : mais elle est souvent très remarquable, telle de mes malades dyspeptique grave dont je rapporterai l'observation fort intéressante, commença à engraisser d'un kilo par semaine au bout du premier mois de traitement; chez tous les malades qui ont retiré du suc gastrique un bénéfice subjectif notable, j'ai noté l'augmentation de poids; ce phénomène a été particulièrement sensible chez les tuberculeux à la première période, dyspeptiques, auxquels j'ai administré avec le plus grand avantage du suc gastrique. Chez deux malades de cette catégorie, parfaitement soignés auparavant, mais inappétents et dyspeptiques, maigrissant en dépit d'une suralimentation bien conduite, le suc gastrique, après avoir soulagé leurs troubles stomacaux, a déterminé une augmentation de poids en quelques jours, sans que j'aie en rien modifié leur régime.

Dans les cas d'insuffisance gastrique vraie, le suc gastrique a donc des effets immédiats et des effets éloignés, qui sont par ordre chronologique : la sédation de la douleur, l'accélération des digestions, la disparition ou l'atténuation considérable des troubles secondaires généraux et intestinaux de la dyspepsie, le retour de l'appétit et enfin l'amélioration de la nutrition générale marquée par une augmentation de poids.

J'ai tenu à bien dégager ces effets que j'ai sans cesse constatés avant d'étudier l'action thérapeutique du suc gastrique en particulier, pour chaque catégorie de malades chez lesquels j'y ai eu recours avec succès.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(26 mai 1903)

M. Laveran a fait un rapport sur un travail de M. Michon qui est une nouvelle étude relative à l'**emploi préventif de la quinine dans les pays palustres**, en particulier en Corse. Les bons effets de cet emploi préventif de la quinine sont connus depuis longtemps; mais depuis la découverte des hématozoaires on a vu que la quinine agit en empêchant le développement du parasite.

M. Michon préfère le chlorhydrate de quinine; il l'administre à la dose de 0g80 tous les trois jours. C'est là une dose forte; déjà avec des doses de 0g25 à 0g50 tous les trois jours on a obtenu de bons résultats, et M. Laveran pense qu'elles sont suffisantes; il s'agit, en effet, simplement de modifier le terrain, non de détruire le parasite.

Le chlorhydrate est préférable au sulfate parce qu'il s'absorbe plus vite et n'a pas d'action irritante sur le tube digestif; il n'a que le désavantage d'être d'un prix plus élevé; aussi M. Laveran insiste-t-il de nouveau pour que les pouvoirs publics réglementent le prix de vente de la quinine.

Il ne faut pas non plus négliger les moyens préventifs contre les piqûres de moustiques; l'emploi des moustiquaires, des masques en toile métallique ont donné en Italie d'excellents résultats.

M. Vallin appuie l'opinion de M. Laveran sur les bienfaits de la protection mécanique contre le paludisme.

M. de Lapersonne fait une communication sur les **paralysies traumatiques des muscles de l'œil d'origine orbitique.** A côté des paralysies tenant à une lésion intra-cranienne ou à une lésion de la fente sphénoïdale, à côté des déchirures musculaires ou des désinsertions tendineuses, il existe des paralysies curables tenant à des épanchements sanguins dans les gaines musculaires. Ces paralysies portent toujours sur les muscles de l'élévation et de l'abaissement et guérissent ordinairement d'elles-mêmes. On comprend l'intérêt de cette question au point de vue du diagnostic des fractures de la base du crâne.

M. Bouloumié lit une note sur la **sphigmomanométrie.** Les nombreux faits qu'il signale ne font que confirmer l'opinion qu'il a déjà émise dans un article intéressant que nous avons publié (*Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 65, p. 655).

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Manifestations cardio-vasculaires de l'hérédo-dystrophie paratuberculeuse. (E. Mosny. *Revue de méd.*, avril 1903, p. 269.) — Au même titre que la syphilis, l'alcoolisme et en général les infections ou les intoxications aiguës et chroniques, la tuberculose peut exercer chez les descendants de tuberculeux une influence dystrophiante dont les hypoplasies cardio-angio-hématiques sont les principales manifestations.

L'observation de diverses malformations cardio-vasculaires chez quelques malades issus de souche tuberculeuse a montré à M. Mosny que dans ces cas le rétrécissement mitral pur, le rétrécissement de l'artère pulmonaire, le rétrécissement généralisé des artères, la chlorose devaient être considérés comme des manifestations cardio-vasculaires de l'hérédo-dystrophie paratuberculeuse. Cliniquement, ces lésions cardio-vasculaires sont remarquables par leur latence prolongée, presque indéfinie; leur révélation est rarement précoce et ne se fait qu'à l'occasion des perturbations que peuvent déterminer la croissance ou les infections et les intoxications intercurrentes.

Ces manifestations ne sont pas dues à des lésions de nature tuberculeuse, les sujets qui en sont atteints ne sont en aucune façon voués à la phtisie, fréquemment même ils sont indemnes de toute lésion tuberculeuse; elles doivent être considérées comme des arrêts ou des retards du développement normal dus à la tuberculose des parents (infection bacillaire et intoxication tuberculeuse), peut-être aussi, mais en tous cas plus rarement, à d'autres infections ou intoxications chroniques des ascendants. Elles peuvent alors résulter soit d'altérations constitutives des cellules germinales, soit et plus fréquemment des troubles apportés à l'autogénèse pendant la durée de la gestation.

P. Ravaut.

Sur l'action des injections intraveineuses de collargol dans les maladies septiques. (Hermann Schmitt. *Deuts. medic. Wochens.*, 9 et 16 avril 1903, nos 15 et 16, p. 259 et 282.) — L'auteur, après avoir indiqué la technique de l'in-

jection de collargol dans une veine au pli du coude, étudie les résultats qui lui ont été fournis. Dans les septicémies peu graves, quatre à six heures après l'injection, les symptômes pénibles : céphalée, agitation, malaise général disparaissent et le malade ressent un bien-être général. Ce n'est que quelques heures après qu'il se produit une sédation du pouls et de la température. Une seule injection suffit à amener la guérison. Dans les cas graves on observe, après la première injection, les mêmes phénomènes subjectifs, mais la chute de la température ne survient qu'après des injections répétées. S'il s'agit de cas compliqués d'abcès, les injections de collargol améliorent l'état général, mais la température ne s'abaisse qu'après l'ouverture des abcès. Enfin dans les cas de pyohémie avec abcès métastatiques multiples le collargol se montre sans aucune efficacité.

Chez les malades traités par le collargol la convalescence est extraordinairement rapide et on n'observe aucune tendance aux rechutes.

L'auteur rapporte un certain nombre de cas traités dans le service de Crédé par les injections intraveineuses de collargol et modifiées heureusement par ce médicament : un cas d'appendicite perforante avec péritonite diffuse, un cas d'érythème noueux, quatre cas de polyarthrite infectieuse, quatre cas d'érysipèle phlegmoneux, deux cas de septicémie à streptocoque et deux cas d'infection puerpérale graves. S'appuyant sur ces observations et sur les faits rapportés par Wickenbach et Müller en Allemagne et Netter en France, l'auteur recommande les injections intraveineuses de collargol comme d'une efficacité non douteuse et d'un emploi extrêmement simple. A. LEMIERRE.

La rage à Constantinople. (P. REMLINGER. *Revue d'hyg.*, 20 avril 1903.) — Un préjugé fort répandu veut que la rage n'existe pas chez les chiens de rue de Constantinople. M. Remlinger établit que cette maladie s'observe chez eux mais qu'elle y est rare, eu égard au nombre incalculable des chiens errants. Or ces animaux ne présentent aucune immunité vis-à-vis du virus rabique, car l'auteur ayant inoculé comparativement dans la chambre antérieure de l'œil des chiens de Constantinople et des chiens de Vienne, a vu que la proportion des résultats positifs était dans les deux cas identique. La faible expansion de la maladie s'explique par ce fait qu'au lieu de prendre, comme en Europe, la rage furieuse, les chiens errants contractent presque exclusivement la rage paralytique. Il convient peut-être aussi de faire jouer un rôle secondaire à l'instinct de ces animaux qui les porte à fuir leurs congénères atteints de la rage, à leur répartition par segments de rue hors desquels ils ne peuvent s'aventurer sans danger, enfin à l'épaisseur de leur fourrure. L'absence de contrainte dans la satisfaction des besoins génésiques, le fait que les chiens de Constantinople constitueraient une race spéciale intermédiaire au loup et au chacal ne joueraient par contre aucun rôle. Si la rage est rare à Constantinople, elle est fréquente par contre dans le reste de la Turquie où les chiens prennent souvent la rage furieuse. Quant à savoir pourquoi les chiens prennent la rage furieuse dans les provinces et la rage paralytique dans la métropole, l'auteur avoue son ignorance complète sur ce point. L. GAYARD.

OBSTÉTRIQUE

La valeur diagnostique du pouls et de la température dans les suites de couches pathologiques. (*Revue prat. d'obst. et de pédiatr.*, janv.-fév. 1903.) — M. DANIEL résume ainsi les conclusions auxquelles l'ont conduit ses récentes recherches personnelles :

Les *crevasses du sein* modifient dans deux tiers des cas la courbe de la température, qui s'élève, vers le quatrième ou cinquième jour, de 6 à 8 dixièmes de degré. Cette élévation persiste pendant trois ou quatre jours, puis disparaît.

Dans la *lymphangite du sein*, la fièvre apparaît du cinquième au septième jour après l'accouchement; elle monte brusquement à 39 ou 40 degrés; sa durée est de douze à vingt-quatre heures; après quoi elle tombe soit brusquement, soit en deux temps. Le pouls augmente de fréquence, mais sans que ses modifications soient parallèles à celles de la température. Dans le cas de *galactophorites* secondaires à la lymphangite, la température, qui était montée brusquement au bout de douze à vingt-quatre heures, persiste encore pendant trois ou quatre jours, oscillant autour de 38 degrés. Le pouls commence à augmenter de 15 à 20 pulsations, pour tomber à la normale au bout de trois à quatre jours en même temps que la fièvre.

Dans les *plaies vulvo-périnéales*, la température apparaît vers le troisième jour, ne dépasse pas 38 ou 38°3 et disparaît du septième au neuvième jour. Dans certains cas, on n'observe pas de fièvre. Le pouls suit la température et oscille autour de 80. Lorsqu'il y a *infection utérine*, la température débute du troisième au septième jour; le thermomètre s'élève progressivement à 37°5, 38, 38°5. Au bout de deux ou trois jours de cette fièvre légère, la courbe s'élève brusquement à 40 degrés, à la suite d'un frisson. Rarement la température apparaît du premier au troisième jour : dans ce cas il s'agit de véritables septicémies.

La marche de la courbe thermique varie suivant la gravité de l'infection et le traitement administré.

1° Elle peut se *maintenir* aux environs de 40 avec des oscillations d'un degré, la température étant ordinairement plus élevée le soir que le matin; dans d'autres cas les oscillations, beaucoup plus marquées, atteignent jusqu'à 2 et 3 degrés; quelquefois, enfin, on peut voir la courbe s'abaisser aux environs de 38 degrés pendant un à quatre jours pour remonter ensuite. Cette hyperthermie peut durer plusieurs semaines accompagnée d'un état général grave, et être suivie de mort.

2° D'autres fois, la température peut *tomber* soit progressivement à la normale au bout de quelques jours, sans aucun traitement; la chute de la température se fait en général lentement, et la courbe descend peu à peu à 37 degrés; soit brusquement dans des cas exceptionnels ou après un traitement approprié; soit enfin à la suite d'une complication : on voit quelquefois, vers le septième-huitième jour de l'infection, apparaître près de l'utérus une tuméfaction douloureuse au palper. Son apparition est souvent de bon augure; elle annonce que l'infection se localise et perd sa tendance à la généralisation. En même temps, la fièvre tombe. Cette tumeur peut finir par la résolution, mais elle peut aussi, dans des cas plus graves et plus rares, finir par la suppuration. La fièvre prend alors le type continu avec légères exaspérations vespérales, le thermomètre monte dès le début à 39 et même 40 degrés, puis oscille autour de 39 degrés pour descendre progressivement vers le dixième ou le douzième jour en se rapprochant de la normale.

Le pouls est assez variable : 1° tantôt il suit une progression absolument parallèle à celle de la température; 2° tantôt il y a dissociation, le pouls étant plus rapide que la température; 3° la fréquence du pouls peut précéder tous les autres accidents, même l'élévation thermique. Un traitement méthodique exerce une influence favorable sur la marche de la température et du pouls.

Enfin dans la *phlébite*, tout à fait au début, il peut exister des modifications du pouls et de la température, modifications apparaissant dans les dix à quinze jours et acquérant, par conséquent, la valeur d'un véritable symptôme précurseur. L. BABONNEIX.

OTOLOGIE

Surdité d'origine tabagique. (WYATT WINGRAVE. *Med. Press.*, fév. 1903, p. 127.) — L'auteur passe en revue les divers accidents que peut provoquer l'usage ou l'abus du tabac : les uns sont d'ordre purement mécanique et s'observent principalement chez les sujets atteints d'obstruction nasale; la pression négative produite à chaque aspiration de fumée dans le naso-pharynx favorise l'hyperémie de cette région et engendre des troubles du côté de la trompe d'Eustache. Un deuxième groupe de faits comprend les lésions irritatives ou catarrhales avec toux et expectoration intestinales; c'est ici l'action locale de la fumée sur les muqueuses qui est en cause.

Plus importante est la surdité toxique ou nerveuse. Elle est due à l'accumulation progressive dans l'organisme des poisons du tabac; cette accumulation n'est pas douteuse, car l'abstinence totale est nécessaire pour obtenir une guérison durable; une simple réduction dans l'usage du tabac est insuffisante pour obtenir un résultat appréciable. Dans tous les cas signalés par les observateurs, la surdité est double. Les bourdonnements, le vertige sont souvent très marqués. Ces troubles s'accompagnent d'ailleurs de phénomènes analogues du côté de la vision : amblyopie, défaut de perception du rouge, scotome.

Le traitement réside dans l'abstinence de tabac sous toutes ses formes et dans l'administration de strychnine. Des cas graves ont pu guérir ainsi dans l'espace de huit à douze mois. La rechute survient dès qu'on reprend l'habitude du tabac, même si on continue à prendre de la strychnine.

A. HOUSQUAINS.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Sur l'absorption de l'antitoxine tétanique par les plaies ; action immunisante du sérum antitétanique sec, employé au pansement des plaies tétanigènes, note de M. A. CALMETTE, présentée par M. ROUX. (*C. r. de l'Acad. des sciences*, n° 19, 11 mai 1903.) — On peut facilement conférer aux cobayes l'immunité contre le tétanos en faisant absorber à ces animaux de petites quantités de sérum antitétanique par une petite plaie de 3 ou 4 millimètres de longueur, en boutonnière, intéressant toute l'épaisseur du derme.

L'expérience ne réussit ordinairement pas si l'on se contente de badigeonner la plaie avec un pinceau trempé dans du sérum liquide. Au contraire, elle réussit toujours si l'on saupoudre la plaie avec une très petite quantité de sérum *sec, finement pulvérisé*. Quelques milligrammes de sérum suffisent ainsi à vacciner les animaux contre des doses de toxine tétanique dix fois mortelles.

Cette constatation m'a déterminé à rechercher s'il serait possible d'empêcher l'infection tétanique de se produire en employant le sérum antitoxique *à l'état sec* au pansement des plaies tétanigènes.

Des poussières de balayage, mélangées d'un peu de terre, sont copieusement imprégnées de spores tétaniques fraîches, non lavées. La poussière ainsi préparée est séchée à l'étuve à 35 degrés, et conservée pour l'usage.

Si l'on fait sur le dos ou à la cuisse d'un cobaye une petite plaie pénétrante à l'aide de ciseaux et qu'on saupoudre celle-ci avec cette poussière, l'animal prend un tétanos mortel en quatre à six jours.

Dix cobayes ainsi infectés, en variant le siège de la blessure, ont tous succombé.

Dix autres cobayes infectés de la même manière que les précédents ont été traités, de deux à six heures après l'infection : leurs plaies, légèrement avivées, furent saupoudrées avec du sérum antitétanique sec, finement broyé. Ce sérum préservait à la dose de 0mg1 (pesé à l'état sec) les cobayes de 400 grammes environ contre une dose de toxine sûrement mortelle en quarante-huit heures.

Aucun de ces animaux n'a pris le tétanos.

Lorsque les plaies tétanigènes sont saupoudrées de sérum plus de sept heures après l'infection, les résultats deviennent inconstants : quelques animaux prennent le tétanos et succombent plus ou moins tardivement. Après douze heures, le pansement au sérum se montre toujours inefficace.

Ces expériences, dont plusieurs ont été faites dans mon laboratoire par le docteur Rivas, assistant du professeur Mac Farland (de Philadelphie), montrent qu'on peut aisément vacciner les animaux et empêcher l'infection tétanique par la simple absorption du sérum à la surface d'une plaie souillée de germes de tétanos.

Elles m'ont conduit à penser qu'il y aurait de très grands avantages à appliquer la même méthode de traitement chez l'homme lorsqu'on se trouve en présence de plaies souillées de terre ou de déjections animales susceptibles d'être infectées par le bacille de Nicolaïev.

Le cas est surtout fréquent à la campagne ou sur les champs de bataille, ou encore dans les pays chauds, où le tétanos est très commun.

En adoptant cette méthode pour le pansement des plaies ombilicales chez les jeunes enfants, on réaliserait de la manière la plus simple la meilleure des prophylaxies contre le tétanos des nouveau-nés (sarrette, mal mâchoires) qui, dans certaines régions du globe, représente un des principaux facteurs de la mortalité infantile. En Indo-Chine, par exemple, *un cinquième* des enfants qui naissent disparaissent avant le dixième jour par le fait de cette maladie.

Le sérum antitétanique à l'état sec conserve indéfiniment son activité préventive. Son emploi pour le pansement des plaies ne présente, s'il est bien préparé, aucun inconvénient d'aucune sorte et n'exige aucune instrumentation spéciale. Il peut être mis entre les mains les plus inexpérimentées.

Il y aurait donc le plus grand intérêt à en généraliser l'usage sous cette forme commode, en médecine et en chirurgie humaines, particulièrement en chirurgie militaire et aux colonies.

L. GAYARD.

QUESTION D'INTERNAT

Complications de la scarlatine.

ANALYSE SYMPTOMATIQUE. — § I. ANGINES SCARLATINEUSES. — Au cours de la scarlatine, on peut observer : 1° des A. pseudo-membraneuses; 2° des A. ulcéreuses; 3° des A. gangréneuses.

A. Angines pseudo-membraneuses. — Il est classique, depuis Trousseau, de les diviser en deux groupes : angines *précoces*, non diphtériques, angines *tardives*, presque toujours diphtériques.

I. *Angines précoces.* — Elles apparaissent le plus souvent du troisième au quatrième jour après l'éruption; elles peuvent aussi précéder l'exanthème (Fothergill). Fréquentes dans les scarlatines graves, elles présentent tous les caractères cliniques des A. diphtériques : fausses membranes recouvrant le fond de la gorge; adénopathie sous-maxillaire; coryza couenneux; troubles généraux.

Ces A. précoces présentent deux formes : 1° une *bénigne* où « la fausse membrane constitue presque toute la maladie. Généralement les fausses membranes se reproduisent pendant deux ou trois jours, mais elles ne gagnent pas en étendue La disparition de l'exsudat est suivie d'une convalescence rapide » (Boulloche. *Les angines à fausses membranes*, p. 55); — 2° une forme *maligne* ou *septique*, « caractérisée par la note infectieuse qui domine la scène et aboutissant fréquemment à la mort » (V. Boulloche, *loco citato*).

Cliniquement, ces A. précoces semblent impossibles à diffé

rencier des A. diphtériques. Cependant, et avec de seuls arguments cliniques, on peut arriver à démontrer leur nature scarlatineuse. En effet *a.* par contagion elles donnent la scarlatine et non la diphtérie; *b.* elles ne sont jamais suivies de paralysies : *c.* elles ne se compliquent pas de croup. (*La scarlatine n'aime pas le larynx*, Trousseau.)

II. *Angines tardives.* — Elles apparaissent après la chute de la fièvre, vers la deuxième ou troisième semaine. Annoncées par des phénomènes généraux graves, elles présentent tous les signes de l'A. diphtérique toxique : « Ici, ce qui domine l'ensemble symptomatique, c'est la gravité extrême de l'état général, la prostration et l'adynamie » (Boulloche). La mort est très fréquente (V. Trousseau, *Cliniques*, et Boulloche, *loco citato*).

B. **Angines ulcéreuses.** [*Pharyngite nécrotique* (Hénoch), *angine perforante; angine gangréneuse* de certains auteurs (Variot, Antoine).] Presque toujours précoce, cette forme d'angine est caractérisée essentiellement par des *ulcérations.* Ces ulcérations siègent au niveau des piliers, de la luette ou du voile, sont ovalaires, à bords taillés à pic, à fond constitué par un tissu grisâtre, mortifié, et parfois recouvert par des fausses membranes; elles aboutissent souvent, au niveau du voile, à la perforation. Elles s'accompagnent de symptômes généraux graves et entraînent fréquemment la mort (V. Méry et Hallé, *Bull. méd.*, 1903, n° 38).

C. **Angines gangréneuses.** — Tardives, secondaires à une des formes précédentes, elles affectent la forme circonscrite ou diffuse et se traduisent presque uniquement par la fétidité de l'haleine. Elles aboutissent habituellement à la mort, soit par extension des lésions gangréneuses, soit par une complication telle que gangrène pulmonaire, ulcération des gros vaisseaux du cou, etc. (V. Rilliet et Barthez, 2ᵉ édit., t. II, p. 390).

Les A. de la scarlatine se compliquent souvent : 1° d'adénopathie; 2° d'otite. L'*adénopathie sous-maxillaire* ne manque jamais dans la scarlatine (V. Moizard, *Traité Grancher-Comby*, t. I). Dans les formes graves, tous les ganglions de la région sont pris; l'adénite, qui se double de périadénite, aboutit souvent à la suppuration et détermine des accidents en rapport avec son siège : compression du larynx et de la trachée, ulcération des gros vaisseaux. L'*otite* est due au transport dans l'oreille moyenne, par l'intermédiaire de la trompe, des germes du pharynx. Elle peut être *légère*, et se traduire simplement par des douleurs, ou *grave*; elle présente alors tous les signes des otites moyennes suppurées et expose à toutes leurs complications immédiates : mastoïdite, thrombose des sinus, méningite, carie du rocher (V. Moizard, *loc. cit.*, p. 143), ou tardives (surdité).

§ II. Néphrite scarlatineuse. — Complication très fréquente et très importante, la néphrite scarlatineuse présente deux formes, une précoce, bénigne, une tardive, grave.

La **forme précoce** ne se traduit, le plus souvent, que par une albuminurie peu abondante, passagère, inconstante, qui apparaît au cours de la période fébrile et disparaît à la convalescence. Cette albuminurie ne se complique d'aucun signe d'urémie; exceptionnellement, elle s'accompagne d'hématurie et d'anurie (Juhel-Rénoy). « Cet accident est rapidement mortel, mais ceci est l'immense exception, et, presque toujours, l'albuminurie du début de la scarlatine n'a aucune gravité » (Moizard).

La **néphrite tardive** apparaît surtout vers la troisième semaine. Son *début* est tantôt insidieux (d'où la nécessité d'examiner tous les jours les urines), tantôt caractérisé par des troubles *nerveux* : céphalalgie, vertiges, étourdissements, troubles passagers de la vue, insomnie; *digestifs* : vomissements, douleurs dans le bas-ventre; *urinaires* : douleurs lombaires, oligurie, albuminurie, hématurie.

Période d'état. — α. *L'anasarque scarlatineuse.* — « On peut observer, à la suite de la scarlatine, des hydropisies isolées ou réunies de presque tous les organes. La plus fréquente est l'anasarque, puis l'œdème pulmonaire, puis les épanchements séreux de la plèvre, du péritoine, du péricarde et de l'encéphale, et enfin l'œdème de la glotte. L'anasarque existe souvent seule. Dans l'immense majorité des cas, c'est l'anasarque qui ouvre la marche et les hydropisies internes ne se manifestent que plus tard » (Rilliet et Barthez). L'œdème est surtout apparent à la figure (paupières) où il débute, il présente quelquefois des localisations anormales (bourses, replis aryténo-épiglottiques). — β. *Troubles urinaires* : hématurie, albuminurie, oligurie pouvant aller jusqu'à l'anurie. — γ. *Troubles digestifs* : vomissements, diarrhée, coliques. — δ. Insister sur les « *accidents cérébraux* aussi graves qu'instantanés qui se manifestent quelquefois pendant le cours de la néphrite scarlatineuse et qui sont identiques avec ceux que l'on observe dans la néphrite albumineuse primitive. Ces accidents apparaissent d'ordinaire à une époque où l'anasarque existe déjà depuis deux à quatre semaines; cependant, il peut arriver aussi qu'ils se montrent presque en même temps ou même avant » (Rilliet et Barthez). Ils débutent soit par une céphalalgie violente, accompagnée de vomissements, soit par des symptômes comateux, soit par des convulsions, soit par de l'amaurose. « Dans tous les cas, si la mydriase ou l'éclampsie ont été précédées par d'autres phénomènes, elles ne tardent pas à se manifester au bout de peu d'heures. Que l'*éclampsie* ait marqué le début ou qu'elle ait succédé à la céphalalgie ou à l'amaurose, c'est elle qui imprime à la maladie son cachet particulier. C'est en effet le symptôme le plus constant et le plus grave » (R. et B.). Les convulsions sont généralisées ou partielles, continues ou intermittentes; elles s'accompagnent de perte de connaissance et de mydriase et sont parfois suivies de paralysies passagères; elles peuvent guérir ou déterminer la mort au milieu de phénomènes comateux ou convulsifs. Quelquefois, les accidents cérébraux prennent le masque de la méningite tuberculeuse (Gœlis); souvent, pendant qu'ils évoluent, l'anasarque diminue. Leur marche est toujours rapide : quelques heures, vingt-quatre heures au plus : « Malgré la gravité apparente des symptômes, la terminaison la plus ordinaire est le retour à la santé quand la forme éclamptique domine » (R. et B.), et la maladie « laisse aux enfants qui guérissent la plénitude de leurs facultés sensorielles, motrices et intellectuelles » (R. et B.).

La néphrite scarlatineuse peut : *a.* complètement guérir; *b.* aboutir à la néphrite chronique; *c.* déterminer la mort par urémie aiguë, et particulièrement par urémie convulsive. Lorsqu'elle guérit, l'albumine persiste longtemps et reparaît à l'occasion de la moindre fatigue ou sous l'influence de la station verticale (*albuminurie orthostatique*).

(*A suivre.*)

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

POSTE MÉDECIN PHARMACIEN vacant, 3000 francs assurés, plus clientèle. — Luxey (Landes). — Ecrire au maire.

Le Directeur-gérant : Dʳ François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE **9** H. A **11** H. ET DE **2** H. A **5** H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours du prosectorat.* — La séance d'ouverture du concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux fixée primitivement au vendredi 24 juillet à quatre heures est avancée au lundi 20 juillet à la même heure.

Cette séance se tiendra, ainsi qu'il a été indiqué par les affiches, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Le registre d'inscription des candidats restera ouvert, comme il a été fixé, du 22 juin au 4 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures, au secrétariat général de l'administration (service de santé).

Écoles de médecine. — *Marseille.* — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 27 mai 1903, un concours s'ouvrira le 30 novembre 1903 devant l'école supérieure de pharmacie de l'université de Montpellier pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Guerre. — Par décision ministérielle du 22 mai 1903, M. Rangé, médecin principal de première classe, a été désigné pour remplir les fonctions de directeur du service de santé en Afrique occidentale française, en remplacement de M. le docteur Primet, rapatrié.

Création d'un prix. — Les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences sont autorisés à accepter la donation faite à son profit par M. Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine, pour la création d'un prix annuel de 1200 francs pour un but utile au choix de l'Académie, et de préférence pour une œuvre humanitaire d'assistance.

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours sera ouvert le lundi 7 décembre 1903, pour l'attribution de deux prix de 900 francs chacun, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, bureau du service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 15 octobre dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la vingtième semaine 939 décès, au lieu de 923 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 984.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 9).

La variole a causé 1 décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 12 décès (moyenne 28); la scarlatine, 5 décès (moyenne 4); la coqueluche, 5 décès (moyenne 10); la diphtérie, 14 décès (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 129, au lieu de 123 la semaine précédente (moyenne 79).

La diarrhée infantile a causé 23 décès de 0 à 1 an, au lieu de 20 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 34.

En outre, 34 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 153 décès au lieu de 156 pendant la semaine précédente et au lieu de 160, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 18 décès (moyenne 12); bronchite chronique, 16 (moyenne 20); pneumonie, 32 (moyenne 40); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 87 (moyenne 88), dont 34 sont dus à la congestion pulmonaire et 40 à la broncho-pneumonie. En outre, 6 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 204 décès; la méningite tuberculeuse, 21; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 21 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fourrier (de Paris) et Noack (de Lyon).

Leçons sur les maladies du système nerveux (année 1900-1901), par F. RAYMOND, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, recueillies et publiées par le docteur E. RICKLIN, 6e série. 1 beau vol. gr. in-8° de 650 p. avec 117 fig. dans le texte. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

PRATIQUE MÉDICALE

Contribution à l'étude du citrophène.

Par M. Rabion (de Paris).

Mme C..., rentière, âgée de soixante-dix ans, atteinte depuis six mois de douleurs dans les articulations des genoux et des pieds, avait en vain essayé les médicaments recommandés contre les douleurs tels que salicylate de soude, antipyrine, phénacétine; sur mon conseil la malade essaya le citrophène en cachets de 50 centigrammes à la dose de quatre par jour. Au bout de cinq jours et à ma grande surprise Mme C..., qui n'était pas sortie depuis plusieurs mois, se présentait à ma consultation et m'annonçait son entière guérison.

M. R..., soixante-deux ans, souffrait comme Mme C... de douleurs aux genoux, qui le mettaient dans l'impossibilité de se tenir debout. Huit jours de traitement par le citrophène lui permettaient la marche sans douleur pendant quelques instants.

La jeune T..., huit ans, est sujette au torticolis, il lui suffit de prendre 75 centigrammes de citrophène pour être débarrassée de cette affreuse et gênante myalgie.

Un jardinier mouillé reste longtemps courbé s'occupant à faire des semis; il se trouve dans l'impossibilité de se redresser. 5 grammes de citrophène donnés en quarante-huit heures le guérirent d'un lumbago qui avait résisté à plusieurs traitements tant internes qu'externes.

En résumé, le citrophène, association d'acide citrique et d'un phénol (citrate de monophénétidine), est un médicament bien supérieur au salicylate de soude dont il n'a pas les effets sur le cerveau et à l'antipyrine quelquefois si dangereuse pour les reins, enfin à la phénacétine.

Ainsi que nombre de mes confrères qui se sont servis de ce nouveau produit, je mets le citrophène hors de pair toutes les fois qu'il s'agit de rhumatisme subaigu ou chronique et de rhumatisme spécial comme le torticolis ou le lumbago; dans le rhumatisme articulaire aigu ses effets sont également satisfaisants. Il donne aussi de bons résultats dans les névralgies, principalement dans celles d'origine grippale. La dose que je recommande est pour les adultes de 3 grammes *pro die*, et pour les enfants au-dessous de dix ans de 1 gramme.

De préférence à tout autre moyen je donne le citrophène en solution dans de l'eau de Vals ou simplement dans de l'eau sucrée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. Braunberger. Étude d'hygiène infantile; rachitisme et crèches. — M. Paquier. De l'accouchement prématuré provoqué (résultats obtenus à la clinique Tarnier du 1er mars 1898 au 15 novembre 1902). — M. Barnsby. Anévrismes artériels rompus des membres. — M. Gauchery. Étude sur les occlusions intestinales pendant la puerpéralité : occlusions gravidiques, paragravidiques, extragravidiques. — M. Teulet-Leuzier. De l'intervention chirurgicale dans le cancer du cæcum. — M. Banteignie. De l'occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse. — M. Legaye. Contribution à l'étude clinique de l'hydramnios. — M. Beauverger. Kystes des glandes para-urétrales chez la femme (glandes de Skene). — M. Aupois. Kystes hydatiques du grand épiploon. — M. Tassain. Valeur pronostique des idées hypocondriaques de négation dans quelques maladies mentales.

REVUE GÉNÉRALE

Les tumeurs du rein chez l'adulte et chez l'enfant. Étude clinique (1).

Par M. Léon Imbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

I. SYMPTOMES

A. **Tumeurs du rein chez l'adulte.** — Les types anatomiques des tumeurs du rein commencent actuellement à être bien connus; il est malheureusement impossible encore de les superposer aux types cliniques : le diagnostic clinique de la variété histologique est donc impossible et nous devons nous borner encore à étudier les symptômes des tumeurs sans tenir compte de leurs relations possibles avec leur structure.

Les signes des tumeurs du rein sont :

a. Physiques... { Hématuries. Tumeur.

b. Fonctionnels. { Douleurs. Caractères de l'urine, troubles de la miction. Troubles de compression. Symptômes accessoires.

c. Généraux.

1° *Hématurie.* — C'est le signe le plus fréquent chez l'adulte, bien qu'il soit exceptionnel chez l'enfant. Son étude a été faite depuis longtemps par Guyon et nous n'avons que bien peu de modifications à apporter à sa description. A titre de premier symptôme, nous trouvons l'hématurie notée 137 fois sur 257 observations, c'est-à-dire avec une fréquence de 54 p. 100. Mais il ne s'ensuit pas que ce soit un symptôme précoce. L'étude de nombreux malades que nous avons observés nous conduit à penser au contraire que le plus souvent l'hématurie est malheureusement un symptôme tardif.

Même lorsqu'elle ne constitue pas le premier symptôme d'une tumeur du rein, elle apparaît dans la plupart des cas pendant son évolution : 235 fois sur 357 cas, soit une fréquence de 68 p. 100. Elle nous a paru plus fréquente dans les épithéliomas et hypernéphromes (75 p. 100) que dans les adénomes et sarcomes (45 p. 100).

L'hématurie est *capricieuse* et son *début* est insidieux : elle survient sans cause connue et sans douleurs, alors que le malade est au repos; cependant, on la voit quelquefois provoquée par la marche ou la fatigue.

La *durée* est très variable : de quelques heures à quelques jours; mais certains malades n'ont qu'une ou deux courtes hématuries, tandis que d'autres ne cessent pas de perdre du sang; j'ai observé un malade chez lequel l'hématurie ne s'est pas arrêtée pendant plus de deux ans et a persisté jusqu'à la mort.

Les *alternances du saignement avec des urines claires* pendant la crise hématurique sont un caractère important des hématuries rénales; il est souvent très net, et indique alors, à n'en pas douter, que le sang vient du rein.

L'*hématurie n'est modifiée ni par le repos ni par le mouvement* : ce caractère indique une hématurie néoplasique; malheureusement, il n'est pas toujours absolument net, bien des malades se trouvant fort mal de la fatigue.

Elle est *indolore* et son *abondance* est des plus variables; nous avons vu l'écoulement du sang être si abondant qu'il donnait lieu à une rétention d'urine par coagulation dans la vessie.

Enfin, caractère important, l'*hématurie est totale*, c'est-à-dire que la coloration de l'urine est aussi foncée au commencement qu'à la fin de la miction.

L'*examen des urines* présente parfois quelque intérêt : on peut y trouver en effet des caillots allongés moulant l'uretère et mesurant jusqu'à 20 centimètres de longueur : or on peut affirmer que des caillots dont la longueur dépasse 10 centimètres ont été moulés dans l'uretère et ont pris par conséquent leur origine dans le rein.

En résumé, les hématuries des néoplasmes rénaux sont spontanées, capricieuses, avec des alternances d'urines claires, totales, répétées et d'abondance variable. Tels en sont les caractères essentiels bien exposés du reste depuis longtemps par Guyon.

2° *Tumeur rénale.* — Tout néoplasme étant une tumeur, la constatation de l'augmentation de volume du rein devrait être faite dans toutes les observations. Il n'en est pas ainsi, soit que la tumeur soit très petite ou qu'elle ait un siège central, ou qu'elle se développe sous les fausses côtes au pôle supérieur du rein, ou enfin que l'examen ait été insuffisant.

Quoi qu'il en soit, nous ne la trouvons notée à titre de *premier symptôme* que 53 fois sur 257 cas (20 p. 100); par contre, elle existait *dans le cours de la maladie* 255 fois sur 303, soit une fréquence de 84 p. 100.

L'existence d'une tumeur rénale ne peut guère se reconnaître à l'*inspection*, sauf volume démesuré, non plus qu'à la palpation simple : il n'en est pas de même des procédés perfectionnés de *palpation* qui donnent des résultats beaucoup plus précis; ce n'est pas ici le lieu de décrire la méthode de Guyon, ni celle d'Israël, ni celle de Glénard, mais il faut savoir qu'elles ont élargi considérablement le champ de nos connaissances cliniques; c'est ainsi qu'Israël a pu reconnaître une tumeur dont le volume ne dépassait pas celui d'un noyau de cerise. Il est à remarquer du reste que les circonstances peuvent être plus ou moins favorables : une tumeur sera beaucoup plus aisément appréciable au pôle inférieur du rein qu'à son pôle supérieur, et d'autre part, la palpation est également plus fructueuse à droite qu'à gauche, à raison de la présence du foie qui tend à refouler le rein en bas. La *percussion* doit montrer en principe la présence d'une bande verticale de sonorité en avant de la tumeur; c'est le côlon qui la fournit; mais il arrive fréquemment que ce dernier est repoussé ou comprimé et la tumeur est complètement mate; quoi qu'il en soit, lorsque la sonorité existe, elle doit faire songer, non pas seulement à une tumeur du rein, mais à un néoplasme rétro-péritonéal.

L'*évolution clinique* de la tumeur fournit des notions intéressantes pour le diagnostic. Au début elle est petite et mobile; c'est donc par le ballottement et par la méthode d'Israël qu'on aura le plus de chances d'en déceler l'existence. Plus tard, à la deuxième période, elle est aisément perceptible par tous les procédés : mais le ballottement permettra de mieux la délimiter et la percussion fera reconnaître en avant la présence d'une bande sonore. Enfin, à la troisième période, la tumeur est énorme et ne saurait

(1) Pour la bibliographie, consulter : MM. Albarran et L. Imbert : *Les tumeurs du rein*, Paris 1903, Masson et Cie.

échapper à l'exploration; elle ne ballotte plus, son point de départ n'est pas toujours aisé à reconnaître et c'est par les autres symptômes et surtout par l'hématurie que l'on pourra la rattacher au rein.

3° *Douleur.* — Elle n'est ni constante ni caractéristique, sauf peut-être chez l'enfant où elle paraît plus fréquente. Nous l'avons trouvée à titre de premier symptôme 91 fois sur 257 cas, soit une proportion de 35 p. 100. Dans le cours de la maladie, elle existait 134 fois sur 303, soit environ 45 p. 100. Elle est modérée d'habitude et ses caractères varient un peu. C'est ordinairement une douleur sourde, spontanée, aggravée par les mouvements, les secousses, l'exploration; elle irradie vers le rachis, le thorax, l'abdomen, le testicule, la cuisse, etc. Elle est probablement due à des causes diverses : soit à la congestion de l'organe ou à la simple distension d'un de ces kystes hématiques dont la présence est si habituelle au sein de ces néoplasmes, soit à l'émigration d'un caillot dans l'uretère, provoquant une véritable crise néphrétique, soit enfin à la compression d'un organe voisin.

4° *Caractères de l'urine. Troubles de la miction.* — Les modifications dans les caractères de l'urine sont de peu d'importance. A peine peut-on noter l'hypoazoturie, habituelle chez tous les cancéreux, et l'albuminurie particulièrement fréquente. Quant à l'examen microscopique de ces urines, il est bien rare qu'il permette de retrouver des éléments caractéristiques de la tumeur; cette heureuse chance est cependant arrivée à quelques auteurs. A signaler encore la possibilité d'hématuries microscopiques, qui peuvent aider considérablement à l'établissement du diagnostic.

Les troubles de la miction sont exceptionnels. On compterait facilement les faits dans lesquels se sont produites des rétentions ou même simplement des mictions fréquentes et plus ou moins douloureuses.

5° *Troubles de compression.* — Ils peuvent porter sur les divers organes environnants.

Les *compressions nerveuses* peuvent entraîner des névralgies et même des paralysies; dans un cas de Cornil, la colonne vertébrale avait été perforée et la compression de la moelle avait déterminé une paraplégie complète.

Les *compressions de l'uretère* sont plus fréquentes; elles peuvent s'exercer soit sur l'uretère du côté malade, soit sur son voisin; il en résulte une rétention rénale, hydronéphrose ou hématonéphrose, plus ou moins prononcée; il en est de même lorsque l'uretère est, non plus comprimé, mais oblitéré par un caillot, par un fragment ou un prolongement de la tumeur.

Les *compressions de l'intestin* sont rares, ou du moins déterminent rarement des symptômes fonctionnels d'obstruction.

Le *varicocèle* est de beaucoup le plus intéressant de tous les accidents de compression. Il a été signalé pour la première fois par Guyon qui en a fait une excellente étude et montré qu'il se produisait aussi fréquemment à droite qu'à gauche, contrairement au varicocèle habituel. Il est indolore et passe fréquemment inaperçu, ce qui explique sa rareté relative dans les observations; nous ne l'avons rencontré en effet que sept fois en dehors de nos observations personnelles.

Le varicocèle n'est malheureusement pas un signe précoce de tumeur du rein; il n'apparaît habituellement que lorsque la tumeur a pris un développement tel qu'elle est devenue perceptible à nos procédés d'exploration.

Le varicocèle est assurément l'expression d'une gêne circulatoire provoquée par la présence de la tumeur; mais est-il dû au néoplasme lui-même ou bien aux ganglions voisins? Cette questiou n'a pas seulement un intérêt théorique : on comprend qu'il serait fort important de posséder un signe qui nous permît d'affirmer la présence d'une adénopathie; cette notion présenterait un très grand intérêt au point de vue de l'opération et aussi pour le pronostic ultérieur de la lésion. Legueu a réuni un certain nombre de faits desquels il résulterait que le varicocèle serait dû à la présence d'une masse ganglionnaire; mais depuis, d'autres observations ont été publiées et résumées par Heresco, qui montrent qu'il n'en est pas toujours ainsi. Albarran a fait connaître encore d'autres faits du même genre. A l'heure actuelle on doit donc conclure : 1° que le varicocèle symptomatique peut exister sans généralisation ganglionnaire de la tumeur; 2° que dans certains cas le varicocèle peut être dû à l'adénopathie; 3° qu'il peut exister des ganglions dégénérés volumineux sans varicocèle.

6° *Symptômes accessoires.* — Ils sont assez nombreux, mais de peu d'importance en raison de leur rareté. Citons les *troubles dyspnéiques*, l'*ictère*, l'*anasarque* et l'*œdème des membres inférieurs*, les *métrorragies*.

7° *Phénomènes généraux.* — Les tumeurs du rein se terminent toutes par le dépérissement général et la cachexie qui se voient à la fin de tous les cancers. Mais on peut noter auparavant quelques troubles généraux. Le plus intéressant d'entre eux est la *fièvre.* Les classiques ne la signalent pas, dans l'évolution des tumeurs du rein, et cependant, elle est relativement fréquente; c'est une fièvre légère, continue, ne dépassant guère 38 degrés; quelquefois, il y a de véritables accès avec frisson, si bien que l'on a pu penser à une lésion infectieuse suppurée.

8° *Marche. Durée. Terminaison.* — Tous les symptômes indiqués peuvent servir de début à l'affection : mais ordinairement elle s'annonce par des hématuries, la tumeur, ou des douleurs, suivant le degré de fréquence signalé pour chaque symptôme.

Le premier symptôme une fois apparu, il arrive fréquemment que l'affection semble demeurer stationnaire de longues années; il n'est pas rare que la maladie laisse une survie de dix ans et même davantage.

La mort est d'ordinaire le résultat de la cachexie; elle est due très rarement à des accidents urémiques ou aux diverses complications signalées, compressions, perforation intestinale, occlusion intestinale, embolie de l'artère pulmonaire.

9° *Formes cliniques.* — Les signes principaux des tumeurs du rein étant la tumeur et les hématuries, il est aisé de prévoir trois formes cliniques principales : 1° forme complète avec tumeur et hématurie; 2° forme hématurique sans tumeur; 3° forme avec tumeur sans hématurie. On décrit d'habitude dans les classiques, depuis Rayer, une forme latente; mais il nous paraît que l'on a réuni sous ce nom des cas très dissemblables. Tantôt il s'agit de noyaux métastatiques issus d'un autre organe, tantôt de tumeurs auxquelles une maladie intercurrente mortelle n'a pas donné le temps d'évoluer; ou bien encore la tumeur existait bien, mais elle était masquée soit par une autre affection, comme cela peut arriver dans toute maladie, soit par son extension même et la participation de divers organes; il serait excessif de qualifier de latent un cancer aussi étendu.

La *forme complète* est celle qui a été décrite plus haut.

La *forme hématurique* est caractérisée par la présence du sang dans les urines sans tumeur : à vrai dire, considérée ainsi cette forme est absolument exceptionnelle; elle ne peut exister qu'au début, alors que le rein n'a pas encore pris un gros volume. Cependant, comme il arrive que des malades viennent se plaindre d'hématuries, alors qu'il est impossible de mettre en évidence une augmentation du volume du rein, il nous a paru légitime de conserver cette forme. Il faut savoir en outre que l'on prononce quelquefois le nom de forme hématurique à propos de malades chez lesquels l'hématurie, sans être le seul symptôme, est prédominante et occupe la première place.

Sur les 357 observations que nous avons réunies, la forme hématurique pure, sans augmentation de volume du rein, n'est signalée que 23 fois, soit une fréquence de 6 p. 100 environ; elle est plus rare encore pour le sarcome que pour les autres formes anatomiques.

La *forme avec tumeur sans hématurie* est beaucoup plus fréquente. Nous l'avons rencontrée 84 fois sur 357 cas, soit 23 fois sur 100. Dans ces cas, il s'agissait surtout de sarcomes.

Enfin, on peut parler quelquefois d'une *forme douloureuse* sur laquelle il est superflu d'insister.

10° *Pronostic.* — Le cancer du rein est toujours mortel, mais son évolution est plus ou moins rapide. Les exemples de survie prolongée ne sont pas rares. Dans un cas d'Ulrich, opéré en 1894, le début remontait à 1870, vingt-quatre ans auparavant; le malade d'Askanazy présenta des symptômes de tumeur rénale à l'âge de vingt ans; ils durèrent jusqu'à l'âge de cinquante-cinq ans. Dans les observations de Stüwe et d'Albarran les douleurs avaient commencé vingt ans auparavant. Ces cas sont exceptionnels; mais une durée de cinq à dix ans ne l'est nullement. Il y a donc lieu de tenir grand compte d'une évolution aussi prolongée.

Nous avons essayé d'établir une moyenne et nous sommes arrivé à conclure que la durée de la maladie *chez les opérés* (c'est-à-dire l'intervalle qui sépare l'opération de l'apparition des premiers symptômes) est en moyenne d'un à trois ans, rarement de trois à quatre, exceptionnellement plus de quatre ans.

B. **Tumeurs du rein chez l'enfant.** — Le *symptôme de début* est très habituellement l'apparition d'une tumeur; la plupart des auteurs sont d'accord à ce sujet. Notre statistique personnelle nous donne les chiffres suivants : sur 98 cas, 69 fois la tumeur a été le symptôme de début (71 p. 100), 19 fois la douleur (20 p. 100) et 5 fois les hématuries (5 p. 100); les autres modes de début sont tout à fait exceptionnels.

Si l'existence d'une tumeur est d'ordinaire le premier signe perçu, il demeure bien souvent le seul; dans tous les cas, elle est presque constante, puisque nous la trouvons notée 132 fois sur 137 cas; elle peut devenir énorme : Chipault a rapporté un cas de 4 kilogrammes, Israël 8500 grammes, Spencer Wells 9 kilogrammes et Van der Byl 15 kilogrammes. Il n'est point nécessaire de se livrer à une exploration minutieuse pour découvrir des tumeurs de cette dimension; aussi n'a-t-on guère recours aux procédés d'exploration délicats de Guyon, Glénard, etc. La palpation simple suffit. La percussion, la ponction, donnent les mêmes résultats que chez l'adulte.

L'*hématurie* est relativement rare; notre statistique nous indique qu'elle a été constatée 22 fois sur 140 cas, soit 16 p. 100; elle reconnait du reste exactement les mêmes caractères que chez l'adulte : capricieuse, spontanée, abondante, avec des alternatives de miction claire et sanglante.

Les *douleurs* sont plus fréquentes; nous les avons notées 25 fois sur 140, soit 18 p. 100. Ce sont souvent des douleurs spontanées, sourdes, continues, plus rarement des crises de coliques néphréliques ou de rétention vésicale par caillots.

Les *caractères des urines* sont peu modifiés; cependant, on a observé quelquefois l'oligurie et même l'anurie. Comme les tumeurs du rein chez l'enfant sont quelquefois bilatérales, on pourrait supposer que l'anurie est en rapport avec cette bilatéralité : il n'en est rien, et elle paraît être plutôt le résultat d'un réflexe ou de la compression du côté opposé. L'*albuminurie* est assez fréquente : 7 fois sur 20 cas dans lesquels les caractères de l'urine sont notés.

Comme *troubles de la miction*, il faut signaler surtout la rétention d'urine, l'incontinence et même des signes de cystite.

Les *troubles de compression* sont assez habituels; ils peuvent porter sur les nerfs (intercostaux, branches du plexus lombaires, grands nerfs sciatiques); la colonne vertébrale peut être envahie ou déviée. Mais, par rapport aux tumeurs de l'adulte, il faut surtout signaler l'*absence de varicocèle* que nous n'avons trouvée notée qu'une fois, et l'existence de *troubles circulatoires*; ces derniers consistent surtout en œdèmes du membre inférieur ou même de la face, très fréquents, et en un développement considérable de la circulation veineuse de la paroi abdominale.

Parmi les *troubles fonctionnels*, très nombreux, on doit noter la toux, probablement réflexe, la dyspnée, les troubles digestifs, la péritonite (par perforation de l'intestin), la constipation, la diarrhée, l'ictère.

Enfin, il faut mentionner la *fièvre*, qui est fréquemment notée, continue, 38°5 à 39 degrés, avec exacerbation vespérale; elle peut acquérir une telle importance que l'on fit une fois le diagnostic de fièvre intermittente malgré la présence d'une tumeur qui fut prise pour une grosse rate.

Les *formes cliniques* sont analogues à celles de l'adulte; mais, en raison de la rareté des hématuries, d'une part, et du développement précoce de la tumeur, d'autre part, la forme hématurique est tout à fait exceptionnelle. Aussi les formes cliniques se réduisent-elles en somme à deux: forme complète (hématurie et tumeur), forme incomplète (tumeur sans hématurie); la seconde est la plus fréquente : 96 fois sur 140 cas.

La marche des tumeurs du rein chez l'enfant est beaucoup plus rapide que chez l'homme. Sur 21 malades non opérés, chez lesquels la durée de la maladie a pu être relevée, 14 sont morts moins de six mois après le début, 3 moins d'un an et demi, 1 seul a survécu trois ans, La mort est le résultat de la cachexie, plus rarement de l'urémie.

II. DIAGNOSTIC

A. **Tumeurs du rein chez l'adulte.** — 1° *Méthode générale d'examen clinique.* — L'*interrogatoire* doit être attentif et ne négliger aucune circonstance.

Les procédés d'*examen physique* ont été exposés plus haut (percussion, palpation, etc.).

La *cystoscopie* peut renseigner sur divers points : *a.* sur l'existence possible d'un néoplasme vésical; la coexistence de néoplasmes dans la vessie et dans le rein a été signalée en effet dans plusieurs observations; *b.* sur le côté malade; lorsque la tumeur rénale est assez peu développée pour ne pas être sentie par les différents moyens d'exploration déjà indiqués, il peut être indispensable d'avoir recours au cys-

toscope pour déterminer quel est le côté malade; *c.* sur l'existence de deux orifices uretéraux laissant écouler de l'urine; mais ici le résultat est plus aléatoire : un rein unique peut exister en effet avec deux uretères s'ouvrant dans la vessie, l'un d'eux se terminant en cul-de-sac près de la vessie. Mais si l'existence des deux uretères ne prouve pas qu'il existe deux reins, on peut dire qu'il n'y a qu'une glande rénale lorsqu'on ne trouve dans la vessie qu'un seul orifice uretéral.

La *séparation de l'urine des deux reins* a fait, dans ces dernières années, l'objet de nombreuses recherches. Son importance résulte surtout des modifications du pronostic opératoire suivant que le rein supposé sain se trouve plus ou moins atteint : or le seul moyen d'apprécier son fonctionnement est d'en isoler l'urine. Le cathétérisme uretéral est le plus ancien en date de tous ces procédés; c'est aussi le plus sûr. On le fait en France avec l'appareil d'Albarran; mais il existe un certain nombre d'autres modèles qui en sont du reste des imitations plus ou moins réussies. On doit introduire une sonde dans l'un des uretères et recueillir l'urine qui s'en écoule; en même temps on fait uriner le malade ou plutôt on évacue avec une sonde l'urine fournie par l'autre rein et accumulée dans la vessie; on recueille ainsi séparément l'urine de chaque rein : il faut laisser la sonde en place une demi-heure ou une heure afin d'obtenir une quantité suffisante d'urine.

On s'est efforcé dans ces dernières années, de réaliser la séparation des urines sans pénétrer dans l'uretère, au moyen d'une simple cloison développée dans la vessie par un mécanisme plus ou moins ingénieux. Les premiers appareils, celui de Lambotte qui n'a guère vu le jour, celui de Harris modifié par Downes n'ont donné que des résultats incomplets. Luys le premier fit construire un instrument qui n'était assurément pas parfait, mais qui réalisait un grand progrès sur ceux qui l'avaient précédé. Quelque temps après, Cathelin présenta à son tour un diviseur qui avait l'avantage d'être *gradué*. Ce n'est pas ici le lieu d'établir un jugement comparé sur ces divers instruments ; aussi bien leurs auteurs leur font-ils subir des modifications fréquentes qui prouvent qu'ils ne sont pas encore parfaits. On peut cependant leur faire une objection sérieuse; la séparation des urines n'est pas assurée toujours d'une façon parfaitement étanche; Nicolich a présenté à ce sujet au dernier Congrès d'urologie des observations judicieuses.

La *ponction* ne saurait guère donner de résultats en matière de tumeur du rein; ou bien elle est négative, ou bien elle fournit un liquide plus ou moins sanglant qui indique seulement qu'il s'agit d'un néoplasme vasculaire. Bien rares sont les cas où l'examen microscopique de débris retirés en même temps que le liquide a pu permettre de faire un diagnostic précis. Il ne faut pas oublier en outre que la ponction, presque toujours inutile, peut devenir dangereuse. On peut en effet perforer des vaisseaux importants ou des organes autres que celui que l'on veut atteindre.

L'*incision exploratrice* peut trouver son indication dans deux ordres de cas différents.

Lorsque nos moyens habituels d'exploration n'ont pu suffire à poser nettement le diagnostic de néoplasme rénal, s'il existe une tumeur, une hématurie, mieux vaut faire une exploration sanglante qui se terminera par une opération différente suivant qu'on trouvera un néoplasme, un kyste hydatique, une hydronéphrose, etc. L'incision devra être faite par la voie lombaire; la voie abdominale permet, il est vrai, de palper les deux reins, mais cette palpation est notoirement insuffisante; pour bien explorer un rein, il faut le décortiquer, examiner sa surface, le palper, l'inciser, introduire le doigt dans le bassinet ; or toutes ces manœuvres ne peuvent être faites que par la voie lombaire.

On peut demander encore à l'incision exploratrice, non plus le diagnostic positif, mais celui de l'opérabilité; mais il faut savoir que, comme il s'agit dans ces cas de très gros néoplasmes, l'incision exploratrice peut être grave pour peu que l'on amorce l'extirpation de la tumeur. La meilleure voie, contrairement au cas précédent, est la voie transpéritonéale qui permet d'apprécier beaucoup mieux les rapports de la tumeur.

2° *Diagnostic différentiel.* — Les difficultés du diagnostic sont variables suivant les formes cliniques.

1. *Forme complète.* — On conclura évidemment toujours ici à une lésion rénale, il faudra cependant se méfier des cas dans lesquels une tumeur de la vessie comprimant l'uretère peut déterminer une hydronéphrose. Lorsqu'il est bien avéré qu'il s'agit d'une lésion rénale, il faut alors distinguer les néoplasmes des autres affections de l'organe.

Dans la *tuberculose rénale*, les urines sont troubles et renferment le bacille de Koch ; cependant au début, la lésion peut être fermée et les urines demeurent aseptiques ; mais il s'agit alors de tuberculose commençante qui ne s'accompagne pas d'une augmentation de volume appréciable. En outre il existe souvent d'autres tuberculoses.

Les *calculs du rein* peuvent se manifester par une tumeur et des hématuries; mais il existe des douleurs provoquées par les mouvements : l'hématurie et les douleurs s'arrêtent par le repos; la région est douloureuse à la pression; les urines sont troubles, il existe fréquemment, dans les antécédents du malade, des crises de coliques néphrétiques avec expulsion de calculs. La radiographie peut éclairer le diagnostic dans un certain nombre de cas. Cependant on n'oubliera pas que cancers et calculs peuvent parfaitement coexister sur le même rein.

L'*hydronéphrose* peut s'accompagner d'hématuries; mais le cas est exceptionnel et, du reste, les hémorragies hydronéphrotiques ne présentent ni l'abondance, ni la rutilance de celles qui sont dues aux néoplasmes.

2. *Forme avec tumeur sans hématurie.* — Ces cas sont les plus difficiles à reconnaître, puisque rien n'indique même une lésion urinaire. Le diagnostic comportera donc l'étude différentielle des tumeurs rénales et des autres tumeurs abdominales. A ce point de vue, les caractères des urines, le varicocèle, l'étude comparée de l'urine des deux reins pourront rendre des services.

Les *tumeurs de la capsule surrénale* sont presque fatalement confondues avec celles du rein.

Il en est un peu de même des *tumeurs paranéphrétiques* : celles-ci ne s'accompagnent d'aucune altération des urines; leur volume peut devenir très considérable; elles rejettent le côlon de côté et non plus en avant ainsi que le font les tumeurs du rein; il en résulte l'absence de la zone de sonorité antérieure mentionnée plus haut. Enfin, il est quelquefois possible, en palpant attentivement, de délimiter le rein et la tumeur. Mais en somme, on le voit, tous ces signes sont vagues et permettent rarement un diagnostic exact.

Les *tumeurs de la paroi abdominale* sont bien connues depuis longtemps; elles ne ballottent pas et s'immobilisent par l'effet des contractions musculaires; elles sont mates à la percussion.

Les *tumeurs du foie et de la vésicule* sont parfois très difficiles à reconnaître, à la condition, bien entendu, qu'elles ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel hépatique. Les deux caractères différentiels importants sont l'absence de ballottement et l'absence d'une zone sonore entre le foie et la tumeur.

Les *tumeurs de la rate* peuvent être confondues avec un néoplasme du rein gauche. On se souviendra que la rate hypertrophiée conserve un bord antérieur net et aigu, qu'elle ne ballotte pas, que son grand axe est oblique en bas et en dedans, et non pas vertical comme celui des tumeurs du rein, et qu'enfin l'examen du sang peut suffire à trancher le diagnostic.

Les *tumeurs du mésentère* sont médianes avec une tendance à pointer vers l'ombilic, très mobiles, principalement dans le sens transversal, et surtout elles présentent une zone de sonorité antérieure due à la présence de l'intestin grêle. Au reste, les tumeurs du mésentère ont été confondues beaucoup moins avec les néoplasmes du rein qu'avec des kystes de l'ovaire ou des fibromes de l'utérus.

Les *kystes de l'ovaire* sont aisés à distinguer des tumeurs du rein. Cependant, l'on peut éprouver quelques doutes en face d'un gros kyste de consistance irrégulière, ayant rempli à peu près tout l'abdomen. Le meilleur moyen est alors le toucher vaginal combiné au palper hypogastrique. Malgré tout, l'erreur a été commise par Depage, Delettrez, Lotheissen. Les mêmes remarques s'appliquent aux tumeurs de l'*utérus*.

Enfin, rappelons les erreurs de diagnostic exceptionnelles. Une femme de trente-cinq ans, citée par Rayer, se présenta à l'hôpital pour faire ses couches ; dans un cas de Hodenpyl, on prit un *anévrisme de l'aorte* pour une tumeur du rein. On a pu encore croire à une *appendicite*, à une *pleurésie*, à une *néphrite syphilitique*, à une *anémie pernicieuse*, à une *tumeur cérébrale*, etc.

Lorsqu'on aura rattaché au rein la tumeur constatée, il importera alors d'en établir la nature.

La *tuberculose rénale*, les *calculs du rein* présentent les caractères déjà signalés.

Dans les *pyonéphroses fermées*, les urines sont claires, mais le rein est augmenté de volume et douloureux ; il y a, en outre des phénomènes fébriles et un passé urinaire (coliques néphrétiques, expulsion de calculs, etc.).

Les *hydronéphroses fermées* sont d'ordinaire reconnues à leur consistance ; la ponction pourra ici rendre des services.

Le *rein polykystique* est bilatéral et s'accompagne de néphrite interstitielle.

3. *Forme hématurique.* — Il est indispensable, avant toutes choses, de savoir reconnaître la présence du sang dans les urines. C'est facile d'habitude ; mais il est des cas dans lesquels l'hématurie ne peut être constatée que par l'examen microscopique. La réalité de l'hématurie étant établie, il s'agit alors d'en déterminer le point de départ, prostate, vessie ou rein. Nous nous contenterons de mentionner ici que les hématuries rénales sont totales et intermittentes avec des alternatives d'urine claire. L'emploi du cytoscope facilite, du reste, beaucoup le diagnostic lorsque le malade peut être examiné au cours d'une crise hématurique. Il faut ensuite reconnaître le côté atteint et la question est parfois fort délicate : c'est surtout à ce point de vue que l'examen cystoscopique peut rendre de grands services ; même pratiqué en dehors des hématuries, il peut montrer en effet un orifice vésical dilaté, entr'ouvert, entouré d'une zone hyperhémique.

Reste, enfin, à trancher la dernière question : Quelle est la nature de la lésion rénale ?

Les *traumatismes* se reconnaissent facilement ; il ne faut pas oublier cependant qu'une contusion peut faire saigner un rein néoplasique.

Les hématuries de la *lithiase rénale* surviennent soit à l'occasion d'une colique néphrétique, soit à la suite de secousses ou de traumatismes plus ou moins prolongés, plus ou moins violents. Dans les cas habituels on aura donc peu de tendance à confondre l'hématurie des lithiasiques avec celle des néoplasiques ; mais on sait que les néoplasmes peuvent saigner à la suite d'une fatigue prolongée, et d'autre part que l'injection provoquée par un calcul peut faire naître des hémorragies de longue durée ; le diagnostic devient particulièrement difficile dans les cas de ce genre.

Les hématuries de la *tuberculose rénale* sont assez analogues à celles des néoplasiques, surtout au début, lorsque les urines sont encore claires. Aussi le diagnostic différentiel peut en être très délicat. Il se basera surtout sur l'âge des malades, sur l'existence d'autres tuberculoses surtout dans l'appareil génital, sur l'abondance ordinairement moindre des hémorragies, et enfin sur l'examen bactériologique ; on n'oubliera pas, du reste, que la néphrotomie exploratrice ne suffit pas toujours à lever les doutes et qu'un examen microscopique peut être nécessaire.

Les *pyélonéphrites* sont peu hématuriques et fournissent des urines troubles ; le rein est douloureux ; il existe souvent de la fièvre.

Telles sont les principales lésions que l'on peut confondre avec les néoplasmes hématuriques : mais on a étudié depuis quelques années un certain nombre de variétés d'hématuries encore mal connues et qu'il est nécessaire d'indiquer.

Les *hématuries essentielles* ont été fortement combattues, et l'on est à peu près d'accord en France pour rattacher à la néphrite essentielle les cas qui ont été publiés sous ce nom.

Certaines *néphrites chroniques* peuvent en effet s'accompagner d'hématuries ; elles sont abondantes, indolores, spontanées et par conséquent se rapprochent beaucoup des hématuries néoplasiques. D'autre part, si l'examen des urines au point de vue de l'albumine et des cylindres a donné quelquefois des résultats positifs, il a pu demeurer absolument négatif ; les difficultés du diagnostic peuvent donc être très grandes et l'incision exploratrice ne le tranchera pas toujours.

Les *hématuries hémophiliques* présentent des caractères bien nets qui rendent le diagnostic facile ordinairement.

La *grossesse* peut provoquer aussi des hématuries que Guyon et Albarran ont bien étudiées ; mais elles sont naturellement aisées à reconnaître ; il suffit d'y songer ; cependant ces hématuries peuvent être abondantes et continuer quelque temps après l'accouchement ; une erreur de diagnostic est donc possible.

Le *rein mobile*, les *rétentions rénales* peuvent aussi provoquer des hémorragies dont la cause est facile à reconnaître.

Le diagnostic d'un néoplasme du rein ne doit pas se borner à affirmer son existence ; il doit aussi étudier les adhérences de la tumeur, c'est-à-dire les difficultés opératoires probables, les adénopathies, la généralisation, c'est-à-dire le pronostic ultérieur. Malheureusement il est à peu près impossible de répondre à ces questions avec quelque certitude. Enfin, avant de tenter une néphrectomie, il est nécessaire de connaître l'état du rein opposé afin de ne pas s'exposer à l'urémie post-opératoire ; les diverses méthodes de sépara-

tion des urines indiquées plus haut donneront à ce sujet tous les renseignements désirables.

B. **Tumeurs du rein chez l'enfant.** — Le diagnostic se fait comme chez l'adulte : il est seulement quelques points spéciaux sur lesquels il convient d'attirer l'attention. Chez l'enfant, les erreurs ne peuvent guère porter que sur le *foie* à droite, la *rate* à gauche et la *tuberculose péritonéale* et *ganglionnaire*. Pour le foie et la rate, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit plus haut. La *péritonite tuberculeuse* est fréquente dans le jeune âge : la fièvre, les autres localisations de la tuberculose, la bilatéralité des lésions, l'épanchement ascitique, l'existence de masses irrégulières et indurées permettront de faire le diagnostic. Quant à la *tuberculose* des ganglions mésentériques, elle forme des tumeurs multiples, mamelonnées, situées vers la région ombilicale, et s'accompagne de fièvre, d'épanchement ascitique.

III. TRAITEMENT

A. **Tumeurs du rein chez l'adulte.** — L'extirpation du rein cancéreux peut être totale ou partielle, mais la néphrectomie partielle ne saurait être discutée que pour des tumeurs de très petit volume; elle n'a été pratiquée que 8 fois. On aura donc recours dans l'immense majorité des cas à la néphrectomie totale : celle-ci peut être pratiquée soit par la voie lombaire, soit par la voie abdominale; ce n'est pas ici le lieu de décrire les divers procédés opératoires employés, mais il faut signaler les *dangers* et les *difficultés* spéciales que présente la néphrectomie dirigée contre un néoplasme du rein. Les adhérences péritonéales doivent être enlevées avec la tumeur; par conséquent il ne faudra pas hésiter à ouvrir et réséquer le péritoine, même lorsqu'on intervient par la voie lombaire. La tumeur étant très souvent très molle se déchire avec une extrême facilité et il peut en résulter une hémorragie abondante; le mieux est alors de tamponner le point qui saigne et de gagner rapidement le pédicule pour placer un clamp sur les vaisseaux. Du reste, l'hémorragie peut devenir menaçante par la simple déchirure de nombreux vaisseaux qui serpentent à la surface de la tumeur et qu'il convient toujours de sectionner entre deux ligatures. Elle peut se produire encore du fait de la déchirure du pédicule de la tumeur ou de la veine cave; elle devient alors extrêmement abondante et ne peut être arrêtée que par l'application d'un clamp; aussi faut-il redoubler de précautions lorsqu'on approche du pédicule et modérer les tractions intempestives. Enfin quelquefois, la paroi de la veine cave est envahie par la tumeur et le chirurgien peut en faire la résection de propos délibéré.

La *gravité* de la néphrectomie pour cancer du rein est grande : mais la mortalité diminue rapidement avec le progrès de la technique; de 72 p. 100 (th. Guillet, 1888) elle est descendue dans notre statistique à 22 p. 100. Il y a donc une amélioration considérable qui s'est surtout marquée vers 1890. Par contre notre statistique divisée en deux périodes 1890-1895 et 1896-1901 nous donne des chiffres identiques, 22 p. 100 environ ; il ne faut voir assurément dans cet état stationnaire de la mortalité que le résultat de la hardiesse croissante de chirurgiens. En somme nous pensons que la véritable mortalité opératoire peut être fixée actuellement à 20 ou 25 p. 100. Elle ne varie guère du reste suivant la voie employée; nous trouvons en effet 175 néphrectomies lombaires avec 41 morts, soit 23 p. 100, et 123 néphrectomies transpéritonéales avec 26 morts, soit 21 p. 100. Or comme on opère généralement par la voie abdominale les cas les plus difficiles, il est donc permis de conclure au moins que, actuellement, la néphrectomie transpéritonéale dans les tumeurs du rein n'est pas plus grave que la néphrectomie lombaire. Au reste les causes qui influent réellement sur la gravité de l'opération sont les adhérences et l'atteinte du rein opposé. Albarran, sur 18 opérations, compte 7 tumeurs adhérentes avec 2 morts soit 28 p. 100 et 11 tumeurs mobiles avec 1 mort soit 10 p. 100. La gravité est encore bien plus grande si l'on envisage seulement les adhérences avec la veine cave; en effet sur 8 cas de blessure de la veine cave (déchirure ou résection) nous comptons 1 résultat inconnu, 2 guérisons et 5 morts rapides. L'état du rein du côté opposé présente également une très grande importance. En effet, sur 7 cas de mort post-opératoire dans lesquelles le rein restant en place a été examiné au microscope, nous trouvons 4 fois des lésions graves de néphrite, 1 fois des lésions assez intenses et 2 fois des lésions légères. Ces faits montrent bien l'importance de l'examen séparé de l'urine des deux reins avant toute néphrectomie.

Il est donc certain que la néphrectomie pour néoplasmes ne présente plus l'énorme mortalité qu'elle avait autrefois. Mais quels en sont les résultats définitifs? Les chiffres recueillis à ce sujet sont les suivants : Sur 184 malades suivis après l'opération, 85 étaient en récidive et 9 sont morts d'affection différente. L'époque de la récidive est intéressante à apprécier. Sur les 85 malades chez lesquels le néoplasme s'est reproduit, 64 (environ 75 p. 100) sont morts dans le courant de la première année; 14 ont succombé un à deux ans après l'opération, 7 ont survécu deux ans et 7 ont succombé après une survie plus longue atteignant jusqu'à quatre ans. On doit donc s'attendre à la récidive pendant les quatre années qui suivent l'opération. Nos chiffres démontrent aussi que la récidive est plus fréquente après les opérations faites par la voie abdominale qu'après celles pratiquées par la voie lombaire; cela tient sans doute à ce que les plus mauvais cas relèvent presque exclusivement de la première.

Tels sont les renseignements fournis par les cas à récidive; mais sur les 324 adultes opérés depuis 1890, 253 ont survécu et nous avons des renseignements sur 184 d'entre eux; sur le nombre, 90 ont été revus sans récidive dont 57 moins de deux ans et 33 plus de deux ans après l'opération. Mais d'après ce qui vient d'être dit, on ne doit compter comme guéris que les malades revus plus de quatre ans après l'opération : il y en a 26 qui peuvent donc être considérés comme radicalement guéris. Mais on doit admettre que parmi les malades revus bien portants moins de quatre ans après l'opération, un certain nombre resteront guéris; et nous estimons en somme que sur les 184 malades sur lesquels nous possédons des renseignements, il faut ajouter aux 26 qui sont bien guéris 28 autres malades qui ne récidiveront probablement pas, soit une somme totale de 54 ou 28 p. 100.

En somme on peut résumer le pronostic de la néphrectomie pour néoplasmes de la façon suivante :

20 p. 100 de morts opératoires;
50 à 60 p. 100 de récidives;
20 à 30 p. 100 de guérisons définitives.

Ces chiffres ne sont pas très brillants; ils sont cependant

supérieurs à ceux que donnent les précédentes statistiques. Nous ne devons pas désespérer de les voir s'améliorer encore lorsque les médecins sauront mieux faire le diagnostic précoce de ces tumeurs et observeront mieux les hématuries qui les révèlent si souvent.

B. **Tumeurs du rein chez l'enfant.** — Sur 122 opérés de néphrectomie nous trouvons 30 morts opératoires, soit 24 p. 100; il est probable que bien des cas malheureux ne sont pas publiés et que la mortalité opératoire doit être portée à 25 ou 30 p. 100. La gravité paraît du reste indépendante de l'âge; les plus jeunes opérés n'avaient que huit mois.

Les récidives sont très fréquentes; nous pouvons les évaluer pour notre statistique à 80 p. 100 environ. Sur 42 récidives, 29 se sont produites dans les six premiers mois, et 10 de six mois à un an; la plus tardive ne s'est manifestée qu'au bout de cinq ans.

Sur nos 122 malades, 23 ont été revus bien portants dont 7 seulement plus de trois ans après l'opération. Mais comme la récidive peut survenir encore au bout de cinq ans, il ne faut compter comme définitivement guéris que 4 malades. Nous pensons que, à ces 4 malades, il en faut ajouter un certain nombre d'autres non revus et probablement guéris, et que l'on peut estimer à environ 12 p. 100 la proportion des guérisons définitives.

En résumé donc, 25 p. 100 de morts opératoires, 63 p. 100 de récidives et 12 p. 100 de guérisons définitives, tel paraît être à l'heure actuelle le bilan de la néphrectomie pour tumeurs du rein chez l'enfant.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(26 MAI 1903)

M. Bazy revient sur la question de la **gangrène pulmonaire.** Il insiste, avec raison, sur la difficulté d'un diagnostic précis et, conséquemment, des indications de l'intervention chirurgicale. A l'appui de cette opinion, il cite trois cas qui lui sont personnels. Il insiste sur ce fait qu'il existe deux signes permettant de guider le bistouri : un souffle fugace, tantôt dans l'inspiration, tantôt dans l'expiration, et une douleur vive à la pression. Guidé par ces deux signes, il a pu intervenir d'une façon efficace.

Il y a quelque temps, M. Morestin présentait à la Société deux jolies jeunes femmes qu'il avait opérées **d'adéno-fibromes du sein** par une incision axillaire laissant une cicatrice complètement dissimulée par les poils, si bien qu'il était impossible d'apercevoir la moindre trace de l'opération. M. Morestin, très soucieux de conserver à ses opérées tous leurs avantages, a une grande tendance à généraliser ces incisions esthétiques. Peut-être même va-t-il un peu trop loin dans cette voie, ainsi qu'on le verra dans la suite de cette discussion.

M. Demoulin, chargé d'un rapport sur cette présentation, rappelle que depuis longtemps déjà on a cherché à dissimuler les cicatrices, soit en faisant des sutures intradermiques, soit, pour le sein, en faisant des incisions sous-mammaires. M. Morestin va plus loin : il fait une incision dans la partie pileuse de l'aisselle préalablement rasée et aseptisée; par cette incision, il creuse une sorte de tunnel en se dirigeant vers le point de la mamelle où se trouve la tumeur, et en passant devant le grand pectoral. En rapprochant le sein du bras, il arrive ainsi jusqu'à la tumeur, lui imprime plusieurs mouvements de torsion et l'enlève. Cela fait, il place un drain qu'il ne laisse que quarante-huit heures et ferme la plaie axillaire. Il a ainsi opéré un adéno-fibrome dépassant le volume d'une noix. Chez les deux malades présentées à la Société, le résultat obtenu est parfait.

M. Demoulin, tout en admirant ces résultats, fait remarquer que ce creusement du tunnel lui paraît une manœuvre délicate; on risque de blesser la face interne de la peau, on fait forcément une ouverture aveugle de la loge de la tumeur. Tout cela constitue une opération difficile et qui doit être une opération d'exception.

M. Morestin a eu recours à des procédés analogues dans d'autres régions. Par exemple pour enlever de petits kystes de l'ovaire, il fait une incision transversale dans la région pubienne, de façon que la cicatrice soit cachée par les poils. Pour enlever certaines tumeurs de la parotide, il fait une incision derrière l'oreille.

M. Guinard a été remplacé dans son service par M. Morestin et, à son retour, il a vu plusieurs cicatrices esthétiques. Aussi, encouragé par les bons résultats qu'il voyait, il a eu recours au procédé de M. Morestin pour enlever une tumeur adénoïde du sein chez une jeune fille de vingt ans d'une beauté parfaite. Il a trouvé l'opération très facile et n'a même pas mis de drain.

Chez une autre fort jolie femme, mais qui était affligée de deux seins hypertrophiés, M. Guinard a enlevé 2k400 de tissus de la mamelle par des incisions sous-mammaires. L'opération a parfaitement réussi; les sutures sont invisibles et cette femme est maintenant parfaitement belle. Quant aux incisions transversales sur le pubis pour enlever des tumeurs abdominales, M. Guinard ne les conseille pas.

M. Reclus estime qu'il ne faut pas toujours trop se presser d'enlever ces tumeurs bénignes du sein chez de jeunes et jolies femmes. Il cite l'exemple d'une jeune fille douée d'une superbe poitrine et dont un sein, cependant, était le siège d'un adénome assez volumineux.

M. Reclus n'osa porter le bistouri sur cette poitrine. La jeune fille s'est mariée, elle a eu un enfant.

M. Reclus cite aussi l'exemple d'une jeune femme à laquelle il enleva un lipome de la nuque en faisant ensuite une suture intradermique. La cicatrice, par la suite, est devenue fort laide et le mari de cette femme a du lui offrir un collier pour la cacher. Il ne faut donc pas toujours compter sur les parfaits résultats de ces sutures intradermiques.

M. Monod a enlevé une tumeur parotidienne par une incision rétro-auriculaire.

M. Quénu s'élève contre la proposition formulée par M. Reclus; il estime qu'il faut toujours enlever ces néoplasmes du sein capables de dégénérer. On a vu, en effet, un assez grand nombre de cas de transformation de ces tumeurs adénoïdes en cancers. Il faut donc toujours enlever ces tumeurs qui, d'ailleurs, constituent souvent une déformation plus répugnante qu'une cicatrice.

M. Delbet rappelle que l'invention de ces incisions lointaines n'est pas nouvelle. Il ajoute qu'elles rendent parfois l'opération difficile.

M. Walther croit qu'il faut féliciter M. Morestin du résultat très beau qu'il a obtenu; mais il craint qu'on n'opère un peu à l'aveugle et préférerait recourir aux incisions sous-mammaires parfaitement suffisantes pour les décolletages les plus étendus. Quant aux incisions rétro-auriculaires pour les tumeurs de la région parotidienne, M. Walther les repousse absolument.

M. Ricard les repousse également, et il a de bonnes raisons pour cela. Il admet d'abord comme principe que le premier devoir d'une incision est d'être faite au lieu le plus direct, le plus commode pour l'opérateur. Une fois cependant, il s'est écarté de ce principe, et il l'a regretté. Encouragé par les faits de M. Morestin, ayant à opérer, chez une jolie femme, une petite tumeur parotidienne, il fit une incision rétro-auriculaire, creusa un tunnel, arriva sur la tumeur, s'appliqua surtout à ne pas léser le nerf facial, en décortiquant de très près la surface de la capsule. Il revint voir sa malade le soir, elle avait une paralysie faciale. Celle-ci persistant au bout de quelques jours, M. Ricard pensa qu'il y avait lieu de s'assurer si le nerf n'avait pas été coupé; mais, sentant qu'il n'avait plus l'entière confiance de la famille, il passa la main à M. Walther, qui fit une incision directe et constata que le nerf facial était intact. Les choses s'arrangèrent. La morale de l'histoire est qu'il ne faut pas trop sacrifier à l'esthétique et qu'il faut savoir, en chirurgie, sacrifier au besoin le *jucunde* au *tuto*.

M. Walther, chez cette malade, a eu les plus grandes peines à trouver le facial; il n'était pas coupé, mais le névrilème était infiltré de sang. La malade est en voie de grande amélioration.

M. Sebileau repousse énergiquement les incisions éloignées pour les tumeurs de la région parotidienne.

Parmi les présentations, nous signalerons une pièce intéressante. C'est un **kyste dermoïde intra-testiculaire**, présenté par M. Guinard en son nom et au nom de M. Ladroite. La vaginale contenait un peu de liquide séreux; la tumeur était bien nettement testiculaire. On fit la castration. La tumeur était constituée par les produits épidermiques, du cuir chevelu, une dent. M. Guinard rappelle les travaux de Verneuil sur ce sujet; d'après lui, on ne devait jamais rencontrer de kyste dermoïde testiculaire.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
[MADRID, 23-30 AVRIL 1903 (1)]

Etude physiologique sur la topographie des neurones du système solaire,

Par M. Laignel-Lavastine (de Paris).

Pour établir la *topographie des centres réflexes ganglionnaires*. l'auteur a fait des expériences d'ablation et d'excitation, et pour la *topographie des fibres transganglionnaires*, des expériences de nicotinisation, selon la méthode de Langley.

Il résulte de ces expériences que le ganglion *semi-lunaire gauche* commande les vaso-moteurs de la rate, le *semi-lunaire droit*, ceux du foie, les *mésentériques supérieurs*, ceux de l'intestin grêle; mais si toutes les fibres inhibitrices se terminent dans ces ganglions, il est des fibres vaso-constrictives qui les traversent sans s'y arrêter.

Pour établir les *connexions du sympathique et du système cérébro-spinal*, il faut d'abord étudier la localisation des cellules sympathiques dans les ganglions et ensuite dans la moelle. Il n'existe pas de cellules sympathiques dans les ganglions rachidiens. On y trouve bien les centres trophiques des grosses fibres afférentes à myéline qui viennent des viscères abdominaux et gagnent la moelle par les racines postérieures; mais, comme cette voie de conduction sensitive n'a pas de relais cellulaire sur son trajet, elle ne répond pas à la caractéristique anatomique du système sympathique. Les centres trophiques des deux espèces de fibres sympathiques afférentes et efférentes se trouvent dans chaque espèce de ganglions sympathiques, ganglions de la chaîne, ganglions solaires, ganglions périphériques.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 49, p. 486; n° 56, p. 553; n° 58, p. 580; n° 59, p. 590; n° 61, p. 609.

On peut actuellement concevoir les choses de la façon suivante :

1° Un *métamère sympathique* comprend, en plus des grosses fibres afférentes dont le centre trophique est dans le ganglion rachidien :

Des *protoneurones efférents*, à myéline, du moins dans la plus grande partie de leur course, et dont le centre trophique est dans la corne latérale;

Des *deutoneurones efférents*, sans myéline, dont le centre trophique est dans les ganglions sympathiques;

Des *protoneurones afférents*, à myéline, du moins dans la plus grande partie de leur course, et dont le centre trophique est dans les ganglions de la chaîne;

Des *deutoneurones afférents*, la plupart sans myéline, quelques-uns à myéline, dont le centre trophique se trouve dans les ganglions sympathiques périphériques ou solaires.

2° Le *système planchnique*, dont les points d'émergence sont compris entre les cinquième et douzième communicants, et dont les centres médullaires sont dans la partie inférieure de la moelle cervicale et supérieure de la moelle dorsale, a une métamérie qui ne diffère de celle du sympathique en général qu'en ce qu'il n'est pas de deutoneurones efférents qui prennent naissance dans les ganglions de la chaîne.

3° *Au bulbe*, la disposition des neurones du système pneumogastrique rappelle à ce point la disposition des neurones sympathiques dans la moelle, qu'il semble aujourd'hui que l'homologie déjà signalée par de Blainville soit exacte et qu'on peut dire que le pneumogastrique est au bulbe ce que le sympathique est à la moelle.

Le système pneumogastrique est le département bulbaire du système grand sympathique.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

POSTE MÉDECIN PHARMACIEN vacant, 3000 francs assurés, plus clientèle. — Luxey (Landes). — Ecrire au maire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Technique et indication des médications usuelles, par le docteur G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lille. In-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, Vigot frères.

Précis d'exploration externe du tube digestif, par A. Chaillou et Léon Mac-Aulliffe. In-18 avec 27 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

La climatologie de Sierre, par le docteur C. Reymond (de Genève). In-8°. — Genève, H. Kündig, 11, rue Corraterie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 64. — MARDI 2 ET JEUDI 4 JUIN 1903. 76e ANNÉE. MARDI ET JEUDI 4 JUIN 1903. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE. — M. le professeur Moussous.

SUR LA MALADIE DE LITTLE (1)

Par M. René Cruchet,
Chef de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Bordeaux.

I

Messieurs,

Voici un petit malade qui est âgé actuellement de six ans, et auquel vous n'en donneriez guère plus de trois. Sa mère est une femme de vingt-cinq ans, chez laquelle nous n'avons pu relever aucune tare héréditaire, ni tuberculose, ni alcoolisme, ni surtout syphilis. Son père a toujours joui d'une parfaite santé et ne paraît, lui non plus, avoir jamais eu aucun signe de bacillose, d'éthylisme ou de syphilis.

La mère avait seize ans à peine quand elle mit au monde ce premier enfant; et, point sur lequel j'attire immédiatement votre attention, bien qu'il fût arrivé à terme d'après les dires de cette femme, bien que l'accouchement ait eu lieu sans aucune difficulté, et sans la moindre asphyxie, son poids, à la naissance, n'aurait pas dépassé trois livres. Je tiens à vous faire remarquer que c'est là un fait absolument exceptionnel et qu'il est permis de se demander si véritablement cet enfant est né à terme; vous savez en effet que les erreurs commises par les mères à ce sujet sont assez fréquentes et qu'il arrive plus d'une fois qu'elles se trompent sur la fin exacte de leur gestation.

(1) Conférence faite le 28 mars 1903, à l'hôpital des Enfants de Bordeaux

Quoi qu'il en soit, cet enfant se développa assez mal; nourri par sa mère au sein, sevré à l'âge de treize mois, en proie à des troubles digestifs réitérés, nous le voyons à différentes reprises entrer à l'hôpital des Enfants, où il est soigné pour des symptômes de rachitisme. Son développement est toujours resté très en retard pendant plusieurs années, il lui a été impossible de se tenir debout et de prononcer des paroles intelligibles; il comprenait très mal tout ce qu'on lui disait et demeurait presque continuellement dans une demi-apathie. Ce n'est que depuis dix-huit mois environ que ses jambes ont commencé à le porter et qu'il peut effectuer quelques pas sans tomber à terre; en même temps, son intelligence s'est éveillée et il a articulé plus distinctement. Je dois ajouter, pour être complet, que cet enfant a eu la coqueluche à seize mois, la rougeole à deux ans, les deux affections sans aucune suite fâcheuse, et qu'il a présenté à l'âge de huit mois une première crise de convulsions. Depuis cette époque, ces crises se sont reproduites une dizaine de fois, à des intervalles très irréguliers et avec les caractères suivants : accès de toux subits, suivis de vomissements, puis l'enfant tombe à terre, perd connaissance; il tourne les yeux, se contracte et se raidit, sans qu'il y ait aucun mouvement clonique du côté des membres. Cela ne dure que quatre à cinq minutes sans que la face se cyanose; une mince écume vient sur les lèvres, mais il n'y a pas de morsure de la langue. Nous n'avons pu savoir exactement si l'enfant urine pendant la crise, s'il dort ou s'il a la tête lourde, à la suite : je n'insiste pas moins sur l'importance de cet état convulsif dont nous aurons à discuter tout à l'heure la valeur étiologique.

Comme vous le voyez, cet enfant a une taille très peu élevée pour son âge : cependant ses membres inférieurs ne sont pas proportionnellement plus petits que les supérieurs, comme chez le malade dont Brissaud a rapporté l'histoire.

L'examen de la tête ne présente rien de très particulier à signaler : les fontanelles sont complètement fermées; il n'y a pas de bosses frontales, le crâne n'est point olympien ni natiforme. Les muscles du front, des joues et des lèvres se contractent bien. Que l'enfant pleure, qu'il rie, qu'il fasse la moue, qu'il souffle une allumette, il n'y a pas d'asymétrie dans sa physionomie.

La vue est normale, les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont conservés et l'examen du fond de l'œil, effectué par le professeur Lagrange, n'a décelé qu'un peu d'hypérémie, ce qui est sans importance. L'ouïe, le goût et l'odorat sont en parfait état.

Les dents sont bien implantées, ne montrent aucune des malformations qu'on rencontre chez les hérédo-syphilitiques. Les mouvements de la langue se font comme il convient, et il n'y a ni déformation, ni déviation de cet organe. Les amygdales ne sont pas augmentées de volume; le réflexe pharyngien est conservé. Les mouvements de la tête se font sans aucune raideur.

Si vous examinez le thorax, vous voyez qu'il est un peu bombé en avant et si vous passez la main sur le gril costal vous sentez sous le doigt à droite et à gauche, les grains du chapelet rachitique. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, les mouvements en sont réguliers, sans bruits surajoutés. Les poumons, tant en avant qu'en arrière, ne présentent pas de troubles appréciables.

La colonne vertébrale n'a pas la moindre déviation, pas la moindre gibbosité; elle n'est pas douloureuse à la percussion. L'abdomen élargi et mollasse offre une éventration médiane, autre reliquat des troubles digestifs antérieurs; les réflexes de Rosenbach sont normaux. Rien à noter du côté des masses musculaires du bassin; les mouvements de latéralité et antéro-postérieurs du tronc s'effectuent sans difficulté.

Les membres supérieurs ne présentent aucune déformation; tout au plus, les bras ont-ils une légère tendance à se recourber en dedans. Les masses musculaires ont leur souplesse normale : l'enfant résiste bien à la force qu'on lui oppose; il saisit facilement les objets mis à sa portée, sans planer au-dessus d'eux; il n'y a ni lenteur ni hésitation pour s'en emparer; un verre qu'on lui tend est porté à la bouche sans qu'il se produise aucun tremblement intentionnel. Pas de mouvements choréiques ou athétosiques. Le sens musculaire est bien conservé : l'enfant reconnaît, les yeux fermés, les objets qu'on lui met dans la main : sous, clés, bonbons, papier. Les réflexes ne paraissent pas exagérés; la sensibilité est normale.

Voyez maintenant les membres inférieurs de cet enfant : c'est le point capital de son examen. Si vous relevez le drap qui les recouvre, vous constatez que tout le membre inférieur gauche est appuyé avec force contre le droit; vous remarquez la tendance qu'a le genou gauche à passer au-dessus du droit comme si les jambes voulaient se croiser l'une sur l'autre. Si vous essayez de remettre les deux jambes dans la situation qu'elles doivent avoir normalement, vous éprouvez une résistance assez vive et les deux genoux se rapprochent de nouveau immédiatement. Si vous dites à l'enfant de lever le pied, soit droit soit gauche, pour atteindre votre main, que vous placez à 50 centimètres par exemple au-dessus du plan du lit, vous voyez qu'il élève les membres avec une certaine lenteur, mais qu'il y arrive néanmoins sans trop de difficulté : dans ce mouvement, le pied ne présente ni tremblement ni caractère ataxique. Quand vous cherchez, en fermant les yeux de l'enfant, à lui faire attraper avec l'une ou l'autre main un de ses talons ou de ses gros orteils placés dans une position choisie, il y réussit sans grande hésitation.

Remarquez que les masses musculaires sont suffisamment développées pour la taille de ce petit garçon et qu'il n'y a nullement d'atrophie. Si l'on essaie de lui faire fléchir la cuisse sur le bassin ou d'écarter les deux cuisses du bassin, on éprouve presque aussitôt une résistance invincible; les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse offrent un peu moins de spasticité; mais quand on tente de relever le pied sur la jambe on n'y réussit que très imparfaitement. Ces divers mouvements, effectués spontanément par le malade, sont encore plus limités. Si vous percutez le tendon rotulien vous pouvez provoquer immédiatement un réflexe très vif; le clonus du pied existe des deux côtés, surtout à droite, mais il est très inconstant. Enfin, le réflexe plantaire est très exagéré, et vous voyez que le gros orteil se relève brusquement au moindre attouchement de la plante, offrant le caractère qu'a signalé Babinski.

Si vous faites asseoir l'enfant sur le bord du lit, les jambes pendent assez bien sans raideur apparente : vous voyez qu'elles s'agitent continuellement d'avant en arrière comme chez le sujet normal; vous voyez en même temps que le tronc est droit et que les bras ne s'en écartent pas.

Dans la station debout le petit malade reste parfaitement en équilibre, les talons joints, les doigts sur la couture du pantalon. Même les yeux fermés il peut se tenir sans tomber sur une seule jambe. Mais dès qu'on le fait marcher, son attitude devient très particulière. Au début, la marche est assez ralentie : il semble que l'enfant ait besoin de faire un certain effort pour vaincre la résistance spasmodique des muscles; puis l'élan donné, il part droit devant lui, il peut presque courir. Observez-le bien : les deux cuisses restent fortement accolées et les genoux frottent vigoureusement l'un contre l'autre au point d'user le pantalon; les jambes au contraire s'écartent l'une de l'autre en décrivant une courbe à concavité interne tandis que les pieds progressent sur la pointe en véritable varus équin. C'est vous dire que le talon ne touche pas la terre, et c'est vous expliquer pourquoi ces malades n'usent guère que le bout de leurs souliers. Vous remarquerez encore ce que cette démarche a de sautillant, de spasmodique pour employer le mot clinique : à l'état normal, quand on marche sur la pointe des pieds, le talon s'élève davantage au moment où la pointe va quitter le sol; ici au contraire à peine, à chaque pas, la pointe du pied repose-t-elle à terre que le talon, qui est en l'air, se rapproche brusquement du sol, sans cependant jamais l'atteindre : et c'est cette secousse brève du talon se dirigeant vers la terre qui donne à la marche ce ressaut particulier, ce caractère spasmodique si spécial.

Vous voyez que le tronc, un peu raide, présente un très léger balancement à droite et à gauche, alors que les bras s'élèvent, faisant de chaque côté du corps comme des ailes de pigeon. Notez bien que les pas, s'ils sont petits et traînants sur la pointe, sont parfaitement réguliers et qu'il n'y a pas de titubation véritable. Si vous faites arrêter l'enfant brusquement il reste debout; mais il ne peut tourner sur lui-même qu'avec hésitation, et dans la marche à reculons, vous voyez qu'il va lentement, traînant lourdement les pieds sur le sol, sans élever les talons de terre et sans les secousses spasmodiques de tout à l'heure. J'ajoute que la sensibilité se rencontre ici normale sous tous ses modes et que l'excitabilité électrique, tant au courant galvanique que faradique, est normale, aussi bien là que dans les autres muscles du corps.

Je n'insiste pas sur l'intelligence de cet enfant, vous l'avez pu juger; si elle s'est développée depuis dix-huit mois, elle ne dépasse pas la valeur de celle d'un enfant de deux à trois ans. Celui-ci est particulièrement capricieux et vous venez de voir, par les scènes qu'il vient de faire devant vous, qu'il peut joindre à la colère un petit grain de méchanceté. Sa parole est gênée, lente, explosive. Il paraît assez bien réglé; il demande pour faire ses besoins; il a cependant de l'incontinence nocturne d'urine, mais il en a toujours eu plus ou moins, plutôt plus qu'aujourd'hui.

II

Tous les signes, Messieurs, que vous venez de constater vous indiquent sans nul doute qu'il s'agit d'une paraplégie spasmodique; je dis spasmodique et non pas ataxique ou cérébelleuse, je dis spasmodique exclusivement. Cela nous permet d'éliminer, sans autre discussion, certaines affections infantiles où la démarche est titubante, vacilleuse. Les affections du genre de l'hérédo-ataxie cérébelleuse, décrite par Marie chez l'adulte, peuvent en effet exister dans l'enfance; si elles ne présentent pas le type absolu de Marie, elles nous montrent cependant de l'état spasmodique des membres inférieurs avec raideur musculaire, exagération des réflexes et clonus du pied; on les rencontre particulièrement à la suite de l'hérédo-syphilis : mais dans ce cas les pas sont irréguliers, les malades ne marchent pas ainsi sur la pointe des pieds, ils ne frottent pas leurs genoux comme ici, enfin ils sont comme atteints de vertige et vont devant eux en titubant. Bref ils ont une démarche ébrieuse particulière, bien différente de celle de ce petit garçon.

Et dans quelles affections peut-on rencontrer cette paraplégie spasmodique? Sans parler de l'hystérie, qui revêt tout à fait exceptionnellement chez l'enfant une forme semblable (il s'agit en effet le plus souvent de ce qu'on a appelé l'astasie-abasie) et qu'on ne saurait incriminer ici, vous savez que la paraplégie spasmodique, d'une manière générale, peut être primitive ou secondaire. Et quand elle est secondaire, elle succède le plus souvent à une paraplégie flasque, dans l'enfance, se rapporte à certaines affections médullaires par compression dont quelques-unes sont fort rares (sarcome, kyste, lipome, gomme, etc.), et dont la plus habituelle, la plus commune est le mal de Pott. Ici la paraplégie a été spasmodique d'emblée, sans période de flaccidité antérieure; d'ailleurs vous ne constatez ni gibbosité, ni atrophie, ni troubles de sensibilité, ni relâchement des sphincters. Enfin la marche de ces myélites par compression est essentiellement progressive; il en est de même de ces formes de myélite chronique circonscrite (myélite transverse, dorso-lombaire) qui peuvent, elles parfois d'emblée, donner naissance à une paraplégie spasmodique pure : mais où l'on remarque en même temps des engourdissements ou fourmillements dans les jambes avec crampes et raideur douloureuse, et vous n'avez ici rien de tout cela.

Serait-ce donc un cas de sclérose en plaques? Vous savez en effet que Charcot a décrit de cette affection trois types différents : la forme spasmodique pure, la forme cérébello-spasmodique et la forme cérébelleuse pure. Pouvons-nous songer ici à une forme spasmodique pure? Les caractères que je vous ai fait remarquer chez cet enfant sont en effet comparables à ceux que l'on rencontre dans ce type de sclérose en plaques. Je dois vous dire tout d'abord, pour répondre à certaines objections, que la sclérose en plaques existe bien chez l'enfant; jusqu'à ces dernières années on avait cru devoir en nier l'existence; mais les observations qui ont été publiées par Marie, Unger, Moncorvo, Eichhorts, Sorgente, etc., ne peuvent laisser de doute sur la sclérose en plaques infantile. J'ai même présent à l'esprit le cas qui a été rapporté récemment par Raymond en 1899, où il s'agit d'un jeune garçon de six ans, dont le début de l'affection remontait à trois ans auparavant. Mais dans tous ces cas de sclérose vous avez en plus de la paraplégie spasmodique, des troubles oculaires fréquents comme du nystagmus, ou du strabisme, de l'embarras de la parole beaucoup plus accentué qu'ici, enfin un tremblement intentionnel des plus nets, qui n'existe nullement chez notre jeune malade, comme vous l'avez pu voir tout à l'heure.

Il est une forme, dite paraplégie spasmodique familiale, qui présente des rapports intimes avec l'affection qui nous occupe. Elle a été décrite par Strumpell et depuis par d'autres auteurs : Déjerine et Sottas, Melotti et Cantalamessa, Kojewnikof, Raymond. Le caractère familial qu'offre cette affection n'est pas toujours suffisant pour porter le diagnostic; quand le caractère existe, il est d'une grande importance, mais quand il n'existe pas on ne peut s'appuyer sur son absence pour nier la possibilité de la maladie; ici par exemple, où cet enfant reste le seul de sa famille, puisque son unique frère est mort du choléra infantile à l'âge de deux mois, qui nous dit qu'il ne commence pas un type familial? Ce qui nous permet de ne pas songer à cette affection, c'est qu'elle débute toujours plus tard (guère avant dix ans), et surtout, que sa marche est essentiellement progressive, tandis qu'ici elle est régressive.

Donc il s'agit de la paraplégie spasmodique, telle qu'on la rencontre dans la maladie de Little : mais que faut-il au juste entendre par là?

Voici d'abord les remarques faites par Little lui-même en 1861; il avait observé que chez un certain nombre d'enfants naissant avant terme, ou nés au cours d'accouchements laborieux (asphyxie, applications de forceps, etc.), il survenait plus tard une hypertonie des quatre membres, surtout marquée dans les inférieurs, et caractérisée par plus de rigidité que de parésie véritable. En même temps, chez certains d'entre eux, il avait vu que les troubles de l'intelligence, qui n'étaient pas constants, pouvaient aller jusqu'à l'idiotie complète, que la parole était lente et difficile, qu'il y avait parfois des troubles du côté de la respiration et de la déglutition, ainsi que des mouvements choréiformes; enfin il avait noté dans certains cas une amélioration allant presque jusqu'à la guérison.

De cette constatation faite par l'accoucheur anglais que l'amélioration existe dans certains cas, et pas dans d'autres, il est résulté la division de la maladie en deux formes principales. Cette division, parfaitement juste au point de vue clinique, semble avoir été quelque peu embrouillée par les considérations anatomo-pathologiques et pathogéniques qui se sont ultérieurement donné libre cours à son sujet. Je fais allusion à toutes les théories qui se sont édifiées sur les rapports du faisceau pyramidal avec cette paraplégie.

III

D'un mot la question revient à ceci : y a-t-il rapport constant entre l'état du cordon pyramidal et la spasmodicité? Et les avis sont partagés : les uns disent oui, les autres non. Je prendrai quelques exemples pour essayer de vous mieux expliquer la question.

Supposons tout d'abord une hémorragie cérébrale siégeant, soit au niveau de la zone rolandique, soit au niveau de la capsule interne : nous aurons, après les phénomènes primitifs d'apoplexie et de coma, une hémiplégie flasque qui se transformera ultérieurement en hémiplégie de contracture. On constate alors à l'examen anatomo-pathologique de la moelle une dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal : c'est la dégénérescence du faisceau pyramidal telle qu'elle a été décrite par Türck, Charcot et Bouchard. Tout le monde est d'accord sur le fait, mais pour l'expliquer deux opinions sont en présence : pour les

auteurs précédents la contracture est fonction de la sclérose du faisceau pyramidal; mais d'autres prétendent que si la lésion commande cette sclérose pyramidale, elle commande aussi la contracture, sans que cette contracture soit réellement fonction de cette sclérose elle-même : et ils opposent des faits où la sclérose dense des faisceaux pyramidaux n'entraîne pas de contracture (Raymond); réciproquement, ils mentionnent des cas où, à la spasmodicité des plus nettes, ne correspond aucune sclérose (Raymond, Babinski).

Voici un autre exemple : dans la sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot, affection essentiellement spasmodique, Charcot insistait tout particulièrement sur la dégénération systématique des faisceaux pyramydaux : il établissait un rapport entre cette dégénération systématique et la paraplégie spasmodique, l'atrophie, autre caractère important de la maladie, devant être mis sur le compte de l'atrophie des cellules des cornes antérieures; or on a publié au moins une observation à notre connaissance (celle de Senator), dans laquelle, à une maladie de Charcot typique, ne correspondait, à l'autopsie, aucune sclérose latérale.

Voici un troisième exemple qui se rapproche davantage de notre cas : dans le tabes dorsal spasmodique, qui a été décrit par Charcot presque en même temps que la paraplégie spinale spastique d'Erb (affection identique), Charcot, qui semble avoir englobé sous ce titre la maladie de Little, avait pensé qu'une lésion primitive du faisceau pyramidal pourrait expliquer les phénomènes spasmodiques qu'on rencontre dans cette maladie. Erb paraît avoir défendu la même opinion. Sans entrer dans une longue discussion au sujet de ce tabes spasmodique dont la réalité, dans ces dernières années, a été fortement battue en brèche, vous savez cependant, Messieurs, qu'il s'agit d'une affection juvénile, débutant par conséquent plus tard que la maladie de Little, mais se présentant avec des caractères spasmodiques, et particulièrement paraplégiques, absolument superposables à cette maladie.

Le seul point qui nous intéresse actuellement est de savoir si l'hypothèse émise par Charcot sur une lésion systématique du faisceau pyramidal, hypothèse d'ailleurs formulée par le savant neurologiste avec de très fortes réserves, il s'agit de savoir si cette hypothèse a été confirmée par les faits. Je vous rappellerai d'abord pour mémoire que la première autopsie de tabes spasmodique effectuée dans le service de Charcot par M. Pitres, montra qu'il s'agissait d'une sclérose en plaques. Je me borne à vous citer ce fait suggestif, et je vous donne l'opinion du professeur Raymond qui, après avoir discuté longuement les différentes observations de tabes spasmodique, est arrivé à conclure que le tabes spasmodique peut s'observer avec des cordons pyramidaux parfaitement intacts.

J'arrive enfin à la maladie de Little. Là encore, nous trouvons les deux opinions opposées tournant, comme dans les affections précédentes, autour du faisceau pyramidal, les uns impliquant sa lésion, les autres démontrant qu'elle n'existe pas toujours. Mais ici, ceux qui font la spasmodicité fonction du faisceau pyramidal, se sont trouvés de prime abord en face d'une objection sérieuse. Ils avaient en effet à répondre à ceci : « Puisque, d'après la règle établie, la lésion du faisceau pyramidal entraîne un état spasmodique sinon progressif, du moins stationnaire, comment expliquer que dans la maladie de Little la spasmodicité peut régresser? »

Alors est née la théorie de l'*agénésie* du faisceau pyramidal. Brissaud et Marie, qui l'ont spécialement défendue, ont dit en substance : « Puisque dans un certain nombre de cas, comme l'a bien vu Little, la naissance se produit avant terme, nous concevons parfaitement que le faisceau pyramidal ne soit pas normal. D'ailleurs, tous les auteurs, qui se sont occupés de l'examen histologique du système nerveux chez le nouveau-né, ont vu que le développement des cylindres-axes dans les fibres pyramidales n'était complet qu'au moment de la naissance à terme : en particulier Van Gehuchten a observé que, chez le fœtus de sept mois, la moelle épinière ne possède sur toute sa longueur aucune fibre pyramidale. D'autre part, la myélinisation de ces fibres pyramidales n'est parachevée que dans les mois qui suivent la naissance normale. Il est donc loisible de penser qu'un fœtus né avant terme, privé par conséquent des ressources maternelles, se développe beaucoup plus difficilement que lorsqu'il est venu à terme; par suite, nous comprenons que le faisceau pyramidal, mal nourri, subisse un retard dans son développement : et c'est ce défaut de développement qui se traduit par la spasticité bilatérale, spasticité qui tend à disparaître à mesure que le développement pyramidal se poursuit et s'achève. Nous aurons ainsi à considérer dans la maladie de Little :

1° Une forme qui est susceptible de s'améliorer, qui ne s'accompagne pas de troubles intellectuels et qui est toujours en rapport avec la naissance avant terme : c'est celle qui est due au développement incomplet à l'*agénésie*, ou *dysgénésie* du faisceau pyramidal;

2° Une forme qui ne s'améliore pas, qui survient à la naissance (asphyxie, forceps, etc.), et même après la naissance, et qui rentre dans le cadre bien connu des scléroses descendantes du faisceau pyramidal. »

La première, pour Brissaud et Marie, constitue la *maladie de Little proprement dite*, la deuxième doit en être détachée, et prendre place dans le groupe des *états tabéto-spasmodiques* de Marie.

En face de cette théorie qui défend les rapports du faisceau pyramidal et de la spasmodicité nous retrouvons, ici encore, la théorie opposée : et il faut avouer que principalement dans cette maladie de Little, ses arguments sont des plus sérieux. Vous les trouverez, Messieurs, exposés dans les leçons du professeur Raymond, qui est revenu sur ce sujet à différentes reprises, et aussi dans la thèse de son élève, mon confrère et ami le docteur Cestan. Ces auteurs ont judicieusement établi : 1° que dans un grand nombre de cas, la naissance avant terme ne s'accompagnait pas de maladie de Little; 2° que les deux types, tels qu'ils ont été décrits par Brissaud et Marie, n'étaient pas en rapport avec les modifications du faisceau pyramidal, comme le comprenaient ces auteurs; en d'autres termes, Cestan a observé des cas où la naissance prématurée a coïncidé avec une maladie de Little chronique; d'autre part il a noté des cas où la naissance à terme (avec asphyxie, traumatisme, etc.) a été suivie d'une maladie de Little à type régressif; 3° Cestan, reprenant à son tour la doctrine de son maître Raymond, a montré que l'agénésie du faisceau pyramidal n'était pas suffisante pour créer la spasmodicité, et qu'il n'y avait pas de rapport bien net entre la sclérose pyramidale et la spasmodicité en question.

Il me semble toutefois que Raymond et Cestan ont poussé un peu loin leur raisonnement, et qu'ils ont outre mesure élargi le cadre de la maladie décrite par Little. Brissaud et

Marie avaient voulu par trop en restreindre le sens; Raymond et Cestan ainsi que Freud, la retrouvent dans un si grand nombre de cas qu'ils finissent par la démanteler complètement. C'est ainsi que, pour Raymond, « les types de *maladie de Little*, de *paraplégie spasmodique infantile*, de *diplégie spasmodique infantile*, d'*hémiplégie spasmodique infantile*, d'*athétose double* se fondent les uns dans les autres; » et cet auteur déclare que le syndrome de Little se rencontre encore dans la *sclérose en plaques*.

Cette façon d'envisager les choses me paraît peut-être empreinte d'une légère exagération. De ce que le tic convulsif existe ailleurs que dans la maladie des tics convulsifs de Gilles de la Tourette, cele ne veut pas dire que la maladie des tics convulsifs n'existe pas. De ce que la chorée existe ailleurs que dans la chorée de Sydenham, cela ne veut pas dire que la chorée de Sydenham n'existe pas; de même, de ce que la paraplégie spasmodique existe ailleurs que dans la maladie de Little, cela ne veut pas dire que la maladie de Little n'existe pas.

C'est pourquoi, il me semble plus juste d'admettre la réalité de la maladie de Little et de la respecter sous les deux formes cliniques mêmes que lui a décrites son auteur : une qui s'améliore et l'autre, non.

Je vous ai montré tout à l'heure chez ce petit garçon un exemple de forme régressive. Voici maintenant, chez cette fillette âgée de trois ans et demi, un exemple de forme chronique. Je ne m'attarderai pas à vous décrire les différents signes de la maladie; vous vóyez que la paraplégie que présente cette enfant est assez comparable à celle de son voisin. Mais ici elle est plus avancée : la marche est nulle, la rigidité des membres inférieurs est beaucoup plus accentuée, les réflexes rotuliens sont plus vifs et le clonus du pied est, de chaque côté, des plus nets. Vous voyez encore que les troubles de l'intelligence sont ici très accusés, que cette enfant présente un type d'idiotie complète : elle pousse des cris sans raison en guise de parole, montre un visage inexpressif que parcourent une série de tics brusques, elle remue perpétuellement la tête dans tous les sens. Elle présente un tic coordonné du bras droit qui consiste à porter continuellement la main au niveau de la bouche. Du côté des yeux vous voyez qu'elle a un léger strabisme; quant à ses sens de l'ouïe et de la vue, ils sont réduits au minimum.

J'ajoute que dans ce cas l'accouchement a eu lieu à terme, mais qu'il s'est produit de l'asphyxie par suite de la longueur du travail.

IV

Voilà donc, Messieurs, pris sur le fait, les deux types cliniques de la maladie de Little. Nous devons constater et admettre leur existence, cela n'est pas douteux; mais nous devons nous interdire jusqu'à nouvel ordre de rapporter à chacun de ces types une lésion ou modification anatomo-pathologique déterminée; nous n'avons pas le droit de dire, à l'exemple de Brissaud, Marie, Van Gehuchten, que celui-ci est caractérisé par l'agénésie et celui-là par la sclérose du faisceau pyramidal. Le pronostic est en effet indépendant de l'état du cordon pyramidal; il dépend essentiellement de l'importance de la cause considérée, les mêmes causes pouvant donner l'une ou l'autre forme clinique, suivant qu'elles sont plus ou moins accentuées.

Et ces causes qui peuvent se produire, soit avant la naissance, soit au moment de la naissance, soit après la naissance (jusqu'à concurrence d'un an environ), peuvent provenir de deux origines différentes : elles peuvent être d'origine *cérébrale* ou d'origine *médullaire*. Quand elles sont d'origine cérébrale elles sont provoquées, soit mécaniquement (naissance asphyxique, traumatismes divers, application de forceps entraînant des hémorragies méningées ou sous-méningées), soit par des agents toxi-infectieux variés (alcool, tuberculose, hérédo-syphilis, etc., entraînant méningites chroniques, méningo-encéphalites, porencéphalites et pseudo-porencéphalites, sclérose atrophique ou tubéreuse, hydrocéphalie, etc.).

Quand elles sont d'origine médullaire, elles peuvent être également, soit d'ordre toxi-infectieux (myélites infectieuses chroniques, dont un cas typique a été rapporté par Déjerine), soit surtout d'ordre mécanique. Déjà Cruveilhier, Olivier, Abercrombie, etc., avaient décrit des hémorragies spinales chez les enfants nés asphyxiques; Chalochet, dans les expériences récentes dont on trouve le détail dans la thèse de Cestan, a démontré que, chez le nouveau-né, les tractions de la colonne vertébrale, dans la version et dans la présentation du siège, entraînaient la production d'un épanchement sanguin au niveau de la partie cervicale, entre la paroi du canal rachidien et la dure-mère, la moelle restant macroscopiquement intacte.

A l'encontre de notre ami Cestan, nous croyons devoir admettre cette double origine cérébrale et spinale. Notre collègue est bien obligé de convenir que certains cas de myélite transverse ou d'hématomyélie congénitale « peuvent permettre des erreurs *inévitables* de diagnostic », mais il conclut que ces affections « créent non une maladie de Little de cause spinale, mais une *pseudo-maladie de Little* ». Pour lui, comme pour son maître Raymond, la spasticité de la maladie de Little est toujours consécutive à des lésions cérébrales. Cette façon de poser la question me paraît un peu discutable; surtout, nous ne voyons pas la nécessité de créer une pseudo-maladie de Little. Si vraiment les symptômes cliniques sont superposables dan les deux cas, nous ne comprenons pas pourquoi il y a maladie dans l'un et pseudo-maladie dans l'autre. C'est d'ailleurs l'opinion que défend Déjerine dans sa *Séméiologie du système nerveux*.

Maintenant comment expliquer la spasticité de la maladie de Little? Je vous ai indiqué les raisons qui plaident contre une sclérose dense ou même une altération minime exclusive du faisceau pyramidal : je ne veux pas dire que cette sclérose ou cette altération n'existe jamais; on la rencontre dans beaucoup de cas, mais pas dans tous. Et alors, comment concevoir cette spasticité? Cela nous amènerait à nous occuper de la question des contractures : mais c'est une question qui sort du cadre de cette leçon; sachez seulement qu'il n'existe pas encore aujourd'hui une seule théorie de la contracture qui ne soit discutable par quelque point : aussi j'aime autant, pour ne pas encombrer votre esprit de données incertaines, en rester là sur ce chapitre.

Et puis quelles que soient les théories, il est bien certain que ce sont les causes qui gouvernent la marche de l'affection, et par suite le pronostic. Eh bien! pouvons-nous chez ce petit garçon déterminer cette raison étiologique? Pouvons-nous également la déterminer chez cette petite fille?

Chez celle-ci la cause est indiscutable : la mère nous l'a apprise tout à l'heure en nous disant que son enfant était née en état d'asphyxie; il s'agit sans doute d'une hémorragie méningée, ayant entraîné vraisemblablement à la suite une sclérose cérébrale étendue, portant à la fois sur la région motrice et sur la région frontale : d'où cette associa-

tion de troubles spastiques liés à des troubles d'idiotie. Ici, je vous l'ai déjà dit, le pronostic est sombre : vous êtes en présence d'une forme chronique, d'une forme presque irrémédiable, de cette forme que déjà Little avait appelée cérébro-spinale.

Chez le petit garçon maintenant, pouvons-nous déterminer la cause exacte? L'origine est-elle, d'abord, médullaire ou cérébrale? Les lésions exclusivement médullaires sont sans doute exceptionnelles, mais est-ce une raison pour les éliminer? Rien ici, cependant, ne nous incline à porter nos investigations de ce côté. Même en admettant une erreur de la mère, une naissance anticipée de son enfant, je vous ai indiqué tout à l'heure que cette naissance avant terme ne prouvait rien par elle-même, autrement dit que l'agénésie ou dysgénésie pyramidale n'avait absolument rien à voir avec l'affection qui nous occupe.

La ponction lombaire peut-elle nous apporter quelques renseignements? On admet qu'une irritation suffisante des méninges de la moelle se traduit habituellement par la présence d'éléments leucocytaires plus ou moins nombreux, polynucléaires s'il s'agit d'un processus aigu, lymphocytes s'il s'agit d'un processus chronique. L'inflammation méningée médullaire est souvent secondaire, il est vrai, à une inflammation des méninges cérébrales. Mais sans discuter ce point, si nous consultons simplement les cinq cas de maladie de Little dans lesquels nous avons examiné le liquide céphalo-rachidien, nous voyons que dans un seul, il y avait une lymphocytose des plus nettes : il s'agissait d'une forme un peu particulière, avec athétose double. Dans les quatre autres cas dont celui-ci, nous n'avons trouvé absolument rien : ni modification de couleur du liquide céphalo-rachidien, ni changement de transparence, ni éléments leucocytaires en nombre anormal (le plus que nous ayons rencontré, c'est quatre ou cinq lymphocytes en tout, égarés sur le champ d'une demi-douzaine de préparations).

Aussi pencherais-je plutôt ici vers l'origine cérébrale. Je vous l'ai déjà dit au début, cet enfant a eu et a encore des des convulsions : il est bien un peu paradoxal de constater qu'à une spasticité qui régresse correspond une épilepsie qui demeure ; mais ce n'est point là, en somme, un argument péremptoire. Peut-être aussi syndrome de Little et épilepsie sont-ils seulement rapprochés, associés, sans que celle-ci dépende véritablement de celui-là... Admettons pourtant l'origine cérébrale ; quelle lésion alors envisager? Au fond, on peut faire, dans ce cas, grand nombre d'hypothèses : c'est avouer notre ignorance. Qu'importe d'ailleurs! Si la cause réelle nous échappe, nous pouvons dire qu'ici, contrairement à la forme que nous trouvons chez la fillette, il s'agit d'une forme régressive, d'une forme qui continuera encore à s'améliorer, je ne dis pas jusqu'à la guérison complète (ce qui est très rare), mais jusqu'à un état sensiblement meilleur que l'actuel : n'en doutez pas. La marche même de la maladie dans ces dernières années nous est un sûr garant de l'avenir... et c'est là le principal. Quoique vous fassiez, la spasticité ira peu à peu en diminuant pour atteindre son minimum vers l'adolescence, le massage, la marche raisonnée, la gymnastique des membres inférieurs pourront cependant aider le temps dans une certaine mesure.

Vous voyez donc, Messieurs, par ces quelques considérations, que la maladie de Little est toujours et plus que jamais matière à discussion. Cestan dit quelque part, dans sa thèse, que chaque auteur a sa maladie de Little : cette critique, qu'il faisait à ses prédécesseurs, on peut la lui faire à lui-même, comme il est bien possible qu'on me la fera à moi-même : je ne crois pas pourtant la mériter... mais ce doit être une illusion!

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(2 juin 1903)

Le professeur Teissier (de Lyon), si cruellement éprouvé on s'en souvient par la perte de son fils au retour du Congrès du Caire, adresse à l'Académie un travail sur le **service des lazarets dans la Méditerranée.** Il conclut de la façon suivante :

1° Plus large application de l'excellente institution des passeports sanitaires qui deviendraient — sous le contrôle rigoureux des autorités compétentes — la mesure réglementaire et suffisante, dans nos ports méditerranéens, pour tous les passagers provenant de territoires contaminés ou transportés sur des bateaux où un cas suspect de maladie contagieuse exotique se serait déclaré pendant la traversée.

2° Si le paquebot a présenté des cas avérés de maladies exotiques infectieuses (peste par exemple), tout passager, avant de recevoir son passeport, sera soumis *individuellement* à une visite sanitaire complète et, si le passager examiné est reconnu bien portant, astreint à une désinfection complète, systématique, de sa personne et de tous ses bagages dans des conditions absolument parfaites et sincères.

On devra proposer en même temps au passager l'inoculation préventive, qu'il sera laissé libre d'ailleurs de refuser ou d'accepter.

Puis le bateau sera soumis à la désinfection complète des marchandises et des cales par un des procédés récents qui paraissent d'une efficacité indiscutable et d'une complète innocuité (sulfuration avec l'appareil Clayton, par exemple).

3° L'internement sera réservé aux passagers suspects de contamination possible, du fait de rapports plus directs avec le ou les malades incriminés ou présentant quelques signes capables de fixer l'attention. Ces derniers seraient placés dans un pavillon d'observation avant d'être internés à l'hôpital.

4° L'exécution de ces mesures serait singulièrement facilitée en ayant recours aux observations et au concours des médecins de paquebots, médecins qui se trouveraient transformés en collaborateurs ou en véritables agents de l'administration sanitaire. Ceux-ci seraient, d'ailleurs, investis d'une autorité plus grande qui assurerait leur indépendance et garantirait leur sincérité.

Obligés à des examens spéciaux ou *nommés au concours*, astreints en tout cas à des travaux pratiques de bactériologie et capables de reconnaître, par des cultures, les sujets infectés, ils pourraient fournir à l'administration sanitaire des ports des renseignements particulièrement utiles sur la situation des navires confiés à leur surveillance.

Enfin, ils devraient avoir le droit de certifier le bon ou le mauvais état de santé de leur équipage et être autorisés *en principe* — le cas échéant — à prescrire la libre entrée au port si la santé du bord n'a laissé rien à désirer pendant la traversée.

5° Mais si l'Académie estimait que l'heure n'est pas encore venue d'entrer dans cette voie libérale, la prescription d'une quarantaine ne devrait être imposée qu'à bon escient et seulement pour le navire manifestement contaminé ou portant à bord des cas indiscutables de maladies épidémiques exotiques.

En tout cas, *une commission consultative ou de contrôle* devrait être instituée près la direction sanitaire pour apprécier

les cas litigieux, de façon à éviter aux passagers des quarantaines inutiles ou insuffisamment justifiées.

Dans les cas les plus délicats, M. l'inspecteur général ou son représentant devrait se transporter immédiatement au lazaret pour trancher le différend et fixer la durée de la quarantaine.

6° Pour la peste, en tout cas, les passagers consentant à l'inoculation préventive immédiate pourraient obtenir leur libération anticipée.

7° Le pouvoir discrétionnaire du directeur de la santé à Marseille sera désormais aboli, et *sous aucun prétexte* il ne sera autorisé à refuser la descente à terre aux voyageurs nationaux ou étrangers munis de billets pour Marseille, si ces voyageurs consentent à se soumettre à la période d'observation et aux règlements de police sanitaire en vigueur.

8° Enfin, une installation moderne mais conforme aux exigences de l'hygiène modeste, dans les bâtiments du Frioul spécialement aménagés à cet effet, sera toujours disposée pour recevoir le voyageur soumis à une quarantaine d'observations.

Dans ce but, une équipe volante de serviteurs ou d'infirmiers toujours prête à être mobilisée (comme cela a d'ailleurs déjà été proposé par l'honorable rapporteur de la Commission de 1902) devra toujours être en mesure d'assurer immédiatement le fonctionnement de ce service.

M. Mendel fait une communication sur **l'insuffisance respiratoire dans la tuberculose pulmonaire**.

L'étude de la respiration des tuberculeux au moyen du pneumographe, permet de formuler les conclusions suivantes :

L'irruption dans les voies aériennes de quelques centimètres cubes d'une solution à 5 p. 100 d'eucalyptol dans l'huile d'olive, produit instantanément chez les tuberculeux une ampliation thoracique très notable pendant quelques heures, dans les cas favorables; dans les cas où cette modification ne se produit pas, le pronostic est grave. L'injection trachéale quotidienne d'huile eucalyptolée pendant quelques semaines rend stable et permanente cette ampliation et peut transformer totalement le type respiratoire du sujet.

Parallèlement à cette ampliation, l'état général se relève, l'appétit se développe, les forces reparaissent et le poids augmente : indépendamment des modifications sthétoscopiques, produites par cette médication et qui ont été déjà signalées. La déchéance des tuberculeux, en dehors de l'infection bacillaire dont le degré est variable, paraît donc due à l'insuffisance de leur fonction respiratoire et de leur hématose, iusuffisance expliquée par les lésions pulmonaires qui restreignent leur champ respiratoire.

M. Nimier (du Val-de-Grâce) relate l'observation d'un soldat qui au combat de Timmimoun, en février 1901, avait été frappé tangentiellement à la tête d'une balle qui le laissa dans l'état comateux. Des accidents hémiplégiques survinrent plus tard. Le blessé est aujourd'hui guéri et a recouvré la liberté des mouvements et l'usage de la parole, grâce à une **rééducation motrice et verbale prolongée**.

L'intérêt du résultat obtenu chez ce blessé par la rééducation motrice des centres nerveux semble à M. Nimier devoir être mis en vedette; il n'omet cependant pas de signaler l'utilité de l'intervention chirurgicale.

Tout au moins l'extraction des esquilles sous-jacentes à la cicatrice a marqué le début d'une période de progrès qui se sont accentués plus tard sous l'impulsion de la gymnastique instituée.

L'intervention chirurgicale, en outre, lui permet d'appeler l'attention sur deux points de l'anatomie pathologique des coups de feu cranio-encéphaliques : 1° la projection dans la profondeur des hémisphères d'esquilles qui, peu à peu, sont refoulées vers la périphérie, et 2° la formation de ces kystes, véritables bourses séreuses destinées sans doute à modérer l'irritation produite par les esquilles sur la surface sans cesse en mouvement du cerveau.

M. Delanglade (de Marseille) a parlé du **sarcome chez l'enfant**. Sur un enfant de six ans, il a substitué la clavicule à la moitié supérieure de l'humérus qui avait dû être réséquée pour un ostéosarcome.

M. G. Marinesco lit une note sur la **présence de corps étrangers (substances cristallines et microbes dans les cellules nerveuses en rapport avec la théorie de l'amiboïsme nerveux.**

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(29 mai 1903)

M. Variot a ouvert la séance en parlant des **injections préventives de sérum antidiphtérique dans la rougeole.** Cette communication dans laquelle, sans contester les grands services que rendent les injections préventives, M. Variot démontre qu'elles produisent plus fréquemment des érythèmes fébriles chez les rougeoleux que chez les diphtériques, a causé quelque émoi parmi les pédiatres qui ne consentent pas à partager l'avis de M. Variot. Successivement MM. Barbier, Comby, Netter, Guinon ont pris la parole pour défendre avec la dernière énergie l'utilité des injections préventives.

En décrivant l'**angine ulcéreuse à bacilles fusiformes et à spirilles**, M. Vincent a constitué un type morbide très caractérisé. Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question ont cherché à établir une séparation nette entre la nouvelle maladie et la diphtérie. Ils ont posé à peu près comme loi que jamais le bacille de Lœffler ne coexistait avec l'association fuso-spirillaire. Cependant depuis quelque temps se produit une réaction contre cette affirmation trop absolue. Des bacilles diphtériques ont été trouvés dans des angines ulcéreuses par Abel, Bernheim, Vincent, Freymuth et Petruschky, Stœcklin, Simonin.

Dans le service de diphtérie de M. le professeur Chantemesse au bastion 29, MM. Gallois et Courcoux ont pu constater la même coexistence. A ce point de vue deux ordres de faits sont à considérer. Dans les uns il s'agit d'angines nettement diphtériques. Le bacille de Lœffler s'y rencontre en abondance. Mais en même temps on peut y déceler d'une façon accessoire l'association fuso-spirillaire ou, comme on dit actuellement, la symbiose de spirilles et de spirochaètes signalés par Vincent. Le second ordre de faits est l'inverse du précédent. Il s'agit d'angines de Vincent caractéristiques au point de vue clinique et contrôlées par l'examen d'un frottis. Mais si l'on fait une culture sur sérum on y découvre des bacilles de Lœffler. MM. Gallois et Courcoux ont observé quatre cas de cette forme, dans l'un le bacille diphtérique était virulent.

En somme, il n'y a aucune incompatibilité entre le bacille de Lœffler et la symbiose de Vincent. Des microbes pathogènes variés peuvent vivre côte à côte dans des angines. Il importe d'en rechercher le plus grand nombre possible. Le clinicien doit ensuite utiliser ces renseignements bactériologiques, les peser, et d'après eux régler sa conduite au point de vue de la thérapeutique et de la prophylaxie.

MM. A. Gilbert et P. Lereboullet ont, à diverses reprises, signalé l'existence de **splénomégalies méta-ictériques persistant longtemps après la disparition de l'ictère initial et pouvant à tort être considérées comme des splénomégalies primitives.** Ils en reprennent l'étude complète en s'appuyant sur une série d'observations dont une suivie d'autopsie. Il s'agit de sujets présentant en général des antécédents biliaires héréditaires ou personnels et ayant eu un

ictère un temps plus ou moins long avant l'examen qui révèle la splénomégalie; cet ictère, dans la majorité des cas, a été intense et a duré plusieurs mois. Puis, complètement remis en apparence, les malades gardent une splénomégalie latente qui n'est constatée qu'à l'occasion d'un autre symptôme (dyspepsie, hématémèse, albuminurie, etc.). L'examen révèle alors souvent, outre cette splénomégalie très variable et qui peut être considérable, une teinte pâle ou jaunâtre des téguments (teint cholémique) avec ou sans pigmentations surajoutées, des urines légèrement urobiliniques, un sérum nettement cholémique (du moins dans la majorité des cas). D'autres symptômes peuvent se rencontrer, superposables à ceux notés dans la cholémie familiale et les diverses affections qui composent la famille biliaire (dyspepsie, rhumatisme, albuminurie, neurasthénie, etc.). Parmi ces symptômes, les hémorragies gastro-intestinales sont particulièrement importantes à signaler; elles donnent lieu à la symptomatologie du pseudo-ulcère stomacal et peuvent parfois être mortelles.

C'est cet ensemble de symptômes qui permet le diagnostic avec les splénomégalies primitives, l'anémie splénique et la maladie de Banti, la lymphadénie splénique, les tumeurs de la rate, les splénomégalies tuberculeuses, etc.

Les lésions constatées dans un cas expliquent les symptômes observés. Dans ce cas où la mort survint du fait des hématémèses dues à une varice stomacale rompue, le foie, quoique d'apparence normale et non hypertrophié, présentait des lésions d'angiocolite scléreuse très nettes; les ramifications portales et artérielles étaient saines, mais, dans les espaces, du fait de l'épaississement du canal biliaire, la veine était partiellement aplatie et prenait le plus souvent une forme en croissant, témoignant de la compression exercée par le canal biliaire. Cet aplatissement expliquait donc l'hypertension portale à laquelle étaient dues et la splénomégalie et les hématémèses. La splénomégalie était dans ce cas certainement la conséquence de la congestion passive, comme le prouvent et sa rétrocession du fait des hématémèses, et ses lésions anatomiques, et l'examen bactériologique qui a montré l'infection du tissu hépatique et, au contraire, la stérilité de la pulpe splénique.

Les splénomégalies méta-ictériques sont donc sous la dépendance d'une angiocolite primitive. Les lésions, l'examen bactériologique concordent pour en faire admettre l'existence. Cette angiocolite s'est accompagnée d'ictère initial ayant disparu secondairement; ce caractère mis à part, les splénomégalies méta-ictériques ne diffèrent pas de l'ictère splénomégalique dans lequel l'ictère est permanent. On peut en rapprocher également certaines splénomégalies anté-ictériques ou l'angiocolite a entraîné la splénomégalie antérieurement à l'ictère et certaines splénomégalies anictériques où l'angiocolite évolue sans s'accompagner, à aucun moment, d'ictère. Toutes ces splénomégalies, rattachées les unes aux autres par des transitions, montrent la fréquence de l'origine biliaire des splénopathies et établissent le rôle considérale de l'hypertension portale dans leur production.

MM. F. Bezançon et V. Griffon présentent deux cas de **cirrhoses tuberculeuses expérimentales du foie**, l'une à tendance atrophique avec ascite considérable, l'autre à type hypertrophique sans ascite.

Il s'agissait dans ces deux cas de cobayes inoculés sous la peau avec des produits tuberculeux humains de virulence atténuée (pus d'abcès froid) comme dans les cas antérieurs de Hanot et Gilbert et de Widal et Bezançon.

La cirrhose offrait le type histologique des cirrhoses tuberculeuses qu'on observe chez l'homme : cirrhose insulaire, intralobulaire, péricapillaire, et monocellulaire. Dans le cas de cirrhose sans augmentation du volume du foie mais avec de grosses granulations, on constatait une hypertrophie compensatrice très marquée des cellules hépatiques, tandis que ce processus faisait presque complètement défaut dans le foie sclérosé selon le type hypertrophique, dont la surface était relativement lisse.

L'examen cytoscopique du liquide ascitique a décelé exclusivement des lymphocytes et des globules rouges, comme dans la pleuro-tuberculose humaine.

MM. Ménétrier et Gauckler lisent une note sur **deux cas de maladie de Paget avec examen anatomique**. Il s'agit de deux malades, tous deux atteints de maladie de Paget avec les déformations caractéristiques du crâne, des os des membres, de la clavicule et de la colonne vertébrale. Les observations cliniques, en dehors des symptômes propres à la maladie de Paget, ne présentent que deux faits intéressants : l'existence de syphilis avérée chez ces deux malades; l'existence de rachitisme probable chez l'un d'eux.

L'examen radiographique des malades a présenté un détail intéressant, à savoir la trace laissée sur les radiographies par les grosses artères des membres.

L'examen des os montre tous les os ayant l'aspect d'os spongieux et les grands os des membres.

L'examen histologique, fait surtout au point de vue des lésions osseuses, montre dans les os un double processus, de raréfaction osseuse par la production en grande abondance de cellules ostéophages dont nombre présentent l'aspect de véritables myélophages; et de production de substance osseuse fondamentale en excès, écartant les éléments ostéoblastiques de l'os. En résumé, il y a une véritable transformation spongieuse de l'os avec remplissage des lacunes formées par la raréfaction osseuse, par du tissu conjonctif fibrillaire dense. Les artères sont toutes malades, aussi bien dans les viscères que dans les os et atteintes d'endartérite intense.

Au point de vue pathogénique, on peut supposer qu'il s'agit de lésions dues à l'artério-sclérose généralisée et étendue aux actions osseuses. Eu égard à ce fait que les lésions osseuses du rhumatisme chronique sont plutôt le fait de l'artério-sclérose, et ce fait aussi que les lésions osseuses sont superposables aux lésions de l'ostéite raréfiante syphilitique, eu égard aussi aux constatations cliniques d'une syphilis avérée, et en tenant compte des observations récentes de Lannelongue rapportant la maladie de Paget à la syphilis héréditaire, on peut se demander si la maladie de Paget n'est pas ranger dans le cadre des affections parasyphilitiques le rachitisme pouvant jouer un rôle dans la détermination osseuse de la lésion.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Pathogénie de l'amaurose aiguë transitoire dans la colique de plomb, l'urémie et l'éclampsie (J. Pal. *Zentralbl. f. innere med.*, n° 17, 25 avril 1903, p. 417.) — L'auteur, se fondant sur plusieurs observations personnelles, fait remarquer que l'amaurose aiguë transitoire, au cours de la colique de plomb, de l'urémie et de l'éclampsie coïncide toujours avec une forte hypertension artérielle, pour disparaître quand cette hypertension a elle-même cédé. Cette amaurose transitoire traduit une réaction du cerveau et particulièrement des vaisseaux cérébraux, à une forte tension artérielle. Elle est du même ordre que la céphalée, les vertiges, les convulsions qui sont plus fréquemment l'indice de cette hypertension. Celle-ci déterminerait un spasme des artères cérébrales, et ce phénomène dans les cas d'amaurose transitoire serait localisé au niveau des circonvolutions occipitales.

A. LEMIERRE,

THÉRAPEUTIQUE

Purgatifs dans les hydropisies cardiaques. (*Journ. des prat.*, 9 mai 1903.) — Pour M. Liégeois, la digitale, administrée chez un asystolique, ne produira son maximum d'effet que s'il n'existe pas de troubles des voies digestives. Lorsque le malade a la langue saburrale, il est prudent de commencer par prescrire 20 grammes de sulfate de soude et de ne donner la digitale que le lendemain. Si l'hydropisie est considérable, il est bon d'employer, pendant un ou deux jours, des purgatifs drastiques, tels que le suivant, recommandé par Sydenham :

Vin blanc	120 grammes.
Racine de jalap	4 —
Rhizome de gingembre	$0^{g}65$
Sirop de nerprun	30 grammes.

à prendre en une fois.

Le foie du cardiaque est-il sensible à la pression, augmenté de volume, existe-t-il des signes d'insuffisance hépatique, il ne faut instituer la médication digitalique qu'après avoir purgé le malade deux à trois jours de suite. Rabuteau employait la formule :

Calomel	$0^{g}50$
Scille } âà	$0^{g}20$
Rhubarbe } âà	$0^{g}20$
Sirop des cinq racines	Q. S.

Pour quatre pilules. A prendre dans la journée.

Le malade a-t-il en plus de l'albuminurie, le calomel est contre-indiqué ; il vaut mieux lui substituer les drastiques, et, parmi eux, la coloquinte et surtout la gomme-gutte, médicaments qui suscitent à la surface de la muqueuse du gros intestin une abondante hypercrinie dépuratrice. Sydenham, dans des cas analogues, administrait de l'écorce de sureau :

Seconde écorce fraîche de sureau	30 à 60 grammes.
Eau } âà	1/2 litre.
Lait } âà	1/2 litre.

Faire bouillir. A prendre en deux fois dans la journée :

L'élatérine a eu ses partisans. On l'administrera, soit comme Bright :

Elatérine	$0^{g}10$
Crème de tartre soluble	20 grammes.

Pour trente paquets. Un toutes les trois ou quatre heures.

ou comme Mories :

Elatérine	$0^{g}05$
Alcool	30 grammes.
Acide nitrique	$0^{g}20$

M. xx à xl gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée :

Lorsqu'il n'y a pas d'indications particulières du côté du foie, des poumons et des reins, M. Liégeois recommande d'associer ces diurétiques tenseurs à des doses faibles de jalap ou de scammonée, comme dans le vin hydragogue majeur de Debreyne :

Racine de jalap	8 grammes.
Squames de scille	8 —
Nitrate de potasse	15 —
Vin blanc	1000 —

Cinq à six cuillerées à bouche par jour, puis trois cuillerées à bouche à la fois.

Lorsque, au contraire, les poumons sont œdématiés et le foie congestionné, on peut joindre le calomel à faibles doses aux diurétiques artério-tenseurs, comme dans les pilules de Cruveilhier :

Calomel	1 gramme.
Scille	$0^{g}50$
Digitale	$0^{g}25$
Sirop de nerprun	Q. S.

Pour douze pilules. Quatre par jour.

Les urines sont-elles albumineuses, il est souvent utile d'associer les sels neutres purgatifs à la digitale :

Sulfate de potasse } âà	6 grammes.
Crème de tartre soluble } âà	6 grammes.
Nitrate de potasse } âà	6 grammes.
Feuilles de digitale	1 —

Pour vingt cachets. Un à trois par jour.

Les lésions rénales sont-elles très avancées, il restera encore la ressource de soulager les malheureux hydropiques en provoquant des débâcles intestinales avec les pilules de Trousseau, prises par intervalles pendant des périodes de trois jours :

Extrait de coloquinte } âà	1 gramme.
— rhubarbe } âà	1 gramme.
Gomme gutte } âà	1 gramme.
Extrait de jusquiame	$0^{g}25$
Huile essentielle d'anis	II gouttes.

M. Pour dix pilules, d'une à quatre par jour.

L. BABONNEIX.

QUESTION D'INTERNAT

Complications de la scarlatine (1).

§ III. Rhumatisme scarlatin. — Assez rare, le rhumatisme scarlatin peut affecter deux formes principales : séreuse ou suppurée. La forme *séreuse*, localisée à un petit nombre d'articulations (main, poignet, vertèbres cervicales), n'apparaît pas avant le vingtième jour : « elle est ordinairement peu intense et de courte durée » (Moizard). Le plus souvent, elle se termine par guérison complète ; quelquefois, elle aboutit à l'ankylose, ou se transforme en tumeur blanche ou en rhumatisme chronique. La forme *suppurée*, exceptionnelle, monoarticulaire, s'accompagne de phénomènes généraux graves et se termine presque toujours par la mort.

§ IV. Autres complications. — A. **Respiratoires.** — *a.* Les *laryngites*, rares, peuvent être *diphtériques* et alors elles succèdent à une angine de même nature, ou *streptococciques* ; *b.* les *broncho-pneumonies*, et *c.* les *pleurésies suppurées* ne s'observent que dans les formes graves.

B. **Vasculaires.** — Il en est de même de la *péricardite* et l'*endocardite*.

C. Les **accidents nerveux** caractérisent les formes ataxique et adynamique de la scarlatine ; en dehors de ces formes, ils sont exceptionnels. Cadet de Gassicourt a cité un cas unique de *méningite cérébro-spinale suppurée* au décours d'une scarlatine. La *vulvite* est ordinairement due à une infection surajoutée.

Évolution générale. Pronostic. — L'évolution de chaque complication varie avec le génie épidémique et l'état de santé antérieur du malade. L'angine règle la marche ultérieure de la maladie et fixe sa gravité (Variot et Roy) ; la néphrite peut donner lieu à des accidents immédiats, ou passer à l'état chronique, etc. ; d'une façon générale, la mort dans la scarlatine est le fait d'une complication : « Ce n'est pas habituellement l'exanthème qui est mortel, mais bien les complications auxquelles il donne naissance » (Rilliet et Barthez).

Diagnostic. — 1. **Angines.** Les *A. pseudo-membraneuses* du début ne peuvent être différenciées des A. diphtériques

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp t.*, 1903, n° 62, p. 625.

que par les symptômes généraux qui les accompagnent. Dans la scarlatine, début brusque, avec vomissements, rapidité du pouls, ascension thermique à 39-40 degrés, angine d'abord rouge, puis pseudo-membraneuse, éruption cutanée caractéristique. Dans la diphtérie, début insidieux, moindre élévation thermique, pâleur de la face, abattement, etc. Ces caractères différentiels serviront dans les cas difficiles où l'angine pseudo-membraneuse de la scarlatine précède l'éruption (Fothergill) et dans ceux où la diphtérie s'accompagne de rash scarlatiniforme. Rappeler qu'exceptionnellement l'A. pseudo-membraneuse du début peut être diphtérique (Variot, Dévé et Roy). Les *A. ulcéreuses* ne sont pas spécifiques de la scarlatine. (V. Méry et Hallé.) 2. Pour le diagnostic précoce de la *néphrite*, nécessité d'examens systématiques et quotidiens de l'urine. Penser à la néphrite lorsqu'à la fin d'une scarlatine apparaissent des troubles oculaires ou des convulsions.

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE. — La fréquence, la forme et la gravité des complications varie : *a.* avec le génie épidémique (v. Graves, *Cliniques*, t. L); *b.* avec l'état de santé antérieur du sujet : les complications bucco-pharyngées et otitiques sont plus graves chez les adénoïdiens (Potier); *c.* avec la thérapeutique (influence du régime lacté comme traitement préventif de la néphrite). Certaines complications (angines ulcéreuses) peuvent se transmettre par contagion directe.

LÉSION ANATOMIQUE. BACTÉRIOLOGIE. — 1. **Angines pseudo-membraneuses.** — *a. Opinion classique.* Les *A. précoces* ne sont jamais dues au bacille de Löffler : ce sont des A. à streptocoque, seul ou associé au staphylocoque ou au b. coli (Lenhartz, Raskin, Bourges, Würtz, Lemoine); les *A. tardives* sont toujours diphtériques. *b.* Cette opinion paraît trop absolue à MM. Variot, Dévé et Roy pour lesquels l'A. du début est quelquefois diphtérique et à MM. Marfan et Apert, pour lesquels l'A. tardive est presque toujours une A. à streptocoque. *c. A. ulcéreuses* : ne paraissent pas dues à des lésions vasculaires; ne sont pas de nature diphtérique.

2. **Néphrite.** — L'albuminurie précoce est une albuminurie fébrile, liée à une néphrite légère, parcellaire. L'albuminurie tardive est due à une néphrite que l'on a considérée tantôt comme interstitielle (Kelsch, Kiener, Charcot), tantôt comme parenchymateuse (Lecorché, Bartels, Lancereaux), et que Klebs a attribuée à des lésions purement glomérulaires (*glomérulo-néphrite*). En réalité, la néphrite scarlatineuse est une néphrite diffuse à prédominance épithéliale. (V. Guinon, *Traité Charcot-Bouchard*, art. *Scarlatine.*) Elle est due au streptocoque (Raskin, Babès), dont le rôle est souvent favorisé par le froid ou les écarts de régime.

3. Le **rhumatisme scarlatin** est également dû au streptocoque. C'est le type du pseudo-rhumatisme infectieux. Insister en terminant sur le rôle pathogénique du streptocoque, qui est peut-être l'agent pathogène de la scarlatine, et qu'on retrouve en tous cas à l'origine de la plupart de ses complications.

TRAITEMENT. — A. **Angines pseudo-membraneuses** *précoces.* — Lavages de gorge, attouchements antiseptiques; *tardives* : sérum antidiphtérique; *ulcéreuses* : attouchements au chlorure de zinc à 1/30, deux fois par jour (Hénoch).

B. **Néphrite.** — Traitement préventif, régime lacté, repos au lit, séjour dans une chambre chaude; traitement symptomatique : mêmes indications; de plus, ventouses scarifiées sur la région lombaire, eau-de-vie allemande, etc. Lorsque surviennent les accidents urémiques, copieuse saignée.

C. **Arthropathies.** — Immobilisation, chaleur. (V. Moizard, *loco citato*, p. 162.)

QUESTIONS D'INTERNAT PUBLIÉES DEPUIS LE 1er JANVIER 1903

Accidents nerveux du diabète sucré (nos 39 et 42).
Anurie (n° 18).
Complications de la pneumonie franche aiguë (n° 27).
Complications de la scarlatine (nos 62 et 64).
Dilatation des bronches (nos 48 et 54).
Insuffisance mitrale — Signes et diagnostic (n° 12).
Méningites cérébro-spinales (n° 24).
Myocardites aiguës — Signes, diagnostic et traitement (n° 15).
Paralysie alcoolique — Signes et diagnostic (n° 3).
Pneumonie caséeuse (n° 21).
Signes physiques de l'insuffisance aortique (n° 33).
Symptômes des adénopathies trachéo-bronchiques (n° 9).
Symptômes et complications de la coqueluche (n° 36).
Symptômes et diagnostic du croup (n° 30).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 8 AU 13 JUIN 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 8 JUIN, à une heure. — Médecine opératoire (ancien régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Legueu et Gosset.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Mauclaire et Cunéo; — (2e série) : MM. Kirmisson, Retterer et Rieffel.

2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Remy et Broca (André).

3e (2e partie, oral, nouveau régime) : MM. Hayem, Gaucher et Bezançon; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Reclus et Broca (Aug.); — (2e partie, nouveau régime) : MM. Landouzy, Roger et Teissier; — M. Weiss, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Richaud, suppléant.

MARDI 9 JUIN, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chassevant et Guiart.

1er (oral) : MM. Le Dentu, Poirier et Marion.

2e (nouveau régime) : MM. Launois, Langlois et Desgrez.

3e (2e partie, ancien régime) : MM. Hutinel, Gouget et Renon.

4e : MM. Proust, Thoinot et Richaud.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Albarran et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Schwartz et Faure; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Dieulafoy, Troisier et Méry; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Vaquez, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Ecole des beaux-arts. — Le Conseil supérieur de l'enseignement de l'Ecole des beaux-arts, réuni la semaine dernière sous la présidence de M. Roujon, a dressé la liste de présentation à la chaire de professeur d'anatomie vacante, par suite de la mise en congé illimité du professeur Mathias-Duval pour raison de santé.

Sont présentés : en première ligne, M. Paul Richer; en deuxième ligne, M. Cuyer; en troisième ligne, M. Chicotot.

Guerre. — M. Guénot, médecin aide-major de deuxième classe, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 65. — SAMEDI 6 JUIN 1903 — 76e ANNÉE. — SAMEDI 6 JUIN 1903. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Valeur diagnostique des leucocytoses.

Par MM. Fernand BEZANÇON, agrégé, médecin des hôpitaux, et Marcel LABBÉ, médecin des hôpitaux.

L'étude des formules hémoleucocytaires des diverses maladies montre que chaque maladie ne possède pas une formule qui lui soit propre et que, par conséquent, on ne peut, comme on l'avait cru au début des recherches hématologiques, arriver, par la simple étude de la formule leucocytaire, au diagnostic de la maladie.

On ne saurait même, d'après la formule hémoleucocytaire, ranger la maladie dans une catégorie nettement définie, puisque l'on voit l'hyperleucocytose polynucléaire être l'apanage d'états morbides aussi différents les uns des autres que le sont, d'une part, les suppurations, l'érysipèle ou la pneumonie, et, d'autre part, la scarlatine; puisque l'on voit la mononucléose aussi bien dans la coqueluche que dans la malaria, la syphilis ou la fièvre typhoïde.

Comme les caractères de la fièvre, comme l'état du pouls, la formule leucocytaire n'a que la valeur d'un symptôme; mais ce symptôme a une importance primordiale, plus grande même dans certains cas que celle de la température et du pouls. Son étude présente un intérêt diagnostique considérable, dans certaines conditions déterminées qu'il importe de bien préciser.

I

Leucocytoses physiologiques. — Avant de discuter la valeur pratique de la leucocytose pour le diagnostic des maladies, il est nécessaire d'établir jusqu'à quel point la constatation d'une leucocytose est l'indice d'un état pathologique. Il faut en effet pour apprécier rigoureusement les données fournies par l'examen du sang, tenir compte de l'existence des leucocytoses physiologiques.

La leucocytose n'est pas nécessairement une réaction d'infection; l'augmentation du nombre des leucocytes, en particulier du nombre des leucocytes polynucléaires dans le sang, apparaît dans des circonstances très diverses. La digestion provoque pendant les quelques heures qui suivent le repas une hyperleucocytose polynucléaire qui peut atteindre le chiffre de 15000 leucocytes par millimètre cube, d'où découle cette règle absolue qu'il faut examiner le sang à jeun et jamais pendant la période digestive.

D'autre part, toute excitation aseptique portant sur la peau, sur les muqueuses, sur les nerfs, est susceptible d'amener une leucocytose polynucléaire; l'application d'un vésicatoire, le massage, les exercices violents, la faradisation d'un nerf, une brûlure, l'injection d'une substance irritante quelconque sous la peau, l'ingestion de certains médicaments peuvent produire une hyperleucocytose polynucléaire légère, d'où la nécessité de s'informer toujours si le sujet n'a pas été soumis à l'une de ces causes de leucocytose.

Le caractère transitoire, le faible degré de la plupart de ces leucocytoses, permettront le plus souvent de les distinguer des leucocytoses pathologiques; si l'on tient compte des très nombreuses causes physiologiques qui peuvent intervenir, pour modifier la formule leucocytaire normale, on n'attachera de valeur qu'aux variations assez importantes, observées dans des conditions spéciales, en se mettant autant que possible à l'abri des causes qui peuvent amener une perturbation dans la formule hémoleucocytaire normale.

La menstruation s'accompagne d'une très légère hyperleucocytose. La grossesse régulière produit une hyperleucocytose avec polynucléose qui va en augmentant jusqu'à l'accouchement et qui atteint en moyenne le chiffre de 13000 leucocytes; cette leucocytose s'exagère au moment du travail, pendant lequel elle peut atteindre des chiffres de 26000 à 29000, pour diminuer progressivement lorsque les suites de couches sont normales. Une telle leucocytose, qui dépasse de beaucoup le faible degré des leucocytoses physiologiques ordinaires, mérite d'être bien connue des accoucheurs : ils devront en tenir compte pour l'appréciation de l'état général après l'accouchement; elle les oblige, pour dépister l'infection, à ne pas tenir compte d'un examen unique de sang qui révélerait toujours une hyperleucocy-

tose, mais plutôt de l'évolution de la leucocytose, progressivement décroissante dans les suites de couches normales, stationnaire ou ascendante s'il y a infection.

Dans certaines conditions qui intéressent particulièrement le chirurgien, on peut observer des leucocytoses qui n'ont rien à voir avec l'infection ; ainsi, la narcose par l'éther ou par le chloroforme peut laisser après elle un certain degré d'hyperleucocytose et modifier pendant un ou deux jours l'appréciation des résultats de l'examen du sang.

Une simple opération aseptique est suivie d'hyperleucocytose. Le fait a été constaté par White (1) au cours de la laparotomie. Maxon King (2) a étudié la formule leucocytaire chez un grand nombre de sujets ayant subi des opérations aseptiques sans complications infectieuses, sans drainage, guérissant rapidement par première intention (ablation d'un kyste de l'ovaire, hystéropexie, ovariotomie, hernie, laparotomie pour tuberculose péritonéale, etc.), et a vu que toute intervention était suivie d'une hyperleucocytose polynucléaire, débutant aussitôt après l'opération, atteignant son maximum en général six heures, quelquefois seulement vingt-quatre heures après, et disparaissant en l'espace de trois jours. Le chiffre global des leucocytes atteint en moyenne 16000 ; la proportion des polynucléaires est de 78 à 85 p. 100. Wassermann (3) a vu que la résection de l'appendice à froid est toujours suivie d'une augmentation du nombre des leucocytes qui s'élève à 14000-20000, sans qu'il y ait le plus léger indice d'infection.

Expérimentalement, Schultze (4) avait déjà vu que l'incision du péritoine avec asepsie absolue chez un chien pouvait déterminer une augmentation considérable dans le nombre des leucocytes atteignant 54000.

Une hyperleucocytose survenant aussitôt après l'opération, ne dépassant pas 15000 à 20000 et surtout n'ayant qu'une existence transitoire, n'indique donc pas une infection post-opératoire ; par contre, celle-ci devra être redoutée, même en dehors de modifications du pouls ou de la température, quand l'examen répété du sang décèlera une hyperleucocytose commençant quelque temps après l'opération, ayant une durée persistante et une évolution progressive.

II

Leucocytoses pathologiques. Maladies infectieuses. — Suppurations. — L'hyperleucocytose polynucléaire est la règle dans les suppurations chaudes, que celles-ci siègent dans le tissu cellulaire, les parenchymes ou les séreuses. C'est là une notion primordiale bien établie, grâce aux travaux de Hayem et de Malassez.

Si l'examen du sang est rarement nécessaire pour le diagnostic des suppurations superficielles (phlegmon souscutané, panaris, furoncle, anthrax, abcès amygdalien, etc.), il est cependant des cas où la recherche de la formule leucocytaire peut rendre des services au clinicien. Ainsi l'hémodiagnostic a permis à Wezel (5), en présence d'une tuméfaction de l'amygdale, de repousser le diagnostic de sarcome pour admettre celui d'abcès, que l'opération confirma. L'hyperleucocytose pourrait aussi servir à distinguer les suppurations amygdaliennes des chancres de l'amygdale.

C'est surtout dans les cas de suppurations cachées portant sur les viscères ou les séreuses que l'étude de la leucocytose peut être utile. Ainsi chez des sujets atteints d'une affection hépatique de nature difficile à reconnaître, la découverte d'une leucocytose abondante avec polynucléose indiquera la présence d'un abcès et pourra servir à distinguer l'abcès hépatique de la dysenterie, du cancer du foie ou d'une hépatite non suppurée. Boinet, Maurel rapportent en effet des cas de leucocytose considérable (30000 à 50000) dans des abcès du foie ; mais Rispal, Mossi et Sardat ont vu que la leucocytose est loin d'être toujours aussi considérable et peut même manquer.

Vaquez et Laubry (1) font remarquer à ce sujet que les suppurations viscérales s'accompagnent en général d'une leucocytose modérée, et qu'une très forte leucocytose doit plutôt faire songer à la suppuration d'une séreuse.

Head a montré l'utilité de la formule hémoleucocytaire pour le diagnostic des abcès du cerveau chez les enfants ; dans un cas une hyperleucocytose avec polynucléose fit reconnaître un abcès du cerveau et justifia une trépanation. Dans un autre cas, au contraire, l'absence de leucocytose (13000) chez un enfant de treize ans a fait rejeter le diagnostic d'abcès pour admettre celui de tumeur cérébrale ; deux mois plus tard l'enfant mourait et on trouvait un sarcome de la couche optique droite.

La recherche de la leucocytose pourrait encore être faite avec fruit pour le diagnostic de certaines suppurations pleurales que leur siège rend difficiles à dépister (pleurésie interlobaire, médiastine), pour celui des abcès périnéphrétiques (Tuffier), etc.

Les résultats les plus intéressants ont été obtenus dans le diagnostic des affections péritonéales et en particulier de l'appendicite et des suppurations pelviennes.

Appendicite. — La formule hémoleucocytaire de l'appendicite, variable comme nous le verrons dans la suite avec la forme de la maladie, est cependant en général caractérisée par une hyperleucocytose polynucléaire : transitoire et légère dans les crises d'appendicite bénigne non suivie de suppuration, la leucocytose est intense, permanente ou même progressive dans les appendicites suppurées ; elle ne fait défaut qu'exceptionnellement dans certains cas très bénins ou au contraire dans des cas de gravité excessive ou la toxémie l'emporte sur la réaction inflammatoire.

Cette formule permet d'écarter les affections douloureuses non accompagnées de suppuration, comme le kyste de l'ovaire, le rein mobile, la névralgie ovarienne, l'entéralgie simple, l'obstruction intestinale, pourvu du moins que cette dernière ne survienne pas au cours d'un cancer ou d'une péritonite. Elle ne pourra que plus difficilement servir à distinguer l'appendicite de la colique hépatique, de la colique néphrétique, de la colique saturnine, affections qui s'accompagnent très souvent d'une hyperleucocytose polynucléaire, au moins transitoire ; elle sera enfin sans utilité pour le diagnostic différentiel de l'appendicite et des affections abdominales suppurées (abcès de l'ovaire, salpingite, cholécystite, abcès périnéphrétiques, etc.), au cours desquelles le sang présente les mêmes réactions leucocytaires.

Quelque intéressante que soit l'étude de la formule hémoleucocytaire pour faire le diagnostic différentiel de l'appen-

(1) White. *University med. Magazine*, juin 1900.
(2) Maxon King. Leucocytose post-opératoire aseptique, *Am. Journ. of the med. sciences*, 1902, t. CXXIV, p. 450.
(3) Wassermann. *Munch. med. Wochenschrift*, 29 av. et 6 mai 1902.
(4) Schultze. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1893, Bd LI. H. 2 et 3.
(5) Wezel. *Fortsch. d. Medicin.*, 1er mars 1903, p. 216.

(1) Vaquez et Laubry. *Presse méd.*, 5 mai 1903.

dicite, elle l'est encore plus pour apprécier la forme et l'évolution de la maladie et par suite pour dicter la conduite du chirurgien. Nous avons montré que les appendicites aiguës non suppurées ne s'accompagnent que d'une hyperleucocytose légère et transitoire; l'apparition d'une hyperleucocytose polynucléaire permanente et progressive fait redouter la présence du pus; après une intervention opératoire, la disparition de l'hyperleucocytose indique une bonne évacuation du foyer purulent, sa persistance au contraire fait craindre une rétention de pus.

La réapparition dans le sang des leucocytes éosinophiles et surtout l'augmentation de leur nombre possèdent aussi une valeur pronostique : elles indiquent la terminaison de la crise d'appendicite, car l'éosinophilie a, dans l'appendicite comme dans les autres maladies infectieuses, la valeur d'un stigmate de convalescence.

Les chirurgiens ont rapporté un grand nombre de cas qui montrent le très grand parti que l'on peut tirer de l'examen du sang pour le diagnostic de l'appendicite et la conduite à tenir dans cette affection.

Dans un cas de Brown (1) on hésitait à opérer à cause du mauvais état du malade; la leucocytose variait entre 15000 et 25000. Brusquement la leucocytose s'éleva à 30000, devant cette augmentation soudaine on craignit une complication; l'opération fut pratiquée aussitôt, et montra en effet une perforation commençante. Le malade guérit.

Un deuxième cas de Brown a trait à un enfant qui, à la suite d'un écart de régime, fut pris de symptômes d'indigestion avec douleur dans l'abdomen, sans fièvre ni accélération du pouls; les vomissements cessèrent bientôt, le pouls s'accéléra un peu; la leucocytose atteignait 16000; malgré l'absence de fièvre il était donc probable à cause de cette hyperleucocytose qu'il y avait appendicite, le lendemain en effet la température s'éleva un peu, le nombre des leucocytes atteignit 34000, et une intervention fut décidée aussitôt, au cours de laquelle on trouva un appendice gangréné.

Cazin (2) rapporte aussi des exemples démonstratifs : un enfant de quinze ans présente, au troisième jour d'une crise appendiculaire, une température de 40 degrés, un pouls à 80, une leucocytose de 8500; au cinquième jour, la fièvre est tombée, l'état général est excellent; au septième jour, l'examen du sang, qui n'avait pas été fait depuis deux jours, indique 31000 leucocytes, bien que la température rectale ne dépasse pas 37° 6 et le pouls 80; localement, il n'y avait qu'une défense musculaire très modérée et un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite. Cazin opère immédiatement l'enfant et trouve un abcès retrocœcal du volume d'un œuf de poule.

Une autre fois, Cazin est appelé auprès d'un enfant de treize ans, qu'on vient de ramener de la campagne, au cinquième jour d'une crise d'appendicite : l'état général est excellent, la température est de 37°8, le pouls à 90. L'examen du sang montre 23000 leucocytes. Cazin affirme l'existence d'un abcès et déclare l'intervention urgente; les parents hésitent, et le lendemain seulement rappellent le chirurgien; l'enfant avait senti, quelques heures auparavant, une violente douleur dans le flanc droit, et il présentait déjà tous les signes d'une péritonite généralisée; malgré la gravité de son état, Cazin l'opère et trouve un abcès ouvert dans le péritonie. L'enfant mourut dans la nuit; s'il avait été opéré la veille, après la constatation de l'hyperleucocytose, il aurait sans doute guéri.

(1) Brown. *Medic. News*, 1902, p. 151.
(2) Cazin. XVe Cong. franç. de chir., oct. 1902.

Pour que la recherche de la formule hémoleucocytaire ait une réelle valeur diagnostique, il ne faut pas se contenter d'un seul examen de sang, mais pratiquer des examens répétés, même bi-quotidiens qui permettent d'apprécier non seulement le degré, mais encore l'évolution de la leucocytose.

Joy et Wright (1) se sont surtout efforcés de tirer de l'étude de la courbe leucocytaire dans l'appendicite des indications pronostiques et opératoires. Ils ont cherché un moyen, non pas tant de reconnaître l'existence du pus, que de suivre l'évolution du processus inflammatoire, son extension étant en rapport avec une augmentation de la leucocytose, sa régression avec un abaissement du nombre des leucocytes.

Ils concluent de la manière suivante :

Une hyperleucocytose abondante, stationnaire ou progressive, indique une extension progressive du processus morbide et commande l'intervention chirurgicale, quel que soit l'état du pouls et de la température.

Une hyperleucocytose faible, stationnaire ou décroissante, indique une régression du processus et permet de différer l'opération; exception faite pour les cas où l'absence de leucocytose s'accompagne d'un état général mauvais.

Ces conclusions sont appuyées sur l'étude de 124 cas, dont 110 ont été opérés. Plusieurs fois la leucocytose a fourni la seule indication opératoire urgente et a permis de sauver l'existence du malade. Dans tous les cas où l'on s'est appuyé sur l'étude leucocytaire pour différer au contraire l'opération, les événements ont justifié la conduite du chirurgien.

Les observations de Curschmann (2), de Cazin, montrent de même que la courbe leucocytaire a une valeur plus grande que la courbe thermique pour apprécier la suppuration, l'hyperleucocytose persistante constituant un signe presque constant de la suppuration, alors que la fièvre est souvent peu élevée et parfois même nulle, malgré une suppuration très étendue.

Dans une observation de Curschmann qui se rapporte à une appendicite avec abcès volumineux, suivie depuis le troisième jour et opérée seulement au huitième, l'élévation progressive du taux leucocytaire parle d'une façon beaucoup plus nette en faveur de la suppuration que ne le fait la température.

3e jour,	8350 leucocytes	....	T. 39° 4
4e —	10200	....	39°
5e —	26250	....	38° 3
6e —	29000	....	38°
7e —	34000	....	38° 2
8e —	39000	....	38° 3

L'observation des faits prouve que c'est à la leucocytose et non pas à la température qu'il faut, en cas de discordance, attacher la plus grande importance au point de vue de l'intervention opératoire (Cazin).

La leucocytose aurait encore sur la température un autre avantage : elle se manisfesterait d'une façon plus précoce, et constituerait un signal d'alarme. Telle est l'opinion de Sauerbruck, qui a particulièrement insisté sur ce que l'hyperleu-

(1) Joy et Wright. Leucocytosis as a point of prognosis in appendicitis, *Med. News*, 5 avril 1902, p. 628.
(2) Curschmann. *Münch. med. Woch.*, 26 nov. 1901.

cocytose démontre souvent l'existence d'un abcès bien avant l'élévation thermique.

Ainsi la formule hémoleucocytaire, précisément établie et sagement interprétée, peut aider le chirurgien dans la décision à prendre en face d'une appendicite. La courbe de la leucocytose déterminée par des numérations bi-quotidiennes, constitue un symptôme de premier ordre qui a une valeur aussi grande et parfois même supérieure à celle de la température ou du pouls.

Vaquez et Laubry résument de la manière suivante les indications tirées de l'étude répétée de la leucocytose dans un cas d'appendicite : abstention possible et fréquente lorsque la leucocytose n'existe pas ou reste dans les limites moyennes; intervention constante dans les formes ayant à un moment quelconque présenté une leucocytose active, intervention qui sera tantôt immédiate, tantôt retardée; indications précieuses sur les résultats opératoires.

Suppurations pelviennes. — L'étude de la leucocytose peut être encore utilisée pour le diagnostic des affections du petit bassin, pour reconnaître s'il y a ou non suppuration et régler la conduite du chirurgien.

La leucocytose suit dans ces affections une courbe tout à fait analogue à celle que nous avons vue dans l'appendicite, et les mêmes lois sont applicables à ces deux catégories d'affections : l'évolution de la formule leucocytaire permet d'apprécier l'évolution de la maladie ; une leucocytose permanente ou progressive indique la formation d'un foyer purulent ; une leucocytose qui diminue ou disparaît, indique que l'affection se termine par résolution, par enkystement ou par évacuation.

Ainsi dans un cas de salpingite suppurée enkystée remontant jusqu'à l'ombilic et développée depuis plusieurs mois, Vaquez et Laubry n'ont trouvé qu'un chiffre de leucocytes sensiblement normal (8000).

Dans un cas de salpingite terminée par fistule rectale, les mêmes auteurs ont trouvé 24 000 globules blancs, la veille de la rupture de la poche, 12 000 le lendemain, 10 000 et 8000 les jours suivants. La persistance d'un nombre normal de leucocytes indique que la fistule suffit à l'évacuation, qu'il n'y a pas rétention de pus, et par suite qu'il n'y a pas lieu à une intervention opératoire.

Dans les affections de la sphère génitale de la femme, comme dans l'appendicite, on peut, d'après Bérard et Descos, baser les indications opératoires avec plus de sûreté sur l'étude de la leucocytose que sur celle du pouls et de la température. Voici d'ailleurs les conclusions de ces auteurs :

Lorsque la numération des leucocytes donne un chiffre égal ou supérieur à 12 ou 13 000, avec augmentation nette des polynucléaires à 80 ou 85 p. 100, il s'agit d'une lésion suppurée ou en voie de suppuration (ex : hématocèle infectée), renfermant du pus virulent. On doit alors, si on le peut, remettre l'intervention ; si l'on opère, on choisira de préférence la voie vaginale, et en tous cas on s'exposera au minimum à l'ensemencement du grand péritoine.

Au-dessous de 10 000 à 11 000 leucocytes, ou bien il n'y a pas de pus, ou bien ce dernier est peu virulent. Avec une bonne protection du grand péritoine au cours de l'opération, ces cas peuvent être traités sans retard par la laparotomie, sans que l'on coure, de ce fait, de trop grands risques de septicémie péritonéale.

Maladies infectieuses médicales. — Dans les maladies infectieuses à évolution classique, la recherche de la formule hémoleucocytaire n'est pas nécessaire au diagnostic ; la clinique suffit à faire reconnaître une pneumonie, un érysipèle, un rhumatisme articulaire aigu, une fièvre typhoïde, etc.

Mais dans les formes anormales de ces maladies, l'étude de la formule leucocytaire reprend son intérêt. Elle pourra servir par exemple à diagnostiquer une pneumonie centrale chez un enfant, une pneumonie massive, etc.

De même la formule permettra de distinguer la méningite cérébro-spinale épidémique qui s'accompagne d'hyperleucocytose avec polynucléose, d'avec la méningite tuberculeuse et le tétanos, maladies où la réaction leucocytaire est faible ou nulle.

Elle servira surtout au diagnostic souvent si difficile de la fièvre typhoïde.

Fièvre typhoïde. — Chez un fébricitant avec état typhoïde, la constatation d'une leucocytose avec polynucléose sera en faveur d'une affection phlegmasique de nature franchement inflammatoire, telle que la pneumonie, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, une suppuration ou une septicémie streptococcique ou staphylococcique, sans qu'on puisse dire d'ailleurs qu'il s'agit d'une de ces maladies plutôt que d'une autre. Elle écartera, au contraire, l'hypothèse de fièvre typhoïde ou de granulie.

Ainsi, dans un cas de Grawitz, l'examen du sang a permis de rejeter le diagnostic clinique de fièvre typhoïde : Il s'agissait d'un malade plongé dans un état typhoïde et présentant une rate hypertrophiée; l'examen du sang montra 30000 leucocytes avec 80 p. 100 de polynucléaires; cette hyperleucocytose polynucléaire mena au diagnostic de suppuration; une ponction de la rate démontra en effet l'existence d'un gros abcès de cet organe.

Inversement, la constatation d'une leucopénie (en particulier lorsque la diminution du nombre des globules blancs porte surtout sur les polynucléaires) sera en faveur de l'existence d'une fièvre typhoïde ou d'une granulie. On conçoit que, dans certains cas de fièvre typhoïde où le séro-diagnostic n'est pas encore positif, l'étude de la formule leucocytaire puisse donner d'utiles renseignements.

On pourra l'utiliser par exemple pour distinguer certaines fièvres typhoïdes à début anormal de l'appendicite. Dans un cas de ce genre observé par Douglas Head, on n'a pas tenu malheureusement un assez grand compte de l'examen du sang qui eût permis d'éviter une opération inutile. Il s'agissait d'un enfant de quatorze ans souffrant dans la fosse iliaque droite, ayant des vomissements, de la constipation, du météorisme et de la fièvre. L'examen clinique fit porter le diagnostic d'appendicite et une intervention fut décidée. L'examen du sang montra 3300 leucocytes, ce qui faisait penser au contraire à la fièvre typhoïde. Malgré cela, l'opération fut faite : on ne trouva pas de pus, et on réséqua un appendice sain. Dans la suite, la maladie évolua comme une fièvre typhoïde typique, avec réaction agglutinante et guérison (1).

Dans un autre cas, la leucopénie fit exclure le diagnostic de méningite et reconnaître une fièvre typhoïde. C'était chez un enfant de douze ans qui, quelque temps après avoir fait une chute sur la tête, présentait une céphalée persistante, des vomissements, de la fièvre, sans diarrhée. Le

(1) Douglas Head. *Arch. of Pediatrics*, 1902.

diagnostic était hésitant entre une méningite et une fièvre typhoïde. Le chiffre des leucocytes (8000) fit pencher pour la fièvre typhoïde, et l'évolution ultérieure donna raison à l'hématologie.

Malaria. — Dans les pays où la malaria est endémique, on sait toute la difficulté du diagnostic entre certaines formes de fièvre paludéenne continue et la fièvre typhoïde; malgré les analogies qui existent entre les formules des deux maladies, caractérisées essentiellement par la leucopénie et la mononucléose, une analyse précise de la formule hémoleucocytaire peut cependant contribuer à établir le diagnostic. Suivant Rogers, l'augmentation des lymphocytes au-dessus de 40 p. 100, sans augmentation des grands leucocytes mononucléaires, plaide pour la fièvre typhoïde. Au contraire, l'augmentation des grands leucocytes mononucléaires au-dessus de 12 ou 15 p. 100, la présence de myélocytes dans la proportion de 1 à 5 p. 100, une hypoleucocytose excessive, au-dessous de 2000 globules blancs, une anémie intense (moins de 3 millions d'hématies) plaident pour la malaria.

Dans un état infectueux ou cachectique mal défini avec des accès de fièvre intermittente, on peut hésiter entre la fièvre intermittente de la malaria et la fièvre symptomatique d'une infection hépatique, rénale, bronchique, etc. La formule hémoleucocytaire tranchera la question; une hypoleucocytose avec mononucléose sera en faveur de la malaria, une hyperleucocytose avec polynucléose fera dépister une suppuration profonde ou une infection biliaire ou urineuse.

Manifestations nerveuses des infections. — L'examen du sang peut encore servir à retrancher du cadre de l'infection certaines manifestations péritonéales, méningées, etc., qui relèvent d'un état névropathique du sujet. Tout état infectieux s'accompagnant d'une modification de l'équilibre leucocytaire, la constatation, au cours d'examens répétés, d'une formule sanguine normale, sera en faveur de l'origine névropathique de l'accident.

Dans un cas de Laubry, l'absence de leucocytose, au cours d'examens répétés, a fait dépister l'hystérie chez une femme récemment accouchée qui présentait des symptômes péritonéaux avec prédominance pelvienne.

Douglas Head a rapporté deux cas, l'un chez une fillette de quatorze ans, l'autre chez une femme de ving-trois ans, où le diagnostic restant hésitant entre une méningite et des phénomènes hystériques, l'examen du sang qui montra 6300 leucocytes dans le premier cas, et 9000 dans l'autre, fit faire le diagnostic d'hystérie, que confirma ensuite l'évolution de la maladie.

F. Widal s'est appuyé sur l'absence de modifications de la formule sanguine, en même temps que sur d'autres signes qui permettent aussi d'apprécier la réaction générale de l'individu, pour faire le diagnostic, toujours si difficile et si discutable, de fièvre hystérique.

Fièvres éruptives. — Au début des fièvres éruptives, le diagnostic peut être fortement aidé par l'étude de la leucocytose, la rougeole, la scarlatine, la variole, la varicelle ayant leurs formules distinctes.

En présence d'une éruption scarlatiniforme, on peut hésiter, dans certains cas, entre la scarlatine et le rash scarlatiniforme de la variole : l'examen du sang montrera, dans le cas de scarlatine, une hyperleucocytose avec polynucléose intense ; dans le cas de variole, une hyperleucocytose avec mononucléose et présence de myélocytes, de plasmazellen et de cellules de Turck dans le sang. Ce sont là deux formules bien distinctes qui permettent de trancher le diagnostic.

En présence d'une éruption morbilliforme, on peut de même hésiter entre la rougeole et un rash variolique. Mais dans la rougeole l'hyperleucocytose manque ou est très légère ; la formule leucocytaire est sensiblement normale ; tandis que la variole a son hyperleucocytose avec mononucléose caractéristique. Il arrive aussi qu'on hésite entre certaines rougeoles boutonneuses intenses et une variole atténuée. L'examen du sang permettra encore, dans ce cas, d'arriver au diagnostic ; toutefois, l'interprétation des résultats sera plus délicate, car, dans les formes graves de rougeole avec réaction cutanée intense, on peut, au moment de l'éruption, voir passer quelques myélocytes dans le sang; mais le nombre de ces cellules est toujours beaucoup moindre que dans la variole.

L'examen du sang empêchera de confondre la variole hémorragique avec les états hémorragiques et les purpuras infectieux, au cours desquels on retrouve bien quelquefois des myélocytes dans le sang mais, en général, une polynucléose et jamais une formule aussi caractéristique que dans la variole.

L'étude de la formule sanguine sert aussi au diagnostic de la varioloïde et de la varicelle. Si cette maladie possède une formule qui se rapproche de celle de la variole (mononucléose, myélocytes dans le sang), elle s'en distingue cependant par le degré très atténué de la réaction myéloïde et de la mononucléose, et surtout par l'hypoleucocytose ou l'absence d'hyperleucocytose.

L'apparition d'une éosinophilie, contemporaine de l'éruption et de la chute de température, nous a permis dans un cas de distinguer la varicelle de la varioloïde. Il s'agissait d'une malade qui présentait une éruption de vésico-pustules disséminées (1); quelques jours auparavant elle avait eu de la fièvre, de la rachialgie, un malaise assez intense ; au moment de l'examen, la température était revenue à la normale : s'agissait-il d'une varioloïde avec amélioration de l'état général au moment de l'éruption? ou bien d'une varicelle qui arrivait à la période de convalescence? L'examen du sang montra un chiffre normal de leucocytes, une absence complète de myélocytes, et des éosinophiles dans la proportion de 6 p. 100 ; cette éosinophilie, qui n'existe jamais à la période d'état de la variole, même bénigne, marquait la convalescence, il s'agissait donc bien d'une varicelle : nous l'avons affirmé d'après l'examen du sang et l'évolution clinique l'a prouvé.

Comme la varioloïde détermine, à peu de chose près, la même formule sanguine que la variole, on pourra, par l'examen du sang, distinguer la varioloïde d'un certain nombre d'affections qui, au point de vue clinique, prêtent parfois à confusion, comme les syphilides varioliformes, l'acné varioliforme, et ces éruptions dues à une pyohémie atténuée qu'on désigne sous le nom de pustules de Colles.

Diagnostic des complications, rechutes, récidives dans les infections. — Nous avons vu que chaque maladie a sa formule leucocytaire habituelle et que cette formule suit une évolution régulière en rapport avec celle de la maladie.

(1) Marcel Labbé. Valeur des leucocytoses pour le diagnostic et le pronostic des maladies. *Médecine moderne*, 4 janvier 1903.

Elle est assez bien déterminée et assez fixe, pour que chaque fois que l'on constate une anomalie dans son évolution on doive aussitôt craindre une complication.

Dans les affections à hyperleucocytose polynucléaire, comme la pneumonie, l'étude du sang ne peut révéler une complication pendant la période d'état.

Lorsque, à la période critique d'une maladie, le chiffre des leucocytes, au lieu de retomber au taux physiologique, se maintient élevé, cette anomalie est l'indice soit d'une complication, soit d'une rechute de la maladie. La réaction leucocytaire est plus sensible encore que la réaction fébrile.

Ainsi, quand, au moment de la défervescence d'une pneumonie, le chiffre de leucocytes ne revient pas à la normale et que la polynucléose ne disparaît pas, malgré la cessation complète de la fièvre, il faut prévoir soit une rechute de la pneumonie, soit l'apparition d'une complication (pleurésie, abcès, arthrite, etc.). Dans un cas de pneumonie à rechutes successives, observé par Chauffard (1), le nombre des leucocytes, au lieu de revenir à la normale pendant la période d'apyrexie, ne fit que diminuer pour remonter rapidement à un taux élevé lors de la reprise de la fièvre.

L'érysipèle offre des exemples analogues : l'ascension brusque de la courbe des polynucléaires trahit l'imminence d'une rechute ; dans les érysipèles à poussées successives, l'apparition d'une plaque nouvelle se traduit, avant tout phénomène clinique, par un arrêt dans la descente régulière de la courbe des polynucléaires qui se voit dans les formes régulières au moment de la convalescence, et par la réascension de cette courbe dans les heures qui précèdent ou accompagnent la reprise de l'érysipèle (Chantemesse et Rey).

Après l'ouverture spontanée ou chirurgicale d'un phlegmon, la persistance de la leucocytose prouve que l'évacuation du pus n'est pas complète, que le drainage de la cavité purulente est insuffisant et qu'il y a rétention de pus.

Paris et Salomon (2) ont montré qu'après une diphtérie la persistance de la leucocytose chez l'enfant est l'indice d'une complication : tantôt elle est le reliquat d'une bronchopneumonie, tantôt elle est causée par un état anémique ou la persistance d'adénopathies ; quand l'hyperleucocytose de la convalescence coïncide avec une forte mononucléose, pouvant atteindre jusqu'à 70 p. 100, il faut redouter le développement de la tuberculose.

C'est surtout dans les affections qui, comme la fièvre typhoïde, s'accompagnent d'ordinaire de leucopénie et de mononucléose, que l'apparition d'une polynucléose prend une grande valeur diagnostique. Elle indique une complication et en général une infection secondaire.

Au cours de la fièvre typhoïde, l'apparition d'une hyperleucocytose polynucléaire indique une complication : suppuration, pneumonie, escare, perforation intestinale, etc. Ce signe peut rendre de grands services pour le diagnostic parfois si difficile de la perforation ; il ferait en effet défaut dans les crises de collapsus cardiaque qui peuvent en imposer pour une perforation. Son apparition rapide, dès le début de la perforation, serait utile pour légitimer une intervention chirurgicale précoce, seule chance de survie du malade. Stiénon, Lœper ont vu l'apparition d'une pneumonie, chez un typhique, déterminer une élévation du taux des polynucléaires à 78 et même 93 p. 100.

(1) Chauffard. Pneumonie franche à rechutes, *Presse méd.*, 18 janvier 1899.

(2) Paris et Salomon. Soc. de biol., 25 avril 1903.

D'ailleurs il faut toujours interpréter en clinicien la formule leucocytaire. La polynucléose n'est pas exclusivement un indice d'infection secondaire. Pée et Jez ont vu le nombre des leucocytes s'élever au moment d'une hémorragie intestinale abondante, sans aller cependant jusqu'à produire de l'hyperleucocytose ; cette réaction est trop légère pour être confondue avec la polynucléose des infections secondaires.

L'absence de modifications de la formule leucocytaire chez un typhique ne doit pas, d'autre part, faire rejeter le diagnostic de complication que la clinique aurait fait porter; l'intoxication typhique peut être assez profonde pour que la réaction leucocytaire ne se produise pas sous l'influence d'une nouvelle infection.

Dans le paludisme, l'étude de la formule hémoleucocytaire fournit des renseignements très importants. Elle peut, d'après Billet, faire prévoir l'apparition prochaine d'un accès fébrile. Elle peut en outre révéler une complication si la mononucléose habituelle est remplacée par une polynucléose persistante, on peut, suivant Billet et du Bois-Saint-Séverin (1), affirmer l'existence d'une complication; inflammatoire (pneumonie, pleurésie, streptococcie, colibacillose, etc.).

Dans la variole, les complications infectieuses qui surviennent à la période d'état ne modifient guère la formule que dans ses détails. Au contraire, les complications, qui apparaissent dès la convalescence, s'accompagnent d'une augmentation de la leucocytose préexistante et surtout d'une polynucléose.

II

Parasitisme. — L'éosinophilie, qui se voit chez des sujets atteints de kystes hydatiques, peut servir au diagnostic de ces tumeurs. Ainsi, chez un malade porteur d'une tumeur du foie, si on hésite entre un kyste hydatique, un cancer ou un abcès, on doit recourir à l'examen du sang : constate-t-on une éosinophilie, on incline vers le kyste hydatique; une anémie avec hyperleucocytose polynucléaire fait penser au cancer; une hyperleucocytose avec polynucléose intense sans anémie, à l'abcès du foie.

Il ne faudrait pas non plus accorder à l'éosinophilie une valeur diagnostique trop considérable ; c'est une formule commune à tous les parasites intestinaux, et rien n'empêche un sujet atteint de cancer ou d'une autre maladie, de posséder aussi dans l'intestin un tænia, des oxyures ou des ascarides. L'éosinophilie peut encore être la conséquence d'une infection intercurrente guérie; que le sujet ait eu, quelques jours avant l'examen, une angine ou une affection fébrile quelconque, cela suffit pour expliquer l'éosinophilie. Enfin, l'éosinophilie peut aussi manquer dans les kystes hydatiques; son absence n'a donc pas de valeur diagnostique.

L'éosinophilie, qui est un signe presque constant de la présence des vers dans l'intestin peut servir au diagnostic de l'helminthiase. Nous avons pu, grâce à elle, affirmer, en l'absence de tout autre signe, l'existence de vers intestinaux chez des enfants; le rejet des vers après l'administration d'un anthelmintique a confirmé notre diagnostic. La recherche de l'éosinophilie mérite donc d'être utilisée pour reconnaître la nature vermineuse de certaines affections des enfants, pour distinguer les convulsions réflexes des convulsions liées à une méningite ou à la syphilis. Chez l'adulte,

(1) Du Bois-Saint-Severin. *Arch. de méd. navale*, 1896, p. 335.

l'éosinophilie, en démontrant le parasitisme intestinal, pourrait servir à expliquer certains troubles digestifs, et peut-être même certaines appendicites qu'un traitement approprié ferait rapidement disparaître.

Brown propose de rechercher systématiquement l'éosinophilie dans le sang des soldats revenant des colonies pour dépister chez eux les parasites intestinaux.

C'est surtout pour reconnaître certaines affections rares et difficiles à caractériser, comme la trichinose, que l'examen du sang et la découverte de l'éosinophilie s'est montré un signe précieux. Chez neuf personnes d'une même famille, atteintes de trichinose évoluant avec les apparences de la fièvre typhoïde, Blumer et Newman (1) sont arrivés au diagnostic grâce à l'éosinophilie sanguine; l'excision de fragments de muscles contenant des trichines permit de vérifier les conclusions hématologiques. C'est aussi par l'examen du sang que Kerr (2), Gwyn (3) ont reconnu l'existence de la trichinose dans leurs cas.

III

Affections cutanées. — Les affections cutanées s'accompagnent ordinairement d'une augmentation du nombre des éosinophiles. L'éosinophilie est particulièrement importante dans les maladies à bulles et surtout dans la dermatose de Duhring; mais la banalité de la réaction empêche qu'on puisse s'en servir pour le diagnostic différentiel des affections cutanées. Rappelons cependant qu'on a pu songer à l'utiliser pour le diagnostic de la lèpre avec la syringomyélie, la lèpre déterminant souvent, quoique d'une façon non constante, une éosinophilie considérable.

IV

Cancer. — Chez les sujets cachectiques, l'examen du sang peut servir au diagnostic du cancer, non pas que le cancer ait une formule spécifique (ce qu'on trouve en effet le plus souvent chez les cancéreux c'est une leucocytose polynucléaire banale); mais dans chaque cas particulier, quand on hésite entre le cancer et une autre maladie, la discussion de la formule hémoleucocytaire fournit un appoint pour le diagnostic, un symptôme nouveau qui peut trancher la question: en un mot, ce n'est pas au laboratoire que le diagnostic sera posé, mais en présence du malade, par le clinicien lui-même, la leucocytose étant interprétée comme tout signe clinique.

Prenons quelques exemples. Un malade présentait une laryngite chronique douloureuse avec gêne considérable de la déglutition, et l'on hésitait entre le diagnostic de cancer de l'œsophage propagé au larynx et celui de tuberculose laryngée: l'examen hématique montra une hyperleucocytose avec polynucléose; on affirma le cancer, et l'autopsie bientôt après nous donna raison.

Un autre malade était arrivé à la période terminale d'une affection abdominale avec ascite: s'agissait-il d'une cirrhose alcoolique ou d'un cancer du tube digestif? la clinique seule était impuissante à décider. L'examen du sang montra une hyperleucocytose avec polynucléose; d'après ce signe, on conclut à l'existence d'un néoplasme. L'autopsie montra, quelques jours plus tard, qu'il s'agissait bien d'un cancer de l'estomac, généralisé au péritoine.

Il est des cas où le cancer de l'estomac peut être confondu avec l'urémie chronique; les troubles digestifs, les vomissements, la pâleur, la cachexie progressive de certains angioscléreux et néphroscléreux fait croire à l'existence d'un cancer du tube digestif; ces faux cancers de l'estomac se reconnaîtront à l'examen du sang: dans le brightisme, pas d'hyperleucocytose polynucléaire, peu ou pas d'anémie; dans le cancer, au contraire, il y a anémie et polynucléose.

En somme, dans tous les états cachectiques sans fièvre, la constatation de l'hyperleucocytose polynucléaire avec anémie peut servir au diagnostic et faire penser au cancer; l'existence de la fièvre chez le malade enlèverait à l'examen du sang sa valeur diagnostique, car la fièvre traduirait l'existence d'une infection susceptible aussi de donner lieu à une leucocytose polynucléaire banale.

Si la constatation de la leucocytose a, dans certaines conditions, une valeur pour le diagnostic du cancer, l'absence de leucocytose ne saurait faire rejeter ce diagnostic; nous avons vu en effet qu'elle manque dans un bon nombre de cas.

On a cherché aussi à tirer de l'étude de la leucocytose digestive des indices pour le diagnostic du cancer de l'estomac; on a dit que la leucocytose digestive faisait défaut chez les sujets atteints de cancer gastrique, tandis qu'elle persistait au cours des autres affections de l'estomac. Les observations de Hassmann et Schneyer, de Sayler, de Osler et Mac Crae ont montré qu'il n'en était pas toujours ainsi: en réalité l'étude de la leucocytose digestive indique, non la nature de l'affection gastrique, mais l'état des fonctions de l'organe; l'absence de leucocytose digestive est en rapport avec l'apepsie et l'insuffisance des fonctions gastriques; si elle se voit surtout dans le cancer de l'estomac, elle peut se rencontrer aussi dans les vieux ulcères ou dans les gastrites chroniques.

En présence d'un cancer déjà reconnu, l'examen du sang offre encore, suivant Vaquez et Laubry, de l'intérêt, car il peut indiquer le degré d'évolution de la maladie et fournir des indications ou des contre-indications opératoires: un cancer qui ne s'accompagne pas d'hyperleucocytose est un cancer localisé et non ulcéré; un cancer qui s'accompagne d'une hyperleucocytose de 12000 à 15000 leucocytes est un cancer ancien et a des chances d'être ulcéré ou déjà propagé à distance; un cancer dont la leucocytose dépasse le chiffre de 20000 est très probablement infecté ou généralisé.

L'étude de la leucocytose peut encore servir à faire prévoir la récidive d'une tumeur opérée; Hayem a montré que la leucocytose, qui disparaît après l'ablation du néoplasme, reparaît progressivement, quand celui-ci se reproduit.

Dans ses formes anémiques, le cancer peut être confondu cliniquement avec les anémies pernicieuses, comme celles qui sont produites par les parasites intestinaux; mais celles-ci se distingent par un état du sang qu'on ne retrouve guère dans le cancer; les caractères des hématies et ceux des leucocytes permettent le diagnostic: dans les anémies pernicieuses, la déglobulisation est extrême, et dépasse de beaucoup celle qu'on voit ordinairement chez les cancéreux, où le chiffre de 600000 hématies, trouvé par Hanot et Gilbert dans un cas de cancer massif du foie, est tout à fait exceptionnel; on trouve, dans le sang, des globules rouges géants, de nombreux globules rouges nucléés de petit et de grand volume (normoblastes et mégaloblastes),

(1) Blumer et Newman. *Am. Journ. of the med. Sc.*, janv. 1900.
(2) Kerr. *Philad. med. Journ.*, 25 août 1900.
(3) Gwyn. *Centralbl. f. Bakt.*, 1899, p. 746.

tandis que les mégaloblastes manquent dans l'anémie cancéreuse et que les normoblastes y sont toujours en petit nombre; dans les anémies pernicieuses, la quantité d'hémoglobine est relativement moins abaissée que le nombre des hématies, de sorte que la valeur globulaire est au-dessus de l'unité, tandis que l'anémie cancéreuse est au contraire marquée par un abaissement de la valeur globulaire; Mouisset et Tolo (1), Benoit-Jeannin ont confirmé ce fait, mais en faisant toutefois des restrictions au sujet de sa valeur diagnostique; enfin, les leucocytes, dans l'anémie pernicieuse, sont en nombre généralement inférieur à la normale, les mononucléaires prédominent, et l'abaissement porte surtout sur les leucocytes polynucléaires, ce qui contraste avec l'hyperleucocytose polynucléaire des cancéreux.

V

Leucémies. — Il reste une catégorie de maladies où l'examen du sang est non seulement utile mais absolument nécessaire pour le diagnostic. La simple constatation de la formule sanguine si particulière, permet d'affirmer une leucémie et de distinguer la leucémie myélogène de la leucémie lymphatique.

Quand la maladie a pour principal symptôme l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, la clinique seule ne permet pas de décider s'il s'agit de tuberculose ganglionnaire, de lymphosarcome, de lymphadénie simple ou de leucémie; il faut recourir à l'hématoscopie.

Tandis que, dans la tuberculose ganglionnaire et dans le lymphosarcome, la formule reste sensiblement normale, dans la lymphadénie simple, l'examen du sang montre une quantité normale de leucocytes avec prédominance de mononucléaires. Seul, cet examen du sang permet de distinguer la lymphadénie simple de la lymphadénie leucémique, tous les symptômes étant communs à ces deux affections.

Quand le symptôme clinique le plus apparent est une splénomégalie, c'est encore l'examen du sang qui permet de reconnaître la leucémie myélogène et de ne pas la confondre avec une splénomégalie paludéenne, tuberculeuse, syphilitique, etc., ou encore avec cette variété de splénomégalie, dite primitive, qu'on tend à rattacher à la lymphadénie. Assurément, l'hématoscopie ne donne pas ici de réponse dans tous les cas; chaque splénomégalie n'a pas sa formule spéciale; mais c'est déjà un grand avantage de pouvoir reconnaître la splénomégalie leucémique, qui entraîne un pronostic fatal et qui contre-indique absolument toute tentative chirurgicale.

C'est donc une règle dont un chirurgien ne devrait pas se départir, qu'il ne faut jamais opérer un malade atteint de tumeurs ganglionnaires ou de splénomégalie avant d'avoir fait pratiquer l'examen complet de son sang. Pour y avoir manqué quelquefois, les chirurgiens ont vu leurs opérés mourir rapidement à la suite de l'intervention opératoire, soit par généralisation aiguë des lymphomes, soit par hémorragie profuse.

La splénomégalie qui s'observe dans l'anémie pseudoleucémique infantile est aussi caractérisée par une formule sanguine assez spéciale: anémie, globules rouges à noyau, hyperleucocytose et passage de myélocytes dans la circulation. Cette anémie peut se voir chez les enfants à la suite de toute infection un peu grave; elle ne comporte nullement le pronostic fatal de la leucémie.

(1) Mouisset et Tolo. *Revue de méd.*, 1902.

VI

Cette revue rapide montre que l'étude de la formule leucocytaire pour le diagnostic des diverses maladies est non seulement justifiée, mais aussi nécessaire que l'étude de la température, du pouls et des urines. Dans les suppurations, la leucocytose, signe plus délicat, plus précoce, plus exactement en rapport avec la marche de l'infection, présente même une valeur diagnostique et pronostique supérieure à celle de la fièvre et de l'état du pouls. N'était la difficulté un peu plus grande de la recherche de la leucocytose, elle devrait systématiquement être faite chez tous les malades, comme on fait d'emblée la recherche de la température, l'examen du pouls et celui des urines.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[Madrid, 23-30 avril 1903 (1)]

La séro-réaction de Widal chez l'enfant,

Par le docteur Albert Josias, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Bretonneau (Paris), et le docteur Louis Tollemer, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire central de l'hôpital Bretonneau (Paris).

Depuis que Widal, dans la séance du 26 juin 1896 de la Société médicale des hôpitaux de Paris, a démontré que le phénomène de l'agglutination des microbes pouvait être appliqué au diagnostic de la fièvre typhoïde, le séro-diagnostic a fait ses preuves et les services qu'il a rendus chez l'adulte sont considérables. Ils ne sont pas moindres chez l'enfant et la séro-réaction est venue ajouter un nouveau et précieux symptôme à ceux qui permettent d'établir le diagnostic de la dothiénentérie, si difficile parfois dans le jeune âge.

La réaction agglutinante a été surtout recherchée chez les adultes atteints de la fièvre typhoïde. Quelques auteurs ont montré que l'importance du séro-diagnostic n'était pas moindre chez l'enfant; nous mentionnerons Haushalter (*Presse médicale*, 30 sept. 1896), Couture (*Sur la fièvre typhoïde de l'enfant*, Th. de Paris, 1897), Kasel (Wurzbourg, 1899), Pfaundler (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1899, p. 295).

M. Marfan, dans une clinique médicale publiée le 24 janvier 1900 dans la *Semaine médicale*, constata la réelle utilité du séro-diagnostic chez l'enfant « attendu que, chez les enfants, *la séro-réaction n'apparaît que tardivement après le quinzième jour* et qu'elle est d'abord très faible ». Cette opinion fut également soutenue à la Société de pédiatrie de Paris, le 13 mars 1900, par M. Rosenthal, qui insista sur le retard presque constant de la séro-réaction chez l'enfant: elle fut combattue par M. Clerc, dans la séance du 14 avril 1900, lequel, sur 16 cas de fièvre typhoïde, constata 16 fois un séro-diagnostic positif avant le huitième jour de la maladie. Enfin Masbrenier, dans sa thèse inaugurale, venait confirmer l'opinion de Clerc et démontrer que le retard de l'agglutination ne semblait pas plus fréquent chez l'enfant.

Nous recherchons systématiquement la séro-réaction dans tous les cas de fièvre typhoïde et chez tous les enfants suspects de fièvre typhoïde. Nous avons donc recherché le pouvoir agglutinant du sérum sanguin dans les 50 cas de fièvre typhoïde auxquels nous avons injecté le sérum de Chantemesse. La séro-réaction s'est montrée positive 49 fois;

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 49, p. 486; nº 56, p. 553; nº 58, p. 580; nº 59, p. 590; nº 61, p. 609; nº 63, p. 638.

la réaction a manqué chez une enfant de quatorze ans; elle était négative le dixième jour de la maladie et n'a pas été recherchée de nouveau.

La recherche de l'agglutination du bacille d'Eberth par le sérum sanguin eut toujours lieu en mélangeant une goutte du sérum à L et à C gouttes du bouillon d'une culture de bacille d'Eberth très vivace et agglutinant facilement, la culture datant toujours de vingt-quatre heures. Le mélange avait lieu dans un verre de montre stérilisé, recouvert d'un autre verre de montre également stérilisé, ce qui nous permettait de prolonger les observations à l'abri des contaminations accidentelles. Dans les cas douteux nous faisions une nouvelle dilution à 1/25, si nous ne pouvions prolonger l'examen de la dilution à 1/50. Toutes les dix minutes environ nous prélevions avec une pipette quelques gouttes du mélange puisées au fond du verre de montre et nous examinions cette goutte sur une lame de verre, dans une petite cellule faite en traçant sur la lame un rectangle avec un gros fil de platine trempé dans la vaseline et recouverte d'une lamelle. Ce petit procédé permet de multiplier les examens avec un outillage très simple. Nous notions donc la mobilité des bacilles et la formation ou la non-formation d'amas. Nous considérions la réaction comme positive lorsque les amas, d'abord peu nombreux et petits, devenaient rapidement plus gros et plus nombreux. En prolongeant l'examen on constate que la séro-réaction s'accentue rapidement. Nous avions donc une sorte de mesure du pouvoir agglutinatif dans la rapidité plus ou moins grande avec laquelle se formaient les amas. Dans la grande majorité des cas cette agglutination était très rapide et se faisait très nette dans un laps de temps variant de quelques minutes à une heure. Dans les cas douteux nous prolongions le contact pendant vingt-quatre heures, mais nous ne tenions compte du résultat que s'il était négatif, c'est-à-dire s'il ne se formait pas d'amas. S'il se formait des amas en vingt-quatre heures, on prélevait de nouveau du sang et ainsi de suite jusqu'à ce que le résultat fût positif et net à 1/50 et à 1/100 en une ou deux heures.

La dilution à 1/50 et à 1/100 nous a paru éliminer les causes d'erreur; elle est suffisamment pratique comme procédé de laboratoire : le plus souvent la durée d'observation était courte, le résultat était rapidement net et positif.

Nous diviserons nos 50 cas en deux catégories : dans la première, nous rangerons ceux dans lesquels la réaction fut positive à l'entrée à l'hôpital; dans la deuxième, les cas à l'occasion desquels il fallut procéder à des examens répétés du sang pour observer l'agglutination des bacilles d'Eberth.

Cas où la sero-réaction fut positive à l'entrée à l'hôpital. — Ces cas sont au nombre de 44 : la prise de sang était faite soit le jour de l'entrée du malade dans le service, soit à une date ultérieure.

Nous résumerons dans le tableau suivant les points les plus intéressants, c'est-à-dire le jour de la maladie où la séro-réaction fut constatée et l'âge des malades.

NOMBRE de malades.	AGGLUTINATION. Jour de la maladie.	AGE des malades.
1	3e	9 ans.
3	5e	8 ans, 10 ans (2).
2	6e	7 ans, 12 ans.
8	7e	2 ans, 5 ans, 7 ans, 11 ans, 12 ans (2), 14 ans.
9	8e	6 ans, 8 ans, 11 ans (2), 12 ans (2), 13 ans, 14 ans, 15 ans.
10	9e	6 ans, 8 ans, 9 ans, 13 ans (3), 14 ans (3), 15 ans.
4	10e	4 ans, 10 ans (2), 14 ans.
2	11e	4 ans, 13 ans.
1	12e	2 ans.
1	13e	10 ans.
1	14e	10 ans.
1	15e	10 ans.
1	16e	8 ans.
1	20e	4 ans.

Nous ferons remarquer que, la prise de sang ayant lieu en général le jour de l'entrée de l'enfant dans le service, ces chiffres n'ont rien d'absolu : ils constatent seulement que le séro-diagnostic était positif le jour de l'entrée. Dans bon nombre de cas entrés tardivement, la séro-réaction pouvait exister depuis plusieurs jours, car elle était extrêmement énergique.

Cas où la séro-réaction fut retardée. — Cinq cas ont donné lieu à des recherches répétées avant que l'on ait pu constater une séro-réaction positive; celle-ci s'est montrée le 10e jour, le 14e jour, le 18e jour, le 21e et le 30e jour. Voici, en résumé, la marche du séro-diagnostic pour chacun d'eux :

1° Mailf... (Marguerite), *quatorze ans et demi*, entrée le 4 mars 1902 au 10e jour de la maladie; séro-diagnostic négatif le 5 mars, 11e jour, devient positif et très net le 8 mars, 14e jour, à 1/100 en moins d'une heure.

2° Cav... (Samuel), *huit ans et demi*, entré le 11 mars 1902 au 4e jour. Séro-réaction négative 10 fois : elle débute le 28 mars, 21e jour de la maladie, et devient très forte le 21 avril, 24e jour de la fièvre.

3° Par..., *quinze ans*, entré le 12 avril 1902 au 6e jour : négative le 22e jour de la maladie, le 28 avril la séro-réaction se montre positive le 6 mai, 30e jour de la fièvre.

4° Cloc... (Charlotte), *quatorze ans*, entrée le 17 août 1902 au 4e jour : le séro-diagnostic, négatif le 21 août, 8e jour de la maladie, est positif et faible le 23 août, 10e jour, et très fort le 25 août.

5° Den... (Georges), *quatorze ans*, entré le 6 septembre au 8e jour, le séro-diagnostic était encore négatif le 15 septembre, 17e jour, et devient positif, quoique faible, le 18e jour, 16 septembre.

Il ressort nettement de cette courte étude que la séro-réaction est sujette, chez l'enfant, à peu près aux mêmes variations que chez l'adulte : elle peut apparaître à toutes les époques de la maladie. Cependant, dans plus de 70 p. 100 des cas, la séro-réaction est positive chez l'enfant, avant le 10e jour de la fièvre typhoïde. Son retard, lorsqu'il existe, ne semble avoir aucun rapport avec la gravité de l'affection, comme le voudrait M. Courmont. Nous n'avons pas remarqué de notable différence entre la puissance agglutinative des sérums de nos petits typhiques avant l'âge de huit ans et après cet âge. On sait que Kasel et Pfaundler admettent que le séro-diagnostic est plus faible avant huit ans; or, nous avons observé chez de tout jeunes enfants des séro-réactions très intenses; nous ferons remarquer que, sur nos cinq cas de réaction retardée, quatre concernent des enfants de quatorze ans et au-dessus, chez lesquels la forme clinique de l'affection se rapprochait beaucoup de celle de l'adulte.

Le séro-diagnostic de Widal a donc une valeur considérable chez l'enfant, comme chez l'adulte. Il serait erroné de dire que la séro-réaction est en général retardée chez l'enfant puisque nous ne la trouvons retardée que 5 fois sur 50 cas. Tout au plus pourrait-on dire que son retard est un peu plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte, puisque Bensaude, dans son excellente étude, n'indique que 2 cas de réaction retardée sur 83 typhiques adultes.

En terminant nous appellerons l'attention sur un point important concernant la *nature* de la réaction agglutinante. L'injection du sérum antityphoïde de Chantemesse ne modifie pas les propriétés agglutinantes du sang.

La séro-réaction s'est produite indépendamment de l'injection, que celle-ci ait été faite antérieurement ou ultérieurement à la recherche de l'agglutination.

Dans quelques cas exceptionnels, la séro-réaction a été retardée sans que nous puissions expliquer ce retard.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 8 AU 13 JUIN 1903)

Examens de doctorat.

MERCREDI 10 JUIN, à une heure. — Médecine opératoire (nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Legueu et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Bezançon.

2e (2e partie, ancien régime) : MM. Ch. Richet, Gley et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime, 1re série) : MM. Tuffier, Remy et Potocki ; — (2e série) : MM. Mauclaire, Retterer et Lepage.

4e : MM. Pouchet, Dejerine et Wurtz ; — M. Gosset, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Terrier, Reclus et Walther ; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Hayem, Widal et Teissier ; — M. Legry, suppléant.

JEUDI 11 JUIN, à une heure. — Médecine opératoire (nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Albarran et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiard et Richaud.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime, 1re série) : MM. Guyon, Launois et Potocki ; — (2e série) : MM. Budin, Thiéry et Faure ; — (2e partie, ancien régime) : MM. Raymond, Teissier et Renon.

4e : MM. Proust, Thoinot et Vaquez ; — M. Letulle, suppléant.

VENDREDI 12 JUIN, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Vidal et Desgrez.

1er (oral) : MM. Brissaud, Rieffel et Gosset.

2e (nouveau régime) : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (2e partie, ancien régime) : MM. Landouzy, Gaucher et Roger.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz ; — M. Bezançon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Reclus et Walther ; — (3e série) : MM. Tuffier, Legueu et Mauclaire ; — M. Teissier, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 13 JUIN, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Schwartz et Faure.

1er (oral) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Auvray.

3e (1re partie, oral, nouveau régime) : MM. Le Dentu, Bonnaire et Launois ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Renon et Guiart ; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie, ancien régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Cornil, Letulle et Méry ; — (2e série) : MM. Proust, Troisier et Achard ; — (3e série) : MM. Chantemesse, Widal et Vaquez ; — M. Albarran, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'adjuvat. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Gernez, Mercadé, Dupuy, Gasne, Le Sourd (Et.).

Facultés de médecine. — Par décret en date du 30 mai 1903, le délai fixé par le décret du 16 janvier 1898, portant que « le régime d'études médicales institué par le décret du 31 juillet 1893 sera seul en vigueur à dater du 1er octobre 1903 », est prorogé d'une année en faveur des officiers de santé inscrits antérieurement au 1er août 1903 dans les facultés de médecine pour y subir les épreuves de doctorat.

Les aspirants à l'officiat actuellement en cours d'études, s'ils postulent, une fois reçus officiers de santé, le diplôme de docteur en médecine, subiront les épreuves du troisième et cinquième examen et de la thèse, conformément au décret du 31 juillet 1893 portant réorganisation des études médicales.

Distinctions honorifiques. — Le ministre de la guerre a adressé des lettres de félicitations, pour le zèle et le dévouement dont ils ont fait preuve à l'occasion d'épidémies ayant sévi sur l'armée, à MM. :

Carayon, médecin principal de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Vichy ;

Spite, médecin-major de première classe au 70e d'infanterie ;

André dit Duvigneau, médecin-major de première classe des troupes de l'Indo-Chine ;

Abbatucci, médecin-major de deuxième classe des troupes de l'Indo-Chine ;

Rouffiandis, médecin aide-major de première classe des troupes de l'Indo-Chine ;

Marque, médecin aide-major de première classe des troupes de l'Indo-Chine ;

Le Clech, médecin aide-major auxiliaire des troupes de l'Indo-Chine.

Sociétés. — *Société parisienne de laryngologie.* — Sommaire de la séance du 20 mars 1903 :

M. Castex : Bourdonnements de neurasthéniques. — Rétrécissements du conduit auditif membraneux réséqué par décollement du pavillon.

M. Le Marc'Hadour : Les otites de la scarlatine.

M. Paul Viollet : Les végétations adénoïdes d'après leur structure histologique.

M. Sarremone : De l'état de la muqueuse nasale chez les malades atteints de folliculite pilaire chronique de la moustache.

M. Lermoyez : Tumeurs survenues à la suite de l'application du pengawar djambi dans les fosses nasales.

(Pour le compte rendu détaillé, voir les *Annales des maladies de l'oreille*, mai 1903, n° 5, p. 452.)

Cours pratique d'hypnologie et de psychothérapie. — MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez commenceront le jeudi 11 juin un cours pratique d'hypnologie et de psychothérapie. Ce cours sera complet en douze leçons. Le droit d'incription est fixé à 60 francs.

On s'inscrit les mardis, jeudis et samedis, de dix heures à midi, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duburque (de Bersée) et Vahé (de Metz-en-Couture).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 66. — MARDI 9 JUIN 1903. 76e ANNÉE. MARDI 9 JUIN 1903. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

VALEUR SEMIOLOGIQUE DU CHIMISME GASTRIQUE

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Dans un grand nombre de gastropathies, l'examen du chimisme gastrique représente un élément symptomatique important. S'il n'a pas toujours dans le diagnostic une valeur prépondérante, il peut souvent confirmer une hypothèse appuyée sur d'autres signes, préciser la nature de l'affection, ou donner quelques indications thérapeutiques. C'est pour cela que nous soumettons à cet examen, sinon tous les malades que nous observons, tout au moins un grand nombre d'entre eux, toutes les fois que nous pouvons en attendre un renseignement complémentaire.

Il nous est impossible dans les courtes limites de cet article de citer toutes les considérations qui sont à l'appui de cette façon d'agir. Nous voulons nous borner à exposer dans quelles circonstances l'examen du chimisme gastrique nous paraît d'une utilité évidente.

Les trois états où le chimisme gastrique peut donner des indications, d'importance variable d'ailleurs, sont le cancer, l'ulcère et les gastrites ou dyspepsies.

I

Les premières recherches sur le chimisme gastrique, lorsque l'emploi de la sonde fut devenu d'un usage courant, signalèrent des modifications importantes de la sécrétion de l'estomac dans le cancer. Dès 1879, van der Velden signalait la disparition de l'acide chlorhydrique libre recherché par les réactions colorantes. Debove, Dujardin-Baumetz, Ewald, dans des travaux ultérieurs, purent confirmer ce fait, et pendant quelque temps on a pu se croire en possession d'un signe pathognomonique et constant du cancer de l'estomac.

Mais on ne tarda pas à constater que d'une part l'acide chlorhydrique libre peut exister en proportion moyenne dans le suc gastrique de malades atteints de cancer de l'estomac, et peut même atteindre des chiffres élevés (Thiersch Krükenberg), d'autre part que la disparition de l'acide chlorhydrique libre peut s'observer dans des affections très variées de l'estomac.

Le procédé d'examen plus précis de Hayem et Winter et les travaux récents ont permis de limiter la véritable valeur sémiologique du chimisme gastrique dans le cancer de l'estomac. Il est bien certain que le plus souvent l'acide chlorhydrique libre fait défaut et que l'acide chlorhydrique combiné lui-même est en petite quantité; cette modification de la sécrétion gastrique tient à l'atrophie de la muqueuse gastrique qui est très fréquente dans le cancer comme l'un de nous a pu le démontrer.

Il ne faudrait pas croire toutefois que cette modification du chimisme soit pathognomonique et ne se rencontre que dans le cancer; dans une foule d'autres conditions, chez des dyspeptiques présentant des troubles digestifs plus ou moins accentués ou même chez des individus d'apparence bien portants ne présentant aucun trouble gastrique subjectif, on constate la même disparition de l'acide chlorhydrique libre. L'hypochlorhydrie revêt une valeur sémiologique réelle seulement dans les cas où il existe d'autres symptômes probables du cancer de l'estomac : ce signe confirme un diagnostic mais ne suffit pas à l'établir.

La présence dans le liquide retiré de l'estomac après le repas d'épreuve d'un excès d'acide lactique est encore un signe de présomption en faveur du cancer et accroît la valeur sémiologique de l'hypochlorhydrie. Il en est de même de la présence du bacille filiforme que l'examen microscopique peut déceler et de l'existence d'amibes et d'infusoires dans le mucus gastrique, faits sur lesquels Cohnheim vient d'attirer l'attention.

Mais dans un nombre de cas très notable (6 à 8 p. 100 environ) il existe de l'hyperchlorhydrie : il s'agit alors presque toujours d'un cancer développé sur un ulcère de l'estomac ou sur une cicatrice d'ulcère. L'hypochlorhydrie symptomatique de l'ulcère persiste plus ou moins longtemps malgré le développement du cancer, mais en général la proportion d'acide chlorhydrique libre ne tarde pas à diminuer et si l'on peut faire au malade plusieurs

repas d'épreuve successifs on note que le chimisme tend vers l'hypochlorhydrie.

II

L'existence de l'hyperchlorhydrie dans l'ulcère de l'estomac est un fait bien connu; dans la grande majorité des cas on trouve une sécrétion riche en acide chlorhydrique libre ou combiné. C'est un signe que nous recherchons rarement lorsqu'il existe une hématémèse récente, suffisant à établir le diagnostic; il est inutile de faire courir au malade les risques, un peu théoriques peut-être, d'une exploration à la sonde. Toutefois, lorsque aucun signe net ne révèle la nature de la maladie, il ne faut pas négliger ce supplément d'information. Il est presque inutile de rappeler que l'hyperchlorhydrie dans le diagnostic de l'ulcère a la même valeur que l'hypochlorhydrie dans le cancer; c'est un signe qui n'est pas pathognomonique. L'examen chimique ne sert qu'à confirmer un diagnostic appuyé sur un ensemble d'autres symptômes d'ulcère.

A cet égard, un des ensembles symptomatiques qui relève directement de l'ulcère est l'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion et présence de liquide de stase le matin à jeun dans l'estomac, syndrome que l'on désigne encore sous le nom de maladie de Reichmann, d'après le nom du médecin qui en a donné la première description. Cet auteur qui avait bien indiqué les grandes lignes de ce tableau clinique, qui avait établi également la fréquence de l'ulcère chez ces malades, avait donné de la pathogénie de cet ensemble de troubles gastriques une explication erronée. Il pensait que l'hypersécrétion chlorhydrique avec rétention alimentaire était le fait primitif; l'ulcère, lorsqu'il apparaissait, n'était qu'une complication contingente de la maladie.

En réalité l'enchaînement des accidents gastriques est tout autre. Hayem a prouvé le premier nettement que, dans les faits de maladie de Reichmann avec stase alimentaire considérable, il existait toujours un ulcère ou une sténose cicatricielle de la région pylorique : l'ulcère en évolution ne se différencie de la sténose constituée que par l'existence d'une hémorragie récente, hématémèse ou melæna. Il n'y a aucun doute actuellement sur ces faits. La maladie de Reichmann relève d'une sténose pylorique dans tous les cas où le matin à jeun on trouve dans le liquide de stase une proportion considérable de résidus alimentaires.

Mais il existe tout un groupe de faits où, avec le même ensemble symptomatique, on ne trouve le matin à jeun dans l'estomac qu'un liquide peu abondant avec fort peu de résidus. D'après les recherches les plus récentes, il semble que la cause anatomique de ces accidents soit également un ulcère de la région prépylorique : le degré de sténose pylorique, la résistance de la musculature gastrique, sont les facteurs qui font varier la quantité de résidus alimentaires, mais toujours on constate l'existence d'une sténose pylorique liée à un ulcère en évolution ou cicatrisé et la gastro-entérostomie fait rapidement disparaître tous les troubles fonctionnels. M. Soupault a publié à l'appui de cette idée une statistique d'intervention chirurgicale déjà considérable. La constatation d'une sécrétion hyperchlorhydrique, coexistant avec un certain degré de stase et d'hypersécrétion le matin à jeun, devient ainsi un caractère presque pathognomonique de l'ulcère prépylorique. C'est une des données les plus récentes et les plus importantes de la sémiologie gastrique; elle est due presque entièrement aux recherches des médecins français.

III

L'importance des troubles du chimisme gastrique dans les gastrites ou dyspepsies est encore un objet de discussion. Sans vouloir reprendre ici la question dans son ensemble, nous rappellerons les principales divergences d'opinions qui se sont produites sur ce point.

Les premières recherches faites en Allemagne avec les réactifs colorants ne mettaient souvent en évidence aucune modification appréciable du chimisme gastrique; admettant *a priori* que le catarrhe gastrique devait toujours s'accompagner de modifications du chimisme, les auteurs allemands furent conduits à ranger sous le nom de dyspepsie nerveuse toute une série de gastropathies, où il n'y avait aucune modification de la sécrétion gastrique appréciable par les réactifs colorants. Aussi l'ancienne théorie du catarrhe, qui expliquait jusqu'alors la plupart des états dyspeptiques, fut abandonnée et remplacée par l'hypothèse de la dyspepsie nerveuse, dépendant de troubles fonctionnels du système nerveux.

En France une révolution inverse se produisait. L'examen du chimisme gastrique par des méthodes plus précises permettant de constater des troubles de la sécrétion dans presque tous les cas, beaucoup d'auteurs n'acceptèrent plus la théorie de la dyspepsie nerveuse développée autrefois par Beau, Lasègue, etc. Hayem, en particulier, arriva à identifier la dyspepsie et la gastrite, à prouver que la grande cause des troubles subjectifs de la digestion ce sont les lésions anatomiques de la muqueuse révélées par l'état de la sécrétion : dans une longue série de recherches il établit en effet que les modifications du chimisme et les lésions anatomiques se correspondent exactement. Robin soutient une opinion un peu différente; d'après lui le trouble fonctionnel précède la lésion et la sécrétion est modifiée longtemps avant que l'on puisse constater des lésions de gastrite; la gastrite est un état terminal.

Nous ne pouvons accepter cette façon de voir; il nous est impossible de donner aux lésions parenchymateuses ou interstitielles un rôle prépondérant dans un grand nombre de dyspepsies. Nous pourrions apporter à l'appui de cette idée de nombreux arguments, il nous suffira de rappeler qu'il n'existe pas d'estomac d'adulte sans lésions de la muqueuse plus ou moins accusées, et cela non seulement chez des dyspeptiques, mais chez des adultes normaux, ne souffrant nullement de leur estomac et dans un état de santé en apparence parfaite. La gastrite latente est d'une fréquence extrême et pour ainsi dire constante chez l'homme adulte civilisé. Rien d'étonnant à cela. L'estomac, exposé de longue date aux traumatismes alimentaires les plus variés, recevant sans cesse dans sa cavité des substances irritantes, trop chaudes ou trop froides, trop acides ou trop alcalines, souvent mal divisées par la mastication, etc., ne peut conserver son intégrité anatomique. Organe de défense de l'intestin avant tout, il est, de par son rôle physiologique, prédestiné à présenter des lésions dès que la vie s'est prolongée un certain temps. Ces lésions légères représentant l'état normal d'un estomac adulte, ne suffisent pas à classer un individu quelconque parmi les gastropathes. Le chimisme gastrique, qui dans ses variations traduit à peu près l'état anatomique de la muqueuse, ne suffira donc pas non plus pour reconnaître un état morbide de l'estomac. Les modifications du chimisme sont d'ailleurs aussi fréquentes que les lésions de la muqueuse, c'est-à-dire à

peu près constantes. C'est pour cette raison que le chimisme dit normal ne s'observe presque jamais; c'est un type moyen fictif, intermédiaire entre les valeurs fortes ou basses que l'on observe chez tous les individus adultes, dyspeptiques ou non.

C'est en vertu de ces considérations très brièvement rapportées et en vertu d'autres raisons analogues que nous en sommes venus à attribuer à l'état de la motricité et de la sensibilité une valeur prépondérante dans les troubles dyspeptiques. Dans bien des cas, ces troubles moteurs ou sensitifs ont eux-mêmes un lien direct avec le nervosisme préalable ou consécutif du sujet.

Nous ne négligeons pourtant pas les renseignements que peut parfois fournir l'état du chimisme gastrique chez les dyspeptiques. Si on ne mesure pas la dyspepsie par les chiffres du chimisme, il peut pourtant être utile de savoir si la sécrétion est orientée vers l'hyper ou vers l'hypochlorhydrie. Il peut résulter de cet examen des indications thérapeutiques souvent très précises. Nous nous bornerons à donner ici très rapidement quelques exemples de l'importance de cet examen.

Chez beaucoup de malades, les douleurs gastriques qui se produisent plus ou moins tardivement après le repas sont sous la dépendance directe d'une sécrétion riche en acide chlorhydrique ou combiné; la valeur calmante des alcalins confirme les notions fournies par le chimisme et l'usage de la belladone à haute dose pendant longtemps permet de modérer cette hyperchlorhydrie et de supprimer les troubles morbides qui en dépendent.

L'un de nous a indiqué, dans un travail en collaboration avec M. le docteur Laboulais (1), les bons effets de la gastérine de Frémont dans les troubles dyspeptiques liés à l'hypochlorhydrie, surtout lorsqu'il existe des douleurs tardives assez intenses : 60 à 125 grammes de gastérine pendant la digestion font disparaître les accidents plus ou moins rapidement.

Voici encore un exemple qui montre l'importance de l'examen de la sécrétion gastrique dans certains troubles de la digestion. La diarrhée chronique relève parfois d'une insuffisance sécrétoire de l'estomac. Ces faits, décrits d'abord par Oppler, ont été l'objet de quelques publications récentes. Après avoir éliminé les causes habituelles de la diarrhée chronique, tuberculose intestinale, diarrhée des pays chauds, mal de Bright, etc., on pourra examiner la sécrétion gastrique. L'existence d'une hypochlorhydrie marquée a d'autant plus d'importance qu'il en résulte des indications thérapeutiques utiles. L'absorption d'une certaine quantité d'acide chlorhydrique ou de gastérine pendant la digestion rétablit, en effet, immédiatement les fonctions intestinales dans leur état normal.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(5 juin 1903)

M. H. Vincent a observé récemment, dans son service du Val-de-Grâce, un cas de **polymyosite infectieuse aiguë à récidive**. Le malade, âgé de vingt-trois ans, cultivateur, a présenté en 1898, 1901 et 1903 trois atteintes de polymyosite aiguë. Chaque poussée a été plus intense que la précédente. La dernière est apparue en février 1903 et a été précédée, comme il arrive fréquemment, par une angine. La localisation s'est toujours faite aux mêmes muscles : triceps fémoral de la cuisse gauche et muscles de la gouttière vertébrale à gauche. La dernière atteinte a débuté par une fièvre à marche rémittente, comprise entre 38 et 38°6 le soir, avec céphalée vive, état gastrique, inappétence, soif, constipation et insomnie complète. La cuisse gauche et les muscles situés dans la gouttière vertébrale, en dedans du bord interne de l'omoplate, devinrent le siège d'un gonflement considérable, dur, non œdémateux. La douleur était très vive et exagérée au moindre mouvement. Abolition du réflexe rotulien. Dès le début, la peau a présenté une éruption de petites macules rouges, siégeant sur la face antérieure de la cuisse du malade. Aucune fluxion articulaire. Aucun œdème des jambes ou des malléoles. Pas d'albuminurie.

L'éruption cutanée a disparu au bout de quinze jours. La tuméfaction musculaire a régressé plus lentement et a laissé à sa suite une petite nodosité dure dans le muscle grand dorsal et une nodosité ovoïde, mesurant 12 centimètres de longueur et 7 centimètres de largeur, dans le droit antérieur de la cuisse gauche. La tumeur dorsale a actuellement disparu, mais la tumeur du droit antérieur persiste encore, quoique en voie de régression. Les muscles malades sont encore douloureux. L'excitabilité électrique, galvanique et faradique du triceps fémoral et du trapèze gauche est très affaiblie. Le réflexe rotulien est encore très diminué.

Il y a lieu d'écarter l'hypothèse de la trichinose parce que ce malade n'a pas présenté, dans la triple atteinte dont il a souffert, les signes ordinaires de cette affection (diarrhée, œdème facial, participation des muscles de la langue, des yeux, etc...). Chez lui, ce sont d'ailleurs les muscles extenseurs qui ont été atteints lorsque la trichinose intéresse les fléchisseurs.

La récidive de la polymyosite n'est pas commune, bien que Lowenfeld Jacoby, Köster en aient observé des cas. Il est remarquable que ce soient les mêmes muscles qui ont été atteints chez le même malade. On sait qu'en raison des éruptions cutanées et de l'œdème qui accompagnent fréquemment la myosite infectieuse, Unverricht a proposé, pour cette affection, le nom de « dermatomyosite ». Cependant il s'agit, avant tout, d'un processus infectieux, localisé aux muscles. Les érythèmes traduisent beaucoup d'autres états infectieux et, dans la myosite, ils ne correspondent pas toujours aux muscles malades. La myosite peut frapper, d'ailleurs, des muscles qui ne sont pas en rapport avec les téguments (muscles de la langue, du pharynx, du larynx, diaphragme).

Pour ces raisons il y aurait lieu de réunir, sous une rubrique commune, la dermatomyosite d'Unverricht, la dermato-muco-myosite d'Oppenheim, la polymyosite de Rendu et de Larger, l'angiomyosite de Lépine et de Millet. Toutes ces affections, quelle qu'en soit la marche, sont l'expression commune d'une myosite infectieuse.

M. L. Guinon étudie un cas de **dyspnée chronique mortelle par adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, ayant débuté à l'âge de trois semaines.**

La dyspnée chronique chez le nouveau-né est d'un diagnostic assez délicat. L'intensité des mouvements respiratoires, le cornage, les sifflements pulmonaires qui l'accompagnent, l'emphysème généralisé qui rend la poitrine globuleuse et universellement sonore font très difficiles l'exploration des organes et particulièrement celle des ganglions trachéo-bronchiques.

(1) Albert Mathieu et Laboulais. Note sur l'emploi thérapeutique de la gastérine, Soc. méd. des hôpit., 28 fév. 1901.

Dans le cas que présente M. Guinon, l'enfant était oppressé depuis l'âge de trois semaines. Quand il le vit à trois mois, la dyspnée était continue, la respiration très rapide, s'accompagnant d'un cornage sifflant; il n'y avait pas de cyanose. L'enfant était gai bien qu'il toussât souvent. Les accident semblèrent s'atténuer pendant quelque temps, puis s'aggravèrent à nouveau, et l'enfant entre à l'hôpital à l'âge de huit mois pour y mourir après quelques jours d'hyperthermie.

On trouve une adénopathie tuberculeuse énorme, des ganglions interbronchiques comprimant les deux bronches, surtout la gauche. Tous les ganglions viscéraux, cervicaux, dorsaux et lombaires étaient tuberculeux et très volumineux. Les poumons n'avaient pas de tubercules; seule, la plèvre était infectée par voisinage au niveau de l'adénopathie bronchique.

Ce qui est intéressant dans cette observation, c'est que l'adénopathie ait commencé à se manifester dès la troisième semaine. L'enfant était soumis à une infection intensive, car il vivait dans la chambre de sa mère, phtisique au dernier degré.

MM. L. Guinon et Rist rapportent **deux cas de paralysie infantile survenue à une semaine d'intervalle dans une même famille chez un garçon de quatre ans et demi et une fille de trois ans.**

Le garçon avait une paralysie flasque limitée à un côté du corps, plus marquée au bras qu'à la jambe. La fillette avait une forme analogue au côté opposé du corps, mais elle présentait en plus un état méningitique caractérisé par de la raideur de la nuque et le signe de Kernig atténué.

Les enfants n'ont pu être suivis au delà de trois semaines pour le garçon et de deux semaines pour la petite fille. Ces faits d'épidémie familiale sont relativement rares. Packard, Béclère en ont signalé des cas. Fait intéressant, le liquide céphalo-rachidien de ces deux enfants ne contenait ni albumine, ni lymphocytes, ni microbes. Ces résultats négatifs sont à opposer aux résultats positifs publiés récemment par quelques auteurs. Les réactions méningées qu'on observe sont donc plus probablement secondaires que primitives.

M. F. Bezançon rappelle qu'il a déjà publié dans les Bulletins de la Société, en octobre 1901, une observation très démonstrative de **pseudo-rhumatisme tuberculeux** : une jeune femme présente pendant six mois des arthrites, multiples, mobiles, curables; on croit à du rhumatisme articulaire aigu où à un pseudo-rhumatisme infectieux de nature indéterminée; l'apparition successive d'une double pleurésie, séro-fibrineuse à lymphocytes, d'une péritonite à forme ascitique, d'une méningite terminale, révèle la nature tuberculeuse de ces accidents.

L'observation suivante recueillie à la consultation de l'hôpital Boucicaut n'est pas moins caractéristique : un homme âgé de quarante ans, au cours d'une bonne santé, souffre d'arthrites multiples, mobiles, pendant quatre mois; trois mois après la guérison de ces arthropathies il présente des accidents de tuberculose pleuropéritonéale subaiguë.

L'évolution clinique suffit à démontrer l'origine tuberculeuse de ces manifestations articulaires, qui, en elles-mêmes, ont toutes les allures cliniques du rhumatisme ou du pseudo-rhumatisme banal. Ces cas sont à ce point de vue à rapprocher des observations de rhumatisme tuberculeux publiés par M. Poncet et ses élèves : crise de polyarthrite simulant d'abord le rhumatisme articulaire aigu, mais terminée par formation d'ankylose ou apparition de tumeur blanche.

Des phénomènes de polyarthrite aiguë, à allures rhumatismales, sont d'ailleurs assez fréquemment retrouvés dans les antécédents de malades porteurs de pleuro-tuberculose, de tuberculose pulmonaire, ganglionnaire, épididymaire; ils peuvent être observés d'autre part au cours d'une phtisie en évolution; l'origine tuberculeuse de ces accidents n'est rien moins que démontrée et l'on porte aujourd'hui un peu trop facilement le diagnostic de rhumatisme tuberculeux.

La coïncidence des accidents n'entraîne pas nécessairement leur corrélation et l'étiquette de tuberculose ne peut être accolée à ces manifestations articulaires que si la preuve expérimentale de la nature tuberculeuse de la lésion a été fournie par l'inoculation de la sérosité articulaire dans le péritoine du cobaye.

M. Claude publie le résultat de ses **recherches sur la cirrhose tuberculeuse expérimentale.** Cette cirrhose, lorsqu'elle est tout à fait développée, se présente le plus souvent sous la forme de gros foies irrégulièrement bosselés, semés de granulations fibreuses et d'infarctus biliaires ou hématiques. Le tissu fibreux est extrêmement dense. Sur la coupe, l'ordonnation trabéculaire du foie est tout à fait bouleversée : on ne rencontre plus que quelques vestiges de travées hépatiques disséminées çà et là dans le tissu scléreux, qui est rempli lui-même de néo-canalicules biliaires. Ceux-ci se sont développés par suite de l'extension de la cirrhose qui est essentiellement disséquante, isolant les groupes de cellules hépatiques dans les trabécules lobulaires. Ces cellules isolées régressent, prennent l'aspect bien connu de néo-canalicules et ultérieurement, lorsqu'elles sont définitivement isolées dans la trame conjonctive, on les voit s'hypertrophier, se développer pour constituer des groupes d'alvéoles ou de tubes ayant un aspect adénomateux.

MM. Sacquépée et Perquis, présentés par M. Simonin, publient les résultats de leurs recherches intéressantes sur la **présence du bacille d'Eberth dans le sang.** D'après eux, la meilleure méthode pour déceler la présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques consiste à ensemencer XV à XXV gouttes de sang, rapidement défibriné par le battage, dans 100 centimètres cubes de bouillon peptonisé. La septicémie éberthienne paraît exister même dans les formes atténuées, alors que la séro-réaction est encore négative. De plus, la richesse du sang en bactéries n'est pas en rapport étroit avec la gravité de la maladie, bien que dans les formes graves les bacilles soient toujours abondants dans le sang.

M. Courtellemont, présenté par M. Béclère, rapporte un cas **d'érythème noueux** observé au cours de la vaccine chez une femme âgée de quarante-neuf ans, atteinte de tuberculose pulmonaire à la première période, d'hystérie, d'intoxication caféinique et de ptose du rein droit.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(3 juin 1903)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la **pluralité des néoplasmes.** M. Segond, comme tous ses collègues, a souvent rencontré plusieurs tumeurs, de nature différente, chez une même malade. Mais il devra surtout appeler l'attention sur certains cas particuliers de tumeurs

associées dans le pelvis, par exemple de tumeurs utérines annexielles, bénignes, coexistant avec des cancers de l'intestin. Il s'est trouvé deux fois en présence de cette particularité. Dans un premier cas, il s'agissait d'un énorme fibrome auquel adhérait une anse d'intestin. Celle-ci était le siège d'un cancer annulaire. Il enleva le fibrome, réséqua la portion d'intestin atteint de cancer et le malade succomba. Dans un second cas, il n'enleva pas le cancer, établit un anus contre nature et le malade succomba quelque temps après. Cette coexistence, très grave, est heureusement très rare. Mais à côté de ces cas il en est d'autres où l'on rencontre des épaississements inflammatoires de l'intestin qui donnent le change pour un cancer, en présentent l'aspect extérieur, tous les symptômes, qu'on laisse dans le ventre et qui finissent par disparaître. C'est sur ces faits que M. Segond désire également insister; il y a cinq ans, il voyait un homme de cinquante ans qui portait des lésions inflammatoires de la fosse iliaque gauche; M. Segond l'incisa, trouva quelques gouttes de pus, et arriva sur l'os iliaque où il trouva une tumeur présentant tous les caractères macroscopiques d'un cancer. Mais l'avenir démontra que ce n'était pas un cancer. Le 21 janvier de cette année, M. Segond opéra une malade d'un kyste de l'ovaire droit, d'une annexite de l'autre côté par la laparotomie et l'hystérectomie abdominale totale; adhérences intimes de l'intestin grêle, avec l'utérus, impossibilité de détacher, résection, impossibilité de rapprocher les deux bouts, anus artificiel, guérison avec fistule intestinale persistante. Là encore existait une induration ayant toutes les apparences d'un cancer. Actuellement, plus de traces d'induration. Il n'y avait pas de cancer.

Une malade fut opérée par Péan d'un cancer de l'ovaire droit. Elle guérit et eut un enfant. En 1900, M. Segond opère cette malade d'un kyste végétant de l'ovaire gauche. En 1901, nouvelle tumeur mobile, laparotomie, masse diffuse inopérable d'aspect cancéreux. M. Segond referme le ventre. La malade prend du sulfate de quinine et guérit. Autre exemple : Une femme est opérée d'une tumeur maligne de l'ovaire droit. Après cette opération, elle présente tous les signes d'un cancer de l'S iliaque. Guérison. Il est bien entendu que, dans tous ces faits, il ne s'agissait pas de cancer. Il résulte de ces faits qu'en présence d'une masse diffuse d'apparence plus ou moins cancéreuse, on peut songer à cette heureuse éventualité de produits simplement inflammatoires pouvant disparaître.

M. Routier a rencontré un cas de fibrome simple, compliqué d'un vrai cancer de l'S iliaque.

A propos de la discussion sur la **gangrène pulmonaire**, M. Delbet rapporte le fait suivant : Une femme de trente-sept ans, malade depuis cinq mois, entre dans le service de M. Dieulafoy qui diagnostique une gangrène pulmonaire primitive avec foyer cavitaire à la partie antérieure du poumon gauche au niveau des deuxième et troisième côtes. Malgré la gravité de l'état général, fièvre élevée, diarrhée, oppression, amaigrissement, M. Dieulafoy déclare que cette malade est justiciable d'une intervention chirurgicale. Celle-ci est pratiquée par M. Delbet, le 20 septembre 1899. La plèvre était adhérente, M. Delbet arrive d'emblée dans la cavité d'où il retire du pus fétide et des tissus sphacelés. Mais il y eut une hémorragie formidable qu'un tamponnement de la cavité parvint à arrêter. Ce tamponnement est laissé quatre jours. On le retire, nouvelle hémorragie provoquée par une quinte de toux. La malade succombe à une troisième hémorragie.

A l'autopsie, on a trouvé un emphysème de tout le poumon droit et, à gauche, le poumon adhérent dans toute son étendue et deux foyers de gangrène dont l'un avait été méconnu. Les hémorragies avaient été dues à une perforation d'une grosse branche de l'artère pulmonaire, au fond du foyer qui avait été incisé.

A propos du rapport de M. Guinard sur un travail de M. Ardouin relatif au **traitement de la lithiase biliaire**, M. Quénu revient sur plusieurs points de la question. Il admet, comme M. Guinard, que, dans certains cas, tant que le ventre n'est pas ouvert, le diagnostic peut présenter de grandes difficultés. Mais celles-ci disparaissent généralement quand, le ventre ouvert, on suit les règles précises présentées par les auteurs. Toutefois, il peut y avoir des adhérences qui gênent l'exploration. C'est ainsi qu'après avoir enlevé un calcul du canal cystique, M. Quénu sentit une masse qu'il prit d'abord pour un cancer de la tête du pancréas; mais il lui restait quelques doutes, il ouvrit le duodénum au niveau de cette masse et trouve une agglomération de calculs. Cette cholédocotomie intra-duodénale peut donc être très utile dans certains cas. Dans d'autres cas, il faut inciser directement le cholédoque.

M. Quénu rappelle que, depuis plusieurs années déjà, il s'est élevé contre la suture des parois du cholédoque. Cette suture est inutile; il suffit d'un bon drainage et la fistule biliaire disparaît spontanément, plus vite, dans ces conditions, que lorsqu'on l'établit sur la vésicule biliaire elle-même.

M. Routier fait observer qu'il est parfois très difficile de se rendre compte de la nature exacte des indurations qui accompagnent les calculs biliaires. Dans un cas, par exemple, où il avait cru tout d'abord à un cancer, les symptômes s'amendèrent et il croyait s'être trompé quand, deux ans après, des signes nets de cancer apparurent de nouveau. Dans un autre cas où il avait enlevé plusieurs calculs biliaires et réséqué la vésicule, survinrent consécutivement des signes de péritonite appendiculaire qui l'obligèrent à ouvrir le ventre de nouveau. L'appendice et le cæcum baignaient dans un liquide biliaire. A l'autopsie on trouva, près de la ligature placée sur la vésicule, une fissure par laquelle passait la bile.

M. Legueu analyse une observation de M. Vanverts (de Lille) relative à un cas de **fistule stercorale traitée par l'exclusion d'une grande partie de l'intestin**. Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans qui portait une tumeur abdominale qu'on croyait être un fibrome. On fit la laparotomie et, le ventre ouvert, on hésita entre un fibrome et une grossesse et on referma le ventre; il y eut de la suppuration et il en résulta une fistule sous-ombilicale. M. Vanverts, appelé auprès de cette malade, qui continuait à avoir des hémorragies, ouvrit le ventre et constata que la paroi abdominale, les anses intestinales, la tumeur étaient partout adhérentes et que l'ablation de la tumeur était impossible. Il constata alors que la fistule stercorale siégeait à environ 90 centimètres du pylore; il aboucha l'intestin grêle dans le côlon transverse, faisant ainsi l'exclusion d'une grande partie de l'intestin grêle, du cæcum, du côlon ascendant et d'une partie du côlon transverse. La malade guérit, mais six mois après il s'écoulait encore des matières intestinales

par la fistule. Toutefois elle s'alimentait et avait engraissé, ce qui prouve qu'on peut vivre n'ayant qu'un peu d'intestin grêle et de gros intestin.

M. Poirier a de la peine à admettre qu'on puisse vivre aussi bien avec si peu d'intestin grêle, et il se demande si M. Vanverts a bien exactement mesuré la partie d'intestin grêle qui restait, chez cette malade, entre le pylore et la fistule stercorale. Pour sa part, il n'oserait jamais exclure les quatre cinquièmes de l'intestin grêle.

MM. Tuffier et Routier estiment que l'exclusion intestinale ne doit être pratiquée qu'exceptionnellement. Il vaut beaucoup mieux recourir à l'anastomose.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 15 AU 20 JUIN 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 15 JUIN, à une heure. — 3e (1re partie, oral, nouveau régime), *École pratique* : MM. Pinard, Rieffel et Gosset ; — M. Gley, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Tillaux, Delens et Walther ; — (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Mauclaire ; — M. Roger, suppléant.

MARDI 16 JUIN, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Faure; — (2e série) : MM. Berger, Pozzi et Schwartz ; — (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — M. Chauffard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Rieffel, suppléant.

MERCREDI 17 JUIN, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Reclus ; — (2e série) : MM. Tuffier, Walther et Legueu ; — M. Roger, suppléant.

JEUDI 18 JUIN, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime, 1re série) : MM. Le Dentu, Bonnaire et Thiéry; — (2e série) : MM. Budin, Faure et Launois ; — (ancien régime) : MM. de Lapersonne, Marion et Potocki; — M. Troisier, suppléant.

VENDREDI 19 JUIN, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Tuffier ; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et Walther ; — (3e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Legueu ; — M. Teissier, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 20 JUIN, à une heure. — 3e (1re partie, oral, ancien régime) : MM. Le Dentu, Albarran et Bonnaire ; — M. Chauffard, suppléant.

5e (2e partie, ancien régime), *Beaujon* : MM. Cornil, Letulle et Méry ; — (nouveau régime 1re série) : MM. Proust, Troisier et Achard ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Widal et Thiroloix ; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki ; — M. Schwartz, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École nationale supérieure d'agriculture coloniale. — Une nouvelle chaire de « Matières premières coloniales » (matières végétales et animales) vient d'être créée à l'École nationale supérieure d'agriculture coloniale.

M. le docteur Heim, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris, en est nommé titulaire.

Société d'hypnologie et de psychologie. — La douzième séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 16 juin 1903, à quatre heures précises, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

Ordre du jour. — 1° Compte rendu de la situation morale et financière de la Société;

2° Allocution de M. le docteur Jules Voisin, président de la Société ;

3° Eloge du professeur Tokarsky (de Moscou), membre fondateur de la Société, par M. le docteur Bérillon, secrétaire général;

4° Communications et lectures; — Présentation de malades;

5° Vote sur l'admission de nouveaux membres;

6° Elections complémentaires du bureau.

Les auteurs sont invités à adresser, dès à présent, les titres de leurs communications à M. le docteur Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taitbout.

Après la séance annuelle, le banquet aura lieu à sept heures, comme les années précédentes, au restaurant de l'hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. le docteur Jules Voisin. — Tenue de ville. — Adresser les adhésions à M. le docteur Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taibout.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la vingt et unième semaine 939 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente et inférieur à la moyenne (984).

La fièvre typhoïde a causé 8 décès (moyenne 9).

La variole a causé 1 décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 14 décès (moyenne 28); la scarlatine, 5 décès (moyenne 4); la coqueluche, 10 décès (moyenne 10); la diphtérie, 9 décès (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 127, stationnaire et toujours supérieur à la moyenne (79).

La diarrhée infantile a causé 24 décès de 0 à 1 an, au lieu de 23 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 34.

En outre, 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 136 décès au lieu de 153 pendant la semaine précédente et au lieu de 160, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (moyenne 12); bronchite chronique, 17 (moyenne 20); pneumonie, 25 (moyenne 40); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 83 (moyenne 88), dont 34 sont dus à la congestion pulmonaire et 34 à la broncho-pneumonie. En outre, 9 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 226 décès ; la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cattiaux (de Coudray-Saint-Germer), Garrey (de Saint-Laurent), Palenc (de Toulouse) et Prat (de Lanildut).

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DOCTEUR-PHARMACIEN, trente-huit ans, libre de suite, recherche à utiliser son double diplôme dans régions lyonnaise, dauphinoise ou limitrophes. Accepterait situation dans hospice, usine, établissement thermal, sanatorium, etc., achèterait ou créérait laboratoire d'analyses dans ville d'eaux, etc. — S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DE L'ACTINOMYCOSE HUMAINE EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

DANS CES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

Par MM. le professeur A. Poncet et Léon Thévenot [de Lyon] (1).

Il nous a paru intéressant de rechercher, cinq ans après la publication de notre *Traité clinique de l'actinomycose humaine* (A. Poncet et L. Bérard), dans lequel nous avions donné une bibliographie aussi complète que possible des cas alors connus d'actinomycose, ceux qui ont été publiés depuis, soit en France, soit à l'étranger.

De cette étude peuvent encore découler certaines notions utiles sur la fréquence de cette maladie infectieuse, sur ses localisations préférées et sur la nécessité d'en établir un diagnostic précoce.

Depuis notre dernière communication à l'Académie de médecine (2) [1er avril 1902], nous avons eu l'occasion de rencontrer dans la pratique hospitalière 11 actinomycosiques, dont voici le titre des observations, publiées pour la plupart.

Le plus souvent aussi ces malades ont été présentés, soit à la Société de médecine, soit à la Société des sciences médicales de Lyon, toujours après constatation microscopique du champignon rayonné (L. Dor).

Voici l'indication sommaire de ces observations :

Actinomycose temporo-maxillaire droite (L. Thévenot, Soc. des sc. méd., 9 avril 1902, et *Gaz. des hôpit.*, 1er juillet 1902).

Actinomycose de la région sus-hyoïdienne (L. Thévenot, *Gaz. des hôpit.*, 1er juillet 1902).

Actinomycose pulmonaire (examen des crachats le 24 avril 1902, L. Dor).

Actinomycose appendiculaire, avec actinomycome de la paroi abdominale (L. Thévenot, *Gaz. des hôpit.*, 12 août 1902).

Actinomycose appendiculaire (L. Thévenot, *Gaz. des hôpit.*, nov. 1902).

Actinomycose de la joue droite, d'origine dentaire (maxill. supér.) [Obs. inédite, A. Poncet].

Actinomycose du sterno-cléïdo-mastoïdien, simulant une infiltration gommeuse syphilitique (L. Thévenot, Soc. des sc. méd., 19 nov. 1902).

Actinomycose fessière d'origine rectale (A. Poncet, *Gaz. des hôpit.*, 13 avril 1903).

Actinomycose cervico-faciale de la région mentonnière (Pont et Poncet, Obs. inéd.).

Actinomycose cervico-faciale, forme angulo-maxillaire (Mouriquand, Soc. de méd., 22 mars 1903).

Actinomycose cervico-faciale (région parotidienne) d'origine auriculaire (L. Thévenot et Rivière, Soc. de médecine, 4 et 25 mai 1903).

Si nous tenons compte des autres observations, publiées récemment en France par MM. Guelliot, Delassus, Magnan, Bagnéris, Follet, Vallas, Tixier, Rafin, Rigal, Gaucher, Coronat, nous réunissons ainsi 30 cas d'actinomycose dans cette dernière année.

Semblable inventaire ayant été fait par nous dans deux communications précédentes à l'Académie de médecine depuis 1898 (1), nous arrivons au chiffre total, pendant ces cinq années, de 86 observations françaises.

Ces observations se divisent ainsi :

Actinomycose cervico-faciale	67
— pleuro-pulmonaire	4
— abdominale (intestinale, génito-urinaire)	9
— des parois du thorax et de l'abdomen	4
— de la peau et des membres	2

(1) Communication à l'Académie de médecine (séance du 9 juin).

(2) A. Poncet et Bérard. *De l'actinomycose humaine en France; sa fréquence; son pronostic éloigné.*

(1) Poncet et Bérard. Loc. cit.; — Poncet et Bérard. *De l'actinomycose humaine en France pendant ces deux dernières années* (1898-1900).

Nous avons fait la même étude pour les divers pays dans lesquels des observations d'actinomycose ont été publiées durant cette période de cinq ans par divers auteurs, dont voici les noms (1) :

Allemagne, 101 cas (Beck, Benda, Birkmer, Bollinger, Bongarz, Czerny, Dœpke, Durring, Fütterer, Geissler, Gottstein, Halter, Hoffmann, Hofmeister, Isemer, Israël, Kamen, Kampelmann, Kashiwamura, König, Lange, Litten, Marcus, Martens, Merkel, Ponfick, Prutz, Rigler, Rindfleisch, Silberschmiedt, Tillmann).

Amérique, 102 cas (Codman, Elliott, Ewing, Fütter, Munro, Mixter, Phelps, Porte, Ruhrah, Walter, Whitney, Whrigt).

Angleterre, 35 cas (Dukwort, Goldlee, Hart, Hebb, Howart, Johnson, Jones, Kellock, Little-Dale, Moodic, Nottingham, Oliver, Rowland, Schurmayer, Stonhaus, Turner).

Autriche, 79 cas (Baracz, Beck, Berestnew, Brabec, Butler, Kamen, Kopfstein, Kreibich, Kucera, Lieblein, Martin, Rzad, Schrötter, Weber.

Espagne (don Luis del Rio).

Grèce, 1 cas (Phocas).

Hollande, 3 cas (Feymers, Weer).

Italie, 22 cas (Bucci, Catterina, Camerino, Cesari, Colzi, De Cortes, Fantino, Guillo, Minerbi, Nacciarone, Pacinotti, Parascandalo, Tansini, De Vita).

Roumanie, 2 cas (Bardesco, Jonnesco).

Russie, 189 cas (Alissow, Arapov, Buchmann, Gerenstein, Giusbirg, Gomolitzki, Glavtche, Ilievski, Konigsberg, Korotkov, Krasnovaer, Lidmanovski, Nikitin, Pribuitkov, Razumovski, Russlov, Smirnow, Starkiewitch, Stephanovski, Theodorov, Tichov).

Suède, 2 cas (Baarnhielm, Ekehorn).

Suisse, 5 cas (Häberlin, Kahlden, Müller, De Quervain).

Turquie, 4 cas (Antipas, Gabrielidès).

Il ressort de cette enquête certaines particularités qui découlent, immédiatement, du simple examen des chiffres que nous fournissons.

Une première remarque générale s'impose : l'actinomycose humaine est aussi fréquente en France, ainsi que nous le donnions à entendre, dès le début de nos recherches, que dans les pays les plus actinomycosiquement privilégiés. Nous relevons, en effet, 86 observations en France, 189 en Russie, 102 dans l'Amérique du Nord, 101 en Allemagne, 79 en Autriche, et, si l'on tient compte de l'étendue des territoires, du nombre des habitants, etc., la proportion des actinomycoses en France est aussi grande qu'en Allemagne, qu'en Russie, etc.

Pour d'autres régions, le nombre fléchit rapidement. Si l'on compte 35 cas en Angleterre, on n'en trouve que 22 en Italie, 5 en Suisse, 4 en Turquie, 3 en Hollande, 2 en Roumanie, 2 en Suède, 1 en Grèce.

Ces chiffres nous permettent de juger de la fréquence de l'actinomycose en Russie, en Allemagne, en Autriche, dans l'Amérique du Nord. Pour l'Angleterre, l'Italie, la Suisse, ils nous paraissent également représenter la presque totalité des faits qui ont été signalés, mais, pour d'autres pays, ils ne doivent être acceptés qu'avec réserve. C'est ainsi que, pour la Hollande et la Roumanie, les documents dont nous avons pu disposer ne nous permettent pas d'être aussi affirmatifs.

En Turquie, le petit nombre d'actinomycoses tient probablement à ce que la maladie s'y trouve mal connue. En Grèce, d'après le docteur Phocas, le cas que nous mentionnons serait le seul observé. En Espagne, l'actinomycose serait très rare, d'après le professeur don Luis del Rio, dans son discours de réception à l'académie de Saragosse (*Los primeros casos de actinomycosis estudiados en España*, 1900). En Suède et en Danemark, l'affection serait, au contraire, commune (1).

Nous devons, enfin, faire remarquer, que bon nombre de cas ont été présentés à des sociétés savantes locales, sans qu'il en soit autrement fait mention, et l'on comprend qu'ils puissent échapper ainsi, facilement, aux recherches bibliographiques. Nous ne saurions donc fournir, d'une façon certaine, le nombre des actinomycoses constatées dans les différents pays.

Une telle statistique, malgré ses lacunes, n'en comporte pas moins un certain intérêt. Elle nous montre que, partout où l'on sait la diagnostiquer, sauf en Suisse, l'actinomycose est une maladie fréquente.

Est-elle transmissible de l'animal à l'homme? Le fait n'est pas douteux, nous avons, du reste, complétement étudié cette question dans notre livre (A. Poncet et L. Bérard, loc. cit.) et nous avons montré que la grande source de la contamination pour l'homme comme pour les animaux, est dans le règne végétal. Cette notion étiologique est confirmée par nos dernières recherches.

En Alsace-Lorraine, les vallées du Rhin et de la Moselle comptent, par exemple, quatre fois plus d'actinomycosiques, que le haut plateau de la Lorraine, et que les arrondissements de la montagne. Dans la vallée du Rhin et de la Moselle, on trouve, en effet, de 21 à 23 cas d'actinomycose par an, et sur les hauts plateaux, seulement 4 à 5 (Luxenburger). Ce sont, cependant, ces derniers qui élèvent le plus de bestiaux.

L'Allemagne du Nord, riche en bétail, est, par contre, cinq fois plus touchée que l'Allemagne du Sud ; mais il y a lieu de tenir compte des conditions sociales particulières des paysans de l'Allemagne du Nord. Dans ces provinces où existe la grande propriété, la situation du paysan est des plus misérables. Non seulement il travaille, non seulement il vit, jour et nuit, avec les animaux domestiques, mais il est, bien souvent, plus mal nourri et plus mal logé qu'eux. Dans ces conditions, n'est-il pas exposé, au maximum, à être infecté par tous les parasites, par toutes les moisissures? L'actinomycose, comme la tuberculose, apparaît alors comme une maladie de misère, ce qui expliquerait aussi sa fréquence en Russie.

La condition du paysan russe, qui rappelle le paysan dont parle La Bruyère, est, dans beaucoup de gouvernements, des plus tristes. Sa misère n'a d'égale que l'absence de soins de propreté. Logeant l'hiver avec ses bestiaux et sa volaille, couchant au milieu des champs, dans la belle saison, il manque de l'hygiène la plus élémentaire, il est exposé à toutes les infections : actinomycosiques et autres.

La richesse d'un pays en bétail n'entraîne donc pas direc-

(1) Nous ne donnons pas d'autres indications bibliographiques, en raison du nombre de pages (6 pages) que nécessiteraient les titres des travaux et des journaux étrangers dans lesquels ces travaux ont paru.

L'index bibliographique complet du *Travail clinique de l'actinomycose humaine* ne compte pas moins de 22 pages.

Pour les colonies françaises nous manquons de documents, en dehors de l'Algérie, où plusieurs observations d'actinomycose ont été publiées depuis quelques années par MM. Legrain, Gemy, Vincent, Scherb, etc.

(1) D'après des renseignements qui nous ont été obligeamment communiqués par le docteur Luxenburger (de Metz).

tement la fréquence de l'actinomycose. Il en est tout autrement de l'absence d'hygiène chez les habitants.

Au surplus, si l'actinomycose devait être d'origine animale, ce sont les parties ordinairement en contact avec les animaux, ou souillées par leur salive, qui seraient ordinairement atteintes. Or, si nous dépouillons nos observations à ce point de vue, nous trouvons que le champignon rayonné s'est localisé de la façon suivante :

Pour la France. — Actinomycose cervico-faciale, 67 (53 guérisons, 3 améliorés, 4 morts, 7 résultats inconnus).

Actinomycose pleuro-pulmonaire, 4 (1 guérison, 1 mort, 2 résultats inconnus).

Actinomycose abdominale profonde, 9 (3 guérisons, 2 morts, 4 résultats inconnus).

Actinomycose des parois de l'abdomen et du thorax, 4 (4 guérisons).

Actinomycose cutanée et des muscles, 2 (2 guérisons).

Pour l'Allemagne. — Actinomycose cervico-faciale, 56 (27 guérisons, 3 morts, 26 résultats inconnus).

Actinomycose pleuro-pulmonaire, 13 (13 morts).

Actinomycose abdominale profonde, 10 (4 guérisons, 4 morts, 2 résultats inconnus).

Actinomycose des parois du thorax et de l'abdomen, 7 (3 guérisons, 3 morts, 1 résultat inconnu).

Actinomycose cutanée et des membres, 3 (3 guérisons).

Pour l'Autriche. — Actinomycose cervico-faciale, 61 (56 guérisons, 5 résultats inconnus).

Actinomycose pleuro-pulmonaire, 3 (3 morts).

Actinomycose abdominale profonde, 3 (2 guérisons, 1 mort).

Actinomycose des parois du thorax et de l'abdomen, 3 (2 guérisons, 1 mort).

Actinomycose cutanée et des membres, 3 (3 guérisons).

Actinomycose du système nerveux, 1 (1 mort).

Pour la Russie. — Actinomycose cervico-faciale, 86 (1 mort, 2 guérisons, 83 résultats inconnus).

Actinomycose pleuro-pulmonaire, 41 (2 guérisons, 1 mort, 38 résultats inconnus).

Actinomycose abdominale profonde, 40 (1 guérison, 1 mort, 38 résultats inconnus).

Actinomycose des parois du thorax et de l'abdomen, 6 (3 guérisons, 3 résultats inconnus).

Actinomycose cutanée et des membres, 1 (1 mort).

Actinomycose du système nerveux, 1 (1 mort).

Pour l'Amérique. — Actinomycose cervico-faciale, 15 (15 guérisons).

Actinomycose pleuro-pulmonaire, 3 (1 guérison, 2 morts).

Actinomycose abdominale profonde, 7 (1 guérison, 3 morts, 3 résultats inconnus).

Actinomycose pariétale, 2 (2 guérisons).

Actinomycose du système nerveux, 1 (1 mort).

Pour l'Angleterre. — Actinomycose cervico-faciale, 11 (9 guérisons, 1 mort, 1 résultat inconnu).

Actinomycose pleuro-pulmonaire, 4 (4 morts).

Actinomycose abdominale profonde, 10 (3 guérisons, (6 morts, 1 résultat inconnu).

Actinomycose pariétale, 1 (1 guérison).

Actinomycose cutanée et des membres, 1 (1 mort).

Pour l'Italie. — Actinomycose cervico-faciale, 5 (2 guérisons, 3 résultats inconnus).

Actinomycose pleuro-pulmonaire, 1 (1 résultat inconnu).

Actinomycose cutanée et des membres, 1 (1 guérison).

L'étude de ces observations nous montre aussi la gravité différente que revêt la maladie, suivant sa forme, et surtout d'après son siège.

Nous avons pu avoir des renseignements suffisants sur 497 cas. Il ne nous a pas été possible de recueillir des documents précis pour les autres actinomycosiques.

L'actinomycose cervico-faciale, de beaucoup, et partout la plus fréquente, y figure pour 306 cas ; 3 malades sont portés comme améliorés ; chez 125, le résultat est inconnu, soit qu'il n'en soit pas fait mention dans les observations, soit que les malades aient été perdus de vue ; 10 sont morts, et 168 ont guéri. Nous trouvons 1 mort pour, environ, 16 guérisons. Cette localisation comporte donc un pronostic relativement favorable.

S'il s'agit d'une infection de la paroi thoracique ou de la paroi abdominale, le pronostic est déjà plus sombre : 25 cas nous donnent 16 guérisons, 4 morts, 5 résultats inconnus, c'est-à-dire 1 mort pour 4 guérisons.

Bien différentes, au contraire, sont les localisations viscérales, à proprement parler.

Lorsqu'elle siège sur les organes profonds de l'abdomen, l'actinomycose compte, à peu près, autant de morts que de guérisons. Sur 84 cas, nous avons 16 guérisons, 17 morts et 51 résultats inconnus.

Les formes pleuro-pulmonaires sont aussi des plus graves : 71 cas, 4 guérisons, 25 morts, 42 résultats inconnus (1).

D'après le dépouillement de ces nombreuses observations, l'actinomycose est, certainement, plus fréquente à la campagne qu'à la ville. On la rencontre, plus volontiers, chez les paysans, chez les manouvriers, mais nulle profession n'est épargnée, ainsi qu'en témoigne nombre de nos cas, recueillis dans toutes les classes sociales.

A cet égard, et au point de vue du mode de contamination, par des graines de céréales, par des végétaux, par des aliments, etc., nous ne pourrions que répéter ce que nous avons déjà dit bien des fois.

De notre nouvelle étude, il résulte cependant, d'une façon plus nette, que l'actinomycose est surtout fréquente dans les pays qui produisent beaucoup de céréales et beaucoup de fourrage. Les régions humides, marécageuses, les terrains d'alluvion, les terrains avec nappe d'eau rapprochée du sol, etc., semblent constituer pour le champignon rayonné, comme, du reste, pour d'autres parasites végétaux, un excellent milieu de culture.

En dehors du sujet dont il faut toujours grandement tenir compte, en fait d'actinomycose, comme en fait d'autres maladies infectieuses, ces variations du pronostic s'expliquent par le siège, par la profondeur, par l'ancienneté des lésions, par la virulence plus ou moins grande du parasite, par l'absence du traitement spécifique, par d'autres infections microbiennes surajoutées, etc.

Les malades ont été, d'une manière générale, soumis au traitement iodé à l'intérieur (iodure de potassium, iodipine quelquefois, en injections sous-cutanées, etc.), en même temps qu'au traitement local.

---

(1) Déjà le docteur Jean Duvau, dans son importante thèse sur : *Le pronostic éloigné des différentes formes cliniques de l'actinomycose; statistique de 255 cas* (Th. de Lyon, 1902), avait montré que la mortalité générale de l'actinomycose humaine était ainsi répartie :

10 p. 100 dans les formes cervico-faciales superficielles ;
30 p. 100 dans les formes temporo-maxillaires profondes ;
65 p. 100 dans les formes abdominales d'origine intestinale ;
85 p. 100 dans les formes thoraco-pulmonaires ;
100 p. 100 dans les formes hépatiques ;
100 p. 100 dans les formes cérébro-spinales.

A la région cervico-faciale, il est facile par le curetage, les cautérisations, les larges badigeonnages avec la teinture d'iode, les pansements à ciel ouvert, etc., de poursuivre l'actinomycose, de l'éteindre et d'obtenir la guérison, surtout dans les formes récentes, superficielles, non squelettiques.

Sur les parois du thorax et de l'abdomen, les lésions locales seront traitées de la même façon, mais elles récidivent aisément, parce qu'elles sont habituellement symptomatiques d'une infection viscérale, latente ou non.

L'actinomycose est donc une maladie cosmopolite. On la trouve, dans une proportion à peu près égale, partout où on la cherche. C'est une opinion que nous avons déjà maintes fois formulée, en nous appuyant sur divers documents, sur l'analogie de races, de pays, de cultures, etc. Nous en donnons aujourd'hui la preuve par une laborieuse statistique de tous les cas publiés depuis cinq ans en Europe, en Amérique.

Dans d'autres contrées les manifestations actinomycosiques sont inconnues, par l'unique raison, nous en sommes convaincus, que l'on ne sait pas les diagnostiquer.

En France, ainsi que l'a bien montré l'année dernière le docteur Patel dans son intéressante carte géographique (1), les départements les plus contaminés et aussi, la plupart du temps, les seuls actinomycosiques, sont toujours ceux dans lesquels il existe des grands hôpitaux, des laboratoires où l'on est familiarisé avec la recherche des grains jaunes.

Qu'en conclure encore, sinon que dans les départements plus ou moins vierges du parasite on ne songe pas à son existence, on ne sait pas le reconnaître?

Les 11 cas personnels que nous avons observés dans le courant de cette année avec contrôle histologique du champignon rayonné (L. Dor) démontrent, une fois de plus, que l'actinomycose n'est pas chez nous une curiosité pathologique, qu'elle ne doit pas être considérée comme une maladie rare.

Il faut y penser comme on pense à la tuberculose, au cancer, à la syphilis, par exemple; que de fois n'avons-nous pas vu des néoplasmes suppurés, fistuleux, des accidents dits spécifiques, n'être que des réactions variées de l'actinomyces inclus dans les tissus!

C'est donc faire œuvre utile de rappeler aux médecins qu'ils doivent songer à l'actinomycose comme à d'autres maladies courantes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(9 juin 1903)

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Proust pour la lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, à Chartres, pour l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Pasteur. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

M. Robin fait un rapport sur un travail de MM. Doumerc et Lemoine (de Lille), relatif au **traitement du cancer de l'estomac par l'application des rayons de Röntgen.** Ce travail est des plus suggestifs et, comme tout ce qui se dit à l'Académie est répété le lendemain dans les journaux politiques, le public va se croire en présence d'un traitement du cancer de l'estomac. Aussi ne saurions-nous assez nous associer aux sages et prudentes réserves avec lesquelles M. Robin a rappelé les faits, évidemment très intéressants, de MM. Lemoine et Doumerc.

Une femme de soixante-quatre ans, qui portait une tumeur stomacale manifeste et présentait, en même temps, tous les symptômes du cancer de l'estomac, vomissements, amaigrissement, etc., a été guérie de la tumeur et de ses symptômes en quatre mois par l'application des rayons X.

Une femme de quarante-huit ans atteinte d'une tumeur de l'estomac grosse comme une mandarine, avec tous les symptômes du cancer, a été guérie de tous ses accidents après douze séances.

Plusieurs malades atteintes de tumeurs cancéreuses du sein se seraient également très bien trouvées de cette méthode de radiothérapie.

Voilà les faits. Nous sommes tentés de les trouver trop beaux, contentons-nous de dire avec M. Robin, que ce sont là des documents d'attente, très dignes d'attirer l'attention des praticiens, appelant de nouvelles observations et de nouvelles recherches et qui, s'ils ne doivent pas être acceptés avec trop d'enthousiasme, méritent cependant d'être pris en considération.

D'ailleurs MM. Lemoine et Doumerc vont eux-mêmes au-devant des objections qu'on peut leur présenter : possibilité d'erreur de diagnostic, amélioration seulement passagère, etc. Attendons donc de nouveaux faits.

M. A. Poncet (de Lyon), en son nom et au nom de M. Léon Thévenot, fait une communication sur **l'actinomycose humaine en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années.** (Voir plus haut, p. 673.)

M. Nocard fait observer que, depuis les recherches de M. Lignières, directeur de l'Institut bactériologique de Buenos-Ayres, il existe, à côté du type classique de l'actinomycose, une autre affection déterminée par un bacille qui détermine des lésions identiques à celles de l'actinomycose, mais qui s'en distingue en ce qu'il ne se colore pas par la méthode de Gramm. Cette affection, qu'on désigne du nom d'actinobacillose, exerce parmi les troupeaux de l'Argentine de véritables ravages, 60 p. 100 de malades. Depuis, M. Nocard a recherché cette maladie en France sur les animaux et l'a rencontrée plusieurs fois. Il appelle sur ces faits l'attention de M. Poncet, parce qu'il est convaincu qu'elle existe également chez l'homme et qu'on a pu la confondre avec l'actinomycose vraie.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(4 juin 1903)

A l'occasion d'une communication de M. Dejerine, une intéressante discussion s'est engagée sur la **maladie de Little.** M. Dejerine a rapporté l'observation d'un homme atteint dès sa naissance d'une rigidité spasmodique des quatre membres, sans troubles des sphincters et de la sensibilité, avec intégrité de l'intelligence et de la face; le diagnostic clinique posé fut celui de maladie de Little. Or, à l'autopsie, on a trouvé l'intégrité absolue de l'encéphale, et un foyer de myélite transverse cervicale probablement de nature syphilitique. Rapprochant ce deuxième fait d'un premier cas qu'il a déjà publié, M. Dejerine croit que la maladie de Little peut avoir une origine spinale et que l'absence complète et durable de troubles épileptiformes peut servir à différencier la maladie de Little d'origine spinale de la mala-

(1) Académie de médecine, 1er avril 1902.

die de Little d'origine cérébrale. Mais cette conception est combattue par M. Brissaud qui n'admet pas l'origine spinale de la maladie de Little; on doit dire dans ce cas tétraplégie congénitale due à une myélite transverse; c'est une erreur de diagnostic mais ce n'est pas une maladie de Little, car dans cette dernière on trouve toujours quelques troubles du côté de la face. M. Raymond reste toujours uniciste, voit dans la maladie de Little, non une entité morbide que l'on puisse opposer par sa pathogénie aux diplégies cérébrales; mais une variété des diplégies cérébrales, car les différents éléments qui constituent ce syndrome, naissance avant terme, intégrité de l'intelligence, absence de troubles épileptiformes, amélioration progressive, ne sont pas particuliers à la maladie de Little, mais peuvent s'observer dans les autres formes de diplégies cérébrales. M. Marie croit maintenant, depuis les recherches de MM. Charrin et Lévi, que la naissance prématurée ne suffit pas à elle seule pour expliquer la paraplégie spasmodique, car, chez les prématurés, ces auteurs ont constaté des hémorragies cérébrales; enfin l'absence de troubles épileptiformes n'est pas un signe péremptoire pour l'origine spinale de la paralysie, car on observe des hémiplégies cérébrales infantiles typiques qui n'ont jamais présenté d'accidents épileptiformes.

MM. Huet et Alquier ont examiné les **réactions électriques dans la maladie de Parkinson**. Chez douze malades atteints de paralysie agitante, les modifications qualitatives faisaient défaut. Le plus souvent, mais non toujours, existait une légère diminution de l'excitabilité faradique et galvanique avec légère augmentation de la résistance dans les muscles les plus intéressés.

Les réflexes tendineux sont exagérés, mais les auteurs n'ont jamais trouvé ni réflexe cutané plantaire en extension ni trépidation spéciale, ni contractions fibrillaires vraies.

M. Delherm a pu examiner les **réactions électriques** chez deux malades atteints d'**artérite oblitérante de la poplitée**, et cela dès le début de l'oblitération; il existe une série de modifications quantitatives et qualitatives analogues à celles signalées par M. Babinski immédiatement après la mort.

MM. Raymond et Cestan ont recueilli une troisième observation anatomo-clinique de **paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires**. Dans les trois cas le syndrome observé a consisté en cette paralysie sans strabisme intense permanent, sans paralysie faciale nucléaire ou tronculaire associée à une hémiplégie alterne sensitive (perte du sens articulaire, du sens stéréognostique, anesthésie cutanée, sensation de fourmillements), à des troubles moteurs consistant non dans la perte de la force segmentaire mais en des troubles de la motilité tels qu'incoordination motrice, asynergie, tremblement intentionnel, mouvements choréo-athétosiques, dysarthrie.

Le fond de l'œil est variable, avec ou sans névrite optique; la marche est lentement progressive. A l'autopsie on trouve un tubercule solitaire dans la calotte de la partie supérieure de la protubérance épargnant d'une part la voie pyramidale, d'autre part les noyaux des troisième et sixième paires; les auteurs ne croient pas que la sixième paire envoie des fibres directes dans le tronc de la troisième paire du côté opposé.

MM. Brissaud et Lereboullet présentent, sous le nom d'**hémicraniose**, un adulte atteint depuis son enfance d'une **hyperostose de la partie gauche de la voûte cranienne**. Or, depuis plusieurs mois, ce malade est atteint de crises épileptiformes et de céphalées. Les auteurs rapprochent ce cas d'un autre fait semblable qu'ils ont observé plusieurs années auparavant, jeune fille atteinte d'une hyperostose cranienne congénitale ayant présenté plus tard des crises épileptiformes et des signes de tumeur cérébrale, reconnue à l'autopsie sous la forme de fibro-sarcomes de la dure-mère; on peut donc se demander si les crises épileptiformes n'indiquent pas chez leur malade la production de tumeurs fibreuses consécutives à l'hémicraniose.

M. Babinski, sous le nom de **spondylose pseudo-tabétique,** réunit deux malades atteints d'ankylose vertébrale avec abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, mais sans troubles urinaires, sans signe d'Argyll-Robertson, sans lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Enfin, MM. Chiray et Cornelius présentent un homme âgé de soixante-sept ans. Cet homme a eu la syphilis à l'âge de seize ans; or, depuis deux ans seulement, il présente des signes de tabes, douleurs fulgurantes, abolition des réflexes, signe d'Argyll; c'est donc un **tabes à incubation extrêmement prolongée**, cinquante ans, et une incubation aussi prolongée n'avait pas encore été signalée.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DE COMPAGNIES D'ASSURANCES

« Lorsqu'en 1898 nous prîmes l'initiative [dit M. Poels (de Bruxelles) dans son excellent rapport sur les *risques tarés*] de réunir en un congrès les médecins de compagnies d'assurances, ce n'était pas dans le seul but de provoquer une discussion en commun sur certaines affections pathologiques, c'était en vertu d'un programme assez complexe, mais dont les points principaux peuvent être résumés en ces trois propositions :

1° Démontrer l'utilité d'un formulaire médical uniforme pour toutes les compagnies d'assurances sur la vie. — *But technique*.

2° Etudier les différentes maladies au point de vue du diagnostic et du pronostic afin d'en tirer des données précises permettant de mieux guider la sélection médicale. — *But scientifique*.

3° Rechercher par quels moyens on pourrait étendre les bienfaits de l'assurance sur la vie aux personnes qui en sont écartées pour des motifs de santé. — *But humanitaire*. »

C'est la question de l'admission à l'assurance d'un certain nombre de personnes qui en sont exclues en raison de tares héréditaires ou pathologiques dont elles sont chargées, ou, pour employer le langage des compagnies, de l'admission des *risques tarés* dont s'est préoccupé surtout le Congrès, qui vient de se tenir à Paris du 25 au 28 mai.

Après les Congrès de Bruxelles et d'Amsterdam, le Congrès de Paris vient d'indiquer une tendance des compagnies d'assurances sur la vie à se montrer plus larges dans leurs admissions.

Les nombreux et très intéressants rapports présentés indiquent que l'admission des risques tarés tend à se généraliser dans les compagnies, non seulement grâce à la concurrence formidable que viennent faire aux compagnies françaises les grandes compagnies américaines, mais aussi parce que les statistiques commencent à montrer

d'une façon précise qu'il n'y a pas d'inconvénient à se montrer très large.

Limités par la place nous ne pouvons que résumer brièvement les principaux rapports.

LES AFFECTIONS CHRONIQUES DES VEINES. — M. Moritz (de Saint-Pétersbourg) pense que le refus absolu et définitif d'une demande d'assurance n'est pour ainsi dire jamais justifié par la présence de tumeurs hémorroïdaires.

Dans la grande majorité des cas, le pronostic de la vie n'est pas compromis par ces bourrelets ; dans une minorité de cas un ajournement s'imposera jusqu'à la bonne réussite d'une opération (dilatation de l'anus ou opération radicale); dans quelques autres cas, on tiendra compte des complications menaçantes, par quelque aggravation des conditions.

En ce qui concerne les varices des membres inférieurs, M. Moritz les considère, lorsquelles donnent lieu à des ulcères variqueux, comme un obstacle à l'assurance sur la vie.

Les congressistes, se ralliant en principe aux conclusions du rapporteur, ont cependant insisté pour que la question fût précisée dans un nouveau rapport, en ce qui concerne les phlébites et leurs complications.

LA GOUTTE. — M. Lereboullet conclut que les sujets atteints de goutte ou prédisposés à la goutte peuvent être admis à contracter une assurance sur la vie, surtout s'ils sont âgés de plus de 35 ans, s'ils ne présentent aucune lésion viscérale et si leur hygiène est bonne.

On ferait bien, dit-il, de leur imposer une surprime s'ils sont jeunes ou s'ils présentent déjà des lésions articulaires persistantes.

On ne devra les refuser que si leur maladie s'est déjà caractérisée par des accidents s'aggravant progressivement et, surtout, si elle a déjà déterminé des lésions cardio-vasculaires ou rénales persistantes.

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — M. Grosse (de Leipzig) conclut à l'acceptation des sujets n'ayant eu qu'un accès de rhumatisme articulaire aigu sans retentissement sur le cœur. En cas de récidive il demande d'attendre deux ou trois années après le dernier accès.

Ces conclusions sont adoptées non sans une discussion très serrée, et le Congrès demande que même dans le cas d'un accès unique l'assurance ne puisse être acceptée qu'après un délai de deux ans sans récidive.

LES ASTHMATIQUES, dit M. Mabillon (de Bruxelles), doivent être envisagés de deux façons.

Les sujets jeunes, au dessous de trente-cinq à quarante ans, indemnes de tuberculose, qui ne toussent pas, n'expectorent pas, n'ont pas d'hypertrophie ou de dilatation cardiaque, peuvent être acceptés.

Les autres sont des risques inadmissibles.

M. Hirtz est plus sévère encore pour les **EMPHYSÉMATEUX** : On doit, dit-il, tenir pour mauvais un emphysémateux dont les sommets donnent une tonalité élevée et une résistance au doigt, manifeste à la percussion — et dont l'état général est médiocre. On doit tenir pour mauvais tout emphysémateux qui, à l'investigation spirométrique, donne moins de 2000 centimètres cubes.

On doit considérer comme risque inacceptable tout emphysémateux qui à la mensuration du périmètre thoracique donne moins de 3 centimètres de différence dans l'inspiration et l'expiration forcées, chez qui l'état du cœur et des artères n'est pas normal.

En ce qui concerne les **ANCIENS PLEURÉTIQUES**, dit M. Bourcy, il y a lieu de faire une distinction. Des pleurésies secondaires, il n'y a pas à tenir compte en matière d'assurance à moins qu'elles n'aient laissé un reliquat. Des pleurésies purulentes il est de même. Le point délicat c'est la pleurésie, essentielle, primitive ou *a frigore*, véritables pleuro-tuberculoses. Ce sont celles-là qu'il faut considérer comme un risque suspect.

M. Bourcy émet les conclusions suivantes admises sans modification par le Congrès :

1° Les pleurésies dont la cause aura été bien établie ou survenues à titre d'épiphénomène ou de complication au cours d'une maladie définie, les pleurésies non tuberculeuses en un mot, ne diminueront pas sensiblement la valeur du risque, sous la condition expresse :

a. Que la guérison aura été complète et confirmée par un laps de temps suffisant ;

b. Qu'il ne subsistera aucun reliquat suspect ou capable de compromettre le fonctionnement normal des autres organes.

2° Il en sera de même pour les pleurésies purulentes, guéries même au prix d'une intervention chirurgicale importante, sous les mêmes réserves.

3° La pleurésie essentielle, primitive ou *a frigore* (pleuro-tuberculose) n'entraînera pas *de plano* le refus de la proposition, mais diminuera toujours la valeur du risque.

L'admission ne pourra être conseillée qu'en l'absence dûment constatée de tout indice suspect, et après examen raisonné des éléments d'appréciation, variables pour chaque cas particulier, tirés des antécédents personnels et héréditaires, de l'âge, du sexe, des habitudes hygiéniques ou professionnelles, du genre de vie, de la date de la pleurésie antérieure.

En cas d'hésitation, la prudence exigera un ajournement à terme variable, mais toujours relativement éloigné.

M. K. Snellen, insiste sur la valeur de certaines mensurations au point de vue de la tuberculose et demande l'uniformisation et la concentration des statistiques de nature à fournir des renseignements à ce sujet.

LES RISQUES TARÉS. — LA TUBERCULOSE DES OS ET DES ARTICULATIONS. — Le Congrès adopte le vœu de M. Poëls (de Bruxelles) ainsi formulé :

« Considérant le grand intérêt scientifique et humanitaire de la question des risques tarés, les membres du IIIe Congrès international des médecins de compagnies d'assurances émettent le vœu de voir les directeurs de compagnies d'assurances entreprendre l'étude de cette question au point de vue technique. »

En ce qui concerne la tuberculose osseuse, M. Poëls pense qu'un certain nombre de personnes ayant été atteintes de tuberculose des os ou des articulations, et qui ont subi une intervention chirurgicale consistant en une incision très large des foyers morbides, pourraient être admis à l'assurance sur la vie.

MM. Rockwell (de Londres) et Sven Palme (de Stokholm) montrent la façon de procéder des compagnies anglaises et des compagnies scandinaves. Il en ressort, ainsi que l'a fait remarquer M. Siredey, que malgré l'admission des risques tarés, la mortalité des assurés scandinaves est restée audessous de celle de la moyenne admise par les compagnies anglaises.

MM. Florschut (de Gotha) et de Petersen (de Saint-Péters-

bourg) apportent des statistiques, et M. de Petersen propose le vœu suivant qu'adopte le Congrès :

1° La statistique des cas refusés à l'admission de l'assurance a une grande importance pratique ;

2° Il est désirable qu'une entente internationale s'établisse pour dresser la nomenclature des cas à refuser.

M. Béclère (de Paris) étudie l'**EXAMEN RADIOSCOPIQUE CHEZ LES CANDIDATS A L'ASSURANCE** et conclut que les rayons de Röntgen constituent un merveilleux instrument de diagnostic capable de rendre aux compagnies d'assurances sur la vie de grands services.

L'examen radioscopique du thorax, qui peut révéler certaines affections latentes de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire, inaccessibles aux procédés habituels d'exploration, représente chez les candidats à l'assurance sur la vie le principal mode d'emploi des rayons de Röntgen. L'examen radioscopique du thorax est particulièrement indiqué quand il y a doute sur l'existence d'une tuberculose pulmonaire, d'une hypertrophie cardiaque ou d'un anévrisme aortique, ainsi que dans tous les cas où le candidat doit être examiné par deux médecins.

M. Weil-Mantou (de Paris) montre la nécessité de l'intervention des spécialistes toutes les fois qu'un antécédent morbide s'est manifesté du côté d'un organe déterminé.

A la suite d'un remarquable rapport de M. Tissier (de Paris) sur la question de l'**ASSURANCE DES FEMMES ENCEINTES**, le Congrès adopte la résolution suivante :

« Le Congrès, considérant qu'il n'y a pas au point de vue médical de raisons sérieuses pour refuser les femmes enceintes normalement constituées, est d'avis que les compagnies d'assurances peuvent assurer ces femmes tout en prenant telle précaution qu'elles croiront nécessaire pour empêcher les spéculations. »

M. Van der Heide (d'Arnhem) étudie l'admission des candidats au-dessus de cinquante ans. Il pense que :

Pour établir les chances de vie de personnes âgées, un examen minutieux de l'œsophage, du rectum et de l'urètre est tout indiqué ;

Il faut des questions détaillées sur les fonctions de l'appareil de déglutition. On demandera si le candidat n'a pas de difficultés de miction, de défécation, des étourdissements, des étouffements, sur lesquels il pourra nous renseigner ;

La connaissance de l'anamnèse et de l'histoire de la famille a une valeur plus grande pour des personnes âgées ;

Pour établir les chances de vie des personnes âgées, une juste connaissance de la force de résistance est de la plus haute importance.

Il est à souhaiter, au point de vue de l'assurance des personnes âgées, que les influences de famille soient étudiées de plus près pour les cas de cancer et d'apoplexie.

Après la lecture d'un rapport de M. Garrigues (de Paris), sur la lithiase biliaire, le Congrès adopte le vœu suivant proposé par M. Weill-Mantou :

« Les antécédents de lithiase biliaire dans un passé assez éloigné ne sont pas des motifs d'ajournement quand l'examen des organes est en tout point satisfaisant.

Les opérés peuvent être admis après trois ou quatre ans d'observation. »

LA LITHIASE RÉNALE. — M. Gillet (de Paris) pense que l'on peut admettre les lithiasiques chez lesquels la colique néphrétique n'a pas récidivé depuis un laps minimum de trois ans. Le Congrès ajoute une deuxième conclusion refusant tout candidat ayant subi une opération sur le rein.

L'OBÉSITÉ est étudiée dans le rapport de M. Norton. A ce sujet une discussion s'élève et le Congrès décide de maintenir la question à l'ordre du jour pour l'an prochain.

MM. Schulthess et Redard étudient dans deux rapports fort intéressants les **DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE.**

Après leur lecture et la discussion qui suit, le Congrès déclare que « la tuberculose vertébrale met, par le fait même de la tuberculose, en mauvaises conditions, et qu'elle doit entraîner le rejet si, quel que soit son siège, elle amène une gêne dans le fonctionnement des organes ».

Le docteur P. Guillon (de Paris) lit enfin un rapport sur les **RÉTRÉCISSEMENTS ET LES ASSURANCES SUR LA VIE,** il conclut ainsi :

En général les rétrécissements de l'urètre ne doivent pas être un obstacle à l'assurance sur la vie.

Seuls les rétrécissements traumatiques peuvent être refusés s'ils n'ont pas été opérés ou examinés longtemps après l'opération, ou ajournés pour attendre le résultat de l'intervention qu'ils auraient nécessitée.

Les rétrécissements compliqués de lésions concomitantes (abcès urineux, infiltration d'urine, fistules, etc..) pourront êtres considérés comme « risques tarés », ou ajournés jusqu'après guérison des complications.

Pour les rétrécissements inflammatoires simples, ils sont curables ; leur pronostic, après un traitement rationnel quelconque, est bon ; ils devraient être acceptés à l'assurance.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Le sérum antistreptococcique et antiscarlatineux de Moser. (D. Pospischill. *Wiener klin. Wochens.*, 9 avril 1903, n° 15, p. 433.) — L'auteur insiste tout d'abord sur la difficulté qu'il y a à poser un pronostic au début de la scarlatine. Brusquement au cours des scarlatines les plus normales, on peut voir le tableau clinique s'aggraver : avant le développement complet de l'exanthème on peut voir le visage pâlir, le regard devenir anxieux ; le malade est agité, l'haleine prend une odeur d'acétone, le malade tombe peu à peu dans le coma, les lèvres se cyanosent, les extrémités se refroidissent, l'exanthème prend une couleur livide, le pouls devient filiforme et la mort survient.

Quand l'exanthème a atteint son complet développement, ces phénomènes ont un aspect un peu différent : la rougeur du visage fait place à une teinte de plus en plus ictérique, l'exanthème devient d'un rouge violacé ; la température monte au-dessus de 40 degrés, des troubles psychiques apparaissent ; les lèvres et les extrémités se cyanosent. Le malade tombe dans le coma et meurt. Une gangrène à marche rapide du pharynx complique souvent le tableau.

Se fondant donc sur l'impossibilité de prévoir ces accidents au début de la scarlatine, et de plus ne disposant que d'une petite quantité de sérum antistreptococcique de Moser, l'auteur a attendu, pour se servir de ce sérum dans les cas qu'il a étudiés, que les symptômes menaçants dont il a été fait mention eussent fait leur apparition.

Ces injections de sérum, à la dose de 200 centimètres cubes, ont été pratiquées chez 25 enfants atteints de la scarlatine et dans l'observation desquels on note, au moment de l'injection, les caractères de gravité mentionnés.

Sur 13 enfants chez lesquels on avait porté un pronostic

fatalement mortel, 5 ont guéri; sur 12 dont le pronostic était extrêmement grave, 9 ont guéri.

Les cas mortels concernent des enfants chez lesquels l'injection a été faite en pleine agonie; chez d'autres, la mort est survenue du fait d'une diphtérie, ou d'une rougeole avec bronchopneumonie surajoutées; dans plusieurs de ces cas, l'injection de sérum antistreptococcique a été suivie d'un abaissement de température et d'une sédation des phénomènes généraux, qui ont reparu ensuite et ont entraîné la mort.

Parmi les cas terminés par la guérison on relève également la coïncidence d'un certain nombre de complications: collapsus, septicémie streptococcique (avec streptocoques dans le sang), néphrite hémorragique, rougeole, croup ayant nécessité la trachéotomie, et plusieurs fois la gangrène étendue de la bouche et du pharynx.

Dans ces cas heureux les phénomènes immédiats qu'on remarque après l'injection sont : une chute rapide de la température de 2 à 3 degrés (parfois en 14 heures), le relèvement du pouls, la disparition de la cyanose et de l'ictère, la cessation des troubles psychiques, et l'apparition d'un sommeil paisible. Les jours suivants, dans les cas compliqués de gangrène, la fétidité disparaît ainsi que les phénomènes douloureux.

Du reste, l'efficacité du sérum antistreptococcique de Moser, dans la scarlatine, n'éclaire en rien l'étiologie de cette maladie. L'auteur reste un partisan convaincu de la spécificité de l'infection scarlatineuse. Mais la gravité de cette maladie réside surtout dans les infections secondaires parmi lesquelles le streptocoque joue le rôle principal.

A. LEMIERRE.

L'alcool dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide phénique. (*Med. Record*, 3 janv. 1903, p. 174.) — Un certain nombre de faits ont été publiés dans ces derniers temps relativement à cette méthode. L'observation suivante, rapportée par G. Marshall, confirme la valeur de l'alcool comme contre-poison de l'acide phénique. Une infirmière, ayant par mégarde administré à un malade un lavement contenant deux cuillerées à soupe d'acide phénique au lieu de glycérine, le sujet éprouva immédiatement dans le rectum une sensation de brûlure. L'infirmière s'aperçut alors de son erreur et fit immédiatement une irrigation du gros intestin avec de l'eau; le liquide ressortit facilement en répandant une odeur d'acide phénique et en produisant sur les cuisses une brûlure superficielle. Le pouls était faible et irrégulier. Au bout de deux heures environ, il devint imperceptible. Le malade avait perdu connaissance de dix à quinze minutes après l'administration du poison. Les yeux étaient largement ouverts et les pupilles contractées. L'infirmière, s'étant souvenue qu'on employait l'alcool en pareil cas, eut l'idée d'en injecter environ 100 grammes mêlés à une égale quantité d'eau, au moyen de la canule rectale introduite assez haut. Puis elle fit de nouveau une irrigation d'abord avec de l'eau, ensuite avec du lait. On fit en même temps avaler au malade une certaine quantité de brandy, mais bientôt la déglutition devint impossible.

M. Marshall, qui vit le patient quarante-cinq minutes après l'accident, fit de nouveau administrer un mélange d'eau et d'alcool par le rectum. Il pratiqua des piqûres de strychnine et de digitaline pour soutenir le cœur.

L'empoisonnement s'était produit à trois heures trente de l'après-midi. A six heures trente, le sujet était en état de mort apparente et on était sur le point d'abandonner toute tentative pour le ranimer lorsqu'on perçut de légers battements de l'artère radiale. A onze heures, le malade put demander le vase et eut une selle normale. Les urines restèrent foncées pendant trente-six heures et la guérison fut complète au bout de quelques jours. A. HOUSQUAINS.

GYNÉCOLOGIE

De l'état des annexes dans les fibromes utérins. (Constantin Daniel. *Revue de gynécol. et de chir. abdomin.*, n° 1, janvier-février; n° 2, mars-avril 1903.) — Dans un mémoire de cent trente pages, l'auteur étudie au triple point de vue anatomique, pathogénique et clinique, l'état des annexes au cours de l'évolution des fibromyomes utérins.

Le travail de Daniel repose sur 205 observations, dont 69 cas opérés dans le service du professeur Pozzi pendant une période de dix ans; le reste de 136 observations ont été recueillies dans les différentes publications françaises et étrangères.

I. Etude anatomique. — En tenant compte de 124 cas de fibromes opérés à la clinique gynécologique de Broca, on voit qu'il existe 172 fois des altérations annexielles, soit une proportion de 59 p. 100.

Parmi les altérations annexielles, M. Daniel classe non seulement les altérations limitées à la trompe et aux ovaires, mais aussi celles qui prennent naissance dans les rudiments wolffiens et aussi celles qu'il désigne sous le nom d'altérations de voisinage.

a. *Altérations des trompes.* — L'oviducte peut être le siège de tous les degrés d'altérations anatomiques : l'hyperphasie, l'hypérémie, l'inflammation catarrhale, les salpingites kystiques. Ces altérations peuvent ou bien exister isolées ou s'associer entre elles; la participation de l'ovaire étant presque constante. La tuberculose tubaire et la grossesse ectopique ont aussi été observées.

b. *Altération des ovaires.* — Pour Greco, l'ovaire serait atteint plus souvent que la trompe au cours de l'évolution des fibromes utérins; et ce n'est que très rarement qu'il est normal à la vue ou à la coupe.

Les recherches de Bulius, de Cornil et de l'auteur sont d'accord pour admettre la fréquence plus grande des altérations des ovaires sur celles des trompes. Sur 70 cas de fibromes coïncidant avec des lésions des annexes, 28 fois soit 40 p. 100, il y avait fibrome accompagné d'altération isolée des ovaires, tandis que l'association de la salpingite et du fibrome n'existait que 12 fois, soit 17 p. 100. Enfin la coexistence d'altération tubaire et ovarienne à la fois, a été observée 30 fois, soit 42,80 p. 100. L'ovarite chronique, la dégénérescence kystique des ovaires, les altérations des corps jaunes, la suppuration ovarienne, la tuberculose de l'ovaire, les kystes et les tumeurs ovariques ont été observés avec une fréquence variable.

c. *Altérations du ligament large.* — Les restes embryonnaires du ligament large, à l'occasion d'un néoplasme et en raison de l'exagération de la nutrition qu'il entraîne, peuvent subir une poussée amenant des formations kystiques (kystes résiduaux développés aux dépens des débris du corps de Wolff), ou des tumeurs solides.

Dans ce groupe, l'auteur place le varicocèle pelvien, de même que les altérations de voisinage adhérences, etc.

d. *Lesions des annexes au cours des fibromes altérés et dégénérés.* — Par ses altérations et ses dégénérescences, le fibrome peut exercer une influence sur les annexes.

II. Etude pathogénique. — Les causes capables d'altérer les annexes au cours des fibromes utérins peuvent se réduire à trois facteurs : 1° l'infection; 2° la diathèse; 3° l'action directe des néoplasmes sur tout l'appareil tubo-ovarien.

Un quart des cas environ sont dus à l'infection.

Une moitié des faits semble dépendre de la diathèse fibromateuse; il s'agit dans ce cas d'altérations annexielles propres à ces tumeurs, non inflammatoires, caractérisées par l'hyperplasie simple des tissus de la trompe, et du côté des ovaires par l'hypertrophie avec atrophie et dégénérescence consécutive.

Un quart des cas sont dus à l'action presque mécanique,

sur les annexes des fibromes qui empêchent, en quelque sorte, le drainage naturel des conduits génitaux (troubles circulatoires, compression directe, péritontie irritative, etc.).

III. Etude clinique. — 1. Si une partie des infections annexielles datant de la période génitale de la femme préexistent à l'apparition du fibrome, il y en a d'autres, et c'est la majorité, qui se développent en même temps que la tumeur, ou lui succèdent. Tantôt évoluant d'une façon silencieuse et découvertes par hasard à l'ouverture de l'abdomen, tantôt voilant par leur intensité les symptômes de la tumeur même, en déterminant des complications graves (ouverture dans le péritoine, torsions, etc.), les complications annexielles des fibromes jouent quelquefois le rôle de véritables symptômes révélateurs qui décèlent la présence de la tumeur.

2. La valeur pronostique des altérations annexielles coïncidant avec les fibromes, et celle de chaque complication considérée en particulier; leur existence pouvant par la complexité des lésions troubler le fonctionnement des organes voisins, contracter des adhérences avec l'intestin, compromettre sérieusement la vie de la malade et le succès de l'intervention chirurgicale.

3. Quant au choix du procédé, opération conservatrice ou kystérectomie totale, l'opérateur, en présence de tumeurs fibreuses accompagnées de lésions annexielles, devra choisir entre plusieurs partis, et sa détermination dépendra de différentes considérations ; le volume de la tumeur, ses rapports anatomiques avec l'utérus, ses connexions avec les organes voisins, les accidents que l'affection peut provoquer, enfin l'âge de la malade. L. Gayard.

OPHTALMOLOGIE

Nature et traitement de la tumeur prélacrymale. (A. Terson. *Soc. franç. d'ophtalm.*, congrès de 1903.) — Après avoir rappelé divers travaux antérieurs, l'auteur rapporte l'observation d'une femme atteinte d'une poche prélacrymale, close, ne s'accompagnant d'aucun reflux ni par en haut, ni par en bas, mais où les voies lacrymales sont restées intactes et admettaient facilement, sans larmoiement ni sécrétion, le passage d'une sonde n° 3. La poche ponctionnée contenait d'abord du pus. Elle ne fut enlevée que plus tard, par extirpation de sa paroi antérieure, curetage et cautérisation ignée du fond de la cavité, en évitant soigneusement d'ouvrir le sac lacrymal et le canal nasal. Guérison avec conservation complète de la perméabilité du canal lacrymo-nasal et absence de sécrétion et de larmoiement.

L'*examen histologique* de la paroi enlevée donne une structure *identique à celle de la paroi du sac lacrymal*. Il faut donc en conclure qu'une partie du sac a fini par *s'isoler* et former une *cavité close*.

Bien que l'on puisse souvent réussir par l'incision et la cautérisation énergique au crayon de nitrate, l'extirpation partielle, en respectant complètement les voies lacrymales intactes, et combinée au curetage et à la cautérisation ignée, est plus méthodique et constitue le procédé de choix. L. Gayard.

PHYSIOLOGIE

Recherches sur la topographie de la sensibilité cutanée. (MM. Marillier et J. Philippe. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janvier 1903.) — « Si, avec deux objets de même forme et de même matière, on touche en même temps deux endroits différents de la peau, le sujet fermant les yeux, et qu'on lui demande d'apprécier la distance des deux objets, le sujet l'appréciera tantôt plus exactement et tantôt moins, parce que, dans toutes les parties du corps, la nature n'a pas fait l'organe du tact identique à lui-même, et que l'exercice ne l'a pas également affiné. »

C'est en ces termes que, dès 1834, Weber posait la question capitale de l'esthésiométrie et, pour permettre d'apprécier le degré de sensibilité de la peau sur les divers points de la surface cutanée, il dressait pour tout le corps des tables aujourd'hui classiques. Ces tables sont cependant loin d'être complètes : surtout, elles manquent trop souvent de points de repère précis lorsqu'il s'agit d'autres régions que le visage et les mains. La plupart des mesures y sont prises au hasard des tâtonnements et des indications de repère qui permettent d'en retrouver l'emplacement exact.

Pour parer à ces inconvénients, MM. Marillier et Philippe ont eu l'idée de diviser la surface cutanée à explorer par des lignes dont les repères anatomiques soient faciles à retrouver sur le vivant : lignes latérales, lignes médianes, lignes brachiales. De leurs recherches, fort bien conduites, et exécutées avec une irréprochable technique, découlent les conclusions suivantes : I. L'on distingue toujours deux contacts semblables l'un à l'autre de deux contacts différents l'un de l'autre; la sensibilité est toujours plus affinée lorsque les contacts sont différents, conclusion des plus importantes, et qui réduit à néant une proposition bien connue de W. James. — II. La sensibilité cutanée des diverses régions du corps est beaucoup plus variée et généralement plus fine que ne l'indiquent les travaux de Weber. — III. Cette sensibilité n'est ni absolument stable, ni également répartie : sa distribution ne semble dépendre ni des trajets nerveux, ni de la distribution des nerfs cutanés, mais d'un ensemble de conditions dont l'analyse n'est pas encore faite. Peut-être chaque région a-t-elle eu primitivement un certain degré de sensibilité qui, ici, s'est affinée par suite de l'exercice, là a diminué par simple inertie, établissant ainsi, sur toute la surface du corps, un certain équilibre de répartition. L. Babonneix.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Est responsable des honoraires le patron qui conduit chez le médecin son ouvrier blessé, réclame les soins nécessaires, et n'avertit pas qu'il restera étranger au paiement des soins et visites.

JUSTICE DE PAIX DU CANTON DE LA FERTÉ-SAINT-AUBIN

Audience du 8 *janvier* 1903.

Faits : Par exploit du ministère de Collin, huissier à la Ferté-Saint-Aubin, en date du 5 janvier courant, enregistré, le demandeur (M. M...) a fait citer le défendeur (M. V...) à comparaître devant M. le juge de paix du canton de la Ferté-Saint-Aubin, aujourd'hui à une heure du soir, pour, est-il dit dans l'exploit, s'entendre condamner à payer au demandeur la somme de 18 francs qu'il lui doit pour soins et pour visites donnés au sieur F..., sur la demande du cité et certificats délivrés à ce dernier, s'entendre, en outre, condamner aux intérêts de droit et en tous les dépens.

La cause appelée par le greffier, M. le docteur M... a persisté dans ces conclusions ci-dessus transcrites, le défendeur a reconnu qu'il avait conduit, pour y être soigné, le sieur F..., son ouvrier, chez le demandeur, mais qu'il ne croyait pas être tenu au paiement de la somme qui lui est réclamée, en se basant sur ce que l'accident survenu audit ouvrier ne tombe pas sous le coup de la loi du 30 juin 1899, ni de celle du 9 avril 1898, sur les accidents dans le travail, ainsi qu'il résulte d'un jugement rendu par M. le juge de paix du canton sud d'Orléans, au mois de janvier 1902, et, enfin, ledit défendeur a conclu à ce que le demandeur soit débouté de sa demande et condamné aux dépens.

Sur quoi, nous, juge de paix :

Attendu que des débats il résulte que le sieur V... a conduit le sieur F..., victime d'un accident dans le travail, son ouvrier, chez le demandeur, afin que ce dernier lui donne

les soins nécessaires; que le docteur M... avait raison de croire que le montant de sa note lui serait payé par V... ;

Attendu qu'il n'y a pas lieu de tenir compte dans l'affaire si l'accident survenu à F... tombe ou non sous le coup de la loi du 30 juin 1890 ou de celle du 8 avril 1898, sur les accidents dans le travail;

Attendu que V... a reconnu avoir conduit F... chez le docteur M..., qu'il a également reconnu que ce dernier lui a remis deux certificats médicaux pour être transmis à sa compagnie d'assurances contre les accidents;

Attendu que, dans la somme réclamée, figure celle de 10 francs, représentant le coût des deux certificats médicaux remis à V... sur sa demande; que, si ce dernier ne s'était pas cru engagé vis-à-vis du docteur M..., il lui aurait payé le coût des deux certificats délivrés en les retirant, ou tout au moins aurait dit qu'il ne paierait que le montant des deux certificats;

Qu'il résulte donc de ce qui précède que, dans la circonstance, le sieur V... est intervenu en faveur de son ouvrier, c'est à lui que le médecin a fait crédit, et qu'en ne prévenant pas ce dernier de son intention de rester étranger à tout paiement des soins et visites donnés à F..., le sieur V... s'est tacitement engagé à les payer;

Par ces motifs : Statuant contradictoirement et en dernier ressort, condamnons le sieur V... à payer au docteur M... la somme de 18 francs pour soins et visites donnés à F... et coût de deux certificats médicaux, le condamnons, en outre, aux intérêts de droit du jour de la demande et aux dépens. (*Le Nord. méd.*, 1er juin 1903.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lyon.* — M. le docteur Doyon, agrégé, est nommé professeur adjoint.

Écoles de médecine. — *Marseille.* — M. le docteur Alezais, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie pathologique.

Hôpital Saint-Joseph. — Le concours de l'internat de l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris XIVe, s'ouvrira le 29 juin. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15.

Guerre. — Le *Journal officiel* du 9 juin publie les tableaux d'avancement de la réserve et de l'armée territoriale pour l'année 1903.

Congrès international d'hygiène et de démographie de Bruxelles. — Le XIe Congrès international d'hygiène et de démographie se tiendra cette année à Bruxelles du 2 au 8 septembre. Les médecins, les architectes, les ingénieurs, les statisticiens et tous ceux qui par leurs études et leurs fonctions s'intéressent aux questions d'hygiène, de salubrité et de démographie sont invités à y prendre part.

Le Congrès d'hygiène de Bruxelles est placé sous le patronage de S. M. le roi des Belges. Il sera présidé par M. Beco, secrétaire général du ministère de l'Agriculture, chargé de la direction des services d'hygiène du royaume.

Travaux du Congrès. — Le Congrès comprend deux divisions : l'*Hygiène*, comprenant elle-même sept sections, et la *Démographie*. Un certain nombre de questions désignées à l'avance seront spécialement discutées et les rapports seront envoyés aux adhérents avant l'ouverture du Congrès. D'autres questions pourront néanmoins être traitées par les personnes qui le désireront; elles devront à cette fin envoyer leurs communications manuscrites au président; ces communications ne pourront avoir plus d'une page de texte imprimé in-8°.

Dans une exposition annexée au Congrès, le Comité exécutif réunira des plans, maquettes, modèles, appareils et publications se rapportant aux questions inscrites à l'ordre du jour du Congrès et qui lui auront été envoyés en temps utile, soit au moins six semaines avant l'ouverture des travaux. Les personnes désireuses de participer à cette exposition sont priées d'en informer le secrétaire général, M. le professeur Putzeys, rue Forgeur, 1, à Liège.

Cotisation. — Pour être membre du Congrès, il faut adresser à M. Sterckx, chef de bureau au ministère de l'Agriculture, trésorier du Congrès, 3, rue Beyaert, à Bruxelles, une demande accompagnée d'un mandat-poste ou chèque de 25 francs.

Les dames accompagnant les congressistes pourront, moyennant une cotisation de 10 francs, participer aux avantages accordés à ceux-ci.

Transports. — *Chemins de fer français.* — Les Compagnies de chemins de fer français ont consenti une réduction de 50 p. 100 aux membres du Congrès, mais cette concession ne s'étend pas aux dames qui les accompagnent Elle est valable du 29 août au 15 septembre et délivrée, suivant les Compagnies, soit au moyen de bons individuels de demi-place, soit au moyen de lettres d'invitation nominatives. L'itinéraire doit être le même à l'aller et au retour. Les congressistes étrangers qui emprunteront les réseaux français seront admis à bénéficier de cette réduction.

Les congressistes désirant profiter de cette faveur devront en informer par écrit, avant le 20 août, M. le docteur Faivre, secrétaire du Comité français d'organisation, 7, rue Cambacérès, en justifiant de leur participation au Congrès et en indiquant exactement leur itinéraire.

Chemins de fer belges. — Les congressistes ne bénéficieront d'aucune réduction sur les chemins de fer belges, mais ceux qui désireraient voyager en Belgique pourraient trouver avantage à prendre des cartes d'abonnement valables pendant quinze jours sur les réseaux de l'État belge, du Nord belge et de la Flandre occidentale, au prix de 72 francs pour les compartiments réservés ou les voitures-salon, de 49 francs pour la 2e classe et de 29 francs pour la 3e. Les cartes sont délivrées sans aucune formalité dans toutes les gares; il suffit aux étrangers d'envoyer à la station d'entrée leur photographie (6 centimètres de hauteur sur 4 de largeur : tête 1 centimètre au moins) en indiquant le jour et l'heure de leur passage, pour qu'une carte soit tenue à leur disposition.

Voyages circulaires. — Le Comité français d'organisation croit devoir signaler aux congressistes l'avantage qu'ils pourraient également trouver à utiliser les billets de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs combinables avec des billets analogues à l'étranger. Il y a lieu de considérer que la durée de validité de ces billets est supérieure à celle des billets à demi-tarif.

Hotels. — Une liste des principaux hôtels de Bruxelles avec indication des prix est tenue à la disposition des personnes qui en feront par écrit la demande à M. le docteur Faivre, 7, rue Cambacérès, à Paris.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ON DEMANDE UN INTERNE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE pour le dispensaire médico-chirurgical du Kremlin. — Conditions exigées : 16 inscriptions et 2 ans d'internat des hôpitaux de Paris, dont 1 année au moins de chirurgie. — S'adresser à M. le docteur Le Filliâtre, médecin-directeur et chirurgien du dispensaire, les lundis, mercredis et vendredis à deux heures, 5, avenue des Écoles, à Villejuif.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 68 — SAMEDI 13 JUIN 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 13 JUIN 1903 — N° 68.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie de la maladie de Parkinson.

Par M. Louis ALQUIER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le travail de Charcot et Vulpian (*Gaz. hebd.*, 1861 et 1862) et les leçons de Charcot renferment presque la totalité de nos connaissances sur la symptomatologie de la maladie de Parkinson; les auteurs, qui ont abordé depuis ce sujet, n'ont pu qu'ajouter quelques détails à la description des deux maîtres. Il en est tout autrement pour ce qui regarde la pathogénie. En effet, Charcot, dans ses leçons, classait en trois groupes toutes les autopsies alors connues de sujets présumés atteints de la maladie de Parkinson : dans le premier groupe, les résultats étaient négatifs, le second comprend les cas où il ne s'agissait pas de la maladie de Parkinson, mais bien de sclérose en plaques; le troisième ne contient que deux faits : celui de Parkinson, qui avait constaté la sclérose du pont de Varole, du bulbe et de la portion cervicale de la moelle, avec aspect tendineux des nerfs de la langue et des bras, et celui d'Oppolzer, qui lui aussi avait trouvé l'induration du pont de Varole et du bulbe, due à l'hyperplasie du tissu conjonctif. Charcot, considérant ces constatations comme insuffisantes, écrivait que la lésion causale est encore à trouver, et, provisoirement, rangeait la maladie au nombre des névroses. Depuis cette époque, de nombreux auteurs ont publié, surtout dans ces dernières années, le résultats de leurs recherches sur la nature de la maladie de Parkinson; on peut diviser ces travaux en trois groupes suivant qu'ils sont basés sur l'étude clinique, l'étiologie, ou les constatations anatomo-pathologiques : c'est l'ordre dans lequel nous les résumerons.

I

Pathogénie. — RECHERCHES CLINIQUES. — L'étude des symptômes a conduit plusieurs auteurs à des hypothèses sur leur nature et leur origine, mais surtout, la marche des accidents et l'évolution de la maladie ont été, tour à tour, invoqués comme argument, en faveur de l'origine névrosique ou organique de la maladie.

Tremblement. — Presque tous les auteurs le distinguent des autres tremblements, et, en particulier, du tremblement sénile. Seul, on peu près, Demange [de Nancy (1)] tente de rapprocher le tremblement parkinsonien du tremblement sénile. Il relate plusieurs observations, desquelles il conclut que les deux tremblements ne représentent, en réalité, que deux degrés d'une même névrose qu'il propose d'appeler « tremblement rythmé oscillatoire ».

Pour expliquer le tremblement on se contente généralement d'invoquer, M. Brissaud entre autres (2), des « contractions alternatives des fléchisseurs et des extenseurs »; pour Brissaud : « On ne voit guère de tremblements consistant en mouvements de pronation et de supination. La circumduction n'est, au contraire, pas absolument rare. Le tremblement parkinsonien est un tremblement de l'immobilité cessant lors des mouvements volontaires, mais exagéré par l'idée d'accomplir un acte volontaire. Les oscillations sont synchrones pour tout le corps, ainsi que le montrent les graphiques de Huet; lorsque ce synchronisme manque, ce n'est que momentanément. »

Mais, à quoi sont dues ces contractions musculaires? Rappelons les opinions des anciens auteurs, qui cherchaient la cause du tremblement dans des modifications du *tonus musculaire*; d'après ce qu'écrit Vulpian, Blasius pensait que des alternatives d'excitation et d'affaiblissement de l'influx médullaire modifieraient le tonus musculaire et produiraient le tremblement. »

Pour Heule et Volkmann la série des excitations qui, normalement, produiraient le tonus musculaire, devenant discontinue, engendrerait le tremblement. Mais, pour comprendre ainsi le tremblement, il faudrait admettre que ces modifications du tonus se localisent à un groupe musculaire (fléchisseurs ou extenseurs) encore à déterminer.

(1) DEMANGE. Le tremblement sénile et ses rapports avec la paralysie agitans, *Revue mens. de méd.*, 1882, p. 58.

(2) BRISSAUD. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895, leçons 22 et 23.

Vulpian (1) remarque qu'en faisant travailler les fléchisseurs du membre supérieur assez longtemps pour produire le tremblement, qui, d'ailleurs, ressemble à celui de la paralysie agitans, on voit se produire des modifications toniques des muscles fatigués.

Nous verrons plus loin que certaines des lésions constatées dans quelques autopsies permettent de comprendre le tremblement, mais à l'heure actuelle, on n'en saurait donner une explication qui convienne à tous les cas. Rappelons qu'expérimentalement Vulpian (2) a pu démontrer que le tremblement nicotinique chez la grenouille reconnaît comme origine l'isthme de l'encéphale; d'autre part, Pasternowsky (3) a pu expérimentalement produire le tremblement en lésant la partie antérieure des cordons antérieurs et latéraux.

Rigidité musculaire. — On admet généralement aujourd'hui la règle formulée par Brissaud, mais déjà implicitement contenue dans les leçons de Charcot : « la raideur et les attitudes parkinsoniennes peuvent exister sans tremblement, mais on ne voit jamais le tremblement persister sans raideur; » la rigidité représente donc le symptôme capital de la maladie de Parkinson, d'où dérivent le facies, l'attitude, la gêne et la lenteur des mouvements, enfin, des déformations des doigts (4) et des déviations du rachis (5).

On sait également depuis Charcot qu'elle est, habituellement, prédominante au niveau des muscles fléchisseurs; mais quelle est la nature? Charcot (6) la distinguait de la contracture, avec laquelle on la confondait avant lui; il donne, comme caractères distinctifs l'absence d'exagération des réflexes tendineux, l'absence de trépidation épileptoïde déjà vue par Trousseau, et, fait sur lequel il insiste, la faculté qu'ont les malades de mouvoir les membres atteints de rigidité.

Dans sa thèse inaugurale, Blocq (7) donne les caractères suivants : « Les muscles rigides de parkinsoniens sont durs et donnent au toucher une sensation ligneuse. Ils ne subissent pas de ces oscillations qu'il est fréquent de constater dans la contracture spasmodique. Leur élasticité a subi une atteinte un peu spéciale : l'effet qu'on ressent lorsqu'on cherche à les étendre a quelque chose de particulier, tenant le milieu, pour ainsi dire, entre la résistance élastique et l'obstacle insurmontable, et se rapprochant de la rigidité cadavérique.

Le volume des muscles est, souvent normal, si l'on constate de l'atrophie, c'est, d'habitude dans la période terminale, s'il survient de la cachexie.

Les réactions électriques des muscles sont presque toujours diminuées, mais non perverties. Les muscles sont peu ou pas excitables, mais c'est tout, et l'on ne constate pas la réaction de dégénérescence.

Ajoutons que ni l'ischémie produite par l'application de la bande d'Esmarch, ni la narcose chloroformique ne font disparaître la rigidité.

(1) Vulpian. *Maladies de la moelle.*
(2) Vulpian. *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*, 1866.
(3) Pasternowsky. *Arch. phys.*, 1881, p. 328.
(4) Charcot. *Leçons du mardi*, 1861, p. 169.
(5) Alquier et Sicard. *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1902, n° 5.
(6) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1873, t. I, p. 151-152.
(7) Blocq *Des contractures*, Th. de Paris, 1888, p. 172.

Le même auteur écrit au sujet des réflexes (1) : « J'ai vu récemment deux cas où les réflexes rotuliens étaient exagérés. Cette exagération était masquée par la rigidité, qui s'opposait à la projection du pied. Toutefois, la percussion du tendon rotulien entraînait, dans ces cas, non seulement la contraction du triceps du côté percuté, mais en même temps celle du muscle symétrique, aussi, malgré le peu d'étendue des oscillations du pied, cette tendance à la généralisation indique-t-elle l'augmentation de la réflectivité. »

Dans la plupart des observations où l'état des réflexes est noté, on constate qu'ils sont ou normaux, ou faibles; cependant, dans un certain nombre de cas, ils sont exagérés : Vulpian écrivait, dans son *Traité des maladies de la moelle* (2) : « En général, la réflectivité de la moelle épinière n'est pas modifiée, *dans quelques cas*, il y a un peu d'exagération des réflexes rotuliens. »

Martha, dans sa thèse (3), cite un cas (Obs. II) avec légère exagération des réflexes rotuliens surtout du côté le plus raide.

Béchet (4) cite un cas avec réflexes du coude, du poignet et du genou, forts.

Peterson (5) a, de même, observé l'exagération des réflexes dans quelques cas.

D'après M. Brissaud (loc. cit.), l'exagération des réflexes serait plutôt la règle que l'exception; « ces réflexes (patellaires) sont exagérés dans la majorité des cas, et même très exagérés. » Pour lui, la discordance des auteurs, à ce sujet, tient à la difficulté qu'il y a à provoquer le réflexe patellaire à cause de la raideur du membre. Le clonus est plus rare et encore plus difficile à produire.

Il ne faut pas confondre le clonus vrai ayant la signification de réaction de dégénérescence avec le pseudo-clonus décrit par Oppenheim, et qui n'est que l'exagération du tremblement. D'après Franz [de Moscou (6)] ce phénomène se produit en maintenant le pied fléchi pendant quelques secondes. Le membre est alors pris d'un tremblement qui se distingue des secousses brusques du vrai clonus, en ce qu'il est lent et rythmique et a son siège dans les extenseurs du pied et des orteils. C'est la production du tremblement parkinsonien dans des circonstances insolites, phénomène analogue à celui qu'on observe au début de la maladie, alors que le tremblement est latent, mais apparaît si on prie le malade d'écarter les doigts. Sur sept cas qu'il relate l'auteur a observé deux fois ce pseudo-clonus du pied.

Quelques auteurs parlent de clonus : ainsi Grange (7) cite un cas dont l'interprétation nous semble d'ailleurs fort discutable, dans lequel, chez un hémiparkinsonien avéré, on observait une exagération bilatérale des réflexes rotuliens avec prédominance à gauche (côté atteint par la maladie de Parkinson), où l'on trouvait du clonus et une

(1) Blocq. Art. : Maladie de Parkinson, in *Manuel de médecine* de Debove et Achard.
(2) Vulpian. *Traité des mal. de la moelle*, t. II, XXIXe leçon, « Paral. agitans, » 1888.
(3) Martha. *Des crises vertigineuses apoplectiformes et épileptiformes dans la maladie de Parkinson*, Th. de Paris, 1888.
(4) Béchet. Th. de Paris, 1892 (Obs. V).
(5) Peterson. *New York med. Journ.*, 1890.
(6) Franz. *Zur Symptomatologie der Paralysie agitans, Monteisschr. für Psychiatrie und Neurologie*, t. VIII, p. 223, sept. 1900, travail du laboratoire d'Oppenheim (de Berlin).
(7) Grange. Contribution à l'étude des formes unilatérales de la maladie de Parkinson. *Gaz hebdom.*, 1901, p. 612.

sensibilité émoussée, à la jambe et au pied, sans hémianesthésie.

Dans sa thèse inaugurale Carrayon (1), sur onze observations personnelles, a constaté six fois (Obs. III, IV, VI, VII, X, XI) l'exagération des réflexes patellaires ; les cinq autres fois ils étaient diminués ou abolis. De même, il a pu observer deux fois le phénomène du pied (Obs. III et X).

Scherb [d'Alger (2)] a relaté le cas d'un homme de quarante-cinq ans, parkinsonien depuis onze ans, chez lequel la maladie avait débuté par le tremblement et la raideur de la main droite, phénomènes qui se généralisèrent bientôt. A la suite de l'administration de borate de soude et de solamine, ce malade fut tellement amélioré qu'il put reprendre pendant trois ans son métier d'ébéniste. Puis, *après une sorte d'ictus apoplectiforme, avec céphalalgie intense*, le tremblement revint très intense, avec raideur, et chutes tous les cinq ou six pas sur le côté droit. L'examen montra l'exagération des réflexes, surtout à droite, où on constatait *du clonus et le signe de Babinski*; la raideur et le tremblement sont bien plus marqués à droite ; au dynamomètre la main droite amène 11 kilos, la gauche 32.

En outre l'auteur constate une légère paralysie faciale ; pendant le rire, les lèvres forment un point d'exclamation dont la queue est à droite ; il a du rire spasmodique, comme les pseudo-bulbaires ; ses yeux, qu'il tourne bien vers la droite, se portent difficilement à gauche : diplopie intermittente, voix lente, monotone, scandée.

Enfin, cet homme présente des signes manifestes d'artério-sclérose et de néphrite interstitielle.

L'auteur conclut que ces symptômes témoignent d'une altération organique, laquelle doit être une petite lésion (hémorragie ou thrombose) de la région pédonculaire.

Cette observation est, à notre connaissance, la seule publiée jusqu'ici où on ait constaté l'extension de l'orteil : il nous semble d'ailleurs bien difficile d'affirmer que tous les symptômes présentés par le malade de Scherb appartiennent bien à la maladie de Parkinson. En particulier, pour le signe de Babinski, Cestan et Le Sourd, dans l'étude qu'ils en ont faite (3), ont constaté la flexion de l'orteil chez les quatre parkinsoniens examinés par eux.

Enfin, le docteur Paul Richer a fait sur les muscles rigides la remarque suivante (4) : « En examinant de près chaque muscle, on le voit animé de petites vibrations. On voit sa surface parcourue de fines ondulations qui sont évidemment dues aux contractions isolées et successives des fibrilles musculaires. Ces contractions, que j'appellerai *parcellaires*, pour les distinguer des contractions fibrillaires qu'on observe dans le muscle en voie d'atrophie, sont indépendantes du tremblement dont elles n'ont pas le rythme... elles me paraissent être le fait de la rigidité caractéristique de cette affection et la théorie qu'on a donnée de certaines contractures (5) disant que les fibres musculaires se contractent les unes après les autres, se suppléant et se succédant sans cesse, nous semble parfaitement applicable ici. »

Ainsi donc, la rigidité musculaire des parkinsoniens se distingue, d'après les auteurs, de la contracture vraie, par la sensation qu'elle donne au palper, l'absence de réaction de dégénérescence (Blocq), l'absence de contractions fibrillaires vraies, remplacées par des « contractions parcellaires » de Paul Richer, le signe de l'orteil en flexion (Cestan et Le Sourd). Elle ne présente donc pas les caractères que l'on reconnaît, en général, à la contracture par lésion destructive du faisceau pyramidal ; elle serait due, pour M. Brissaud, à l'exagération du tonus musculaire, due, pour Barthez et Grasset, à la « perte de la situation fixe ».

Pulsion. — La seule explication plausible de ce symptôme est celle qu'en a donnée Pierret (1). Cet auteur relate un cas d'atrophie musculaire progressive avec rétropulsion très intense due à la paralysie des fléchisseurs du tronc et du pied, d'où prépondérance d'action des muscles extenseurs du tronc. A propos de ce cas, l'auteur écrit que, chez les parkinsoniens, la pulsion est due à la raideur et non à la faiblesse musculaire, qui « ne paraît pas assez fréquente pour expliquer à elle seule un symptôme aussi constant que la propulsion ou la rétropulsion irrésistibles.

A une période suffisamment avancée de leur affection, les malades, dont l'intelligence est saine, la volonté nette, précise et qui n'ont jamais de vertiges, ne peuvent exécuter aucun mouvement rapide, il semble qu'il y ait un obstacle interposé entre le muscle et le système nerveux central ; que l'influx soit retardé dans sa marche ou que le muscle soit lui-même devenu moins sensible à l'excitant physiologique, les mouvements ne se produisent qu'un temps très appréciable après la détermination prise.

Or, c'est au moment où cette lenteur dans l'exécution des déterminations volontaires est manifeste, sans que les mouvements soient devenus impossibles, que l'on voit apparaître la propulsion ou la rétropulsion. Provoqué ou naturel, le phénomène nous apparaît inévitable et découle tout naturellement de la lenteur même des réactions musculaires. Que l'on suppose un de ces malades, écarté si peu que ce soit de sa position d'équilibre, il a immédiatement conscience de ces modifications et cherche à y remédier, car l'intelligence et la sensibilité sont intactes. Malheureusement, si la volonté est intervenue à temps, il s'en faut que le système musculaire obeisse assez vite. Le mouvement voulu, c'est un pas en arrière ou en avant, s'exécute trop tard, alors qu'il est devenu insuffisant. Le trouble de l'équilibre continue donc à s'accentuer, et, toujours incomplètement corrigé, il se poursuit, engendrant un mouvement uniformément accéléré, jusqu'à ce que le malade soit arrêté ou tombé ».

Ainsi donc, d'après M. Pierret, la pulsion est sous la dépendance de la rigidité musculaire. Rappelons cependant l'opinion émise par Trousseau : cet auteur ayant remarqué pour la première fois la rétropulsion en voyant un de ses malades partir irrésistiblement en arrière dès qu'il se redressait, avait écrit dans ses *Cliniques* que les malades semblent courir après leur centre de gravité. M. Charcot a ruiné cette théorie en faisant remarquer que certains malades, bien que penchés en avant, ont de la rétropulsion

(1) Carrayon. *Etude clinique et anatomo-pathologique sur la maladie de Parkinson*, Th. de Paris, 1903.

(2) Scherb. Signes périphériques d'altérations organiques dans la maladie de Parkinson, Soc. de neurol., 7 fév. 1901.

(3) Cestan et L. Le Sourd. *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1250.

(4) Paul Richer. Note sur la forme extérieure du corps dans la maladie de Parkinson, Soc. de biol., 21 déc. 1895.

(5) Brissaud. Soc. de biol., janv. 1879. — Charles Richet. *Physiologie des muscles*, p. 490.

(1) Pierret. Note sur un cas d'atrophie musculaire progressive caractérisée au début par de la rétropulsion irrésistible, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1877, p. 413.

dès qu'on les tire légèrement en arrière par leurs vêtements. Cependant on trouve dans les *Leçons sur les maladies de la moelle* de Vulpian que, dans des cas exceptionnels, on observe, au moment où commence la marche, une tendance à la rétropulsion : « la tête se redresse et s'étend sur le cou ; le tronc s'incline en arrière et tend à tomber dans cette direction de façon que, pour prévenir la chute, et il n'y réussit pas toujours, le malade fait quelques pas à reculons, avec précipitation. »

Paralysies. — Tous les auteurs, depuis Charcot, s'élèvent contre la dénomination de *paralysie agitans*, donnée, par Parkinson, à la maladie, à cause de la rareté de la paralysie qui n'existe qu'à la période terminale cachectique. Trousseau trouve même la force musculaire augmentée, là où le tremblement est le plus accusé. Voici le résumé d'un travail de Montcorgé (1) à ce sujet :

Même à la période terminale les paralysies franches sont rares. L'auteur, après avoir lu un grand nombre de faits publiés, en compte une trentaine de cas avec atrophie et paralysie intéressant particulièrement les muscles de la main (muscles thénariens, hypothénariens, interosseux), les muscles de l'avant-bras et des pectoraux avec réactions électro-musculaires parfois normales, mais ordinairement diminuées ; les résultats anatomo-pathologiques sont contradictoires. Vulpian, dans deux cas d'atrophie musculaire à la dernière période, n'a trouvé aucune lésion musculaire ou nerveuse. Ordenstein (2), dans deux cas, a constaté la dégénérescence graisseuse des muscles : dans un cas de Clavaleira (3) les jumeaux seuls ont paru un peu graisseux.

En 1881, MM. Vesselle et Pierret ont décrit une véritable cirrhose musculaire avec transformation fibreuse. Joffroy, dans un cas, trouva un léger degré de névrite des nerfs cutanés du pied et de la jambe ; en 1888 Blocq décrit des altérations légères des muscles, liées, pour lui, à des lésions de névrite descendante.

Pour certains auteurs, cependant, la paralysie serait manifeste même alors que la maladie n'est pas très avancée : dès le début de la maladie on peut observer, d'après MM. Lereboullet et Bussard (4) un certain état parétique. M. Bourneville a, par des examens faits au dynamomètre, montré dans cinq cas une diminution de la force musculaire surtout marquée du côté où prédominait le tremblement. Onimus avait formulé cette loi à laquelle n'échapperait pas la maladie de Parkinson. Tout muscle atteint de spasme ou de contracture perd de sa force en même temps que sa contractilité électro-musculaire diminue. Enfin M. Grasset admet des paralysies localisées à certains groupes musculaires et édifie là-dessus une théorie du tremblement.

En terminant son travail Montcorgé donne une observation nette de paralysie au début de la maladie de Parkinson. Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, parkinsonien depuis quatre ans, qui dès le début de sa maladie et avant l'apparition du tremblement avait eu une hémiparésie droite avec paralysie du grand dentelé et diminution de la contractilité électro-musculaire avec le courant induit du côté paralysé par opposition à l'autre côté où elle était normale. La réaction de dégénérescence n'a pas été recherchée dans ce cas.

L'auteur cite les cas analogues au sien qu'il a pu rencontrer dans la littérature : l'un de Berbez (1) avec, au début de la maladie, douleur profonde de l'épaule gauche, puis, rapidement, amaigrissement et parésie des muscles de l'épaule qui devinrent presque inexcitables, amélioration par le massage. Un autre, consigné dans la thèse de Saint-Léger (2) s'accompagnait d'une paralysie, d'ailleurs temporaire, du moteur oculaire commun gauche au début de la maladie ; enfin la thèse de Vincent (3) contient une observation de Chapotot avec, chez un parkinsonien malade depuis trois ans, de l'atrophie des muscles des membres supérieurs qui réagissent mal au chariot de Dubois-Reymond. L'autopsie montra, dans ce cas, des lésions des cornes antérieures de la moelle.

De tout ceci Montcorgé conclut que les paralysies, avec ou sans atrophie musculaire, peuvent exister dès le début de la maladie : « La rigidité indiquant un premier degré d'altération des muscles, il est légitime de rapporter les accidents parétiques, paralytiques et atrophiques, au génie de la maladie de Parkinson et non à des complications étrangères à l'affection. Sans pouvoir se prononcer sur la nature de la maladie... on doit tarder de plus en plus à la rayer du cadre des névroses. »

Des faits de Montcorgé rapprochons les observations de Hohn (Copenhague 1897), qui constata dans deux cas une aphasie presque complète que l'examen à l'électro-laryngoscope montra due à la paralysie des cordes vocales : dans un cas, paralysie des adducteurs ; dans l'autre, paralysie des abducteurs, avec spasme des adducteurs.

Troubles sensitifs. — Tous les auteurs, depuis Charcot, mentionnent l'existence de crampes, de courbature, dans les muscles envahis par la rigidité, surtout au début de la maladie, ainsi que le besoin incessant de changer de place qu'ont les malades, les « impatiences musculaires » de Brissaud. Mais on peut observer aussi de véritables *douleurs* : Ordenstein dans sa thèse faisait remarquer que ces douleurs sont plus fréquentes qu'on ne le pensait, et souvent confondues avec celles du rhumatisme. Ces douleurs, à type rhumatoïde, ont été signalées depuis par divers auteurs. Vessele (4), Lhirondel (5) : d'autres fois, ce sont des engourdissements, des fourmillements, des douleurs lancinantes (de Saint-Léger). Parfois, elles prennent le caractère *fulgurant*, comme chez les tabétiques. Romberg avait déjà signalé cette analogie en 1851 (6) ; Grawitz (7), Gilli (8) publièrent des cas analogues.

Toutes ces douleurs appartiennent surtout à la période prodromique de la maladie : c'est ainsi que Sinkler (9) a vu, dans un cas, des fourmillements musculaires précéder de deux ans les signes de la paralysie agitans, que Purves

(1) MONTCORGÉ. Note sur les paralysies dans la maladie de Parkinson, *Lyon méd.*, 8 fév. 1896, n° 6.
(2) ORDENSTEIN. Th. de Paris, 1867.
(3) CLAVALEIRA. Th. de Paris, 1872.
(4) LEREBOULLET et BUSSARD. Article PARALYSIE AGITANS, in *Dict. Dechambre*, 2e série, t. XX.

(1) In th. de Lacoste, Paris, 1887.
(2) DE SAINT-LÉGER. Th. de Paris, 1879.
(3) VINCENT. Th. de Lyon, 1888.
(4) VESSELLE. Th. de Lyon, 1881.
(5) LHIRONDEL. Th. de Paris, 1883.
(6) ROMBERG. *Lehrb. der Nervenkrankh.*, Berlin 1851, 2e édition, p. 371.
(7) GRAWITZ. Ueber Prodromalsymptome bei Paral. agitans, *Deuts. med. Woch.*, 1894, n° 31.
(8) GILLI. *Etude sur le syndrome de Parkinson*, Th. de Paris 1900, Obs. X.
(9) SINKLER. *Deuts. Zeits. f. Nervenheil.*, 1900.

Stewart (1) signale la fréquence, au début de la maladie, de douleurs vives dans les extrémités.

Il est beaucoup plus rare de constater des troubles de la *sensibilité objective*. Cependant Palmieri et Arnaud (2) écrivent que la sensibilité à la douleur est la plus constamment et la plus largement atteinte; d'après ces auteurs l'*hypoalgésie* aurait la portée d'un signe caractéristique de la maladie de Parkinson. Karplus (3), dans un travail où il fait ressortir la fréquence des troubles sensitifs dans la maladie de Parkinson, dit que ces troubles consistant d'ordinaire en paresthésies douloureuses au niveau des parties rigides, dit qu'ils s'accompagnent parfois de troubles objectifs; ses assertions reposent sur 15 observations personnelles prises dans la clinique du professeur Krafft-Ebing (de Vienne). Il s'est attaché à diagnostiquer ces troubles objectifs de ceux qui pourraient produire l'hystérie, les névrites, le tabes.

La même année Frank (4) publiait une observation dans laquelle il relevait une hypoesthésie à la piqûre dans le membre inférieur droit, et la partie inférieure du tronc du même côté. En outre, l'application sur la peau d'un objet froid procurait une sensation de brûlure. L'auteur déclare ces troubles analogues à ceux, antérieurement décrits par Bychowsky, et qu'il se refuse de rapporter à l'hystérie.

Hohn, en 1897, avait déjà constaté, sur 45 cas, 4 fois la diminution de la sensibilité avec paresthésies.

Troubles vaso-moteurs. — On peut ranger parmi les troubles vaso-moteurs la *sensation de chaleur* ressentie par un grand nombre de malades, 1/3 d'après Hohn. Depuis les recherches de Charcot et Gower, on sait qu'elle peut s'accompagner d'élévation de la température périphérique; Grasset et Apolinario (5) ont relevé, chez des sujets apyrétiques, des températures de 36°8 à l'avant-bras au lieu de la normale 33°6. Dans les cas de maladie de Parkinson unilatérale l'hyperthermie « n'atteint qu'un seul côté » (Grasset). Ces deux auteurs attribuent cette hyperthermie périphérique au tremblement d'après Pick et Billroth, en effet, la température du sang est plus élevée dans un muscle au travail, qu'à l'état de repos. Cependant, Vincent, dans sa thèse, combat cette manière de voir en faisant remarquer que, d'une part, on n'observe pas cette élévation de la température périphérique dans toutes les affections qui s'accompagnent de tremblement et que d'autre part la sensation de chaleur peut exister chez des parkinsoniens rigides, sans tremblement. Aussi pense-t-il que la sensation de chaleur et l'élévation de la température périphérique doivent être regardées comme dues à des troubles vaso-moteurs de même que la sudation; celle-ci, d'ailleurs, souvent notée chez les malades qui accusent une sensation de chaleur exagérée, peut s'établir sans qu'il y ait de sensation de chaleur.

Fait intéressant, la température centrale ne serait pas modifiée (Bourneville, Mossé). Cependant, Fuchs (6), dans un travail consacré à la symptomatologie de la maladie de Parkinson, a constaté que 9 malades sur 26 qu'il a examinés ont présenté des accès fébriles, durant plusieurs heures, et pendant lesquels la température s'élevait jusqu'à 39°4; toujours la température centrale a été trouvée supérieure à la normale chez ces sujets qui accusaient une sensation de chaleur exagérée. Dans un cas où le tremblement était unilatéral, la température locale était de 3 à 4 dixièmes plus élevée du côté du sain que du côté malade. Charcot avait donc raison de dire que l'élévation thermique n'est pas due aux contractions cliniques des muscles.

Fuchs conclut que : 1° la sensation de chaleur et l'élévation de la température générale existent dans 23,4 p. 100 et doivent être rangées parmi les symptômes morbides;

2° Le rapport entre ces deux phénomènes paraît établi dans beaucoup de cas;

3° Ils sont probablement dus à la lésion des centres thermiques et vaso-moteurs; peut être tiennent-ils, en partie, à la lésion des centres sensoriels (Gowers).

Outre la sensation de chaleur et les modifications thermiques, on peut observer d'autres symptômes dus, vraisemblablement, à un trouble des vaso-moteurs, ce sont :

La *sudation* parfois considérable; Lamarche, dans sa thèse (1), parle d'un malade qui était obligé d'avoir toujours son mouchoir à la main pour essuyer sa figure, constamment inondée de sueur.

Quelquefois de la *sialorrhée*, signalée notamment par Vulpian et par Brissaud : elle ajoute un trait de plus à la ressemblance existant entre le facies parkinsonien et celui des pseudo-bulbaires.

Quelques auteurs ont constaté des *ecchymoses spontanées*, au cours de la maladie de Parkinson; Clavaleira, dans sa thèse, cite le cas (Obs. I) d'une malade arrivée à la période pré-cachectique, avec escares nombreuses et deux ecchymoses : l'une au dos, l'autre sur la face dorsale du petit orteil.

M. le professeur Raymond (2) a publié l'observation d'une malade chez laquelle il vit apparaître au dos des mains des taches purpuriques, disposées symétriquement et qui étaient apparues sans fièvre.

MM. Lecorché et Talamon (3) ont cité un fait analogue; il s'agit ici de taches purpuriques apparaissant aux jambes, atteintes d'un œdème qui persista après disparition des taches purpuriques; en outre, une ecchymose large comme la paume de la main occupait le cou-de-pied gauche. Les auteurs considèrent ces phénomènes, comme dus à des troubles vaso-moteurs.

Carrière (4) relate un cas type de maladie de Parkinson, avec température périphérique normale, pollakiurie, phosphaturie, augmentation des chlorures et de l'acide urique, toxicité urinaire trouvée à deux reprises différentes supérieure à la normale (la première fois il fallait 31 centimètres cubes d'urine par kilo d'animal, la seconde, 27,5); la malade présentait, en outre, du rétrécissement du champ visuel, de l'hyperhydrose et du dermographisme localisés aux membres supérieurs; enfin, cette malade présentait des ecchymoses spontanées à répétition symétriquement localisées aux deux premiers espaces interosseux (du pouce et de l'index). Ces ecchymoses ne tiennent ni à la cachexie qui n'existait pas, ni à des névrites périphériques; l'auteur pense que ces troubles relèvent d'une lésion médullaire (en

(1) PURVES STEWART. *Lancet*, nov. 1898.
(2) PALMIERI et ARNAUD. *R. Acad. medica di Genova*, 3 juillet 1899.
(3) KARPLUS. Ueber Störungen der cutan sensibil bei Morbus Parkinsoni, *Jahrb. Psychiat. und Neurol.*, 1900, B. XIX, fasc. 2, p. 171.
(4) FRANK (de Moscou). Zur Symptomatol. der paralysie agitans, *Monats. f. Psych. und Neurol.*, sept. 1900.
(5) GRASSET et APOLLINARIO. *Progrès méd.*, 1878.
(6) FUCHS. *Zeits. f. Klin. med.*, 1894, XXV, p. 320.

(1) LAMARCHE. Th. de Montpellier, 1899, Obs. II.
(2) RAYMOND. *Gaz. méd. de Paris*, 1er sept. 1883, n° 35.
(3) LECORCHÉ et TALAMON. *Études médicales*, 1887.
(4) CARRIÈRE. Ecchymoses spontanées dans la maladie de Parkinson, *Presse méd.*, 1896, p. 473.

raison de leur symétrie), qui est peut être l'altération de la colonne de Clarke constatée par divers auteurs.

L'autopsie de cette malade figure dans la thèse de Roumenteau (1). Cet auteur a trouvé des épaississements des méninges à l'émergence des racines antérieures avec, au microscope, sclérose légère localisée à la zone limitante, avec atrophie des fibres nerveuses. Les cellules de la colonne de Clarke sont ballonnées, leur noyau, incolorable, est rejeté à la périphérie, leur protoplasma présente une chromatolyse intense. Les nerfs périphériques sont atteints de névrite interstitielle : au niveau du siège habituel des ecchymoses il constate, à la coupe de la peau, des lésions d'endo et de péricardite chronique très prononcées; en fin de compte, les ecchymoses seraient dues à une lésion nerveuse (médullaire ou névritique), susceptible de diminuer le tonus vasculaire, d'où production d'ecchymoses facilitée par les lésions d'endo et de péricardite chroniques.

Gilli, qui relate dans sa thèse deux nouveaux cas d'ecchymoses spontanées, au cours de la maladie de Parkinson, les attribue à une paralysie vaso-motrice, analogue à celle invoquée par Houeix de la Brousse (2) pour expliquer les ecchymoses spontanées des neurasthéniques. Au contraire, MM. Charcot et Raymond attribuent les ecchymoses spontanées à la sénilité.

Rappelons, en passant, que le professeur Teissier (de Lyon) a observé dans un cas de maladie de Parkinson (relaté in thèse de Vincent) des hémoptysies sans lésions pulmonaires.

Œdèmes. — On en connaît quelques observations : un cas de Clavaleira (Obs. III, œdème et rougeur de la fesse), un de Saint-Léger (Obs. V, œdème des pieds); le malade de Lecorché et Talamon qui présentait des ecchymoses avait en même temps de l'œdème blanc, dur, un peu douloureux, qui d'abord remontait j'usqu'à mi-cuisses, puis se localisa aux chevilles. Enfin Vincent relate deux cas nouveaux, d'œdème des membres inférieurs (Obs. I et II), sans lésion cardiaque ou pulmonaire et sans albuminurie; dans un cas, l'œdème disparut au bout de quelques mois; dans l'autre, il ne dura que onze jours. Lamarche (3) a même, dans un cas, observé des modifications des mains, leur donnant l'aspect de la « main succulente de Marinesco ».

Il faut rapprocher de ces quelques observations d'œdèmes les modifications de la peau signalées par le docteur Frenkel [de Heiden (4)]. Voici le résumé d'une note que le docteur Frenkel a bien voulu nous écrire à ce sujet : La peau est épaissie, ce que l'on peut constater en essayant de la pincer entre les doigts et en comparant le pli cutané ainsi formé aux différents endroits du corps.

Chez les parkinsoniens avancés, l'épaississement de la peau est constant, au dos et au front; en même temps, elle est collée aux tissus sous-jacents, les modifications de la peau ne sont pas d'emblée généralisées, mais envahissent le corps segment par segment; on peut les constater aux membres. Frenkel a vu la peau du ventre tellement épaissie et adhérente, qu'on ne pouvait la mobiliser.

(1) Roumenteau. *Des ecchymoses spontanées dans les maladies du système nerveux*, Th. de Paris, 1900.
(2) Houeix de la Brousse. *Ecchymoses dans la neurasthénie*, Th. de Paris, 1898.
(3) Lamarche. Th. de Montpellier, 1899, n° 66, Obs. III.
(4) Frenkel. Die Veraendirungen der Haut bei Paralysis agitans, *Deuts. f. Nervenheilk.*, 1899, t. XIV, fasc. 5 et 6, p. 423.

Parfois, surtout à la face, on constate, en même temps, la dilatation des petits vaisseaux cutanés; l'auteur attribue, au moins partiellement, les paresthésies que l'on constate si fréquemment, à ces modifications cutanées, qui prédominent toujours du côté le plus malade.

Il s'agit là d'un véritable *trouble trophique*; peut-être doit-on attribuer, dans une certaine mesure, tout au moins, les *déformations articulaires* signalées par divers auteurs : Vulpian (1) et Charcot (2) principalement. Ce dernier auteur insistait sur les analogies qui existent entre les déformations des doigts dans la maladie de Parkinson et dans le rhumatisme chronique progressif. Depuis, Vesselle (3), cherchant à démontrer la nature rhumatismale de la maladie de Parkinson, examine avec soin les articulations et rapporte au rhumatisme les altérations constatées; depuis, Gilli, dans sa thèse, pose la question de savoir s'il existe des arthropathies parkinsoniennes discutant les observations déjà publiés et y ajoutant un nouveau cas, mais conclut (p. 116) : « Il me paraît logique de rattacher au syndrome parkinsonien lui-même la plupart de ces troubles articulaires, et, sans vouloir résoudre le problème, apporter quelques éléments à la discussion. »

Cependant la *nutrition générale* peut être profondément atteinte, dans la maladie de Parkinson; on a surtout discuté au sujet des modifications que peut présenter l'urine. Chéron ayant en 1877 (4) de la phosphaturie chez plusieurs malades, l'attribuait à un épuisement nerveux qui aurait préparé de longue date la maladie de Parkinson. Depuis, ses résultats ont été très discutés : ils ont été confirmés surtout par Laporte (5) qui, sur 11 cas, à trouvé 9 fois la phosphaturie. Mossé et Banal (6) (augmentation de l'urée et des phosphates, diminution de l'acide phosphorique complètement oxydé), et surtout par Gauthier [de Charolles (7)]. Ce dernier auteur conclut son travail en disant que la maladie de Parkinson n'a pas le caractère d'une névrose, mais que ses symptômes sont, exclusivement, des troubles du système musculaire et dérivent de la rigidité des muscles. Celle-ci est d'origine musculaire, sans intervention du systéme nerveux; elle serait le résultat de la phosphaturie dont sont atteints la plupart des parkinsoniens, et qui reconnaîtrait, elle-même, comme point de départ dans la fatigue musculaire, si bien qu'en fin de compte, la maladie de Parkinson serait la manifestation d'une dystrophie musculaire; la « phosphaturie musculaire » jouerait donc un rôle capital.

Malheureusement un certain nombre d'auteurs n'ont pas trouvé de phosphaturie; tels sont : De Saint-Léger (8) (9 cas négatifs), Démombré (9), Guntler (10), Berger (11).

Luzzato (12), dans un travail où il fait une étude approfondie de la sécrétion urinaire chez les parkinsoniens, conclut de ses recherches et de celles des autres auteurs :

(1) Vulpian. *Maladies de la moelle*, t. II, p. 767.
(2) Charcot. *Leçons du mardi*, 1861, p. 169.
(3) Vesselle, *Essai sur une forme rhumatismale de la paralysie agitans*, Th. de Lyon, 1881.
(4) Chéron. *Progrès méd.*, 1er décembre 1877.
(5) Laporte. Th. de Paris, 1879.
(6) Mossé et Banal. *Revue de méd.*, 1889.
(7) Gauthier. Quelques considérations sur la maladie de Parkinson, *Lyon méd.*, 1888.
(8) De Saint-Léger. Th. de Paris, 1879.
(9) Démombré. Th. de Paris, 1880.
(10) Guntler. *Arch. f. Psychol.*, 1885, t. XIX.
(11) Berger. Cité par Eichhorst, trad. franç., 1889.
(12) Luzzato. *Riv. Venca di sc. med.*, t. XIII, fasc. 8, oct. 1896.

1° On trouve des altérations légères, mais constantes, de l'urine dans la maladie de Parkinson;

2° Les plus importantes sont celles des sels : augmentation absolue et relative, par comparaison avec l'azote total, de l'anhydride phosphorique; augmentation absolue et relative de l'acide sulfurique; mais ces modifications sont encore inexpliquées;

3° La quantité absolue de l'azote total (urée, acide urique, créatinurie) est moindre que normalement. Au contraire, l'urée est augmentée par rapport à l'azote total, ce qui est peut-être dû à l'activité plus grande des processus d'oxydation causée par l'augmentation du travail musculaire.

Pour en finir avec les troubles de l'état général, rappelons que dans 15 cas Sicard et Guillain (1) ont trouvé de l'hypotension artérielle : leurs résultats ont été repris par Tixier qui les confirme à l'aide de quelques observations nouvelles (2).

Southword a enfin dans deux cas trouvé des altérations du sang; diminution du nombre des hématies dans l'un, absence d'éosinophiles dans l'autre.

Troubles encéphaliques. — On peut comprendre sous cette dénomination les vertiges, les troubles oculaires, enfin les troubles intellectuels; certains auteurs leur ont accordé une importance considérable, comme indiquant l'origine encéphalique de la maladie de Parkinson.

Au sujet des *vertiges*, Vulpian (3) pense que la pulsion relève de sensations vertigineuses le plus souvent ignorées des malades. D'ailleurs les vertiges sont fréquents, surviennent soit au repos, soit pendant la marche et vont parfois jusqu'à la chute. Parfois, enfin, mais rarement, on observe le vertige gyratoire.

Charcot et Vulpian (4) relatent le cas remarquable d'une malade qui, pendant l'année précédant le tremblement, eut des vertiges incessants, lesquels disparurent ensuite.

Cependant presque tous les auteurs regardent les vertiges comme rares au cours de la maladie de Parkinson. Martha (5), qui consacre sa thèse à l'étude de ces accidents, en donne 8 observations : l'auteur, rapprochant les crises vertigineuses, apoplectiformes et épileptiformes de certains phénomènes cérébraux (démence, aphasie) que l'on observe dans la maladie de Parkinson, croit logique de les attribuer dans les cas où l'autopsie ne montre aucune lésion telle que tumeur, sclérose, foyer hémorragique, de les attribuer à un spasme passager des vaisseaux de l'encéphale produisant une ischémie fonctionnelle. Ball (6) avait d'ailleurs déjà étudié ces « crampes des vaisseaux » en s'appuyant sur les expériences de physiologistes comme Nothnagel et Conheim, qui avaient observé la contraction des vaisseaux de l'encéphale, sous l'influence d'excitations directes. Krishaber admet d'ailleurs, dans son travail sur la névropathie cérébro cardiaque, qu'un spasme des vaisseaux de l'encéphale peut amener des crises vertigineuses ou convulsives.

Les *troubles oculaires* ont été surtout étudiés par Kœnig (7).

(1) Sicard et Guillain. Soc. méd. des hôpit., 5 mai 1899.
(2) Tixier. Th. de Paris, juillet 1899.
(3) Vulpian. *Maladies de la moelle*, p. 762.
(4) Charcot et Vulpian. *Gaz. hebd.*, 1861.
(5) Martha. *Des crises vertigineuses, apoplectiformes et épileptiformes dans la maladie de Parkinson*, Th. de Paris, 1888.
(6) Ball. Cong. de Cambridge, 1880, *Encéphale*, 1881.
(7) Kœnig. Troubles de l'appareil de la vision dans la maladie de Parkinson, Soc. de biol., 27 mai 1893.

Outre la fixité du regard, l'élévation des sourcils, la raideur de l'orbiculaire qui font partie du masque parkinsonien, cet auteur signale quelques troubles plus rares : l'impossibilité de marcher en regardant en haut, certains malades n'évitant la pulsion qu'à condition de regarder fixement à une certaine distance devant eux, des troubles des mouvements associés des yeux, avec réduction de leur amplitude; parfois, le tremblement des paupières ou des troubles de l'accommodation d'origine spasmodique; rarement du nystagmus, dont un cas a été rapporté par Clerici (1); exceptionnellement, de l'amblyopie ou de l'amaurose transitoire, l'atrophie des Noptiques.

Enfin, on observe quelquefois le phénomène décrit par M. Debove (2) sous le nom de *latéropulsion oculaire*, et consistant en difficulté de changer la direction du regard; le mouvement ne s'opère que quelque temps après que le malade a eu l'intention de l'exécuter, fait qui vient confirmer l'hypothèse émise par Pierret pour expliquer la pulsion.

Troubles intellectuels. — Ils ont été fort diversement appréciés : Vulpian (3) trouve à une période avancée une légère diminution de l'activité cérébrale; ils se fatiguent plus vite, leur esprit est moins vif, la mémoire est légèrement diminuée tandis que l'impressionnabilité est plus vive, encore accrue par la gêne que la maladie apporte aux actes les plus simples de l'existence.

D'après Ball (4), au contraire, les troubles intellectuels sont bien plus considérables et plus fréquents; revêtant la forme dépressive, ils sont intermittents et marchent parallèlement aux troubles de la motilité. L'auteur pense que les troubles intellectuels font partie de la symptomatologie de la maladie dont ils indiquent l'origine corticale.

Peu après, Parant (5) confirme partiellement l'opinion de Ball et divise les troubles intellectuels en trois groupes : changements de caractère (malades soupçonneux, exigeants, demandant qu'on s'occupe sans cesse d'eux); affaiblissement intellectuel allant de la simple obtusion à la démence la plus complète; enfin, parfois, vésanie franche, à forme dépressive.

Borghesio a, peu après, relaté le cas d'une parkinsonienne qu'il fallut interner à cause d'un violent délire de persécution, entretenu par des hallucinations visuelles et auditives.

D'après Brissaud, un certain nombre de ces troubles sont plus apparents que réels et tiendraient à une véritable « soudure intellectuelle », opinion partagée par Grasset.

De cette longue série de travaux il résulte que la maladie de Parkinson est caractérisée par un ensemble de symptômes spéciaux, lui donnant une physionomie particulière, mais les investigations cliniques n'ont pas encore permis de remonter d'une manière certaine et prouvée jusqu'à la cause de ces symptômes.

Cependant M. Brissaud se demande si l'habitus seul du parkinsonien n'implique pas quelque chose d'acquis, d'immuable? Mais c'est surtout l'évolution de la maladie qui, d'après les partisans de son origine organique, doit faire

(1) Clerici. *Poliambulanza*, Milano 1894.
(2) Debove. Soc. méd, des hôpit., 1878.
(3) Vulpian. *Maladies de la moelle*, p. 765.
(4) Ball. Cong. de Londres, 1881, et *Encéphale*, 25 mars 1882.
(5) Parant. *Annales médico-psychol.*

abandonner l'idée d'une névrose. Déjà, en 1880, M. le professeur Teissier (de Lyon) s'exprimait ainsi (1) : « L'évolution de la maladie, sa ténacité, sa marche progressive et fatale ne cadrent guère avec l'idée d'une simple névrose et l'existence d'un substratum anatomique fixe lui semble indispensable. » Vincent, la même année, émet dans sa thèse des idées analogues : une affection caractérisée par des symptômes aussi tranchés que le tremblement, les contractures, les troubles vaso-moteurs, ne peut être liée qu'à une altération profonde du système nerveux. Béchet conclut de même contre l'idée d'une névrose. Enfin, dans ses leçons professées en 1893 à la Salpêtrière, M. Brissaud s'exprime ainsi : « Qu'est-ce qu'une névrose qui dure toute une vie sans rémission, sans atténuation passagère des phénomènes nerveux, qui suit une évolution progressive et qui ne se dément jamais jusqu'à la dernière heure? »

Au contraire, les partisans de la névrose donnent, entre autres raisons, pour défendre leur opinion, la possibilité du début brusque de la maladie; voyons donc ce que donne l'analyse des faits.

Tous les auteurs qui relatent des cas de début brusque [Charcot, Vulpian, Axenfeld (2)] etc., ne parlent que du tremblement; dans les observations où le mode de début de la rigidité est noté, on voit qu'elle est apparue lentement et progressivement. L'Obs. I de la thèse de Martha est typique à cet égard; brusquement, après une frayeur, le tremblement apparut au bras gauche; les trois autres membres furent envahis ensuite; un an après apparaissait la raideur. Telle est la marche habituelle des accidents, d'après les divers auteurs. Le seul cas de début brusque de la rigidité que nous ayons trouvé au cours de nos recherches bibliographiques est rapporté par Béchet (3); à la suite d'une chute sur le coude droit, suivie d'un hygroma du coude, la raideur apparut presque aussitôt dans le bras droit. Ultérieurement, se montrèrent les autres signes de la maladie de Parkinson. Mais Béchet ajoute que les premiers médecins qui virent ce malade diagnostiquèrent une névrite; aussi, ne citons-nous ce cas que sous toutes réserves.

Une fois installée, la maladie de Parkinson progresse lentement et d'une manière continue; d'après Vulpian (4) rarement on note des améliorations passagères; mais alors, les phénomènes morbides reprennent sous l'influence d'une émotion, d'un refroidissement, d'une fatigue Ordinairement l'impotence et l'alitement mettent huit à dix ans à venir. Alors commence la dernière période qui peut être longue. Quand la mort survient en cinq à six ans, elle est en général due à des complications. Pour M. Brissaud, une fois constituée, la maladie l'est pour la vie et envahit peu à peu tout le corps sans arrêt et sans rémission.

Signalons enfin un incident qu'ont noté Charcot dans son mémoire avec Vulpian (1861, *Gaz. hebd.*, p. 828) et Axenfeld dans son *Traité des névroses*. Lorsque survient, au cours de la maladie de Parkinson, une hémiplégie organique par hémorragie cérébrale, par exemple, le tremblement s'arrête dans le côté hémiplégié, mais pour reparaître à mesure que l'hémiplégie s'atténue. Oppolzer avait de même vu le tremblement disparaître pendant une demi-heure environ, à la suite d'accès éclamptiques, pour reparaître ensuite.

(*A suivre.*)

(1) Teissier. Communic. à la Soc. de méd. de Lyon, 1888.
(2) Axenfeld. *Traité des névroses*, 2e édit., 1883, p. 674, mal. de Parkinson.
(3) Béchet. Th. de Paris, 1892, p. 54.
(4) Vulpian. *Maladies de la moelle*, loc. cit.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(10 juin 1903)

En ouvrant la séance, M. le président annonce que M. Kelly (de New-York), membre correspondant, assiste à la séance et lui donne la parole. M. Kelly lit un travail intéressant dans lequel il retrace l'histoire complète de l'**appendicite** depuis ses origines. Par un sentiment de délicatesse qui l'honore, M. Kelly insiste particulièrement sur ce fait que c'est en France que s'est développée toute l'histoire de l'appendicite et que pour les premières contributions à l'histoire de cette affection comme pour les recherches les plus récentes, toutes les autres nations n'ont fait que suivre la chirurgie française.

Les applaudissements unanimes de l'assemblée et la gracieuse allocution du président qui s'est fait l'interprète de ses collègues ont prouvé à M. Kelly combien la Société de chirurgie a été touchée de cette bonne confraternité du grand chirurgien américain.

Dans la dernière séance, M. Delanglade (de Marseille) a présenté l'extrémité supérieure d'un humérus qu'il a extrait chez un jeune garçon, croyant avoir affaire à un sarcome. Un examen histologique, fait à Marseille, avait semblé confirmer ce diagnostic. En examinant cet os, M. Delbet avait élevé quelques doutes sur la nature sarcomateuse de l'affection et s'était demandé s'il ne s'agissait pas d'un simple **cal de fracture méconnue**. La pièce du litige a été présentée à M. Cornil dont l'examen a complètement justifié les doutes de M. Delbet. Il s'agit bien d'un cal et non d'un sarcome.

M. Monod fait connaître les résultats de sa pratique au point de vue de l'intervention chirurgicale dans le traitement des **gangrènes pulmonaires**. En 1892, il a opéré un homme de quarante-huit ans qui présentait un foyer de gangrène bien limité; incision, évacuation, drainage, guérison. En 1898, s'est présenté à M. Monod un autre cas : incision au niveau de la pointe de l'omoplate, résection de la huitième côte, évacuation, drainage, guérison. En présence de ces faits et d'autres analogues, M. Monod conclut, à l'inverse de MM. Lejars et Tuffier, que tout foyer de gangrène pulmonaire diagnostiqué peut et doit être évacué, à condition qu'il puisse être facilement atteint. La guérison n'est pas toujours aussi rapide que dans le premier cas de M. Lejars et l'un des cas de M. Monod, mais elle finit généralement par se faire. M. Monod ajoute qu'il a toujours recours à la ponction exploratrice qui lui sert de guide pour l'incision. Il faut en plus un bon drainage.

M. Routier vient ajouter sa protestation à celles de ses collègues Poirier et Tuffier contre l'**exclusion intestinale**, qui doit être une opération de nécessité et non de choix. Chaque fois que cela est possible, il vaut mieux faire une entéro-anastomose. A ce propos, il rapporte l'observation suivante : une femme entre dans son service avec le diagnostic de foyer péritonitique d'origine appendiculaire. M. Routier pense plutôt qu'il s'agit d'un kyste ovarique à pédicule tordu. Le 25 décembre 1899, cette malade est prise d'accidents graves, frisson, rétention d'urine, fièvre, tumeur

proéminente dans le vagin, comprimant la vessie. M. Routier ouvre le cul-de-sac postérieur et évacue 1 litre de pus fétide; il trouve, au fond de l'incision, une seconde poche d'où il extrait des caillots et du sang noir. Cela fait, la tumeur abdominale n'ayant pas diminué, il fait la laparotomie; il sort une quantité de pus considérable. Puis M. Routier trouve le kyste à pédicule tordu, le ponctionne; c'était encore du pus. La poche était adhérente de toutes parts à l'intestin; impossible de l'exciser; il la marsupialisa. La malade allait bien lorsque, le 4 janvier, sort par la plaie un liquide qui corrode la peau et la digère. Il s'était donc établi une fistule intestinale haute. Nouvelle intervention le 14 janvier. M. Routier arrive sur la fistule intestinale, trouve un nouvel abcès, une autre collection séreuse, attire l'anse intestinale perforée au dehors, ferme la fistule par trois points de suture à la Lembert. Les suites furent simples et la malade guérit.

M. Routier estime que, dans ces cas, il faut toujours essayer d'abord de fermer l'orifice fistuleux. Quand il s'agit de l'intestin grêle, on ne saurait faire trop d'efforts pour le garder, car il est très utile à la vie.

M. Chaput fait une communication sur les **perforations du rectum** survenant au cours d'hystérectomies abdominales difficiles et sur un moyen d'y remédier par un procédé particulier de cloisonnement du bassin.

M. Delbet a eu recours à ce cloisonnement dans les cas où il craignait de laisser des débris suspects dans le cul-de-sac postérieur.

M. Reynier rappelle avoir déjà attiré l'attention sur ces déchirures rectales qu'on rencontre parfois au cours des opérations de salpingites suppurées au moment où elles allaient s'ouvrir dans le rectum.

Ces perforations rectales sont difficiles à fermer; les fils coupent. Cest pourquoi, en 1894, M. Reynier avait préconisé la méthode suivante : enlever systématiquement l'utérus, ouvrir le vagin, placer une grosse éponge contre la perforation rectale, établir un drainage abdominal et un drainage vaginal. M. Reynier s'applique ainsi à favoriser un cloisonnement fibreux, et ces fistules finissent ainsi par se boucher assez rapidement.

Toutefois, M. Reynier reconnaît que le procédé préconisé par M. Chaput est préférable et atteint bien le but qui consiste à mettre la perforation rectale en dehors de la cavité abdominale. Aussi, à l'avenir, en pareille occasion, M. Reynier aurait-il recours au procédé de M. Chaput.

M. Pozzi préfère aux éponges la gaze faiblement iodoformée. Il ajoute que ces plaies du rectum ont une grande tendance à guérir spontanément. Dans tous les cas M. Pozzi fait toujours une suture du catgut de la perforation, même quand il est convaincu qu'elle ne tiendra pas. Elle facilitera toujours la fermeture spontanée. Il fait donc toujours une suture au catgut qui tient quelquefois et un pansement à la Mickulicz.

M. Peyrot fait observer que M. Chaput n'a fait qu'appliquer à un cas particulier une méthode générale que tous les chirurgiens emploient et qui consiste à séparer, par un cloisonnement, le petit bassin de la grande cavité péritonéale saine.

M. Terrier reconnaît qu'on peut facilement déchirer le rectum dans certaines opérations de salpingite suppurée. Dans ces cas, il a toujours tenté de faire d'abord la suture. Il fait ces sutures avec des fils de soie; bien convaincu d'ailleurs qu'elles ne tiendront qu'en partie; mais qu'elles hâteront la guérison d'ailleurs très facile de ces perforations.

M. Jalaguier présente un jeune garçon chez lequel il a fait la résection totale du maxillaire supérieur gauche pour une **tumeur à myéloplaxes.**

PRATIQUE MÉDICALE

La dose suffisante de bromure dans l'épilepsie essentielle.

Par le docteur P. Jamot.

Peu de questions sont aussi complexes que celles de l'administration des bromures, et cependant pour beaucoup de praticiens, la formule épilepsie = bromure est appliquée trop facilement et sans méthode, d'où de nombreux mécomptes qu'il est cependant bien facile d'éviter.

Dans la pratique on peut s'en tenir à certaines règles que nous allons tacher de rappeler rapidement.

Il n'est pas inutile d'indiquer tout d'abord la conduite à tenir pendant les accès :

Dans l'immense majorité des cas, la *crise débute* avec une telle brusquerie qu'elle est presque impossible à prévoir. Lorsque les malades sentent venir leurs crises, on pourra toujours essayer, sans danger, les flagellations avec une serviette mouillée. La compression des carotides, préconisée par Pritchard, a pu donner également quelques résultats, mais le plus souvent, on est impuissant à prévenir l'accès.

Pendant la crise, la principale indication consiste à protéger le malade contre ses mouvements désordonnés. Il faut l'étendre bien à plat, la tête basse, desserrer les vêtements et aérer largement la pièce où il se trouve.

On peut prévenir la morsure de la langue en écartant les mâchoires avec un instrument *ad hoc*.

La période convulsive terminée, il faut au malade le calme le plus profond, chambre obscure et repos absolu. Puis on donnera un lavement évacuant suivant la formule :

Sulfate de soude	20	grammes.
Follicules de séné	20	—
Miel de mercuriale	40	—
Eau glycérinée	210	—

(Carrière.)

La saignée a pu ici donner d'excellents résultats; enfin en cas d'asphyxie, on n'hésitera pas à pratiquer les tractions rythmées de la langue.

On le voit, la thérapeutique est souvent impuissante pendant l'accès, elle ne peut être encore que symptomatique.

En revanche pendant les *périodes intercalaires* elle reprend tous ses droits.

Contre l'épilepsie essentielle dont nous ignorons toujours la cause intime nous avons une arme puissante avec le bromure de potassium, le médicament si justement appelé par Gubler « le sulfate de quinine des névroses convulsives » ou mieux encore « le pain quotidien des épileptiques », suivant l'expression de Charcot.

Autant d'auteurs, autant de manières de fixer la dose. Dans la pratique il nous semble cependant préférable de s'en tenir aux indications si précises données par M. Gilles de la Tourette dans son excellent ouvrage sur *Le traitement pratique de l'épilepsie* (1) :

« La fixation de la dose, dit-il, se base sur l'âge du sujet, sur sa tolérance particulière pour l'agent médicamenteux, sur le nombre et l'intensité des manifestations épileptiques. »

La tolérance individuelle s'apprécie par tâtonnement : les

(1) Paris, 1901, J.-B. Baillière.

enfants tolèrent, proportionnellement, mieux le bromure que les adultes, mais il faut surtout se baser, pour instituer un traitement bromuré, sur ce fait capital qu'il faut donner au sujet ce que M. Gilles de la Tourette appelle *la dose suffisante*.

Pour établir cette dose suffisante, M. Gilles de la Tourette emploie la méthode préconisée par Charcot, qui procédait par *périodes d'administration de trois semaines*, à doses croissantes puis décroissantes, à raison de 1 gramme par semaine. « Toutefois le passage d'une période de trois semaines à une autre, de la troisième à la quatrième semaine par exemple, doit en réalité se juger par la suppression de *deux* grammes de bromure et non d'*un*.

Je suppose, dit-il, que l'on donne pendant la première semaine 3, la deuxième 4, la troisième 5 grammes de bromure, la quatrième on supprimera *deux* grammes et on arrivera à 3, 4 et 5 comme pour la première semaine. On donnera 3, 4, 5; 3, 4, 5 et ainsi de suite, sans interruption d'un seul jour, même pendant les règles. »

Pour que la dose soit suffisante il faut que le patient, la semaine où il prend la plus forte dose, se sente réellement sous l'influence du bromure, qu'il sente une certaine lassitude, une certaine somnolence, enfin qu'il présente le *signe de la pupille*, c'est-à-dire que ses pupilles ne réagissent plus ni à la lumière ni à l'accommodation; qu'elles soient en outre à leur maximum de dilatation.

Comment devra-t-on maintenant administrer le bromure?

On doit le donner par la voie buccale, c'est la manière la plus sûre, mais à cause de la saveur salée du bromure, surtout à cause de son action caustique, il y aura avantage à l'associer au sirop d'écorces d'oranges.

Le sirop de Henry Mure au bromure de potassium chimiquement pur, qui contient 2 grammes par cuillerée à soupe, répond bien à ces indications.

Le bromure de strontium que préconisait beaucoup Laborde, le bromure de sodium, les bromures associés ont été également l'objet des recherches de Henry Mure qui les dose de la même façon que le sirop de bromure de potassium. Avec eux, le praticien est certain de ne jamais être désarmé et de pouvoir agir sûrement sans avoir à redouter d'intolérance.

REVUE DES THÈSES

Cryoscopie du pus (1), par M. le docteur A. Linard. (Th. de Paris, 1903.)

Il existe un écart très sensible entre les points cryoscopiques des abcès froids et des abcès chauds. Cet écart n'est pas assez constant pour que l'on puisse, sur sa détermination, fonder un diagnostic différentiel, mais il est important au point de vue théorique. MM. Lannelongue et Villejean ont montré que les matières albuminoïdes se trouvent en proportions moins abondantes dans le pus septique que dans le pus tuberculeux. La plus grande concentration du pus des abcès chauds s'expliquerait donc par la décomposition des grosses molécules albuminoïdes en petites molécules plus nombreuses. Telle est l'hypothèse la plus vraisemblable, et qu'il appartient à de nouvelles recherches chimiques de démontrer définitivement. L. BABONNEIX.

Les perfectionnements récents de la rachicocaïnisation (2), par M. le docteur G. Berthet. (Th. de Paris, 1903.)

Les accidents consécutifs à la rachicocaïnisation pratiquée avec des solutions aqueuses sont en rapport avec une irritation méningée plus ou moins intense et l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Ils sont dus simplement à ce que l'eau est loin de posséder les mêmes propriétés osmotiques que le liquide céphalo-rachidien. On peut, dans la très grande majorité des cas, supprimer les accidents soit en employant la cocaïne en solution dans le liquide céphalo-rachidien du malade lui-même, soit, ce qui est préférable, en mélangeant le liquide céphalo-rachidien du malade à la solution de cocaïne dont MM. Guinard, Ravaut et Aubourg ont donné la formule. L. BABONNEIX.

(1) J. Rousset, éditeur.
(2) C. Naud, éditeur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la vingt-deuxième semaine 905 décès, au lieu de 939 pendant la semaine précédente moyenne (904).

La fièvre typhoïde a causé 9 décès (moyenne 7).

La rougeole a causé 14 décès (moyenne 19); la scarlatine, 6 décès (moyenne 5); la coqueluche, 6 décès (moyenne 8); la diphtérie, 4 décès (moyenne 10); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 97 moyenne (80).

La diarrhée infantile a causé 21 décès de 0 à 1 an, au lieu de 24 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 37.

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 135 décès au lieu de 136 pendant la semaine précédente, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (moyenne 8); bronchite chronique, 13 (moyenne 25); pneumonie, 32 (moyenne 32); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 86 (moyenne 71), dont 13 sont dus à la congestion pulmonaire et 56 à la broncho-pneumonie. En outre, 7 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 213 décès; la méningite tuberculeuse, 18; la méningite simple, 26; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DOCTEUR-PHARMACIEN, trente-huit ans, libre de suite, recherche à utiliser son double diplôme dans régions lyonnaise, dauphinoise ou limitrophes. Accepterait situation dans hospice, usine, établissement thermal, sanatorium, etc., achèterait ou créérait laboratoire d'analyses dans ville d'eaux, etc. — S'adresser au bureau du journal.

ON DEMANDE UN INTERNE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE pour le dispensaire médico-chirurgical du Kremlin. — Conditions exigées : 16 inscriptions et 2 ans d'internat des hôpitaux de Paris, dont 1 année au moins de chirurgie. — S'adresser à M. le docteur Le Filliâtre, médecin-directeur et chirurgien du dispensaire, les lundis, mercredis et vendredis à deux heures, 5, avenue des Ecoles, à Villejuif.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le massage abdominal, par le docteur de Frumerie. Préface de M. le professeur Gilbert. In-8° avec 8 pl. démonstratives en similigravure. — Prix : 2 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse ...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.021	0.010	0 010	0.029
Chlorure de sodium......	0 060	1 200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indicé	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs; — **PRÉCIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	Sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

NUCLÉNAL BOUTY

ACCROISSEMENT
DÉVELOPPEMENT
REPRODUCTION

Nucléine Phosphoglycérates

3 à 4 Dragées par 24 heures, au moment des repas. — 1, Rue de Châteaudun, PARIS.

PEPTONE VASSAL

Sèche Agréable au Goût

REPRÉSENTE 14 FOIS SON POIDS DE VIANDE

PRIX MODÉRÉ

ECHANTILLON GRATIS PAR L. DANJOU Phien LILLE

YOST

« Porte-plume YOST en or »
à réservoir d'encre.
PRIX : 12.50, 17.50 et 20 francs.
Cie de la Machine à écrire « YOST ».
PARIS, 36, boulev. des Italiens, 36, PARIS
CATALOGUE FRANCO SUR DEMANDE

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0 gr 20 centigr. de *Substance ovarienne*. — DOSE : [illegible] à [illegible] capsules par jour.

Phie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

CRYOGÉNINE

de la Société des BREVETS LUMIÈRE

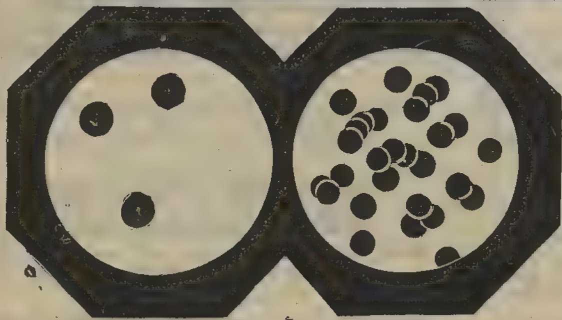
NOUVEL ANTITHERMIQUE ÉNERGIQUE, NON TOXIQUE

Doses : 0 g. 20 à 1 g. 50 en cachets
Vente en gros et Littérature
Lyon : SESTIER, 8, c. de la Liberté
Paris : Phie Cle de France, 7, r. de Jouy

MYCODERMINE DÉJARDIN

(EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES doué de toute l'efficacité de la LEVURE FRAICHE)

HÉMOGLOBINE DESCHIENS



Fer Organique Vitalisé

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT, NEURASTHÉNIE

SIROP, 2 à 4 cuil.; VIN, 2 verres à madère.
ÉLIXIR (15°) 2 verres à liq.; DRAGÉES, 4 à 8.

ÉCHANTILLONS AUX MÉDECINS.
ADRIAN, Paris.

N° 69. — MARDI 16 JUIN 1903. 76e ANNÉE. MARDI 16 JUIN 1903. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

RÉTRÉCISSEMENT CONGÉNITAL ET SPASME DU PYLORE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS (1)

Par G. VARIOT,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

L'enfant que je vous présente aujourd'hui est soigné, depuis quelque temps déjà, à notre goutte de lait de Belleville. C'est le premier né d'un père et d'une mère fort bien portants. Bien qu'élevé au sein maternel, cet enfant vomit avec persistance presque tout le lait qu'il absorbe. Ces vomissements ont commencé dès la naissance, dès les premières tétées. Ils ont continué sans cesser jusqu'à présent et se produisent dix minutes, un quart d'heure après la prise du lait. Vous pouvez voir que l'enfant est bien constitué, il est amaigri, chétif, mais il n'a pas le facies d'un véritable athrepsique.

Il semble que par la percussion on décèle une légère dilatation d'estomac.

D'autre part, la mère a du lait et la sécrétion lactée semble se faire normalement, on fait jaillir en abondance le lait en pressant à la base des mamelons qui sont d'ailleurs bien conformés.

Cet enfant est inanitié; voyez comme il se précipite avidement sur le sein de sa mère pour prendre l'aliment que dans quelques instants il rejettera.

Ce sont là des accidents d'intolérance gastrique qui ne sont pas très rares chez les nourrissons et qui rentreraient pour les médecins anglais dans le cadre clinique des rétrécissements et des spasmes du pylore qu'ils ont beaucoup étendu ces dernières années.

MM. E. Cautley et C. T. Dent dans un article de *The Lancet* du 20 décembre 1902, ont relaté la plupart des cas de rétrécissement du pylore publiés jusqu'à ce jour.

Les principaux signes de cette affection consistent dans des vomissements rebelles, opiniâtres, incoercibles même, se produisant quelques minutes après l'absorption du lait, soit au sein, soit au biberon; la constipation est toujours grande; l'amaigrissement progressif de l'enfant va jusqu'à la cachexie et au marasme. A côté de ces signes constants, invariables, on note le péristaltisme de l'estomac apparent visible à travers la paroi abdominale; parfois la perception par le palper d'une petite tumeur cylindrique siègeant dans la région pylorique; enfin on découvre par la percussion et la palpation une dilatation d'estomac plus ou moins étendue.

La lésion essentielle dans les cas de ce genre, ainsi qu'en témoignent quelques autopsies, réside dans une hypertrophie des fibres musculaires circulaires du pylore. Il y a bien un peu d'hypertrophie des fibres longitudinales, mais comparativement, elle est beaucoup moindre. Plusieurs auteurs ont observé en outre l'épaississement du tissu sous-muqueux de la région pylorique. Cette hypertrophie musculaire détermine la production du petit cylindre pylorique appréciable par le palper durant la vie et bien visible à l'autopsie des rares sujets qui en ont été trouvés porteurs.

On n'est pas encore d'accord sur la pathogénie de ces rétrécissements du pylore et parmi les médecins anglais deux opinions distinctes se sont produites à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres dans la séance du 9 décembre 1902.

Pour MM. H. D. Rolleston, Cautley, la lésion primitive initiale est l'hypertrophie de la région pylorique liée à une malformation congénitale. Cet excès de développement des fibres musculaires du pylore causerait le rétrécissement et le spasme du sphincter, d'où les vomissements rebelles et l'ensemble des signes que nous avons énumérés ci-dessus.

D'autre part pour Ashby (de Manchester), John Thomson (d'Edimbourg), G. F. Still, etc., le spasme serait l'accident primitif, l'hypertrophie serait la lésion secondaire. A l'appui de leur théorie, ces auteurs remarquent que, bien souvent, les vomissements ne se produisent pas dès la naissance, mais trois semaines, même un mois après, etc.

Parmi les observations citées par les médecins anglais, on relève plusieurs nourrissons dans un état désespéré, guéris

(1) Conférence recueillie par M. SEBILEAU, interne des hôpitaux.

par la pyloroplastie d'une intolérance gastrique absolue. L'intervention opératoire peut donc être une ressource ultime dans quelques circonstances.

On a vu aussi d'autres nouveau-nés dans un état d'inanition plus ou moins semblable, guérir sans opération, sous l'influence d'un changement de lait ou de régime alimentaire; c'est ainsi que G. F. Still cite plusieurs cas de guérisons pour ainsi dire spontanées et que le docteur Willoughby Gardner en produit une observation typique. Ces guérisons en apparence spontanées m'ont paru spécialement intéressantes.

Pour ma part j'en puis citer un exemple bien net. Il y a quelque temps, je rencontrai à la goutte de lait de Belleville un enfant de trois mois environ qui, bien qu'élevé au sein maternel, vomissait après chaque tétée et allait s'étiolant de jour en jour. Je pensai à un rétrécissement congénital du pylore et je prévins la mère que, si son enfant continuait à vomir ainsi, il faudrait se décider à une intervention chirurgicale, à une pyloroplastie; avant d'aller à cette extrémité on résolut de confier quelques jours l'enfant à sa tante qui allaitait un nourrisson de huit mois.

On constata que l'enfant supportait parfaitement le lait de sa tante, ne le vomissait pas. En huit jours, une augmentation de poids de 180 grammes se produisit qui continua la semaine suivante; mais la tante se fatigua de cet allaitement double. On remit cet enfant au biberon au lait frais qu'il utilisa pour sa croissance. Il boit à présent du lait stérilisé industriellement et se développe assez bien.

S'agit-il vraiment dans les cas semblables de rétrécissement du pylore? Je me demande s'il n'y a pas lieu de faire intervenir d'autres facteurs que ceux admis par les médecins anglais pour expliquer les vomissements rebelles, opiniâtres, incoercibles des nourrissons élevés au sein. Est-ce que l'on ne pourrait pas incriminer le lait de la mère dans sa composition? Quand une nourrice est malade, a la grippe, par exemple, le nourrisson pâtit, parce que la sécrétion lactée est plus ou moins troublée et que des principes toxiques passent dans le lait. Bien plus, l'apparition des règles chez la nourrice suffit à provoquer des vomissements et de la diarrhée chez l'enfant.

Dans cet ordre d'idées, une femme ne pourrait-elle pas avoir dans son lait à l'état permanent des substances mal tolérées par l'estomac si délicat du nourrisson? Mais quelle substance incriminer? M. Budin a prétendu que certains laits ne sont pas supportés parce qu'ils contiennent trop de beurre. Morgan Rotch redoute beaucoup l'excès de caséine. Mais d'autres modifications encore indéterminées dans la composition du lait interviennent probablement. Ce que je puis vous dire avec certitude, c'est que l'estomac des nouveau-nés est d'une sensibilité exquise et qu'il suffit parfois d'un jaune d'œuf ajouté au lait pour provoquer le vomissement et que la plus petite quantité de substance médicamenteuse est souvent rejetée par le nourrisson.

Je ne suis pas disposé à accepter les opinions de Morgan Rotch et de Budin, car plusieurs fois j'ai fait doser les principes fixes des laits de femme rejetés par les enfants et je n'ai pas trouvé de modifications appréciables dans leur proportion.

Ne pourrait-on pas admettre que certains laits de femme contiennent une substance encore inconnue, toxique pour l'estomac de leur enfant, provoquant ainsi des vomissements incoercibles? C'est à cette hypothèse que je m'arrêterais volontiers pour expliquer la cessation brusque des accidents dans les cas présumés de rétrécissement du pylore qui guérissent par un simple changement de lait.

Comme conclusion pratique : quand on est en présence de nourrissons qui ont des vomissements rebelles, opiniâtres, il ne faut pas se presser de conseiller une intervention chirurgicale; essayez d'une autre nourrice; essayez d'un autre lait et par ce simple changement de régime, vous parviendrez parfois à guérir des enfants dans un état fort grave.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que les vomissements répétées chez les enfants élevés au sein. Je dois vous parler aussi d'une variété de vomissements incoercibles chez des enfants élevés au biberon. Ces vomissements très fréquents, très tenaces, s'accompagnent parfois d'entérite, d'autres fois d'un peu de constipation. On fait examiner le lait du biberon : il est déclaré excellent. Rien dans l'état des organes de l'enfant ne permet au premier abord d'expliquer ces vomissements incoercibles qui retardent absolument la croissance.

Le plus souvent ces enfants sont suralimentés. Rien n'est plus fréquent que la suralimentation dans l'allaitement artificiel à cause des conditions anormales dans lesquelles les enfants sont placés pour absorber le lait.

Quand l'enfant tète au sein, il est obligé de faire un effort de succion et il boit lentement le plus souvent; les organes buccaux de la succion se fatiguent en même temps que l'estomac se distend. L'enfant quitte le sein en temps opportun.

Avec le biberon muni d'une tétine à trous trop larges le plus souvent, l'enfant avale trop vite; il vide la bouteille sans avoir la sensation d'être repu. Il crie et on lui donne plus de lait qu'il ne lui en faudrait; après une demi-heure, une heure, nuit et jour, on redonne la bouteille pour apaiser les cris; de là, les accidents innnombrables de suralimentation avec l'allaitement artificiel.

Pour faire cesser ces troubles, ces vomissements incoercibles parfois, il faut mettre les enfants à une diète relative, ne leur faire absorber pendant trois ou quatre jours que de faibles quantités de lait : 30 grammes par prise coupée de moitié d'eau alcaline toutes les trois heures, puis augmenter graduellement et proportionner ensuite lentement la quantité de lait pour chaque tétée à l'âge et au poids de l'enfant, à la capacité physiologique de son estomac. Je suis arrivé ainsi, en réglant physiologiquement les tétées, à faire croître normalement des enfants avec le même lait qui auparavant déterminait des vomissements incoercibles. La graduation des tétées domine tout l'allaitement artificiel; et l'on ne saurait trop regretter que les biberons, portant des indications précises pour renseigner les mères et les nourrices sur la capacité si variable de l'estomac des nourrissons, ne se généralisent pas plus rapidement.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(12 JUIN 1903)

MM. Widal et Lemierre ont étudié la **pathogénie de certains œdèmes brightiques** et **l'action du chlorure de sodium ingéré**.

Chez deux malades atteints de néphrite diffuse à prédominance épithéliale, ils ont pu faire apparaître à volonté des œdèmes en leur faisant ingérer une dose de 10 grammes de chlorure de sodium en nature, en plus de l'alimentation fixée. La cessation des 10 grammes de chlorure supplémentaires a amené la disparition des œdèmes. Chez le premier de ces malades, dont la néphrite remontait à quelques mois et était consécutive à une angine aiguë, l'épreuve de la

chlorurie alimentaire continuée pendant six jours consécutifs fut suivie de l'apparition d'œdème sous-cutané, pulmonaire et même d'œdème cérébral se traduisant par des crises convulsives. Tous ces accidents diminuèrent rapidement et disparurent après que l'alimentation du malade eût été réduite pendant quatre jours à quelques verres d'eau peptonée.

Chez le second malade la néphrite, récente également, était consécutive à un érysipèle. Au bout de six jours, l'épreuve de la chlorurie alimentaire amena la réapparition des œdèmes que le malade présentait antérieurement et une augmentation de poids. Ces œdèmes disparurent rapidement après la suppression des 10 grammes de sel supplémentaires et le poids descendit en deux jours de plus de 2 kilogrammes.

L'épreuve de la chlorurie alimentaire ne fait pas réapparaître les œdèmes chez tous les malades atteints de néphrite. Chez quatre artério-scléreux atteints de néphrite interstitielle cette épreuve n'a été suivie d'aucun trouble. Chez un sujet présentant une néphrite diffuse à prédominance épithéliale, remontant à sept ans, cette épreuve a été également sans action. Il peut sans aucun doute en chercher la raison dans le fait que l'organisme a été surpris en état de déchloruration au moment où chez lui a été instituée l'épreuve de la chlorurie alimentaire. Il rendait une quantité de chlorures supérieure à la somme des chlorures alimentaires et des 10 grammes supplémentaires.

Chez les deux premiers malades il n'en était pas ainsi et la quantité de chlorure rendue était très inférieure à la quantité ingérée.

C'est là qu'il faut chercher sans doute l'explication des phénomènes observés chez ces deux malades. Les circonstances diffèrent suivant que l'épreuve de la chlorurie alimentaire surprend l'organisme en état d'hypochloruration ou d'hyperchloruration. Dans ce dernier cas les chlorures retenus dans les tissus attirent l'eau de l'organisme et déterminent les œdèmes. Ce fait n'est pas seulement intéressant au point de vue de la physiologie pathologique des œdèmes; il montre aussi le bénéfice que certains brightiques peuvent tirer de la diète chlorurée.

M. B. Weill, interne de M. Marfan, rapporte la statistique de la **diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades du 1er mars 1901 au 1er mars 1902**. Pendant cette période, la diphtérie s'est signalée par sa fréquence et par la gravité de ses manifestations pharyngées. Il y a eu 1307 entrées au pavillon, 1122 diphtéries reconnues bactériologiquement, 406 croups.

La mortalité globale a été de 21 p. 100, la mortalité réduite (défalcation faite des cas de mort survenus dans les vingt-quatre premières heures) de 12,3 p. 100.

Il a relevé 143 angines hypertoxiques avec 89 décès. Le syndrome secondaire de la diphtérie maligne décrit par M. Marfan (1) s'est rencontré dans 36 cas avec 30 décès.

Cinq malades ont présenté des complications ulcéreuses au cours de l'angine; dans un cas, la scarlatine associée pouvait être incriminée, et ce fait peut être rapproché des descriptions de Méry et Hallé communiquées au Congrès de Madrid. Dans 2 cas, l'ulcération a entraîné la perforation d'un pilier du voile. On notait en même temps des signes de septicémie associée et des thromboses locales paraissent devoir être incriminées.

Parmi les associations, la scarlatine a été particulièrement maligne, 11 cas avec 7 décès et 2 malades non suivis.

Les 406 cas de croup, dont 65 d'emblée ont donné une mortalité globale de 33,49 p. 100, une mortalité réduite à 23,5 p. 100. Pour 256 croups tubés les chiffres de mortalité sont 32,42 p. 100 et 21,5 p. 100. Dans 165 cas, le tubage a été unique et a duré en moyenne de trente-six à quarante-huit heures.

Sur 410 tubages praliqués, on a observé 82 rejets de tube dont 31 définitifs, c'est-à-dire sans nécessité de retubage. Cet incident relativement rare exige lui rarement encore un retubage immédiat, fait important pour la justification du tubage sans surveillance médicale permanente. La trachéotomie a été pratiquée dans 48 cas, 25 ont été primitives avec 20 décès; 23 secondaires au tubage dont 9 précoces avec 8 décès et 14 tardives avec 6 décès. Parmi ces trachéotomies secondaires 3 concernent des croups post-rougeoleux dont 2 ont succombé.

Parmi les diverses complications, M. Weill relève 3 cas de thrombose cardiaque (1). L'albuminurie notable et précoce s'est terminée par la mort dans 51 p. 100 des cas. Des érythèmes d'origine aérique ou autre ont paru dans 22,2 p. 100 des cas de diphtérie. Aucun des signes proposés ne nous semble pathognomonique de l'érythème scarlatiniforme qu'il est souvent impossible de distinguer de la scarlatine vraie.

Plusieurs sérums antidiphtériques ont été utilisés. La comparaison des résultats obtenus lui permet d'insister sur la nécessité de recourir aux doses élevées, d'employer exclusivement des sérums chauffés, enfin sur l'importance des relations qui unissent le pouvoir préventif du sérum à ses propriétés curatives.

(1) Marfan. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 11 juillet 1902.

MM. L. Galliard et d'Œlsnitz publient une observation de **méningite aiguë syphilitique rapidement guérie par les injections de benzoate de mercure.**

Une femme âgée de vingt-deux ans, atteinte de roséole syphilitique au mois d'août 1902, traitée à l'hôpital Saint-Louis d'abord par le proto-iodure, puis par les injections de calomel et de biiodure, éprouve, le 30 avril 1903, une violente céphalalgie, qui devient intolérable les 2 et 3 mai.

Le 4 mai, à sept heures du matin, elle perd connaissance. « On l'apporte à l'hôpital Lariboisière, disent MM. Galliard et d'Œlsnitz, où nous la voyons à onze heures du matin. Elle est absolument inconsciente, couchée en chien de fusil, contracturée, poussant des cris. Strabisme; raie méningitique; pas d'irrégularité du pouls ni de la respiration. Nous sommes renseignés par la mère de la malade, et d'ailleurs nous constatons au cou une pigmentation (collier de Vénus) absolument caractéristique. L'hésitation n'est donc pas permise. Nous faisons pratiquer, séance tenante, une injection de benzoate de mercure de 2 centigrammes.

A cinq heures du soir, 39°4. Même état cérébral; pas de vomissements, pas de convulsions, pas de morsure de la langue, mais agitation, cris. Déglutition des liquides impossible. Lavement de 4 grammes d'hydrate de chloral.

Le 5 mai, même état, 39°7. Signe de Kernig. La ponction lombaire fournit un liquide légèrement louche, donnant, après centrifugation, un dépôt appréciable constitué presque uniquement par des lymphocytes; quelques rares mononucléaires, quelques polynucléaires. Seconde injection de benzoate.

Le soir, 39°8.

Le 6 mai, 38°8. Injection de benzoate. Vers trois heures après midi, la malade se réveille, elle demande du lait et boit avec avidité. Elle accuse de la céphalalgie et de la courbature.

Le soir, 38°6. Lavement de chloral.

Le 7 mai, 38°2. La contracture a cédé. Euphorie. La malade boit sans difficulté. Le soir, 37°2.

A partir de ce jour, amélioration progressive.

(1) Cf. Deguy et B. Weill. Sur la thrombose cardiaque dans la diphtérie, *Arch. de méd. expérim.*, juillet 1902.

Nous continuons les injections de benzoate de mercure jusqu'au 12 mai, jour où la stomatite devient intense.

Le 19 mai, seconde ponction lombaire; pas d'hypertension, liquide limpide, sans dépôt après centrifugation; très rares éléments figurés. Guérison complète. Etat général excellent.

L'examen de la malade ne révèle ni hystérie, ni affection de l'oreille, ni tuberculose, ni maladie infectieuse. On ne peut donc invoquer qu'une cause de méningite : la syphilis. »

M. Guinon rapporte un cas de **paralysie infantile avec cytologie positive du liquide céphalo-rachidien.**

M. Chauffard lit, au nom du docteur Meynier (de Blois), une intéressante observation d'**anévrisme de l'aorte thoracique.**

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[MADRID, 23-30 AVRIL 1903 (1)]

La classification dermatologique des blépharites ciliaires,

Par M. A. Terson.

Les inflammations palpébrales longtemps comprises sans précision dans les ophtalmies ou sous les noms vagues et variables de psorophtalmie, de gale des paupières, dartres, teignes, ulcères prurigineux, ont été peu à peu désignées sous le nom de blépharophtalmies, de blépharites, de blépharo-adénites. C'est à Velpeau qu'est dû le terme un peu plus net de blépharite ciliaire qui est resté courant. Mais cette appellation, au fond si peu précise, n'indique que grossièrement le siège du mal sans rien indiquer de l'essence de la maladie. Aussi les divers auteurs, suivant le point de vue auquel ils se placent, le compliquent-ils de qualificatifs, soit *cliniques* en se bornant à indiquer l'aspect des lésions (blépharites squameuses, ulcéreuses, hypertrophiques, etc.), soit *dermatologiques* (blépharites pityriasiques, mentagreuses, séborrhéiques, impétigineuses, eczémateuses, etc.), soit *étiologiques* (blépharites scrofuleuses, herpétiques, etc.).

Etant donné que la blépharite ciliaire est une affection cutanée et du système pileux palpébral, du *cuir ciliaire*, il est indiscutable que son étude ne peut faire des progrès que si cette affection est définitivement rangée dans la *pathologie cutanée* et bénéficie des mêmes recherches cliniques étiologiques, histologiques et bactériologiques.

Laissant de côté les lésions palpébrales rares, mais classées aujourd'hui, telles que le favus et la trichophytie avec leurs parasites spéciaux, nous envisagerons seulement au point de vue dermatologique, et dans un court résumé du mémoire qui paraîtra ultérieurement, les deux grandes variétés de blépharites ciliaires, la variété *suppurée* et la variété *non suppurée*.

Nous examinerons d'abord la variété *suppurée*, parce qu'au point de vue dermatologique elle nous semble plus avancée et mieux connue. Les variétés squameuses et non suppurées nécessitent encore de minutieuses recherches avant que l'on puisse conclure.

La forme *suppurée*, caractérisée essentiellement par des abcès folliculaires, s'accompagne aussi de croûtes, mais ces croûtes ne sont presque toujours que du pus desséché et non des squames. L'épilation donne à la place du cil enlevé une excavation purulente ou saignante. Microbiologiquement, Widmark, Gallenga, Cuénod et nous-même dans nos travaux communs et dans la thèse que nous lui avons inspirée (*Bactériologie et parasitologie des paupières*, th. de Paris, 1894), nous avons trouvé dans ces cas uniquement des staphylocoques le plus souvent dorés ou quelquefois blancs. L'étude des cils malades épilés a été faite par divers auteurs et dans un travail récent et très complet de Winselmann (*Klin. Monats. f. Augenheilk.*, 1902).

Tous les documents accumulés démontrent qu'il est aujourd'hui tout à fait impossible de considérer cette variété si fréquente de blépharite comme une simple forme d'eczéma, même séborrhéique. Il s'agit avant tout de *folliculites* débutant par des pustules périfolliculaires, s'ouvrant ensuite, et dont le bord ciliaire malade montre tous les degrés d'évolution et toutes les variétés. L'étude si complète que la dermatologie actuelle a faite des folliculites et dont on trouvera une parfaite description dans le travail de Sabouraud (*La pratique dermatologique*, t. II, *Folliculites*) ne donne aussi que du staphylocoque, le plus souvent doré, comme *agent général* des folliculites.

Si la folliculite se complique et devient profonde, elle passe à la variété *ulcéreuse* que j'appellerai *rongeante* et qui se termine par le madarosis et la destruction à peu près totale des cils. Il se produit alors ce mélange bien connu de lésions hypertrophiques et atrophiques de la paupière. Cet état à ses divers degrés est désigné dermatologiquement sous le nom de *sycosis* et c'est celui que doit porter la blépharite ciliaire ulcéreuse chronique.

Comme origine, les folliculites peuvent au début reconnaître une dermatose passagère, plus tard impossible à préciser. Les lésions d'eczéma palpébral, d'impétigo, ont pu au début provoquer l'irritation du bord ciliaire et les infections secondaires : mais l'eczéma vésiculeux aigu vrai est *amicrobien* (Brocq et Veillon), tant que la vésicule n'est pas ouverte et les pustules et vésicules d'impétigo dans les mêmes conditions contiennent au début surtout du streptocoque (Sabourand), mais dès l'ouverture des vésicules les staphylocoques pullulent à leur place : or nous n'avons jamais trouvé que du staphylocoque dans la blépharite à abcès et ulcères tout comme on ne rencontre que lui dans les folliculites cutanées en général.

Nous n'insisterons pas sur les conditions locales qui, comme autour de tous les orifices naturels, favorisent l'éclosion des folliculites ciliaires, la chaleur, l'humidité, la multiplicité des infections microbiennes du dehors, du voisinage (nez, conjonctive et voies lacrymales), du traumatisme (grattage), l'influence du larmoiement, toutes les causes d'hyperémie, enfin la nature du terrain et la possibilité, chez les scrofuleux, les diathésiques et les intoxiqués, d'une modification chimique de la sécrétion des glandes ciliaires, modification pouvant beaucoup favoriser la culture et l'envahissement microbien, tout cela, entre autres conditions, entre en ligne de compte. Les variétés *squameuses* confirment deux types principaux, l'un avec squames légères, pellicules farineuses, l'autre avec croûtes roussâtres et grasses. Mais dans les deux variétés, on n'observe à peu près jamais de lésions des follicules pileux. Qoique facilement caducs, les cils ne surmontent aucun abcès et la peau n'est pas ulcérée sous les squames et les croûtes. Il est probable que dans la première variété il s'agit simplement du pityriasis simple et dans la seconde de variétés de séborrhée. Nous n'avons jamais rencontré *aux cultures* que du staphylocoque blanc : mais il sera nécessaire pour affirmer le diagnostic de pytiriasis de retrouver à l'*examen des squames* le bacille bouteille (Malassez) à peu près constant, uni aux cocci, dans le pityriasis capitis. Les lésions séborrhéiques comporteront l'étude histologique et bactériologique des divers microbes récemment décrits dans la séborrhée (Sabouraud). Toutefois, *aux cultures*, on ne trouve là aussi que des staphylocoques. Là aussi on ne saurait considérer uniquement les variétés squameuses comme simples variétés d'eczéma. Pour Brocq (L'origine parasitaire des eczémas, par Brocq et

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 49, p. 486; n° 56, p. 553; n° 58, p. 580; n° 59, p. 590; n° 61, p. 609; n° 63, p. 638; n° 65, p. 660.

Veillon, *Journ. des prat.*, 25 août 1900), ni les folliculites suppurées, ni les croûtes graisseuses du cuir chevelu, ni les diverses séborrhées concrètes, ni le pityriasis capitis ne sauraient rentrer dans les eczémas pour les motifs divers que le lecteur trouvera aussi dans le vaste exposé de Brocq sur la question Eczémas (Cong. de 1900). La bactériologie nous éclaire peu sur la question, comme nous l'avons déjà dit, la vésicule primitive de l'eczéma est amicrobienne, mais dès qu'elle est ouverte, la région malade se charge de microbes dont le staphylocoque doré est le plus abondant (Brocq et Veillon), dans les régions eczématisées tout comme dans les blépharites (Widmark, A. Terson et Cuénod). Ce n'est qu'après élimination des variétés précédentes qu'on pourra poser le diagnostic d'eczéma d'abord ciliaire. Nous n'avons voulu en ce travail préliminaire que déblayer le terrain et montrer tout ce qu'il y a encore à faire dans cette dermatologie palpébrale où le bord ciliaire avec son développement luxuriant de poils forts et de glandes constitue une région qui demande aux efforts des ophtalmologistes et des dermatologistes modernes, c'est-à-dire de ceux munis des notions histologiques et bactériologiques nouvelles, des travaux encore nombreux pour conclure.

MÉDECINE PRATIQUE

L'anesthésie locale par la cocaïne.

M. Reclus vient de faire paraître un nouveau volume sur ce sujet (1).

Dans la préface de ce volume, M. Reclus reconnaît, avec une parfaite bonne foi, qu'il n'a pas eu beaucoup d'imitateurs dans l'emploi de cette méthode et il attribue cet échec à deux causes, d'abord à l'ignorance des praticiens qui l'emploient sans la connaître, ensuite à la délicatesse même de cette méthode qui doit être étudiée avec quelque attention. Mais, ajoute M. Reclus, il vaut la peine de faire cet apprentissage, car, depuis seize ans qu'il a employé la cocaïne dans plus de sept mille opérations, il n'a pas eu un accident à lui reprocher et il obtient une bonne anesthésie.

Nous avons lu le nouveau livre de M. Reclus avec d'autant plus de plaisir que nous devons avouer, à notre honte, devoir être rangés parmi les confrères ignorants dont il parle, car les quelques essais que nous avons faits de la cocaïne ne nous ont pas donné beaucoup de satisfaction. Espérons que nous serons plus heureux en suivant strictement la nouvelle technique de M. Reclus. Résumons-la de notre mieux :

L'outillage : une seringue de Pravaz ordinaire ou mieux une seringue spéciale avec oreillettes pour l'index et le médius permettant au pouce de mieux pousser l'injection qui se fait, non dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais dans le derme. Cette seringue renferme 2 centimètres cubes de liquide. Les aiguilles, de 3 centimètres et demi environ, sont un peu plus fortes que les aiguilles ordinaires ; il y en a de droites et de courbes.

La nouvelle solution adoptée par M. Reclus étant de 1/2 p. 100, chaque seringue contiendra donc 1 centigramme de l'alcaloïde; dix seringues, 10 centigrammes. La dose de cocaïne injectée, même pour les opérations les plus complexes, ne doit jamais dépasser 20 centigrammes.

Avant l'injection, il faut mettre le malade dans le décubitus horizontal, quelle que soit l'opération. Cette règle est absolue. Le patient doit rester couché au moins pendant une heure après l'opération. Contrairement à ce qui a lieu pour le chloroforme, le malade doit manger avant, pendant et après l'anesthésie par la cocaïne. Expliquons-nous; il doit manger avant, boire du café additionné d'alcool pendant et prendre du bouillon, du lait ou du potage après.

Pour la technique de l'injection elle-même, la partie la plus délicate, laissons la parole à M. Reclus :

« Après avoir fixé de l'œil la future ligne d'incision, je vais planter mon aiguille dans l'épaisseur du derme. Mais faut-il auparavant anesthésier le point de pénétration par une pulvérisation à l'éther, au bromure d'éthyle ou au chlorure de méthyle, comme le pratiquent quelques chirurgiens? C'est vraiment inutile, car la douleur de la piqûre, outre qu'elle est insignifiante, est instantanément arrêtée et cesse dès que la pression sur le piston chasse dans la plaie un peu de la cocaïne. Cependant lorsque le foyer opératoire cutané est au voisinage d'une muqueuse, près des lèvres, au prépuce, dans la région anale, à la langue, aux gencives, j'applique sur la muqueuse une lame d'ouate hydrophile imbibée de cocaïne, et sur le point ainsi anesthésié je pique mon aiguille que je dirige ensuite vers la peau.

On fixe donc de l'œil la future ligne d'incision, que pour plus de sûreté les débutants peuvent marquer d'un trait à la teinture d'iode. On saisit alors entre le pouce et l'index de la main gauche un pli de la peau, à l'extrémité droite de la future incision ; l'injection se fait en effet plus facilement de droite à gauche au contraire de l'incision qui se fait de gauche à droite. Sur le sommet du pli, on plante la pointe de l'aiguille et l'on presse en même temps le piston; le patient signale à peine par un léger mouvement ou par un petit cri la fugace douleur de cette piqûre qui souvent n'est pas perçue. L'aiguille chemine lentement dans la crête saillante du pli formé sur la future ligne d'incision, et, pendant que cette aiguille progresse, le piston refoulé dépose dans la trame du derme la solution de cocaïne; le boursouflement de la peau et sa pâleur traduisent à la vue cette pénétration du liquide.

Mais l'aiguille, en général longue de 3 centimètres, ne tarde pas à arriver au bout de sa course; elle est arrêtée par le talon de son ajutage, et, pour peu qu'on ait l'habitude des injections, à ce moment la seringue est vide. On la retire alors; on remplit de nouveau la seringue, ou l'aide en tend une seconde déjà préparée. On pique de nouveau l'aiguille dans la crête d'un nouveau pli qui continue le premier sur la ligne de la future incision, mais on a soin d'en enfoncer la pointe un peu en amont de l'endroit où finit la traînée analgésique, de façon à ce que la pénétration soit absolument indolore. Puis, comme la première fois, on fait cheminer l'aiguille dans l'épaisseur du derme, tout en poussant le piston qui dépose la cocaïne, et la peau continue à se boursoufler et à blanchir; nouvel arrêt de l'aiguille au bout de sa course, nouvelle piqûre un peu en amont du point où cesse la traînée analgésique, et ainsi de suite, toujours la même manœuvre, jusqu'à ce que l'on ait atteint l'extrémité gauche de la future incision cutanée.

L'injection faite, l'incision doit porter bien exactement sur la traînée analgésique qui se traduit sous la peau par un bourrelet œdémateux d'un blanc livide.

En résumé, l'opéré sera dans le décubitus horizontal, et, l'opération faite, ne marchera qu'après avoir mangé; la solution sera stérilisée à l'autoclave, elle sera de 1/2 p. 100; la dose totale d'alcaloïde injectée n'atteindra pas 20 centigrammes; les injections, traçantes et continues, seront poussées d'abord dans la peau ou les muqueuses, puis dans chaque couche sous-jacente, dans chaque plan anatomique qui sera donc analgésié séparément et pour son propre compte : les instruments, bistouri, aiguilles, thermocautère, ne devront dépasser jamais les limites de la zone insensibilisée. »

Voilà la méthode générale d'anesthésie localisée employée

(1) *L'anesthésie localisée par la cocaïne*, par le docteur Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec, membre de l'Académie de médecine. In-8° avec 59 fig. dans le texte. — Paris, Masson et Cie.

et préconisée par M. Reclus, méthode qui lui donne des succès constants et jamais d'accidents.

Il décrit ensuite la technique de l'analgésie dans chacune des principales opérations. Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans ses descriptions, toujours claires, bien présentées et bien complètes. Nous ne pouvons ici que conseiller de faire comme nous, de lire le volume, et on sera édifié. Si on avait oublié quelques détails, il suffirait de jeter les yeux sur l'une des soixante figures qui sont dans le texte, car ici comme en tout ce qui concerne la chirurgie opératoire, la vue d'une bonne figure renseigne souvent aussi bien que la lecture du texte.

M. Reclus, on le voit, est un convaincu et il cherche à faire passer sa conviction dans l'esprit des autres. Pourquoi n'y est-il pas parvenu, malgré tout son talent, en ce qui concerne la cocaïne? Il reste, suivant nous, contre cette méthode une objection importante, objection dont M. Reclus ne nous semble pas assez tenir compte, c'est la conservation de la connaissance du malade, qui assiste à son opération. Cela constitue une situation, plutôt pénible pour l'opéré, parfois délicate et désagréable pour l'opérateur. Quant à nous, si jamais nous avions à nous confier de nouveau au bistouri d'un ami, fût-ce M. Reclus, nous lui demanderions du chloroforme en connaissant, de longue date, sa bienfaisante ivresse.

A. BROCHIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 22 AU 27 JUIN 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 22 JUIN, à une heure. — 3e (1re partie, oral, nouveau régime), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Pinard, Gosset et Rieffel; — (2e série) : MM. Kirmisson, Remy et Wallich ; — (2e partie) : MM. Blanchard, Gaucher et Legry.

4e : MM. Hayem, Dejerine et Bezançon; — M. Gley, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Tillaux, Delens et Mauclaire ; — M. Lepage, suppléant; — (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Tuffier, Walther et Legueu; — (2e partie) : MM. Brissaud, Roger et Teissier; — M. Desgrez, suppléant.

MARDI 23 JUIN, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime) : MM. Berger, Thiéry et Rieffel.

3e (2e partie, oral, nouveau régime) : MM. Cornil, Troisier et Guiart.

4e : MM. Proust, Thoinot et Vaquez; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Albarran et Faure; — (2e série): MM. Le Dentu, Pozzi et Schwartz; — M. Méry, suppléant; — (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray; — M. Langlois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Richaud, suppléant.

MERCREDI 24 JUIN, à une heure. — 2e (1re partie, oral, ancien régime) : MM. Tuffier, Remy et Cunéo; — (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

3e (1re partie, oral, nouveau régime) : MM. Terrier, Potocki et Rieffel; — (2e partie) : MM. Blanchard, Brissaud et Bezançon.

4e : MM. Pouchet, Gautier et Wurtz; — M. Weiss, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie) : MM. Mauclaire, Walther et Legueu; — (2e partie, nouveau régime), *Laënnec* : MM. Landouzy, Widal et Teissier; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Gley, suppléant.

JEUDI 25 JUIN, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Poirier, Faure et Launois.

3e (1re partie, oral, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Le Dentu, Bonnaire et Thiéry; — (2e partie), *Salle Richet* : MM. Dieulafoix, Letulle et Guiart.

4e : MM. Gilbert, Dupré et Langlois ; — M. Troisier, suppléant.

VENDREDI 26 JUIN, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime, 1re série) : MM. Brissaud, Retterer et Cunéo ; — (2e série) : MM. Mauclaire, Gosset et Rieffel.

3e (1re partie, oral, nouveau régime) : MM. Tillaux, Delens et Walther; — (2e partie) : MM. Blanchard, Widal et Teissier.

4e : MM. Landouzy, Gaucher et Wurtz; — M. Bezançon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Legueu; — (2e série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Broca (Aug.); — M. Roger, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 27 JUIN, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime) : MM. Poirier, Schwartz et Launois.

3e (1re partie, oral, nouveau régime) : MM. Le Dentu, Thiéry et Demelin ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Chauffard et Guiard.

3e : MM. Chantemesse, Dupré et Richaud ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie, ancien régime), *Beaujon* 1re série) : MM. Cornil, Troisier et Achard; — (2e série) : MM. Proust, Letulle et Thiroloix; — (3e série) : MM. Raymond, Gouget et Jeanselme; — M. Widal, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Potocki : — M. Langlois, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin de première classe Pernet, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Guichen* (escadre du Nord), en remplacement de M. le docteur Le Méhauté.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Marty (de Fleury) et Roy (de Taverny) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

Les nouveaux établissements de Vichy. — Les fêtes d'inauguration des nouveaux établissements de Vichy que nous avons annoncées ont eu lieu, en présence de M. Maruéjouls, ministre des travaux publics, des autorités du département et de la ville et du corps médical représenté par plus de 500 membres. La visite de ces établissements, particulièrement de l'établissement de première classe avec son hall monumental et ses superbes services, met en lumière les efforts que la Compagnie fermière de Vichy-Etat a faits pour maintenir la grande station française au premier rang des villes d'eaux internationales. Il n'y a qu'une voix parmi tous les hommes compétents pour reconnaître qu'elle y a réussi au delà de tout ce qu'on pouvait attendre. Les représentants de l'Etat, M. Maruéjouls le premier, ne cachent pas leur admiration pour la manière dont a été exécuté le programme de travaux que s'était fixé la Compagnie : programme colossal qui, englobant à la fois les bains, les parcs, le casino et le théâtre, a eu pour effet de renouveler entièrement la physionomie de la station et de la mettre à même de recevoir, avec toutes les ressources de la science et toutes les séductions des plaisirs, les baigneurs qui lui viennent aujourd'hui de toutes les parties du monde.

Le ministre et les autres invités ont visité également les ateliers d'embouteillage des eaux si célèbres de la Grande-Grille, de l'Hôpital et des Célestins et de l'établissement dit de la pastillerie où se fait l'extraction des sels et la fabrication des pastilles.

Toutes ces installations si intéressantes ont retenu longuement les visiteurs qui ont pu se rendre compte des progrès énormes réalisés par la Compagnie fermière, progrès bien en rapport avec les besoins nouveaux, puisque de 1852 à 1903, le nombre des baigneurs s'est élevé de 6000 à 83000.

Les fêtes de Vichy laisseront un souvenir profond parmi tous ceux auxquels il a été donné d'y assister.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 70. — JEUDI 18 JUIN 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 18 JUIN 1903. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

STATISTIQUE DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU (1)

(1er NOVEMBRE 1902 — 28 FÉVRIER 1903)

Par J.-L. FAURE, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Messieurs,

Au moment de quitter ce beau service que j'abandonne à regret, je crois qu'il est bon de vous résumer brièvement ce que nous avons fait ensemble pendant ces quatre mois qui m'ont paru bien courts.

Et d'abord je n'ai pas fait tout ce que j'aurais voulu faire et la très grande activité du service, qui nous force à opérer presque tous les jours, a quelque peu nui à la régularité des visites dans les salles. Mais en revanche cette même activité m'a permis de mettre sous vos yeux un grand nombre d'opérations, dont ceux d'entre vous qui m'ont fait l'honneur de suivre mes leçons ont pu apprécier l'importance et la variété.

Il a été fait, pendant ces quatre mois, près de deux cent cinquante opérations, soit une quinzaine environ par semaine, et je n'aurais pu suffire à la tâche, si je n'avais eu à côté de moi mon chef de clinique et mes internes, au zèle et à l'activité desquels je me plais à rendre hommage et qui ont bien voulu, sans déplaisir j'en suis convaincu, se charger d'une partie de cette formidable besogne.

Il n'est pas dans mon intention de vous énumérer ici toutes ces interventions, ni de vous donner des chiffres globaux qui portent sur des cas trop différents pour pouvoir être comparés.

Ces statistiques générales et ces additions hétérogènes ne signifient rien et ne font que fausser l'idée que l'on peut se faire de la marche générale d'un service et des résultats qu'on y obtient.

Vour trouverez d'ailleurs ces chiffres publiés en détail à la fin de cette leçon et j'aime mieux vous donner tout simplement ici ma manière de voir sur la façon dont a fonctionné notre service, sur les résultats obtenus, sur les succès dont nous pouvons nous féliciter, comme aussi sur les erreurs que nous avons pu commettre.

D'une manière générale, Messieurs, je suis très satisfait des résultats que nous avons obtenus. Le premier mérite en revient, je tiens à le dire devant vous, à mon chef de clinique, le docteur Fredet, qui s'est occupé lui-même et dans les moindres détails de l'organisation du service et en particulier de tout ce qui touche à la stérilisation des objets de pansement et du matériel d'opérations. C'est un travail difficile, c'est une besogne souvent ingrate, mais qui trouve sa récompense dans le sentiment qu'éprouve celui qui l'a faite que la guérison des malades et le salut des opérés sont son œuvre plus encore peut-être que celle de l'opérateur.

C'est ensuite à la collaboration dévouée de tout le monde et avant tout à l'intelligence et à la conscience de celui auquel incombe la délicate mission de veiller à la stérilisation du matériel d'opérations et des objets de pansement, et dont l'Assistance publique ne reconnaît pas comme elle devrait le faire les inappréciables services, c'est à la collaboration de tout le monde, je le répète, que nous devons les résultats dont il y a lieu de nous féliciter.

Sans doute nous avons vu succomber quelques opérés, mais ici comme partout c'est cette terrible et douloureuse chirurgie d'urgence qui en fournit le plus grand nombre, et sur les morts que nous avons eu à déplorer, il n'y en a pas moins de dix qui sont dues à des interventions pour hernies étranglées, péritonites, fractures du crâne, etc. A côté d'elles il faut ranger immédiatement celles que nous a données la chirurgie du cancer, non moins terrible et non moins douloureuse.

C'est ainsi que nous avons perdu une pauvre vieille à laquelle j'ai désarticulé la hanche pour un ostéosarcome de l'extrémité supérieure du fémur, un malheureux opéré pour

(1) Clinique de l'Hôtel-Dieu, 28 février 1903.

un cancer de la langue, un autre qui, opéré pour une tumeur maligne de l'orbite ayant envahi les fosses nasales et la base du crâne, a succombé au bout d'un mois, une femme à laquelle j'ai réséqué une grande partie du gros intestin pour un cancer de l'angle du côlon étendu à la paroi abdominale et donnant lieu à des suppurations extérieures, qui ont pu nous tromper sur la vraie nature de son mal. C'est ainsi que ces jours-ci nous avons perdu un malade atteint d'un cancer des voies biliaires avec propagation au foie et qu'une simple laparotomie exploratrice a suffi à tuer. C'est ainsi enfin, que les deux malades auxquels j'ai cru devoir pratiquer l'extirpation de l'œsophage thoracique pour des cancers profonds de cet organe ont succombé l'un et l'autre, dans des conditions d'ailleurs encore mal déterminées.

Certes, Messieurs, ce sont là des résultats médiocres et peu encourageants et je comprends ceux qui préfèrent ne pas entreprendre des opérations aussi pleines de difficultés, de périls et de déceptions. Mais à côté de ces malades désespérés, pour lesquels la mort est au moins une solution, il en est un certain nombre auxquels nous avons rendu l'espoir, et auxquels, j'en suis convaincu, nous avons peut-être donné quelques chances de guérisons.

Et c'est cette conviction, Messieurs, qui me soutient dans cette lutte sans merci que je ne veux pas abandonner contre la plus douloureuse et la plus terrible des maladies et, bien que nous marchions ici sur une route semée de cadavres, je ne veux pas reculer devant le cancer parce que j'ai la conviction profonde d'avoir guéri quelques malades, et d'en pouvoir guérir encore.

Parmi les morts que nous avons eu à déplorer, il en est deux qui sont pour nous restées inexplicables et qui, il y a huit jours à peine, nous ont profondément émus par leur soudaineté et par les conditions douloureuses dans lesquelles elles se sont produites.

En vingt-quatre heures à peine nous avons perdu deux malades, presque deux enfants, opérés tous deux à trois jours de distance pour des accidents d'appendicite refroidie ou qui tout au moins nous paraissait telle.

Les deux opérations avaient été d'une extrême simplicité et avaient demandé quelques minutes à peine. Chez le premier tout alla très bien pendant trois jours, puis des accidents péritonéaux sont survenus qui l'ont emporté en deux jours. Chez l'autre, une pauvre et charmante jeune fille de dix-neuf ans, les accidents ont été presque foudroyants. Au sortir de la salle d'opérations elle a commencé à vomir, le lendemain matin, les vomissements n'avaient pas cessé et prenaient un caractère alarmant. Elle mourait le surlendemain, emportée par des phénomènes de septicémie.

Nous avons tous fait notre examen de conscience, et je ne sais à quoi attribuer ces deux morts qui nous ont profondément attristés. Une autre appendicite a été opérée le même jour que le premier de ces malades et n'a pas présenté l'ombre d'un accident. Entre les deux nous avons fait deux laparotomies qui ont guéri à merveille. Nous avons obtenu par ailleurs de trop beaux résultats pour que je puisse croire à un défaut ou à un accident de stérilisation. Jamais, avant ce jour, et dans des services moins sûrs que celui-ci, je n'avais vu mourir de malade opéré d'appendicite à froid ! et je m'étais habitué à considérer cette opération comme presque insignifiante. Je me demande donc si le point de départ de ces accidents terribles ne doit pas être recherché dans l'appendice lui-même et s'il n'y avait pas chez ces malades, malgré un refroidissement en apparence complet de leur foyer appendiculaire, des microorganismes d'une virulence excessive, qui ont été mobilisés par l'opération et ont provoqué cette catastrophe inattendue.

J'ai tenu, Messieurs, à vous parler de ces deux cas lamentables. Nous ne sommes pas ici pour jeter sur nos échecs ou sur nos fautes le voile complaisant d'un oubli trop facile. Nous devons les faire connaître et tâcher d'en découvrir les causes, afin d'en tirer, s'il est possible, un enseignement pour l'avenir. En toute loyauté, je viens ici vous dire que j'ignore quelles sont les causes de ces deux morts et que je n'en puis tirer aucun enseignement. Mais ces catastrophes soudaines doivent au moins nous faire souvenir que toute intervention chirurgicale comporte des responsabilités redoutables et que l'opération en apparence la plus simple et la plus bénigne, peut porter la mort avec elle.

Messieurs, je vous l'ai dit, ces deux morts nous ont d'autant plus affectés qu'elles étaient plus inattendues. Depuis quatre mois nous avons, en effet, pratiqué beaucoup de grandes opérations abdominales, et les résultats qu'elles nous ont donnés sont de nature à satisfaire les plus difficiles.

Nous avons, en particulier, pratiqué 50 grandes interventions gynécologiques dont 46 laparotomies et 4 hystérectomies vaginales.

Ces 50 opérations nous ont donné 5 morts. Mais je tiens à dire immédiatement que, sur ces 5 morts, il en est 4 qui étaient pour ainsi dire inévitables.

Deux sont survenues à la suite d'hystérectomies vaginales. La première est celle d'une malade atteinte d'infection puerpérale que j'ai opérée après son soixante-troisième frisson. Elle était dans un état extrêmement grave et malgré tout, pendant huit jours nous avons pensé la guérir. Son état s'était amélioré sensiblement, puis elle a décliné peu à peu, et sans nouveaux frissons, s'est lentement éteinte un mois après son opération.

La seconde portait autour de l'utérus d'énormes suppurations post-puerpérales. La gravité de son état m'a fait renoncer à toute opération abdominale. Une hystérectomie vaginale m'a permis de drainer ses poches suppurées, mais la seconde nuit qui a suivi son opération, elle est morte subitement, probablement d'une embolie.

Deux autres malades qui ont succombé à la suite de laparotomie étaient dans un tel état qu'il était très difficile d'obtenir un autre résultat.

L'une d'elles, ancienne opérée de mon collègue et ami Marion, avait une suppuration vaginale consécutive à une ancienne hystérectomie. Son état s'aggravait sans cesse et ce n'est qu'en désespoir de cause, alors qu'elle était dans un état de cachexie profonde que je me décidai à tenter une intervention. Une laparotomie me montra que le pus qui sortait par le vagin venait du trou obturateur. Une fusée purulente passait, en effet, par là et allait infiltrer les muscles de la partie antéro-interne de la cuisse ; ce foyer fut largement ouvert, mais la malade succomba peu après mon intervention.

Enfin, nous avons encore perdu une malade que nous ne pouvions pas sauver. Elle était venue avec des suppurations post-puerpérales fort graves et dans un état des plus alarmants. Une hystérectomie vaginale arrêta net les accidents immédiats. Au bout d'un mois elle passa en médecine pour

soigner des accidents pulmonaires. Six semaines après, elle nous revint très malade, avec une fièvre considérable et un écoulement purulent très abondant par le vagin. Les annexes que je n'avais pu enlever par l'hystérectomie vaginale entretenaient cet état d'infection. Je tentai, la voyant décliner de jour en jour, une laparotomie. Je lui extirpai les annexes purulentes qui lui restaient. Mais cette opération ne changea rien au résultat et huit jours après elle s'éteignait peu à peu.

En réalité, nous avons opéré dans des conditions normales 46 malades pour des lésions utérines ou ovariennes variées, fibromes, annexites, ovaires scléro-kystiques, grossesses tubaires, kystes de l'ovaire et du ligament large, tumeurs associées, etc. Dans ces 46 cas nous avons rencontré des cas faciles ou laborieux, moyens ou graves, et nous avons eu une mort contre 45 guérisons : encore cette mort est-elle survenue brusquement dans la nuit qui a suivi l'opération, par suite d'œdème aigu du poumon. La malade était cachectique et misérable. Sa mort n'a rien qui puisse nous surprendre. Mais enfin, elle eût parfaitement pu guérir et ne peut être mise à côté des 4 autres malades qui ont succombé et qui, elles, j'en ai la conviction, ne pouvaient pas guérir.

Nos laparotomies pour affections gynécologiques faites dans des conditions normales, nous ont donc donné 45 guérisons et seulement 1 mort. Ce résultat est fort beau et il est dû avant tout, je vous le répète, à la bonne organisation du service de stérilisation.

Messieurs, lors de ma première leçon, je vous ai dit comment je comptais m'acquitter de la tâche qui m'était confiée. J'ai fait de mon mieux pour tenir mes engagements. J'ai essayé de vous montrer qu'en se débarrassant des manœuvres inutiles et en employant méthodiquement les procédés les plus simples et les plus rapides, on pouvait sensiblement diminuer la durée des opérations. Dans ces derniers temps, lorsque l'éducation indispensable de mes aides a été faite, lorsqu'ils ont bien été au courant de mes habitudes, vous avez pu voir qu'une hystérectomie ordinaire pour lésions annexielles de difficulté moyenne, nous demande à peine de vingt à vingt-deux ou vingt-cinq minutes tout compris, avec un surjet sur le col, un surjet sur le péritoine pelvien, des ligatures aussi parfaites que possible et trois plans de suture. Hier encore j'ai pu, sans précipitation aucune, avec six ligatures séparées sur les artères, un plan de sutures sur le col, un surjet sur le péritoine et deux plans de sutures sur la paroi, terminer une opération pour fibrome en treize minutes et demie. Il est vrai que le cas était très facile et que l'extirpation de la tumeur m'avait demandé une minute à peine, soixante-cinq secondes exactement. Les cas compliqués qui nous ont demandé plus de trente-cinq minutes ont été exceptionnels. Je n'en veux rien conclure si ce n'est que j'étais dans la vérité en vous disant que les procédés rapides étaient les plus simples, qu'il est facile de gagner beaucoup de temps au cours des opérations et que le temps ainsi économisé n'est pas gagné aux dépens de la perfection de l'opération ou de la sécurité des malades. La régularité avec laquelle nos malades ont guéri le démontre plus clairement que toutes les paroles.

Et maintenant, Messieurs, il ne me reste qu'à remercier ceux d'entre vous qui m'ont fait l'honneur de suivre ces leçons. J'espère qu'ils en auront tiré quelques enseignements. Quant à moi, je quitte à regret cet amphithéâtre. Mais en m'en allant je garderai au moins le souvenir d'y avoir vécu quelques-unes des plus belles heures de mon existence de chirurgien.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS LE SERVICE DE CLINIQUE DE L'HÔTEL-DIEU, DU 1er NOVEMBRE 1902 AU 28 FÉVRIER 1903.

Opérations diverses. — Membres.

	Nombre.	Guérisons.	Morts.
Phlegmons et abcès divers	11	11	»
Abcès froid	1	1	»
Sections tendineuses	2	2	»
Écrasements du membre supérieur	4	4	»
Désarticulation de la hanche	1	»	1
Amputations de cuisse	1	1	»
— de jambe	2	2	»
— de pied	1	1	»
— d'orteil	1	1	»
— de doigt	1	1	»
Résections du genou	2	2	»
— du coude	2	2	»
Grattage osseux	1	1	»
Sutures de la rotule	2	2	»
— de fractures diverses	3	3	»
Ostéotomie sus-malléolaire	1	1	»
Greffes pour ulcères	3	3	»
Kyste poplité	1	1	»
Hématome du genou	2	2	»
Adénites inguinales	5	5	»
Crâne et face.			
Suture pour plaie	1	1	»
Anthrax de la lèvre supérieure	1	»	1
— de la joue	1	1	»
Séquestre du maxillaire inférieur	1	1	»
Tumeur des fosses nasales et de l'orbite (Mort un mois après.)	1	»	1
Trépanation pr contracture du bras	1	1	»
Fractures compliquées du crâne (Urgence.)	2	»	2
Abcès du cerveau (Urgence.)	1	»	1
Résection du maxillaire supérieur	2	2	»
Cancer de la langue	1	»	1
Luxations de la mâchoire inférieure	2	2	»
Constriction des mâchoires	1	1	»
Autoplastie de la face (Même malade.)	2	2	»
Abcès et phlegmons dentaires	3	3	»
Phlegmons de l'amygdale	2	2	»
Cou.			
Abcès du cou	4	4	»
Lipome	1	1	»
Poitrine.			
Extirpation de l'œsophage thoracique	2	»	2
Pneumotomie	1	1	»
Pleurotomies	5	5	»
Cancer du sein ; extirpation	1	1	»
Extirpation du sein pr tuberculose	1	1	»
Abdomen.			
Hernies étranglées (Urgence.)	8	5	3
Hernies crurales	6	6	»

	Nombre.	Guérisons.	Morts.
Hernies ombilicales	1	1	»
Hernies inguinales	12	12	»
Hernie de l'appendice	1	1	»
Plaie pénétrante de l'abdomen	1	1	»
Éventrations	2	2	»
Occlusion pour volvulus; laparotomie	1	1	»
Gastrostomies	2	2	»
Gastro-entérostomie	1	1	»
Cancer du foie; laparotomie exploratrice	1	»	1
Appendicites à chaud (Urgence.)	2	1	1
Appendicites à froid	16		2
Cancer intestinal; laparotomie exploratrice	1	1	»
Cancer intestinal; anus iliaque	1	»	1
Cancer du côlon; résection	1	»	1
Gangrène de l'intestin; résection. (Urgence.)	1	»	1
Kyste hydatique du foie	1	1	»
Splénectomie pour tuberculose (Suintement sanguin sous-diaphragmatique incoercible.)	1	»	1
Néoplasme rectal; extirpation	1	1	»
Abcès anaux	3	3	»
Fistules anales	7	7	»
Voies urinaires.			
Néphropexies	2	2	»
Néphrectomie	1	1	»
Anastomose uretéro-sigmoïdale (Échec.)	1	1	»
Kyste de l'épididyme	1	1	»
Hydrocèles	10	10	»
Varicocèles	4	4	»
Phimosis	1	1	»
Phlegmons urineux (Urgence.)	3	1	2
Tumeur de l'urètre	1	1	»
Gynécologie.			
Colpopérinéorraphies	3	3	»
Curetages divers	13	13	»
Hystérectomies vaginales :			
a. pour infection puerpérale (Amélioration pendant huit jours; mort au bout d'un mois.)	1	»	1
b. pour suppurations pelviennes post-puerpérales graves	3	2	1
Laparotomies :			
Extirpation second. des annexes. (Malade ayant subi une hystérectomie vaginale; suppuration prolongée; mort huit jours après.)	1	»	1
Exploration pour suppurat. pelv. (Ancienne opérée de fibrome; suppuration ancienne; abcès de la cuisse communiquant avec la lésion par le trou obturateur; état très grave; mort le lendemain.)	1	»	1
Salpingopexie	1	1	»
Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds	1	1	»
Salpingectomie unilatérale :			
a. Pour annexite	1	1	»
b. Pour grossesse tubaire	1	1	»
Ovariotomies	4	4	»
Hystérectomies abdominales :			
A. Totale pour cancer utérin (Évidement pelvien.)	1	1	»
B. Subtotales pour :			
a. Fibromes	4	4	»
b. Ovaires sclérokystiques	6	6	»
c. Kystes de l'ovaire doubles. (Kyste très adhérent; mort dans la nuit; œdème aigu du poumon.)	2	1	1
d. Fibromes et annexites associés	4	4	»
e. Kyste du ligament large av. annexite suppurée.	1	1	»
f. Grossesse tubaire	1	1	»
g. Annexites doubles	17	17	»

MÉDECINE PRATIQUE

L'opothérapie gastrique par le suc gastrique naturel de porc.

Par le docteur Maurice Hepp, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans un précédent article (1) j'ai étudié les effets principaux du suc gastrique de porc sur les divers symptômes d'origine dyspeptique; je désire indiquer ici dans quelles variétés de dypsepsie le suc gastrique m'a rendu le plus de services thérapeutiques.

Le suc gastrique n'est pas une panacée de toutes les affections digestives; son action merveilleuse dans certains cas est nulle dans d'autres et pour règler son administration le diagnostic conserve tous ses droits. Toutefois, en un certain nombre de circonstances douteuses, la thérapeutique par le suc vient en aide au diagnostic, car cliniquement nous sommes loin de pouvoir fixer avec précision la nature d'une dyspepsie par le seul examen du malade et tel cas étiqueté dyspepsie nerveuse, n'est qu'une insuffisance gastrique ayant déterminé des troubles plus ou moins graves du système nerveux; en pareille circonstance le suc gastrique agit puissamment et rapidement, tandis qu'il est réellement inefficace chez les faux gastriques nerveux.

Cette exception faite qui ne confirme en somme que l'efficacité spécifique du remède, la dyspeptine agit dans tous les cas d'insuffisance gastrique vraie, dans lesquels la sécrétion gastrique est diminuée en qualité ou en quantité, c'est-à-dire dans la dilatation stomacale avec ana ou hyperclhorhydrie, dans les gastrites d'origine toxique, dans les hyposécrétions consécutives à une affection digestive aiguë telle que la diarrhée, dans les convalescences de fièvre grave telle que la grippe et surtout la fièvre typhoïde, dans la tuberculose pulmonaire à toutes ses périodes. Là sont à mes yeux ses indications essentielles, que j'ai personnellement vérifiées en me mettant à l'abri de toute cause d'erreur, c'est-à-dire en ordonnant toujours avant le suc gastrique une limonade chlorhydrique et de la pepsine, c'est-à-dire en cachant aux malades la nature du remède que je leur donnais pour éviter autant que possible la suggestion.

J'ai eu l'occasion de soigner et de guérir quatre cas d'insuffisance gastrique totale par la dyspeptine : dans deux de ces cas, j'ai pu vérifier, par le repas d'épreuve, l'anachlorhydrie absolue des malades et la perte du pouvoir digestif de leur suc gastrique et constater après le traitement la restitution de son acidité normale, démontrant une guérison non seulement clinique, mais réelle.

Le premier cas remonte exactement à trois ans, au 18 juin 1901, et concerne une femme de trente-cinq ans souf-

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 62, p. 621.

frant depuis longtemps de l'estomac et qui vint me consulter dans l'état le plus grave : vomissements incessants, intolérance gastrique absolue, amaigrissement extrême et progressif, dilatation stomacale énorme, l'estomac descendant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Son affaiblissement était tel que je commençai le traitement par des injections quotidiennes de sérum et des lavements alimentaires pour laisser l'estomac en repos. Puis je lui fis prendre du suc gastrique canin de Frémont, le seul que j'eusse alors à ma disposition, avec du lait concentré suivant la pratique qu'indique Frémont lui-même. Dès le début, le lait jusqu'alors rejeté fut toléré et, bientôt, sans souffrance, et puis les œufs, les purées de légumes, la viande grillée furent supportés. Au bout d'un mois la malade avait gagné 1k 500 ; au bout de trois mois elle pouvait entreprendre un voyage en Russie, continuant à engraisser malgré la fatigue. Malheureusement à mesure qu'elle allait mieux, l'odeur du suc canin lui répugnait davantage et elle en espaçait les doses malgré le bien qu'elle en éprouvait. C'est cette circonstance qui me détermina, émerveillé que j'étais par le résultat obtenu, à perfectionner l'opothérapie gastrique et à renoncer au chien pour m'adresser au porc. Cette malade d'ailleurs qui s'est portée relativement très bien durant deux ans, en dépit d'un traitement insuffisant, est revenue me voir tout récemment dyspeptique à nouveau et absorbe beaucoup plus facilement la dispeptine que je lui ai donnée qu'elle ne prenait le suc canin.

Le second cas remonte à deux ans. Il a trait à une femme également âgée de trente-huit ans, dont l'état était encore plus grave que celui de la malade précédente. Soignée vainement depuis plusieurs mois, dans un état de cachexie extrême, avec des lipothymies et des syncopes, elle m'était adressée par un confrère comme atteinte de néoplasme et en vue d'une gastro-entéro-anastomose : estomac énormément dilaté avec résidu de la veille au lavage stomacal du matin, vomissements incoercibles, diarrhée lientérique profuse, teinte jaune paille, anachlorhydrie complète, tout semblait concorder avec le diagnostic porté ; cependant l'absence d'ondes péristaltiques de l'estomac, l'absence de tumeur appréciable alors que l'amaigrissement rendait la palpation abdominale facile et immédiate pour ainsi dire, l'absence de melæna, d'hématémèses, de ganglions, me firent pencher vers l'idée d'une insuffisance gastrique grave, sans néoplasme. Ne pouvant donner de lavement alimentaire en raison de la diarrhée, je fis quelques injections de sérum et des lavages de l'estomac à la suite desquels j'introduisis par la soude du lait mélangé de dyspeptine : dès le second jour du traitement la malade supportait le lait sans vomir ; elle en absorbait deux litres par la bouche au bout de huit jours et le quinzième jour après quelques alternatives de bien et de mal tolérait les œufs crus, les légumes en purée. En même temps que la diarrhée disparaissait, tout l'habitus extérieur se modifiait et au bout d'un mois la malade ayant augmenté d'un kilo pouvait reprendre une profession fatigante, continuant à engraisser d'un kilo par semaine. An bout de six mois elle commençait à digérer la viande, et vers le huitième mois du traitement le pain grillé. En un an elle avait repris 22 kilos et pouvait cesser à ce moment l'usage du suc gastrique. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis un an, elle s'est maintenue en parfaite santé, présentant à de longs intervalles une diarrhéee qu'elle arrête régulièrement en reprenant du suc gastrique pendant quelques jours ; un flacon lui suffit à rétablir l'équilibre troublé.

Le troisième cas est peut-être plus caractéristique encore que les deux autres. Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans, que je connaissais, depuis une dizaine d'années, souffrant d'une dilatation gastrique considérable que les lavages et le régime avaient rendue tolérable pendant longtemps, sans empêcher toutefois la dénutrition de progresser et qu'aucun élixir chlorhydropeptique, aucune pepsine ne soulageaient. Cette malade que j'avais perdue de vue vint me retrouver il y a six mois, dans un état très grave, présentant pour la première fois une intolérance gastrique complète, en dépit de la plus grande circonspection dans l'alimentation qu'elle était habituée à régler depuis longtemps. Je lui donnai un litre de dyspeptine, l'invitant à en prendre deux cuillerées à bouche par repas, sans rien modifier à son régime. Au bout de quinze jours elle revint me voir enchantée ; dès le troisième jour elle avait toléré sans douleur ses aliments ordinaires, des œufs peu cuits, des purées de légumes, des pâtes alimentaires, des gâteaux de semoule ; au huitième jour elle avait senti renaître un peu d'appétit et elle ne se souvenait pas avoir été depuis plus de dix ans dans un aussi grand état de bien-être. En un mois, avec un second litre de suc gastrique, elle avait augmenté de plus d'un kilo, sentant ses forces renaître et depuis par un usage très modéré du remède elle se maintient dans un bon état de santé, qui me frappe d'autant plus que je la connais sans cesse languissante depuis dix ans.

Ma quatrième observation se réfère à un cas presque identiquement semblable. Femme de 55 ans, malade depuis dix ans, dilatation gastrique, amaigrissement, perte absolue des forces, inappétence complète, vainement traitée par un régime sévère, elle voit ses souffrances disparaître en quinze jours, son appétit renaître et augmente de huit kilos du mois de novembre 1902 au mois d'avril 1903, en même temps que son estomac revient pour ainsi dire sur lui-même, sa dilatation disparaissant peu à peu, sans autre secours que la prise régulière de deux cuillerées à bouche de dyspeptine par repas.

Plusieurs de mes confrères m'ont signalé des cas analogues ; mais je me contente de m'étendre sur ce que j'ai vu personnellement. Je tiens toutefois à citer l'opinion d'une si haute autorité du professeur von Noorden (de Francfort), qui a bien voulu expérimenter lui-même, avec les ressources dont il dispose, le suc gastrique de porc et qui m'a écrit que, dans tous les cas où la chlorhydrie normale était diminuée ou supprimée, il avait obtenu de bons effets constants de l'usage du suc gastrique de porc et observé le retour de la sécrétion stomacale à la normale au bout d'un certain temps de traitement.

Cette dernière constatation a une importance primordiale, car elle confirme ce que la clinique m'avait appris, c'est que le suc gastrique constitue un remène non seulement palliatif, mais réellement curatif des insuffisances gastriques graves et qu'il agit donc bien non seulement par suppléance, mais encore mieux par stimulation de la secrétion glandulaire du malade pervertie ou abolie, ce qui explique l'effet, déconcertant de prime abord, des doses faibles que j'ordonne.

A côté des cas de grande dilatation gastrique, j'ai eu l'occasion de traiter deux cas de gastrite toxique franche ; par le suc gastrique avec un égal succès.

Dans un cas il s'agissait d'une jeune femme tuberculeuse, guérie de ses lésions pulmonaires, âgée de trente ans, dont les fonctions gastriques étaient pour ainsi dire abolies par un traitement de plusieurs années par la créosote et le tannin et qui était arrivée à ne plus manger dans la crainte des souffrances trop vives qui suivaient les repas. La suppression des médicaments coupables, un régime sévère, l'eau chloroformée étant restés sans effet, je lui donnai du suc gastrique à la dose d'une cuillerée à bouche par repas et en quelques semaines intolérance gastrique, inappétence, douleurs, ballonnement stomacal après le repas avaient disparu.

Dans un autre cas j'obtins en une huitaine de jours, par l'usage de la dyspeptine à dose plus élevée, une sédation

complète de la douleur et le retour des fonctions digestives, chez un ouvrier d'une quarantaine d'années, atteint d'une gastrite alcoolique grave qui vomissait tous ses aliments en dépit du régime lacté et des alcalins. Ce malade a été entièrement soulagé en un mois et je ne l'ai plus revu.

Les hyposécrétions gastriques consécutives aux diarrhées et aux affections fébriles aiguës graves, sont également justiciables de l'emploi du suc gastrique.

Celui-ci m'a donné des résultats remarquables particulièrement contre les troubles dyspeptiques qui suivent l'entérite aiguë des nourrissons, je l'administre alors à la dose d'une cuillerée à café avec chaque tétée au début et au bout de quelques jours à la dose de trois cuillerées à café par jour. Je ne pourrais pas citer à ce sujet une observation typique ; mais je puis affirmer d'après une dizaine d'exemples que la digestion revient beaucoup plus vite à la normale et que la nutrition surtout, se relevant avec une rapidité inaccoutumée en pareil cas, atteste les excellents effets du remède. J'ai fait la même observation dans les gastro-entérites chroniques. Par contre dans deux cas d'athrepsie typique, je n'ai obtenu de la dyspeptine aucune amélioration, en dépit d'un traitement prolongé et surveillé de très près par moi-même.

A la suite des grippes à forme intestinale, à la suite de la fièvre typhoïde surtout qui laisse si souvent après elle des troubles dyspeptiques prolongés et de l'atonie gastrique empêchant la reprise des forces, le suc gastrique est un remède merveilleux.

Je ne veux citer à ce sujet entre plusieurs que l'observation d'un interne de la promotion de cette année que je trouvai, à la suite d'une fièvre typhoïde vers le mois de juillet 1902, découragé par les souffrances résultant d'une atonie gastrite incoercible, qui lui enlevait ses forces et l'empêchait de fournir la somme de travail nécessaire. Le suc gastrique, en dépit du surmenage physique et moral de la préparation à l'internat, lui a rendu les plus grands services. Il m'a remis sa longue observation fort intéressante dans le détail; mais dont je ne puis citer que les conclusions.

« 1° En dix jours de traitement, amélioration considérable qui était la guérison assurée, si j'avais pu aider le suc gastrique par un repos physique et intellectuel absolu.

2° Malgré un mauvais état général, le manque de sommeil, les fatigues de toute sorte, conservation des digestions d'une façon à peu près normale, l'estomac se vidant de mieux en mieux pendant la nuit, au moment de la préparation de l'écrit, c'est-à-dire pendant la période de travail la plus pénible.

3° Apparition d'un état spasmodique vers la fin du concours, qui contrebalance, pendant un mois, les bons effets du suc. J'affirme que, si j'avais pu suivre le traitement dans de bonnes conditions, je serais actuellement guéri depuis longtemps et je me rends compte que je dois beaucoup au suc gastrique pour ma nomination à l'internat. »

Autant la dypspeptine m'a été utile pour le traitement des infections digestives accidentelles, autant elle s'est montrée infidèle lorsque je l'ai ordonnée aux malades atteints d'entérocolite muco-membraneuse : tantôt je n'en ai rien obtenu, tantôt elle a semblé améliorer légèrement les malades ; je crois qu'elle est susceptible d'agir dans les entérocolites infectieuses et que son effet est nul chez les nerveux. Mais mes observations sont trop contradictoires pour que je puisse me prononcer. Dans les troubles stomacaux, si fréquemment symptomatiques d'une affection des voies biliaires, d'une angiocholite patente ou latente, j'ai obtenu de l'opothérapie gastrique de bons effets, mais nullement comparables à ce qu'elle m'a donné dans les dyspepsies gastriques vraies.

En dehors de celles-ci, c'est dans la tuberculose pulmonaire que j'en ai obtenu des effets véritablement remarquables et du plus haut intérêt pratique.

Au début de la tuberculose, contre l'inappétence, les pesanteurs d'estomac qui empêchent les tuberculeux de se suralimenter alors qu'ils peuvent encore retirer de la suralimentation une guérison probable, le suc gastrique administré assez largement à la dose de plusieurs cuillerées à soupe par jour, une à chaque petit repas, fait rapidement supporter les aliments aux malades et détermine chez eux une augmentation de poids. Chez plusieurs malades au repos, soumis à une hygiène appropriée, j'ai constaté la chose ; mais je l'ai observée également chez un jeune clerc d'avoué, que sa situation de fortune contraignait à demeurer au travail et qui, dès le début très favorablement impressionné par le suc gastrique, a repris, grâce à lui, en dépit de lésions assez avancées et progressives avant le traitement, 4 kilos de son poids en moins d'une année.

Mais les effets les plus saisissants de la dyspeptine sur la digestion des tuberculeux me sont apparus chez des malades plus avancés et souvent désespérés ; j'ai maintes fois chez des tuberculeux à la période caverneuse, vomissant tous les aliments, souffrant dès l'ingestion de ceux-ci, pris de quintes de toux rebelles après chaque essai d'alimentation, arrêté les vomissements, supprimé la douleur gastrique, calmé des quintes de toux d'origine gastrique dès les premières doses de suc. J'ai cru d'abord à une simple coïncidence ; mais les exemples se sont répétés trop souvent pour que je puisse attribuer de tels succès au hasard.

Tout récemment, fort de cette expérience, je l'ai tentée de loin sur un malade que je soigne depuis plus de trois ans et qui m'écrivait désespéré que son appétit s'en était allé, qu'il ne supportait plus le moindre aliment solide, qu'il souffrait de vomissements incoercibles. Je lui adressai sans lui en dire l'origine un seul flacon de 120 grammes de suc gastrique, le priant d'en prendre de 4 à 5 cuillerées par jour en faisant de petits repas. Le surlendemain il m'écrivait pour me supplier de lui envoyer un nouveau flacon ; il avait été calmé à la troisième cuillerée. Au bout d'une dizaine de jours, il venait me remercier lui-même, ayant cessé de vomir, de souffrir, de tousser convulsivement après chaque repas, comme il faisait depuis plusieurs semaines. J'hésiterais à citer le fait, si je n'en avais eu au moins six exemples aussi démonstratifs. Ils me prouvent que le suc gastrique qui, au début de la tuberculose, peut aider un malade à guérir en permettant la suralimentation et en favorisant l'assimilation, demeure, même dans des cas désespérés, le meilleur remède des troubles gastriques des phtisiques et les soulage presque à coup sûr. Tels sont les résultats que j'ai obtenus par l'opothérapie gastrique ; je me suis abstenu volontairement de citer d'autres observations que celles qui émanent de ma pratique personnelle ; si mon travail y perd en étendue et en richesse, du moins je puis affirmer que, dans les espèces cliniques que le hasard m'a amené à traiter avec le suc gastrique de porc (1), j'ai vérifié soigneusement l'action de celui-ci, en écartant, autant qu'il est possible en pareille matière, la suggestion du malade et la prévention personnelle.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(16 JUIN 1903)

M. Dieulafoy s'est juré de poursuivre l'appendicite jusque dans ses repaires les plus cachés. Aujourd'hui c'est sur l'association, la coexistence de l'**appendicite** et de la **cholécystite** qu'il appelle l'attention de l'Académie. Voyons d'abord

(1) Pour répondre aux demandes de plusieurs confrères, à la suite de mon premier article : On peut se procurer du suc gastrique de porc sous le nom de *Dyspeptine* au laboratoire de MM. Chevretin et Lemate, 24, rue Caumartin, à Paris.

les faits : En septembre 1902, M. Achard l'appelle auprès d'une femme de soixante-dix-huit ans chez laquelle avait été diagnostiquée une cholécystite. Les douleurs s'accentuent, on finit par découvrir chez elle tous les signes classiques de l'appendicite. M. Segond, appelé à son tour, diagnostique également une appendicite aiguë; on propose l'opération qui est acceptée; sous le chloroforme, on arrive à délimiter très bien deux foyers d'empâtement, l'un au niveau de la vésicule biliaire, l'autre au niveau de l'appendice. M. Segond prolonge en haut son incision et ouvre, en effet, deux foyers; il enlève l'appendice et fait la cholécystotomie. La malade a bien guéri.

Second fait : Un jeune homme de trente ans est atteint de cholécystite; les choses s'aggravent, la température atteint 40 degrés; il y a de l'albumine dans les urines; en y regardant de plus près on reconnaît qu'il fait une appendicite aiguë. MM. Dieulafoy et Segond proposent l'opération à chaud, le médecin s'y oppose et n'accepte que l'opération à froid dans le traitement de l'appendicite. Enfin les partisans de l'opération à chaud l'emportent et on trouve une péritonite appendiculaire et une cholécystite purulente. Le malade a bien guéri. M. Dieulafoy rapproche de ces faits un cas publié par M. Quénu, plusieurs cas relevés en Amérique, en Allemagne, et il arrive ainsi à un total de 25 à 26 observations, dans lesquelles il y a eu très nettement et en même temps appendicite et cholécystite. Comment se fait, dans ces cas, le processus? L'infection va-t-elle de l'appendice à la vésicule biliaire ou de la vésicule biliaire à l'appendice? Telle est la question que cherche à élucider M. Dieulafoy. Il se demande tout d'abord si on pourrait admettre une relation entre la lithiase biliaire et la lithiase appendiculaire. Mais, dans ces observations, la plupart des malades n'avaient pas de calculs dans la vésicule biliaire, ni dans l'appendice. La lithiase n'a donc rien à faire ici au point de vue pathogénique. Ce qui frappe particulièrement dans les faits observés, c'est que la plupart des malades avaient un passé biliaire. Beaucoup avaient eu déjà des coliques hépatiques, si bien que des crises d'appendicite passèrent, chez eux, pour de nouvelles crises hépatiques. Il faut donc admettre que, le plus souvent, c'est la vésicule biliaire qui a commencé et que l'infection a suivie une marche descendante. Quoi qu'il en soit, le praticien est prévenu maintenant qu'on peut rencontrer un accouplement, une association de la cholécystite avec l'appendicite et qu'en présence d'accidents trop facilement regardés comme des accidents d'origine hépatique, il faudra encore et toujours penser à l'appendicite.

Dans l'une des dernières séances, M. Teissier (de Lyon) a appelé l'attention de l'Académie sur la nécessité d'apporter des réformes dans les règlements de **police sanitaire internationale**. Il adresse aujourd'hui une lettre sur le même sujet et formule les propositions dont il demande la mise à l'étude par une commission académique. Son collègue M. Lortet (de Lyon), qui vient de faire sa trente-deuxième traversée de la Méditerranée et qui connaît à fond bateaux, lazarets et moyens mis en usage, ne craint pas de considérer comme draconiennes, mal exécutées et le plus souvent inutiles, les mesures actuellement en usage. M. Lortet cite de nombreux faits : il fait tout d'abord observer que si on peut guérir de la peste au Frioul, on peut aussi y mourir de pneumonie, non de pneumonie pesteuse, mais bien de pneumonie *à frigore*. Revenant, en 1902, d'Alexandrie sur le *Portugal* avec 250 Syriens, il observa qu'on fit débarquer ces 250 Syriens au Frioul pour les désinfecter, alors que tout l'équipage fut laissé parfaitement tranquille. Ce bateau contenait 600 balles de coton qui étaient entassées dans la cale; les rats pénètrent en grande quantité dans ces balles de coton; or, si on avait débarqué les Syriens au Frioul, on débarqua les balles de coton au port de Marseille sans leur faire subir la moindre désinfection. Les règlements portent que le linge des voyageurs doit être désinfecté. Comment les choses se passent-elles? Le maître d'hôtel vient trouver chaque voyageur et lui tient ce langage : « Il faut que votre linge passe à la désinfection; mais comme l'étuve à désinfection est très petite, donnez seulement votre chemise de nuit, une paire de chaussettes et un mouchoir. Cela suffira. » Et voilà comment on désinfecte le linge des voyageurs. Et la désinfection des cabines, il faut voir avec quelle désinvolture les matelots y envoient quelques jets d'acide carbonique.

Parmi toutes les mesures édictées par les règlements sanitaires, il en est une que M. Lortet trouve très bonne, c'est celle du passeport sanitaire. Il a eu, comme tous les passagers, son passeport sanitaire, mais, de retour à Marseille, il n'a jamais pu rencontrer le fonctionnaire auquel il devait être remis. Etait-ce le médecin sanitaire? était-ce le maire? On n'en a jamais rien su.

Un bateau venant de Port-Saïd arrive à Marseille à sept heures du soir. M. Lortet y était. On attend le médecin sanitaire qui doit donner la libre pratique, mais il dînait en ville et n'est arrivé qu'à dix heures sur le bateau. Les passagers ont dû attendre trois heures le bon plaisir de ce fonctionnaire.

Un jour, étant obligé de débarquer au Frioul, M. Lortet y apprend qu'il y a le téléphone. Il s'en réjouit en pensant qu'il allait pouvoir prévenir sa famille qu'il était retenu en quarantaine, mais on lui apprend que le téléphone n'était là que pour l'usage des fonctionnaires.

M. Lortet insiste, avec raison, sur la difficulté du diagnostic de la peste. Comment se fait, pratiquement, ce diagnostic? A Beyrouth, on vous met un thermomètre dans l'anus, à Athènes on vous fait tirer la langue; dans un autre port, on passe les doigts sur les aines et dans les aisselles, et voilà comment on fait le diagnostic de la peste que les histologistes et les bactériologistes les plus compétents ont souvent tant de peine à faire après les recherches les plus consciencieuses.

Les malades atteints de la pneumonie pesteuse ne meurent pas tous; mais, même guéris en apparence, ils continuent à expectorer pendant des semaines, soixante-seize jours dans un cas; or cet homme, laissé libre, rejette des crachats qui fourmillent de bacilles pesteux.

M. Lortet pourrait continuer longtemps ainsi, mais ne voulant pas abuser de l'attention de ses collègues, il se borne à signaler encore ce fait scandaleux qu'un seul homme puisse aussi facilement que dans les règlements actuels disposer de la liberté de citoyens, ses semblables, qu'il y ait tant de négligences coupables, d'autre part, dans l'exécution des mesures prescrites, qu'il fasse si bon marché, non seulement de la liberté, mais aussi des commodités des passagers, qu'on n'impose pas plus de propreté aux paquebots qui sont de véritables foyers d'infection. M. Lortet appuie donc les conclusions déjà formulées par M. Teissier et demande, comme lui, la nomination d'une commission. Voici, d'ailleurs, les conclusions de M. Lortet :

1° De nommer à Marseille une commission consultative d'appel, qui puisse partager la responsabilité du directeur de la santé dans les cas douteux.

2° Que l'institution des passeports soit appliquée d'une façon sérieuse.

3° Que tout Français embarqué sur un paquebot étranger contaminé puisse être débarqué en France, et soigné au lazaret s'il y a lieu.

4° Il faut, avant tout, comme l'a proposé M. Vallin, accorder la libération anticipée aux passagers d'un navire suspect, qui accepteront d'être soumis à la sérothérapie préventive.

M. Moissan a été témoin du débarquement au Frioul de Syriens, pour y être soumis à la désinfection. Les matelots qui les ont aidés à descendre dans le petit vapeur, qui ont porté leurs bagages, n'ont été soumis à aucune désinfection, pas plus que le reste de l'équipage ou les passagers.

M. Chantemesse confirme ce qu'a dit M. Lortet de la difficulté parfois très grande du diagnostic de la peste, et de sa non-contagiosité surprenante dans certains cas.

MM. Le Dentu et A. Mouchet ont pratiqué avec succès la **splénectomie pour une rupture traumatique de la rate** sur un charretier qui avait reçu dans l'abdomen plusieurs coups de pied de cheval. L'intervention chirurgicale, nettement indiquée, eût été pratiquée aussitôt après l'accident sans l'opposition du malade qui n'y consentit qu'à la huitième heure devant l'aggravation de son état général. L'opération fut rendue assez délicate par la présence d'adhérences qui retenaient la rate très haut sous la coupole diaphragmatique. On sentait nettement des fissures sur la face externe de l'organe, mais c'est la face interne qui présentait les déchirures les plus considérables. Ablation totale de la rate; réunion sans drainage.

A propos de ce cas, MM. Le Dentu et A. Mouchet montrent les variations apportées par cette opération dans la composition du sang de leur malade; ils insistent à nouveau sur ce fait que, dans les ruptures de la rate, la splénectomie est le traitement de choix, toutes les fois qu'elle est possible, et ils montrent l'amélioration progressivement croissante des statistiques opératoires.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Traitement des arthrites tuberculeuses purulentes par la méthode de Phelps (acide phénique pur et alcool), par H. Gaudier (de Lille). (*La Pédiatrie prat.*, 15 juin 1903.) — M. Gaudier a eu l'occasion, depuis plusieurs mois, de traiter dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille un certain nombre d'arthrites tuberculeuses par la méthode de Phelps (de New-York). Comme cette méthode lui a donné des résultats fort satisfaisants et que, d'autre part, elle est peu connue en France, malgré un certain nombre de travaux, dont ceux de M. Mencière (de Reims), il semble utile de reproduire la description qu'en donne M. Gaudier :

« *Essentiellement* la méthode de Phelps consiste en l'ouverture large de l'articulation malade, suivie d'attouchements de toutes les parties malades, osseuses, cartilagineuses, molles, avec de l'acide phénique pur que l'on peut formuler ainsi :

Cristaux d'acide phénique, 50 grammes.

Glycérine, quelques gouttes pour aider la dissolution.

Pour favoriser la dissolution complète des cristaux, il faut plonger seulement le flacon dans de l'eau tiède, au bain-marie, pendant quelques minutes. Au bout d'un temps très court, une minute ou deux, l'on enlève l'acide phénique par un lavage à l'alcool absolu (1) et à l'eau phéniquée faible. C'est en 1900, au Congrès de Paris, que Phelps vint apporter les résultats de cette pratique spéciale, dans le traitement de 70 cas d'arthrites tuberculeuses de la hanche. Mais déjà auparavant, en 1898 et en 1899, à l'Association américaine d'orthopédie, il avait signalé ses premiers résultats. »

M. Gaudier opère de la façon suivante :

« *Ouverture très large de l'articulation.* Dans trois cas, il s'agissait de coxalgies suppurées avec luxation pathologique de la tête dans la fosse iliaque; dans deux autres cas, d'arthrite suppurée du genou et du coude. Dans ces cinq cas, l'ouverture de l'article était donc chose facile. Après l'ouverture, grand lavage de la cavité de l'abcès; ablation des séquestres, curetage le plus complet possible des fongosités; recherche des clapiers; *luxation des extrémités osseuses*, pour bien les examiner, les cureter et au besoin en pratiquer très *économiquement* des résections atypiques, portant soit sur la tête du fémur, le grand trochanter, ou sur les condyles fémoraux, le plateau tibial, mais en ne supprimant qu'à bon escient, et ce qui ne peut visiblement ne pas être conservé.

Après assèchement de cette grande cavité, je procède aux attouchements phéniqués. Je fais préparer deux récipients stériles, contenant l'un l'acide phénique pur liquide, l'autre l'alcool absolu. Des tampons de gaze hydrophile montés sur des pinces longuettes, et trempés dans l'acide ou dans l'alcool, permettent de faire pénétrer partout et aussi profondément que possible, le liquide que l'on veut employer, principalement au niveau du genou. Pour la hanche je me suis aussi très bien trouvé de remplir la cavité avec la solution phéniquée, en ayant soin de placer le malade sur le côté, pour transformer la brèche en un vrai puits, et éviter ainsi l'écoulement de l'acide sur la peau environnante.

Cette solution d'acide phénique pur est en effet horriblement caustique, et il faut préserver avec grand soin la peau du malade et les mains de l'opérateur. On protège les mains par l'emploi de gants de caoutchouc et de pinces montées. On protège la peau par l'application de vaseline autour de la plaie, et par un champ de compresses très hydrophiles qui boivent de suite les gouttelettes de liquide projeté pendant l'opération. Si d'ailleurs, malgré les précautions, il se produit quelques bavures du liquide, l'alcool est là tout prêt, pour enlever l'excès d'acide et neutraliser ses effets corrosifs. »

On laisse la solution en contact une minute (Phelps, Mencière, Gaudier).

M. Gaudier, au lieu de drainer comme Phelps, laisse la cavité largement béante et bourre de gaze iodoformée; gouttière métallique, puis appareil plâtré fenêtré quand il n'y a plus de suintement.

Le pansement doit être fait avec grand soin et il faut surveiller les urines du malade en cas d'intoxication phéniquée possible.

Voici maintenant les résultats observés par M. Gaudier :

« Il s'agissait, dit-il, chez cinq petits enfants, de cas limites : d'enfants entrant à l'hôpital, avec un état général grave, de la fièvre, des lésions étendues, de vastes décollements, des fistules multiples, et chez qui l'on hésitait à pratiquer une intervention même minime et pourtant nécessaire.

Dans un cas (coxalgie suppurée) l'enfant, très affaiblie, suppurant depuis longtemps, ne put résister au choc opératoire, si minime qu'il eût été, et mourut dans les vingt-quatre heures.

---

(1) Powell (de New-York) a démontré que l'alcool absolu jouissait de réelles propriétés antidotiques envers l'acide phénique pur.

Pour les autres : chute de la température, relèvement rapide de l'état général : deux faits, il est vrai, qui accompagnent généralement les autres méthodes, et qui sont dus à la large ouverture de l'abcès et au drainage plus facile ainsi qu'à l'antisepsie des foyers, mais là peut-être encore plus nets et plus précoces. Mais ce qu'il y a de remarquable, et ce que le professeur Kirmisson avait bien signalé, c'est la cicatrisation rapide de la grande cavité ainsi fermée, le bon aspect rouge des bourgeons charnus, l'insignifiance du suintement séro-purulent. »

La guérison chez tous les malades a pris de trois à quatre mois et demi. Les résultats de Phelps accusaient une guérison plus rapide. Quoi qu'il en soit, la méthode de Phelps ou ses dérivées méritent d'entrer dans la pratique journalière.

L. GAYARD.

QUESTION D'INTERNAT

Symptômes des tumeurs cérébrales.

Il est classique de diviser les symptômes des T. C. en deux groupes : signes de *compression générale* et signes de *compression locale.*

Les premiers sont dus à ce que, la boîte cranienne étant *inextensible* et la substance cérébrale *incompressible*, le développement d'une T. C. augmente la tension intra-cranienne par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien, et ce, quel que soit le sège de la tumeur. Cette explication, qui est classique, n'est contestée que par Adamkiewicz (v. *Manuel de médecine*, t. III, p. 326).

Les seconds permettent seuls un diagnostic topographique : ce sont des *symptômes de foyer*.

I. SIGNES DE COMPRESSION GÉNÉRALE. — Ces signes existent dans tous les cas, et quel que soit le siège de la tumeur. Ce sont, par ordre d'importance :

A. **La céphalée.** — C'est presque toujours le premier symptôme. Tantôt elle est extrêmement aiguë, tenace, intolérable, telle que « dans aucune affection elle n'atteint un si haut degré » (Raymond); elle est alors exaspérée encore par les repas, la toux, la défécation, les vomissements, les éternuements; tantôt, elle est profonde, diffuse, gravative, analogue à celle de l'urémie ; tantôt elle est gravative, mais localisée (*encéphalalgie* de Fournier); elle débute alors dans les premières heures de la nuit, augmente progressivement (*céphalée nocturne*), puis diminue peu à peu et disparaît dans la seconde moitié de la nuit; elle est rebelle à toute médication, sauf au traitement spécifique. Cette dernière variété de céphalée s'accompagne d'un affaiblissement intellectuel dont le malade est le seul à ne pas s'apercevoir, de dépérissement général, et, exceptionnellement, de symptômes d'anémie cérébrale (vertiges, éblouissements, légers ictus); elle est caractéristique des tumeurs syphilitiques.

Quels que soient ses *caractères*, la céphalée présente des *localisations* variables : ordinairement elle est diffuse, quelquefois limitée au siège même du néoplasme, et rendant alors la percussion douloureuse à ce niveau. Elle est absolument *constante* : « la céphalée des T. C. se distingue par sa violence et sa ténacité » (Raymond). Elle relève vraisemblablement de l'irritation des méninges.

B. **Les vomissements.** — Souvent précoces, les vomissements sont *spontanés*, sans aucun rapport avec l'alimentation, *faciles*, sans nausées préalables, provoqués par les causes les plus minimes, comme un changement de position (*vomissement cérébral*). Ils s'accompagnent souvent d'une *constipation opiniâtre*.

Les vomissements sont dus à la compression du bulbe par l'hydrencéphalie ventriculaire (Brissaud).

C. **L'éclampsie** peut être *généralisée* ou *partielle*. — a. *Généralisée*, elle présente tous les caractères de l'épilepsie vulgaire : début par une aura motrice, sensitive, sensorielle, vaso-motrice, psychique; évolution en trois phases : tonique, clonique et résolutive, pâleur initiale, morsure de la langue, défécation et miction involontaires, abrutissement consécutif. Elle est parfois remplacée par un équivalent quelconque, surtout psychique (*absence, fugues*), ou suivie de phénomènes paralytiques (*paralysies post-épileptoïdes*) ; b. *Localisée*, c'est l'*épilepsie bravais-jacksonnienne* (v. plus loin).

L'éclampsie est due à l'action irritative qu'exerce sur les signes rolandiques l'hypertension intra-cranienne.

D. La **névrite optique** (étranglement papillaire, œdème de la papille, névrite œdémateuse, Stauungspapille) débute (de Wecker) par un rétrécissement des artères, une dilatation tortueuse des veines, une vascularisation exagérée de la papille ; bientôt les limites de la papille s'effacent, la papille perd sa transparence et devient grisâtre. A la dernière phase, la papille a pris une teinte blanchâtre, elle se strie de plus en plus, se garnit de flammèches, ses bords deviennent diffus.

D'une *extrême fréquence* (90 p. 100 des cas, Raymond), la névrite optique *possède une haute valeur séméiologique, mais elle n'est pas pathognomonique* : on la rencontre en effet dans d'autres affections que les T. C. (tumeurs de l'orbite, certaines méningites aiguës et chroniques, hydrocéphalie ventriculaire, abcès du cerveau). Sa *pathogénie* est encore discutée et la névrite optique a été attribuée : *a.* à la compression intra-cranienne des fibres optiques ; *b.* à un trouble trophique ; *c.* à la stase veineuse par compression du sinus caverneux (Türck, de Graefe) ; *d.* à l'hydropisie de la gaine par reflux du liquide céphalo-rachidien ; *e.* à une infection (Deutschmann) ; *f.* à l'œdème cérébral (Parinaud) ; *g.* à la compression de la veine centrale entre la papille et sa sortie du nerf par l'épanchement intervaginal (Deyl) (v. Dupuy-Dutemps, Th. de Paris, 1899).

E. Les **vertiges**, souvent précoces, prenant le caractère ténébreux (obnubilation passagère avec sensation de vertige), sont dus à la compression du bulbe, des pédoncules cérébelleux, du cervelet, et, peut-être, de certaines régions de l'écorce par le liquide céphalo-rachidien en état d'hypertension.

F. Les **troubles intellectuels** consistent surtout en abrutissement et en torpeur; leur pathogénie est complexe (céphalée, perte des sens spéciaux, etc.).

G. Les **troubles de la respiration et du pouls.** — Le pouls est inégal, quelquefois ralenti ; la respiration est ralentie ou irrégulière ; elle peut prendre le type de Cheynes-Stokes. Ces troubles sont dus à l'action de l'hypertension cranienne sur le bulbe et les origines du vago-spinal.

Aucun de ces signes de compression générale n'est pathognomonique. Cependant leur ensemble doit toujours faire penser à une tumeur cérébrale, et il faut les rechercher systématiquement dans tous les cas. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Besançon.* — Un concours s'ouvrira le 21 décembre 1903 devant la Faculté de médecine de l'université de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école de médecine de Besançon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Nantes.* — Le concours qui devait s'ouvrir le 4 novembre 1903 devant l'école de médecine de Nantes pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie à ladite école, est reporté au 25 novembre 1903.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Université de Nancy. — Lundi a eu lieu l'inauguration du buste élevé à la mémoire du regretté professeur Bleicher dans le jardin de l'École supérieure de pharmacie.

Le lendemain, également sous la présidence de M. Bayet, directeur de l'Enseignement supérieur, avait lieu l'inauguration du Cercle des étudiants de l'Université, nouveau bâtiment élevé rue de la Pépinière, dans les jardins du café de la Rotonde, sur un terrain donné par la Ville, et avec une installation réunissant tous les desiderata du confort moderne.

Université de Strasbourg. — D'après le relevé officiel, le chiffre des étudiants de l'université de Strasbourg, inscrits pour le semestre d'été de 1903, s'élève à 1 121 contre 1 193 pendant le semestre d'hiver dernier, et 1 132 pendant le semestre d'été 1902.

Ces 1121 étudiants se répartissent comme suit : Faculté de théologie, 73 ; Faculté de droit, 318 ; Faculté de médecine, 237 ; Faculté des lettres, 216 ; Faculté des sciences, 277. Sous le rapport de la nationalité, l'Université compte 607 étudiants d'Alsace-Lorraine (Basse-Alsace, 436 : Haute-Alsace, 86 ; Lorraine, 85) ; 241 de la Prusse, 61 du grand-duché de Bade, 37 de la Bavière, 31 du grand-duché de Hesse, 14 du Wurtemberg, 8 du royaume de Saxe, 13 de Hambourg, 13 du duché de Brunswick, 6 de Brême, 5 du grand-duché de Saxe-Weimar, 15 des autres petits Etats de l'Allemagne. Sur les 66 étudiants étrangers, 21 sont originaires de la Russie, 9 de la Suisse, 8 de l'Autriche, 4 de l'Angleterre, 3 des Pays-Bas, 2 de la Bulgarie, 6 des Etats-Unis, 4 du Japon, 1 du Cap, 1 du Canada, 1 de la Palestine et 1 de la Nouvelle-Zélande. Le nombre des auditeurs bénévoles s'élève à 70, dont 30 dames. Le nombre total des étudiants se monte à 1 191 contre 1 208 en été 1902.

Guerre. — Par décision ministérielle, M. le médecin aide-major de première classe Doumenjou est placé hors cadres pour servir à la Guinée française par permutation de destination coloniale avec M. le médecin aide-major de première classe Percheron, qui est appelé à continuer ses services au Chari.

— Ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin en chef de première classe des colonies Chédan.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe des colonies Canolle ; — M. le médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales Drevon.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin de première classe des colonies Le Fel.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe des troupes coloniales Rousseau.

Marine. — Par décret en date du 8 juin 1903, sont promus dans le corps de santé de la marine, pour compter du 6 juin 1903 :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Le Méhauté.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Pringent.

— *Prix de médecine navale*. — Par décision ministérielle du 12 juin 1903, le prix de médecine navale pour l'année 1902 a été décerné à M. le pharmacien de première classe Tambon, du port de Lorient, pour son travail intitulé : « Nouvelle méthode d'analyse pour reconnaître la falsification des huiles d'olive comestibles et industrielles. »

D'autre part, un témoignage officiel de satisfaction avec inscription au calepin a été accordé à cette occasion à M. le médecin en chef de deuxième classe Couteau, pour son travail intitulé : « Lutte contre la tuberculose à bord. »

Enfin des félicitations ont été décernées à :

M. Barbe, médecin de deuxième classe, pour son rapport médical de fin de campagne du *Casabianca*.

M. Forgeot, médecin de première classe, pour son rapport de fin de campagne du *Chasseloup-Laubat*.

M. Nollet, médecin de première classe, pour son étude sur l'hygiène du croiseur de première classe *Jurien-de-la-Gravière*.

— M. le médecin de deuxième classe Fermond, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur l'*Elan* (école des pilotes).

Association française pour l'avancement des sciences. — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences doit se réunir, à Angers, le 4 août 1903, sous la présidence de M. Legludic, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers.

Questions à l'ordre du jour. — 1° Des interventions directes dans les manifestations locales des maladies générales ;

2° La grippe ; son influence sur la production et l'évolution des autres maladies ; ses épidémies familiales (un rapport sur cette question a été préparé par le docteur Gripat [d'Angers] et sera envoyé à tous les membres qui en feront la demande) ;

3° Le vin, au point de vue médical et hygiénique.

Prière d'adresser les adhésions soit à M. le docteur Legludic, 56, boulevard du Roi-René, à Angers, soit à M. le secrétaire du conseil de l'Association, 28, rue Serpente, à Paris (VIe).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Berthelot (de Saint-Laurent en Caux) ; Duburque (de Bersée) ; Puyjoli de Meyjounissas (de Brantôme) ; Moutet, médecin principal en retraite ; Motheau (de Tunis) et de M. Crotte (de Lyon), étudiant en médecine.

Institut Pasteur. — Le cours et les manipulations du service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (4e année) commenceront en novembre.

Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels.

S'adresser pour renseignements à l'Institut Pasteur, 26, rue Dutot.

Un avis utile. — Des individus prétendant appartenir au service téléphonique se sont présentés chez des abonnés, et après examen de l'appareil ont déclaré qu'il était nécessaire d'emporter l'instrument pour lui faire subir une réparation à l'atelier. Ils ont pu ainsi emporter un certain nombre de postes complets.

Les abonnés sont priés de se mettre en garde contre de pareilles escroqueries. Les ouvriers des installations téléphoniques doivent toujours montrer aux personnes chez qui ils se présentent une carte d'identité de couleur lie de vin pour l'année 1903 et portant la signature de l'ingénieur en chef, directeur des services électriques : André Frouin.

D'ailleurs, jamais un abonné n'est privé d'appareil ; s'il est nécessaire d'emporter le sien à l'atelier, il est remplacé immédiatement par un autre appareil prêté provisoirement par l'administration.

POSTES MÉDICAUX

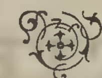
(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

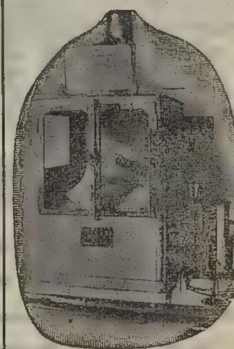
DOCTEUR, 27 ans, int. prov. 2e année, licencié en droit, dés. reprendre clientèle import. à 2 ou 3 h. de Paris. — S'ad. au Journal.

AUTO PANHARD-LEVASSOR, moteur Centaure, 7 chev. faisant 10 1/2. Etat de neuf. Marche parfaite. Derniers perfectionnements. Carburateur Krebs. Deux carrosseries, hiver-été, etc. — S'adresser aux bureaux du Journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.





Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie de la maladie de Parkinson (1).

Par M. LOUIS ALQUIER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

Etiologie, associations cliniques. — CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Existe-t-il des causes favorisant l'éclosion de la maladie de Parkinson, en y prédisposant l'organisme? L'influence de l'*hérédité* est très discutée : elle a été étudiée, notamment, par Lhirondel (2), et par Leroux (3), qui lui reconnaît une importance fondamentale; d'après Gowers, l'hérédité directe ne se retrouverait que dans 15 p. 100 des cas; pour Charcot, ce qu'on trouve à peu près constamment, c'est l'hérédité neuro-arthritique.

Exceptionnellement, la maladie revêt le caractère familial; citons les cas de Weber (deux frères et leur père, parkinsoniens), de Borgherini (sept parkinsoniens dans une famille de neuf enfants), de Béchet (deux sœurs prises simultanément), de Clerici et Medéa (4). Ces auteurs ont observé dans une famille de dix enfants 2 cas de maladie de Parkinson, ayant débuté l'un à douze ans, l'autre à vingt-huit ans; deux autres enfants avaient la même maladie, apparue chez l'un à trente-trois ans, tandis que l'autre était morte parkinsonienne à quarante-deux ans. Les auteurs rapprochent la maladie de Parkinson des maladies familiales et de la sénilité et estiment qu'il s'agit toujours d'un même processus : déchéance du système nerveux plus ou moins précoce, avec, comme lésions de l'atrophie et de la sclérose irrégulièrement diffuses, l'ensemble relevant de l'hérédité tératologique.

Dans un travail consacré, en partie, à l'étiologie de la maladie de Parkinson, Holm (1) relève, sur 45 cas, trente-six femmes et neuf hommes, tandis que sur 36 autres cas il trouve vingt-quatre femmes. L'auteur pense que les prédispositions familiales sont plus rares qu'on ne le pense; cependant il a vu 2 cas atteignant le frère et la sœur. Au contraire, la syphilis devrait être recherchée plus soigneusement; 7 fois la cause occasionnelle fut la terreur ou le dépit, 3 fois un traumatisme. Dans les cas avancés, on a observé des symptômes ressemblant au collapsus, mais non mortels; l'auteur pense que la maladie de Parkinson ne diminue pas considérablement la vitalité.

La même année, Glorieux [de Bruxelles] (2) concluait de ses recherches que la maladie de Parkinson, très fréquente à Bruxelles, ne s'attaque qu'à des victimes de choix, appartenant à des familles où la longévité est traditionnelle et la santé excellente, la plupart des parkinsoniens ayant joui antérieurement d'une santé excellente.

En 1899 Collins et Muskens (3) publiant l'étude de 24 cas de maladie de Parkinson comptent dix-huit hommes et six femmes, 4 fois ils notent l'hérédité directe, 4 fois l'hérédité indirecte, 11 fois aucune tare héréditaire; dans les 5 autres cas, pas de renseignements. Les facteurs les plus importants sont l'âge, la nationalité, la moralité, les émotions violentes et surtout de nature dépressive, l'hérédité directe ou indirecte; les maladies infectieuses ne semblent, au contraire, jouer qu'un rôle secondaire.

Au contraire, sur 5 cas de maladie de Parkinson, Gaetano Rummo (4) avait noté 2 fois l'hérédité directe, le père des malades étant parkinsonien lui-même; le père du troisième malade présentait la même affection; le quatrième, homme de cinquante ans, avait un frère asthmatique; dans la Ve observation, la mère et la sœur étaient hystériques, un oncle paternel épileptique.

Une question très à l'ordre du jour est celle de préciser le rôle des infections ou des intoxications sur la maladie de Parkinson : tout d'abord, on sait que les infections peu-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 68, p. 685.
(2) LHIRONDEL. Th. de Paris, 1882.
(3) LEROUX. Th. de Paris, 1880.
(4) CLERICI et MEDEA. La malattia di Parkinson e l'eredo familiarita, *Bull. clin. sc. della Poliambulanza di Milano*, 1899.

(1) HOLM. *Causes, signes et marche de la maladie de Parkinson.* Copenhague, 1897.
(2) GLORIEUX. Cong. de neurol., Bruxelles 1897.
(3) COLLINS et MUSKENS. *New-York med. Journ.*, 8 juillet 1899.
(4) GAETANO RUMMO. Considerazione cliniche in 5 casi di Morbo di Parkinson, *La Medicina contemp.*, 1881, p. 230.

vent aggraver les symptômes; c'est ainsi que Bidon (1) [de Marseille] a vu un malade présentant le type de flexion, avec légère rétropulsion, prendre, après une grippe, le type d'extension, la tête et le cou restant fléchis. La rigidité ayant beaucoup augmenté en même temps, l'auteur se demande si la grippe n'a pas accru la dystrophie musculaire.

Ughetti (2) a également constaté l'augmentation du tremblement à la suite d'une fièvre typhoïde.

Mais les infections ou intoxications ne peuvent-elles jouer un rôle dans la genèse de la maladie? Gowers pensait que la dysenterie et la fièvre typhoïde peuvent jouer le rôle de causes occasionnelles.

Romberg (3) rapporte un cas de maladie de Parkinson survenue après une fièvre intermittente.

Crespin (4) relate, dans sa thèse, le cas d'une demoiselle qui, après une scarlatine avec albuminurie, présenta les symptômes de la maladie de Parkinson, lesquels disparurent, au bout d'un an, en même temps que l'albuminurie.

De Saint-Léger cite dans sa thèse (p. 107), mais sans détails suffisants, le cas d'un malade de soixante-douze ans atteint d'un tremblement ayant les caractères de celui de la maladie de Parkinson, lequel avait débuté à l'âge de vingt-deux ans, au décours d'une fièvre typhoïde.

Bernardt (5) publie l'observation d'un jeune homme de seize ans qui, au cours d'une rougeole, eut une hémiplégie, suivie d'un tremblement à caractère parkinsonien.

Leroux (6) donne, la même année, l'observation d'un malade que M. Dieulafoy avait reconnu atteint de maladie de Parkinson unilatérale, et dont le tremblement avait débuté par crises, succédant à des accès de fièvre intermittente.

En 1894, Lannois (7) observe un jeune homme de dix-huit ans présentant tous les symptômes de la maladie de Parkinson. Elle avait débuté à douze ans à la suite d'une rougeole et s'accompagnait d'arrêt du développement intellectuel, lequel était resté le même qu'à l'âge où avait débuté la maladie.

Franck R. Fry (8) publie l'observation d'un homme de trente-sept ans atteint d'une paralysie agitans des plus nettes, ayant débuté trois ans auparavant, à la suite d'une fièvre typhoïde.

Lnfin, dans sa thèse, consacrée à l'étude du « syndrome de Parkinson » chez les jeunes sujets, Rouvillois (9) réunit une quinzaine de cas ayant débuté avant trente ans. Le diagnostic ferme de la maladie de Parkinson est, dit-il, chez les jeunes sujets, souvent difficile à établir; on trouve souvent d'autres symptômes associés à ceux de cette maladie. L'auteur pense en outre qu'il existe peut-être des liens de parenté entre le « syndrome de Parkinson » et les affections de l'enfance s'accompagnant de mouvements anormaux : chorée, diplégie cérébrale, sclérose en plaques, etc.

Rappelons, en terminant cette énumération, que Vincent a, en 1888, essayé de décrire une « forme rhumatismale » de la maladie de Parkinson; cet auteur tente de faire la part de ce qui, parmi les symptômes, revient au rhumatisme auquel il attribue les douleurs et les déformations.

(1) Bidon. Changement d'attitude du corps dans la maladie de Parkinson, *Revue de méd.*, 1891, p. 75.
(2) Ughetti. *Rivista Sperim. di fren.*, 1893, t. XIX, p. 266.
(3) Romberg. *Klin. Ergeb.*, Berlin, 1846.
(4) Crespin. Th. de Lyon, Obs. XX, p. 42.
(5) Bernardt. *Klin. Wochens.*, Berlin 1880, nº 23.
(6) Leroux. Th. de Paris, 1880.
(7) Lannois. Paralysie agitante chez un jeune sujet, *Lyon méd.*, 1894, nº 14, p. 465.
(8) Franck R. Fry. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, août 1897, p. 465.
(9) Rouvillois. Th. de Lyon, 1899.

Dana (1) conclut d'importants travaux sur la maladie de Parkinson qu'elle serait toujours le résultat d'une infection ou d'une intoxication : les toxines agiraient sur les cellules des cornes antérieures pour y déterminer les lésions que nous expliquerons plus loin.

Causes occasionnelles. — Les *émotions violentes*, surtout de nature dépressive, sont invoquées par un grand nombre d'auteurs comme cause occasionnelle de la maladie de Parkinson; le tremblement apparaît alors brusquement, les autres syptômes s'y adjoignant ensuite, il en est ainsi dans les cas rapportés par Charcot dans ses *Leçons du mardi*, par Axenfeld dans son *Traité des névroses*, par Beschet dans sa thèse, dans celui récemment relaté par M. Grasset (2). Dans la majorité de ces observations, le tremblement succède à une peur intense, si bien que, suivant l'heureuse expression de M. Potain, on dirait une *peur figée*, de même que, d'après le même auteur, l'expression des traits dans le goitre exophtalmique rappelle celle d'une *colère figée*.

Le rôle de l'émotion comme cause occasionnelle de la maladie de Parkinson a été particulièrement mis en lumière dans un travail de Kohts (3) sur la frayeur pendant le siège de Strasbourg, considérée comme cause de maladie. Leroux, dans sa thèse, discute la part de l'émotion et croit que « la cause morale ne joue, dans tout cela, qu'un rôle déterminant qui hâte le développement d'une maladie en puissance ». Pour M. Brissaud (4), « l'émotion, la frayeur, qui est si souvent la cause occasionnelle peut n'agir qu'en déterminant un trouble fonctionnel altérant gravement, et de façon irrémédiable, le jeu normal des centres nerveux.

Les *traumatismes* peuvent jouer le même rôle que l'émotion, ainsi que cela ressort d'un certain nombre d'observations (5).

Plus récemment Sinkler (6) a relaté le cas d'un homme de quarante-quatre ans qui, à la suite d'une chute sur le périnée, commença une paralysie agitans, à début par le membre inférieur droit. Heitmann (V. au même endroit) rapporte 2 cas de maladie de Parkinson consécutive à un traumatisme (coup de pied de cheval ayant fracturé l'humérus, tronc d'arbre sur la tête).

(1) Ch. Dana. *The Amer. Journ. of the med. sc.*, 9 nov. 1899, p. 503.
(2) Grasset. In *Traité de médecine* Brouardel Gilbert, t. X, p. 609.
(3) O. Kohts. *Berl. klin. Wochens.*, 1873.
(4) Brissaud. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1893-94, p. 492.
(5) Voir à ce sujet les publications suivantes : Davril. Par. agitans à point de départ périphérique, *Gaz. hebd.*, Montpellier, 1886; — Vaudier. *De la paralysie agitans consécutive aux traumatismes*, Th. de Paris, 1886; — Deschamps. Paralysie agitans de cause traumatique, *France méd.*, 1886, p. 25; — Oppenheim. Névroses traumatiques, *Ann. Charité*, Berlin 1889, t. XIV, p. 413; — Cullerre. Névroses consécutives aux accidents, *Ann. méd.-psych.*, 1891; — Béchet. Th. de Paris, 1892, p. 54; — Glorieux. Maladie de Parkinson survenue à la suite d'une chute sur la tête, *Policlin. de Bruxelles*, 1er avril 1893; — Voldeng. Traumatisme as an etiological factor in nervous diseases, *Iowa med. Journ.*, 1896, p. 274; — Karl Walz. La paralysie agitans traumatique, *Viertedj. f. gerichte Med.*, 1897, 3e série, t. VII, p. 322; — Brower. Paralysie agitans. Traumatic paralysis, Cl. *Rev. Chicago*, 1898, p. 338; — Kohler. Jall von Paral. agitans nach trauma, *Monatsch. f. Unfallheilk.*, Leipzig, 1899, p. 52.
(6) Sinkler. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1901.

Mais le rôle du traumatisme a surtout été étudié par Krafft-Ebing (1).

Gilli dans sa thèse (2) pense que le traumatisme agit surtout par l'émotion qui l'accompagne et que le développement brusque des accidents, à la suite d'une émotion ou d'un traumatisme, n'implique pas nécessairement l'idée de névrose.

Enfin Krafft-Ebing (3) a relaté le cas d'un tourneur que sa profession obligeait à se tenir debout quinze heures par jour, le pied gauche supportant tout le poids du corps. Il ressentit d'abord des douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, trois ans après, sa jambe gauche devenait raide et se mettait à trembler; ultérieurement, la raideur et le tremblement se généralisèrent.

Associations cliniques. — *Maladie de Parkinson et névroses.* — On sait que l'*hystérie* peut simuler les symptômes de la maladie de Parkinson, et en particulier le tremblement. Ainsi que l'ont montré les travaux de Dutil (4), Onnerod (5), Charcot (6) et surtout de Rendu (7), et ainsi qu'en témoignent les observations de Greindenberg (8), de Boinet (9), de Klatchkine (10), de Renzi (11), enfin d'Oppenheim (12), qui, a propos de deux cas de ce genre, croit devoir invoquer, non pas l'hystérie, mais bien une névrose spéciale, la « pseudo-paralysie agitans ».

Tous ces faits montrent combien il faut être réservé, avant de porter le diagnostic de maladie de Parkinson, lorsqu'on en constate les symptômes chez un hystérique, toutefois il existe quelques symptômes bien nets d'association des deux affections : la thèse de Béchet en contient un cas; Chabbert [de Toulouse (13)] ayant observé un hystérique, atteint en même temps de maladie de Parkinson, essaie de montrer l'analogie et la connexité existant « entre les deux névroses ». Au contraire, d'après la majorité des auteurs, il n'y aurait, dans l'association qui nous occupe, qu'une simple coïncidence. « Les deux affections évoluent chacune pour son propre compte, parallèlement, sans influence notable l'une vis-à-vis de l'autre » [Souques (14)].

Combemale (15) a publié un cas d'association de la maladie de Parkinson et d'épilepsie, mais c'est là un fait isolé et l'auteur pense que les deux névroses n'ont aucun lien de causalité et évoluent chacune pour son propre compte, bien que, chez son malade, épileptique depuis l'âge de treize ans, et actuellement âgé de trente-sept ans, les crises épileptiques commandent nettement les recrudescences vibratoires de la maladie de Parkinson.

(1) Krafft-Ebing. Ueber Paralysis agitans durch mechanisches Trauma, *Wien. klin. Woch.*, 1899, p. 12-22.

(2) Gilli. Th. de Paris, 1900, p. 13.

(3) Krafft-Ebing. Ueber local surmenage als unsache der Paralysis agitans, *Wien. klin. Woch.*, 1899, n° 3.

(4) Dutil. *Etude clinique des tremblements hystériques*, Th. de Paris, 1891.

(5) Onnerod. *Brit. med. Journ.*, déc. 1887, p. 1216.

(6) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1887, t. III, p. 272.

(7) Rendu. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 avril 1889.

(8) Greindenberg. Simulation hystérique du syndrome de Parkinson, *Wratch*, n° 40, Saint-Pétersbourg, 1888.

(9) Boinet. Tics convulsifs, chorée rythmée et syndrome fruste de Parkinson de nature hystérique, *Progrès méd.*, 1891.

(10) Klatchkine. Hystérie simulant la maladie de Parkinson et la maladie de Thomson, *Revue de méd. russe*, 1894, n° 3.

(11) De Renzi. Uno caso di tremore isterica simulante il tremore del morbo del Parkinson, *Clin. Voch.*, Florence 1895, p. 1.

(12) Oppenheim. *Charité Annalen*, 1889, t. XIV, p. 415.

(13) Chabbert. *Arch. de neurol.*, 1898, p. 438.

(14) Souques. *Syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière*, Th. de Paris, 1891.

(15) Combemale. *Echo méd. du Nord.*, 14 mai 1899.

Maladie de Parkinson et affections organiques. — La sclérose en plaques a été autrefois une source d'erreurs de diagnostic. L'association des deux maladies étant parfois observée, citons les cas de Schultze (1), qui dans un cas, ayant cliniquement l'allure de la maladie de Parkinson, constata, à l'autopsie, de nombreuses plaques de sclérose médullaire, Walton (2), Redlich (3), Furstner (4), Middleton (5), etc. Sachs (6), dans son étude sur la sclérose en plaques, dit que, dans certains cas l'évolution des deux maladies est telle « qu'on peut soutenir que la distinction clinique entre les deux n'est pas aussi absolue qu'on le croit depuis Charcot ».

Certains auteurs, partisans de l'origine spinale de la maladie de Parkinson, ont essayé de tirer un urgument en faveur de leur théorie, de l'association possible entre cette maladie et le tabes. Cette association a été observée par Plackzek (7), Weil (8), Hess (9), Heimann (10), Karplus, etc. Wertheim Salomonson (11) pense « qu'il s'agit, non d'une coïncidence, ou d'une association entre deux maladies, mais bien d'une maladie spéciale, distincte du tabes, et constituée vraisemblablement par ces îlots de sclérose vasculaire dont Redlich avait voulu faire le substratum anatomique de la maladie de Parkinson. L'auteur propose d'appeler la nouvelle maladie : tromoparalysie tabétiforme. Ni le nom ni l'idée n'ont fait fortune, et, plus récemment, Seiffer (12) s'exprimait ainsi : « il y a des cas rares de combinaison des deux affections, d'autres où les symptômes de la paralysie agitans sont à peine indiqués, ou inversement; étant donné la fréquence de chacune des deux affections, leur coïncidence, si rare, ne peut être que fortuite, mais causée par la communauté de siège des lésions. »

D'autres auteurs attachent plus d'importance à l'association parfois observée de la maladie de Parkinson et du *myxœdème*. Elle fut tout d'abord signalée par Mœbius, qui, en 1883, en avait publié une observation (13), et plus récemment (14), l'étudie plus à fond : il pense que, vu leurs analogies ces deux maladies pourraient bien reconnaître une cause de même ordre et que, de même que la maladie de Basedow est d'origine thyroïdienne, il existe, peut-être, pour expliquer la maladie de Parkinson, quelque altération insoupçonnée de l'une des glandes qui peuvent avoir un retentissement si marqué sur la nutrition générale.

Depuis, Luzzato (15) a relaté un cas de maladie de Parkin-

(1) Schultze. *Arch. de Virchow*, 1877, t. XLVIII, p. 120.

(2) Walton. Paralysis agitans und sclérosis, *Inter. clin. Philad.*, 1894, p. 118.

(3) Redlich. *Jahrb. f. Psych.*, 1894, t. XII, p. 384.

(4) Furstner. *Arch. f. Psych.*, 1897, t. XXX, p. 1.

(5) Middleton. A case of disseminated sclerosis illustrating the difficulty of diagnostic fonctional and organic paralysis, *Glascow med. Journ.*, 1898.

(6) Sachs. *Journ. of the nerv. dis.*, 1898.

(7) Plackzek. Soc. de psychiâtrie et de neurol., Berlin, 14 nov. 1891.

(8) Weil. *Neurol. Centralbl.*, 1898, p. 713.

(9) Hess. *Deuts. med. Woch.*, 1892, n° 27; 1900, n° 12.

(10) Heimann. *Ueber paral. agitans*, Berlin, 1888.

(11) Salomonson. *Neurol. Centralbl*, 1900, n° 16, p. 741.

(12) Seiffer. *Arch. f. Psych.*, 1901, t. XXXV, fasc. 1, p. 257.

(13) Mœbius. Combination von Morbus Parkinsoni und Paral. agit., *Memorabilien*, 1883.

(14) Mœbius. *Vermischte Aufsaetze*, 1898, fasc. 5, p. 19.

(15) Luzzato. *Riv. veneta di scienze med.*, Venezia, 1899, XXX, p. 9-17.

son associée au myxœdème; en décrivant les modifications de la peau, dont nous avons parlé ailleurs, Frenkel (1) ajoute une analogie nouvelle entre les deux maladies. Enfin Lundborg (2) a observé, dans la même famille, 5 cas de paralysie agitans, beaucoup des membres de cette famille sont atteints de maladies nerveuses, quelques-uns d'une véritable myoclonie. L'auteur, considérant, pour des raisons qu'il ne donne pas, la myoclonie comme dépendant d'une altération de la glande thyroïde, regarde la paralysie agitans comme pouvant avoir la même origine et a essayé, chez deux de ces malades, le traitement thyroïdien. Les résultats, peu nets dans un cas, furent plutôt défavorables dans le second.

Depuis, l'auteur a autopsié une femme de cinquante-quatre ans, qui présentait des signes de paralysie agitans (tremblement généralisé, attitudes), et des signes de myxœdème (épaississement de la peau de la face, œdème des paupières, cyanose et léger œdème des membres inférieurs), il a trouvé le corps thyroïde atrophié et dégénéré, et une tumeur dure, au niveau du bord antérieur du cervelet, qui, en ce point adhérait à la boîte cranienne. Cet auteur estime que l'affection initiale est le myxœdème, et qu'elle a déterminé, par intoxication, due à la dégénérescence du corps thyroïde, les symptômes de la maladie de Parkinson.

L'association de la maladie de Parkinson a été signalée encore par Frank (3) dans deux cas; Gilli (4) rapporte dans sa thèse une observation de M. Dupré dans laquelle on trouve les deux syndromes tabétique et parkinsonien chez un malade nettement arterio-scléreux. M. Dupré est d'avis de les rattacher à l'artério-sclérose encéphalo-médullaire sénile et pathologique. L'athéromasie des artères spinales postérieures expliquerait le syndrome tabétique; les lésions des artères perforantes postérieures, branches de la sylvienne, donneraient lieu au syndrome de Parkinson.

En terminant cet exposé des associations cliniques, nous en signalerons quelques autres, moins importantes : la maladie de Parkinson peut coïncider avec la chorée [Boinet (5)], un cas de maladie de Parkinson fruste, avec chorée rythmée, évoluant sur un terrain hystérique [Tixier (6)], un cas où la chorée aurait précédé les symptômes de la maladie de Parkinson. Dreyfous (7) a vu survenir une hémiparalysie agitans au cours d'une méningite tuberculeuse, Mort, pas d'autopsie. Huet et Joffroy (8) signalent un cas d'athéthose double avec syndrome parkinsonien. Maragliano (9) a constaté une méningo-myélite chronique lombaire, consécutive à un traumatisme, et coexistant avec les symptômes de la maladie de Parkinson.

Knapp (10) relate un cas de paralysie agitans avec astasie-abasie. Signalons enfin deux observations de l'association du syndrome pseudo-bulbaire et des symptômes de la maladie de Parkinson : la première, de Thomas Buzzard (11), concerne un jeune homme de vingt-deux ans, qui, à la suite de grands excès alcooliques et vénériens, fut pris, peu à peu, de tremblement des membres avec raideur et propulsion. Quelques mois après, les muscles de la déglutition étaient paralysés, la bouche toujours pleine de salive, il survint de la dysarthrie avec fixité du regard, et facies impassible. Réflexes normaux. Pas d'atrophie musculaire. L'autre observation est due à Bard (1); aux symptômes de la maladie de Parkinson s'ajoutèrent, par la suite, ceux du syndrome pseudo-bulbaire (diplégie faciale, atrophie des muscles de la face et de la langue).

Ces deux faits sont isolés, nous le pensons, du moins, mais il est intéressant de les signaler, en raison des analogies qui existent entre la maladie de Parkinson et le syndrome pseudo-bulbaire, analogies qui sont l'un des arguments de M. Brissaud, en faveur de sa théorie protubérantielle.

(1) Frenkel. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1899, t. XIV, fasc. 5 et 6.
(2) Lundborg. Ein Fall von Paral. agitans, *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1901, t. XIX, p. 208.
(3) Frank. *Monats. f. Psych. und Neurol.*, sept. 1900.
(4) Gilli. Th. de Paris, 1900, Obs. XI, p. 65.
(5) Boinet. *Progrès méd.*, 1891.
(6) Tixier. Th. de Paris, 1899.
(7) Dreyfous. Th. de Paris, 1889.
(8) Huet. Th. de Paris, 1889.
(9) Maragliano. *Cron. di clin. med. di Genova*, 1894, p. 1.
(10) Knapp. *New-York med. Journ.*, 1891.
(11) Buzzard. *Brain*, 1881.

(1) Bard. In thèse Rouvillois, p. 31.

III

Anatomie pathologique. — Voici la nomenclature des principales constatations anatomo-pathologiques faites depuis Charcot dans l'ordre chronologique.

En 1864, Leyden (2) cite le cas d'un enfant qui avait un tremblement parkinsonien du bras droit : à l'autopsie, on trouva un sarcome de la couche optique gauche.

En 1867, Ordenstein (3) trouva, dans un cas, les pédoncules cérébraux ramollis et atrophiés; la protubérance est blafarde et renferme, à l'intérieur, quelques lacunes. La substance grise du bulbe présente quelques points d'un piqueté rouge. Les faisceaux antérieurs sont presque ramollis et hyperhémiés. Les olives ont une consistance cornée et sont vascularisées.

En 1871, le professeur Joffroy (4) publie le résultat de trois autopsies dans lesquelles il ne trouve, comme lésions constantes, que quelques altérations diffuses : oblitération du canal central par prolifération épendymaire, pigmentation intense des cellules, surtout celles de la colonne vésiculeuse de Clarke, corps amyloïdes disséminés irrégulièrement; il conclut que, si ces recherches sont négatives au point de vue d'une lésion propre à la paralysie agitans, elles sont intéressantes en montrant des traces de myélite localisée principalement dans la substance grise, comme elle a lieu dans beaucoup d'affections nerveuses, le tétanos, en particulier.

En 1874, Murchison Lange (5) trouve, dans trois cas, des foyers de ramollissement avec hyperplasie conjonctive des cordons latéraux. Quelques années plus tard, Dowse (6) constate également des lésions des cordons latéraux.

En 1876, M. Raymond (7) consigne dans sa thèse le résultat de six autopsies sans trouver de lésion susceptible d'expliquer la raideur et le tremblement.

Boucher (8), l'année suivante, parle d'un fait d'hémiparalysie agitans gauche où l'autopsie révéla une tumeur

(2) Leyden. *Arch. f. path. Anat.*, 1864, cité par Nothnagel in *Topisch. Diagn.*, 1879.
(3) Ordenstein. Th. de Paris, 1867, Obs. I.
(4) Joffroy. *Gaz. des hôpit.*, 1871, p. 602.
(5) Lange. *Ueber chronicle Ruckenmarks*, Tutzundung, 1874.
(6) Dowse. *Med. Times*, 1878.
(7) Raymond. *De l'hémichorée, de l'hémiathéthose et des tremblements symptomatiques*, Th. de Paris, 1876.
(8) Boucher. Th. de Paris, 1877, Obs. de la *Presse méd. belge*, 1876, nº 30.

ostéo-fibreuse du volume d'une bille à jouer, dans la partie antérieure du corps strié droit.

En 1879, Bouchut (1) cite le cas d'une fillette de trois ans et demi qui était affectée d'un tremblement généralisé prédominant à droite. A l'autopsie, on trouva un gros tubercule ayant détruit les deux couches optiques et s'appuyant sur le pédoncule cérébral gauche.

Luys (2) [1880], constate une induration de la région bulbo-protubérantielle due à une sclérose interstitielle, avec hypertrophie des grandes cellules de la protubérance.

Deux ans après, Demange (3) ne trouve que des altérations séniles; myélite interstitielle prédominant sur la colonne vésiculeuse de Clarke dans deux autopsies.

En 1885, Mendel (4) observe chez un enfant de quatre ans et demi du tremblement du bras droit, parésie du membre inférieur droit et des troisième, septième et douzième nerfs craniens gauches. A l'autopsie, un tubercule du volume d'une amande dans la calotte du pédoncule gauche.

Dubief trouve, dans trois cas (5), les lésions suivantes : moelle, pigmentation des cellules des cornes antérieures dont les prolongements sont variqueux : canal épendymaire distendu par des cellules polygonales et des corps amyloïdes; prolifération névroglique légère, méningite pie-mérienne avec légère sclérose superficielle; cellules lymphatiques à la limite de cette sclérose et le long des tractus conjonctifs; bulbe; lésions analogues, mais moindres; cervelet, rien; peu de chose dans le grand sympathique; épaississement du tissu conjonctif interfasciculaire dans les nerfs du plexus brachial. Il conclut que ces lésions sont celles de la sénilité très exagérées.

Dans sa thèse, Leroux (6) rapporte une observation de Gubler, avec autopsie par Robin. Dans le noyau extra-ventriculaire du lobe droit du cerveau, se trouvait une masse mal déterminée, entourée par une quantité considérable de petits points blancs, qui donnent au corps strié un aspect gris, piqueté de blanc. A côté de la masse principale, se trouve un noyau plus petit. Dans le lobe gauche, la partie externe du noyau extra-ventriculaire est remplacée par une masse d'un blanc jaunâtre.

La même année, Blocq (7) attire l'attention sur les lésions musculaires. Avant lui, M. Joffroy avait, dans une dizaine de cas, trouvé de l'atrophie qu'il rapportait à la cachexie, non à la maladie elle-même. L'auteur constate, à l'autopsie d'une malade de soixante-treize ans, des lésions musculaires sans altérations des centres nerveux ou des nerfs périphériques. Dans son article du *Manuel de médecine*, Blocq donne une description des lésions musculaires dans la maladie de Parkinson, qu'il dit analogues à celles de la maladie de Thomson, et dont il fait la cause de la maladie : dans 5 cas, il a trouvé l'hypertrophie du protoplasma non différencié dont les noyaux, proliférés, détruisaient le myoplasme; on trouve des cavités allongées, taillées comme à l'emporte-pièce, les fibres musculaires sont atrophiées.

En 1889, Borgherini (8) constate l'épaississement périépendymaire de la névroglie dans toute la hauteur de la moelle, des altérations des racines antérieures des nerfs, des muscles, des rameaux du grand sympathique, et conclut, comme Dubief, à la sénilité précoce des centres nerveux.

(1) Bouchut. *Gaz. des hôpit.*, 1879.
(2) Luys. Soc. de biol., 1880.
(3) Demange. *Revue de méd.*, 1882.
(4) Mendel. *Berl. klin. Woch.*, 1885.
(5) Dubief. *Essai sur la nature des lésions dans la maladie de Parkinson*, Th. de Paris, 1886.
(6) Leroux. Th. de Paris, 1888, p. 24.
(7) Blocq. *Des contractures*, Th. de Paris, 1888.
(8) Borgherini. *Riv. sperim. de fren.*, 1889.

Puis, Sass en 1891 (1) constate, à l'autopsie d'un malade de soixante-treize ans, les lésions suivantes : au bulbe, petit ramollissement dans le sillon antérieur du bulbe, par artério-sclérose; légère prolifération de l'épithélium épendymaire au fond du quatrième ventricule; dans la moelle, oblitération du canal épendymaire, prolifération du tissu conjonctif de la substance blanche; artério-sclérose des centres nerveux et des nerfs périphériques; myosite et névrite périphérique interstitielles chroniques.

Les lésions des centres nerveux sont interprétées par Sass, comme dues à la sénilité. Mais, en comparant les nerfs et les muscles avec ceux d'un vieillard de quatre-vingt-treize ans, bien portant peu de temps avant sa mort, il constate que, chez sa malade, les fibres musculaires sont plus ténues et plus riches en noyaux que dans l'atrophie sénile; les fibres nerveuses sont par places amincies et même complètement interrompues, tandis que, chez le vieillard, on ne constate rien d'anormal.

L'auteur, sans donner de conclusions fermes, pense qu'il faut étudier, plus à fond qu'on ne l'a encore fait, les nerfs et les muscles, d'autant plus que Charcot avait fait remarquer l'existence de douleurs névralgiques dans les parties qui vont être atteintes par le tremblement.

La même année, Dutil (2) parle, dans sa thèse, d'une malade dont les accidents nerveux avaient fait diagnostiquer une simulation hystérique de la maladie de Parkinson, et dont l'autopsie montra deux tumeurs gliomateuses, l'une, dans la partie postérieure de la couche optique droite, l'autre ayant détruit la presque totalité de la couche optique gauche.

L'année suivante, Koller (3) constate la sclérose des tuniques artérielles; quelques lésions vasculaires, surtout dans les cordons postérieurs et, en seconde ligne, dans les cordons antéro-latéraux; prolifération du tissu périvasculaire de la substance blanche. L'auteur se demande s'il ne faut pas, comme Gowers l'avançait peu de temps auparavant, rechercher dans une lésion fonctionnelle des prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses, l'explication de la raideur et de l'exagération du tonus musculaire qu'on observe dans la maladie de Parkinson.

Ensuite, vient un travail de Dana (4), qui passe en revue 48 cas, publiés avant lui, et avec autopsie; de ces 48, il n'en retient que 14 appartenant à Joffroy, Dowse, Murchison, Sass, Koller, Dubief, Borgherini, Teissier, Ordenstein. Dans ces autopsies, on trouve des lésions vasculaires entraînant des lésions diffuses des cellules nerveuses.

Personnellement, l'auteur fait remarquer que le pouls des parkinsoniens ressemble à celui des artério-scléreux; il insiste sur les troubles vaso-moteurs auxquels il semble vouloir attribuer la rigidité.

Anatomiquement il a trouvé, chez une femme de cinquante-cinq ans, dont il n'a examiné que le système nerveux central, les lésions suivantes : cerveau, et, en particulier, couche corticale du lobule paracentral; vaisseaux

(1) Sass. *Med. Woch.*, Saint-Pétersbourg, 18 mai 1891.
(2) Dutil. Th. de Paris, 1891.
(3) Koller. *Arch. f. pathol. Anat.*, 1892, t. XXV, p. 2.
(4) Ch. Dana. Skaking palsy. a clinical and pathological study with the reports of two autopsies, *New York med. Journ.*, 1893.

et espaces vasculaires très dilatés; cellules atrophiées par place, avec dégénérescence granuleuse des prolongements : lésions semblables et pigmentation dans les noyaux des septième et neuvième paires; atrophie des cellules du vagin; injection capillaire des couches optiques. Rien aux pédoncules ni à la protubérance.

Moelle. Epaississement de la pie-mère et prolifération conjonctive; infiltration diffuse de tous les tractus latéraux englobant les cordons jusqu'aux faisceaux cérébelleux, surtout dans la région cervicale; ses cordons postérieurs sont congestionnés et sclérosés; le canal central contient des débris épithéliaux; les vaisseaux de la substance grise, les veines, en particulier, sont très distendus; atrophie et pigmentation anormales des cellules des cornes antérieures; les racines antérieures sont congestionnées et présentent des dilatations et des épaississements vasculaires.

L'auteur pense que la maladie de Parkinson n'est pas une névrose, mais relève d'altérations anatomiques. Il existe une congestion et un épaississement des vaisseaux de la substance grise des parties centrales et antérieures de la moelle, d'où une prolifération conjonctive atteignant surtout les cordons antéro-latéraux, avec, dans les cas graves, lepto-méningite annulaire. Les lésions dégénératives des cellules des cornes antérieures prédominent dans les aires médiane et centrale, auxquelles on suppose dévolues des fonctions sécrétoires et vaso-motrices. Ces altérations sont surtout intenses au niveau des renflements cervical et lombaire. On les retrouve, mais plus atténuées, dans la protubérance et dans le bulbe, et parfois, dans les noyaux des grand hypoglosse et pneumogastrique.

Il conclut que la maladie de Parkinson est due à une myélite interstitielle diffuse, due à une toxine microbienne ou humorale, circulant dans les vaisseaux. Elle a une affinité spéciale pour certaines régions de la moelle et du bulbe, et produit, d'abord, des lésions irritatives, plus tard, la dégénérescence des cellules et même leur atrophie. Cette toxine lui paraît de même ordre que les substances qui produisent la goutte, le rhumatisme, l'arthritisme.

La même année, Blocq et Marinesco (1) publiaient le cas remarquable d'un homme de trente-huit ans qui avait présenté, pendant sa vie, tous les signes d'un « hémiparkinson » gauche : tremblement parkinsonien, masque figé, raideur, tendance à la pulsion en avant et à gauche, réflexes exagérés du côté gauche.

A l'autopsie on trouva des lésions de tuberculose pulmonaire et un tubercule du volume d'une noisette, bien énucléable, encapsulé dans le pédoncule cérébral, droit intéressant spécialement le locus niger de Sœmmering; comme lésions dégénératives : raréfaction des fibres du ruban de Reil au voisinage du locus niger, sans dégénérescence des pyramides ni du pédoncule au-dessus de la tumeur.

Les auteurs pensent qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence entre la lésion et les symptômes, à cause de l'exacte corrélation existant entre eux, en particulier à cause de l'exagération des réflexes, seulement du côté gauche. Ils rappellent d'ailleurs deux cas antérieurs, analogues : celui de Mendel, l'autre de Charcot (tremblement parkinsonien avec attitude typique d'un des membres; tumeur comprimant les pédoncules cérébraux).

(1) Blocq et Marinesco. Un cas de tremblement hémiplégique symptomatique d'une tumeur du pédoncule cérébral, Soc. de biol., 27 mai 1893.

Dans un travail important paru en 1894, Redlich (1), élève d'Obersteiner, donne le résultat de sept autopsies : dans tous ces cas, il trouve des lésions de sclérose périvasculaire plus ou moins intense, avec, parfois, épaississement autour des vaisseaux, des septa et de la névroglie : ces lésions prédominent dans les cordons postérieurs. Ni anévrisme milliaire, ni hémorragies. Parfois, on trouve des foyers de sclérose plus étendus, résultant de la conglomération des vaisseaux à parois épaissies, serrés les uns contre les autres; parfois aussi on trouve une zone de sclérose entourant la moelle. Toujours, les cellules des cornes antérieures et de la colonne vésiculeuse de Clarke sont fortement pigmentées. Oblitération du canal central. Nombreux corps amyloïdes. Racines antérieures et postérieures normales, de même que la zone de Lissauer. La substance grise ne présente d'autres lésions que l'épaississement des parois vasculaires. L'auteur conclut que la lésion essentielle n'est ni corticale ni musculaire, mais n'est autre que la sclérose périvasculaire. Un certain nombre d'auteurs attribuent à la sénilité les lésions médullaires : sans doute, l'oblitération du canal central, l'agglomération de corps amyloïdes, l'épaississement des méninges, la pigmentation des cellules se retrouvent dans les moelles séniles, mais la sclérose périvasculaire atteint ici un degré qu'on n'observe pas dans la sénilité simple. Il s'agit d'une véritable endo et péri-artérite chroniques avec propagation aux tissus voisins et, peut-être même, réaction inflammatoire par suite des troubles de nutrition de la moelle.

Des lésions analogues se retrouvent (Demangé) dans la « contracture tabétique progressive des athéromateux », mais la sclérose péri-vasculaire est prédominante dans les faisceaux pyramidaux des régions cervicale et dorsale.

Au contraire, de Grazia (2) n'ayant, dans un cas, rencontré que quelques corps amyloïdes et de rares cellules granuleuses dans les centres nerveux, sans aucune lésion musculaire, pense que, étant donné les nombreux cas négatifs et la variabilité des lésions constatées par certains auteurs, il n'y a aucun motif pour refuser d'admettre, momentanément, que la maladie de Parkinson est une névrose.

En 1898, paraissent plusieurs travaux sur la question. Caterina (3) décrit des lésions de chromatolyse et les compare à celles qu'on observe dans quelques maladies infectieuses et dans l'intoxication par la morphine. Toutes les grandes cellules des cornes antérieures sont malades : toute la masse cytoplasmique est homogène; les grains de chromatine sont fusionnés en blocs irréguliers, les prolongements nerveux sont fracturés, quelques cellules sont riches en pigment. Quelques coupes du cerveau présentent des lésions analogues : chromatolyse du corps cellulaire et des dendrites, la substance chromatique étant réduite en poussière fine.

Sander (4) publie l'autopsie d'un parkinsonien de soixante-sept ans. Il a étudié la moelle et une partie du tronc cérébral par les procédés de Marchi, de Pal, de Weigert pour la névroglie. Les lésions constatées sont celles de la sénilité, avec simple question de degré pour la prolifération de la névroglie et le nombre des cellules en araignée.

(1) Redlich. *Jahrb. f. Psychiat.*, t. XII, 1894.
(2) De Grazia. *Riforma med.*, 1895, n° 70.
(3) Caterina. *Rivista di pathol. nerv. e ment.*, août 1898, t. III, fasc. viii, p. 360.
(4) Sander. *Monats. f. Psych. und Neurol.*, 1898, III, p. 155.

Furstner (1), à l'autopsie d'un malade très nettement parkinsonien, a cherché en vain les lésions décrites par Redlich; il conteste leur valeur, d'autant plus qu'on les retrouve chez des vieillards qui, probablement, n'étaient pas atteints de cette maladie.

En France (2), M. Ballet a autopsié un homme de soixante-sept ans, présentant depuis sept ans du tremblement et de la raideur, particulièrement marquée à la nuque : parole monotone, impatiences musculaires, sensation de chaleur. Aucune lésion à l'écorce du lobule paracentral, sur des coupes colorées au picro-carmin, par les méthodes de Pal et de Nissl, ni dans la région pédonculaire, traitée par le picro-carmin et le Pal. Les seules lésions constatées occupaient la moelle : oblitération du canal central par prolifération épendymaire, épaississement des artères et sclérose périartérielle de Redlich, surtout au niveau des artères voisines de la commissure, absence de sclérose périépendymaire ou dans les autres régions de la moelle.

L'auteur insiste surtout sur les lésions cellulaires. Au niveau des renflements cervical et lombaire : sur des coupes colorées au Nissl, les cellules des cornes antérieures, de nombre sensiblement normal, sont comme ratatinées; beaucoup sont arrondies, en raquettes, très pigmentées, lésions rappelant celles de l'involution sénile. Mais, ce qui frappe surtout, principalement au niveau du renflement lombaire, c'est le nombre considérable des ruptures des prolongements protoplasmiques. On les trouve des deux côtés de la moelle : elles ne paraissent prédominer sur aucun des groupes cellulaires. Elles intéressent un ou plus souvent plusieurs des prolongements, ordinairement assez près du corps cellulaire, qui, en plusieurs points, est lui-même directement intéressé et comme fragmenté. Ruptures analogues, mais bien plus rares, dans les cellules des cornes antérieures.

L'auteur pense que ces ruptures sont dues aux manipulations, mais qu'en raison de leur nombre bien plus considérable que dans la moelle d'une femme morte d'athérome, où il en constate quelques-unes, elles indiquent une fragilité spéciale des prolongements protoplasmiques.

L'année suivante, on trouve d'abord une biopsie faite par de Buck et Demoor (3), qui ne constatèrent aucune lésion dans un fragment de muscle enlevé à un malade. Puis viennent les travaux de Philipp (4) et de Wollenburg (5) : le premier de ces auteurs, ne constatant aucune lésion médullaire, insiste sur les lésions cérébrales; des coupes des lobules paracentraux, colorées suivant la méthode de Nissl, présentaient des lésions d'intensité moyenne. Étant donné la possibilité d'une forme hémiplégique de la maladie, il conclut à l'origine corticale. Wollenburg arrive à une conclusion analogue.

A la même époque, Caterina (6) constate, dans un cas, les lésions suivantes dans les cellules des cornes antérieures de la moelle : fragmentation des corpuscules de Nissl en amas irréguliers de chromatine; dans quelques cellules, le noyau ne présentait plus de membrane, et se réduisait à une masse irrégulièrement granuleuse, entourant le nucléole tuméfié. Mêmes altérations sur quelques coupes de l'écorce cérébrale.

(1) Furstner (de Strasbourg). Ueber multiple Sclerose und Paralysis agitans, *Arch. f. Psych.*, 1898, XXX, fasc. 3, p. 1.

(2) Ballet. Soc. méd. des hôpit., 21 janv. 1898, et *Revue neurol.*, 1898, p. 94.

(3) De Buck et Demoor. *Ann. de la Soc. méd. de Gand*, juin 1899.

(4) Philipp. Anatomischen befund in Centralnervensystem bei einen fall von Schüttelabrmung, *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1899, t. XIV.

(5) Vollenburg. *Nothnagel's speciale Pathol. und Therap.*, t. XIII, 1899.

(6) Caterina. Sulla alterazione della cellula nervosa, *Riv. di pathol. nerv. e mentale*, 1899, t. III.

Enfin Ch. Dana (1) trouve, à l'autopsie d'un malade, parkinsonien depuis huit ans, et mort de sarcomatose généralisée, dans les centres nerveux et dans deux petits muscles de la main, une légère prolifération conjonctive, et la dilatation des espaces périvasculaires. Pas d'artério-sclérose. Altérations très prononcées des cellules des cornes antérieures de la moelle, caractérisées par : pigmentation, vacuolisation, déplacement ou atrophie du noyau; destruction partielle des dendrites, principalement dans les régions cervicale supérieure et dorsale inférieure. Lésions minimes de l'écorce cérébrale, tandis que, dans les olives, il trouve des lésions dégénératives très intenses des cellules. Pas de lésion des nerfs périphériques. Les muscles et les plaques motrices présentent un certain degré de dégénérescence graisseuse. L'auteur attribue un rôle capital aux altérations des dendrites.

L'année suivante (2), le même auteur écrivait qu'on trouve, dans la moelle, des lésions qui diffèrent de celles de la sénilité, mais ne sont pas pathognomoniques.

La même année, Max Nonne (3) trouve, dans un cas, des altérations peu différentes de celles que produisent la sénilité et la cachexie, ces lésions, dit-il, ont été décrites par Gocbel et Sander. Ce dernier dit que presque tous les auteurs considèrent ces lésions comme distinctes de celles de la sénilité, à cause de la prolifération névroglique (non cherchée par Dana et Nonne), et des altérations scléreuses des vaisseaux que l'on rencontre dans la maladie de Parkinson, et croit qu'il existe un obstacle au passage de l'influx nerveux allant du cerveau à la moelle, mais que cet obstacle est indépendant des cellules nerveuses.

A la même époque, Karplus (4) ne trouvait, à l'autopsie d'un homme de soixante-quatre ans mort des progrès de la maladie, aucune lésion autre que celle de la sénilité, ni dans les nerfs, ni dans les centres nerveux.

En 1901, Schwerm (5) relate le cas d'un homme mort à quarante-huit ans, d'une pneumonie, après sept ans de maladie (crampe des écrivains, tremblement débutant par le bras droit, puis généralisé). Au bout de six ans le syndrome était complet : propulsion, troubles de la marche, et, vers la fin de la maladie, tremblement de la tête et de la langue. Pendant les deux dernières années, surviennent des sueurs nocturnes, de courts accès fébriles, albuminurie considérable, sans cylindres; gêne considérable de la parole et de la déglutition. A l'autopsie, il constate une endocardite, l'atrophie du cerveau et de l'œdème des méninges, mais aucune lésion histologique du cerveau, de la moelle ou des nerfs : pas de lésions vasculaires. Dans les muscles, au contraire, il constate la prolifération des noyaux conjonctifs interstitiels et de forme allongée; pas de cellules rondes, aucune altération des fibres musculaires elles-

(1) Dana. Paralysis agitans and sarcom, *Amer. Journ. of the med. sc.*, novembre 1899.

(2) Dana. Pathol. anat. of cord in Paralysis agitans, and sensibility, *Amer. Journ. of the med. sc.*, juin 1900.

(3) Max Nonne. Altérations spinales dans la maladie de Parkinson, *The Amer. Journ. of the med. sc.*, juin 1900.

(4) Karplus. *Jahrb. f. Psych. und Neurol.*, 1900, t. XIX, fasc. 2, p. 171.

(5) Schwerm. *Deuts. Arch. f. Klin. med*, 1901, t. LXX, fasc. 3.

mêmes, bien que les fragments de muscles aient été pris un quart d'heure, seulement, après la mort. Intégrité parfaite des terminaisons nerveuses. L'auteur pense que les lésions musculaires qu'il constate sont les lésions causales.

Walbaum (1) a, dans un cas, constaté toutes les lésions décrites par les divers auteurs, avec, en plus, dans les ganglions centraux, une énorme accumulation de corps amyloïdes, et la calcification des vaisseaux, sans artério-sclérose. Les lésions vasculaires seraient, pour lui, accessoires et fortuites; celle des centres nerveux seraient dues à la sénilité. Il conclut que la maladie doit être considérée, actuellement, comme une névrose motrice.

En 1902, F. Burzio (2) a étudié, en détail, les lésions dans deux cas. Voici le résumé de ses constatations :

1° F. soixante-neuf ans. Grande fragilité et atrophie du crâne, des vertèbres et des côtes. Epaississement et adhérences à l'os de la dure-mère. Liquide céphalo-rachidien abondant. Légère congestion cérébrale; artères sans lésions. Moelle, atrophie des cordons postérieurs (surtout le faisceau de Burdach), nette au Weigert Pal, nulle par la méthode de Marchi, donc, de production non récente; elle est constituée par du tissu de sclérose, avec disparition, à peu près complète, des gaines de myéline. Après coloration au carmin, à l'hématoxyline, à la safranine, il constate une pigmentation anormale des cellules des cornes antérieures, de nombreux corps amyloïdes, enfin, l'occlusion du canal central. Dans les circonvolutions frontale et pariétale ascendante, la méthode de Pal montra la raréfaction et l'atrophie de toutes les fibres à myéline, avec disparition à peu près complète des fibres tangentielles.

2° Homme de cinquante ans, chez lequel une contracture généralisée avait, peu avant la mort, remplacé le tremblement.

A l'autopsie, méningite diffuse, léger œdème cérébral, hypertrophie des villosités épendymaires, sur le plancher du quatrième ventricule; épaississement de l'arachnoïde sous forme de plaques dures et parcheminées, au niveau de la région dorsale postérieure, et des faisceaux pyramidaux. Altérations des cellules de la moelle, allant du gonflement homogène, à la disparition du noyau. Atrophie des ganglions rachidiens, avec hyperplasie du tissu conjonctif. Cerveau : au Weigert Pal, raréfactions des fibres tangentielle de la zone motrice. Au Nissl, pigmentation, vacuolisation des cellules; par la méthode de Golgi, état variqueux des prolongements.

L'auteur pense que les lésions des circonvolutions psychomotrices et l'atrophie des faisceaux pyramidaux peuvent expliquer la rigidité, celle des cordons postérieurs la rigidité et les troubles de l'équilibre.

En comparant ces lésions à celles que divers auteurs (Vassale, Denaggio, Gurieri, Dehio, Barkley, Schaffer, etc.) ont constatées dans les intoxications, l'auteur est tenté de les rapporter à une auto-intoxication, opinion qui viendrait à l'appui des idées de Massalongo, sur la maladie de Parkinson, et que corroboreraient les bons effets du traitement anti-toxique obtenus par Dana.

Citons, enfin, la thèse de Carrayrou (3) qui, dans 7 autopsies, a étudié des centres nerveux après durcissement par le liquide de Muller, et a constaté, dans tous ses cas, des dilatations variqueuses de la protubérance et du bulbe, avec souvent de petits foyers hémorragiques. Dans la moelle, il note, dans deux cas des lésions de sclérose diffuse, une fois la dégénérescence diffuse des cordons antéro-latéraux; une fois un peu de pâleur des faisceaux pyramidaux; dans les trois autres cas, il ne mentionne pas l'état de la moelle. Dans ses conclusions, il émet l'hypothèse que les dilatations vasculaires pourraient soit comprimer les fibres qui traversent la protubérance, soit y déterminer une perturbation fonctionnelle.

(1) Walbaum. Beitrag. zur pathol. Anat. der Paralysis agitans, *Arch. f. pathol. Anat.*, 1901, t. XVI, fasc. 5, p. 222.

(2) F. Burzio. *Annal. d. fren. e scienz.*, Turin, juin 1902, p. 151.

(3) Carrayrou. *Etude clinique et anatomo-pathologique sur la maladie de Parkinson*, Th. de Paris, 1903.

Tels sont les principaux résultats fournis, jusqu'à ce jour, par l'anatomie pathologique. Si on essaie de les coordonner on se trouve amené à la division suivante :

1° Deux auteurs, MM. Raymond (6 cas) et de Grazia, ne trouvent aucune lésion digne d'être notée; un certain nombre d'autres constatent des lésions qu'ils attribuent à la sénilité; Demange, Dubief (3 cas), Borgherini, Sander, Karphus, Walbaum. On s'accorde généralement à faire rentrer, parmi les lésions séniles, la légère myélite chronique constatée dans 3 cas par M. Joffroy.

Demange, Sander et Karplus se bornent à signaler ces lésions. Walbaum les considère comme banales et range la maladie de Parkinson parmi les névroses; Dubief et Borgherini, au contraire, trouvent que la sénilité y est très exagérée, précoce même.

2° Les constatations de Sass et de Schwerm viennent à l'appui de la théorie myopathique formulée pour la première fois par Blocq, et sur la valeur de laquelle on ne saurait actuellement se prononcer, l'examen des muscles ayant été négligé dans le plus grand nombre des autopsies. Cependant Joffroy, Verselle et Pierret, avant Blocq et Dana, plus récemment, n'ont trouvé que des lésions de sclérose musculaire; la biopsie pratiquée par De Buck et Demoor n'a permis de constater aucune lésion.

3° Enfin, dans la majorité des autopsies, on trouve diverses lésions du système nerveux central, l'intégrité des nerfs périphériques étant notée presque toujours. Mais les lésions du névraxe méritent d'être elles-mêmes divisées en plusieurs groupes :

a. Tout d'abord, il faut mettre à part sept autopsies, dans lesquelles existait une tumeur volumineuse, située soit dans les couches optiques, soit dans la région pédonculaire; ce sont les faits de Leyden (sarcome), Boucher (tumeur ostéofibreuse), Bouchut, Mendel, Blocq et Marineco (tubercule), Dutil (gliôme), Leroux (tumeur de nature indéterminée); trois de ces faits (Leyden, Bouchut, Mendel) se rapportant à de jeunes enfants.

b. Philipp et Wollenburg placent dans l'écorce cérébrale la lésion causale; Burzio y adjoint la dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle.

c. A l'appui de l'origine bulbo-protubérantielle, on ne trouve que les constatations d'Ordenstein, de Luys (sclérose), enfin de Carrayrou (lésions vasculaires).

d. Un plus grand nombre d'auteurs ont trouvé des lésions médullaires, mais leurs résultats ne concordent pas entre eux.

Tandis que Caterina trouve 2 fois des lésions de chromatrolyse, Murchison Lange (3 cas) et Dowse constatent la dégénérescence de cordons antéro-latéraux. Koller Redlich et Dana décrivent des lésions vasculaires (sclérose) du névraxe, produisant des lésions des éléments nerveux, qui,

d'après Dana, diffèrent de la sénilité, mais ne sont pas pathognomoniques. Ces lésions ont été retrouvées par Ballet, qui note, en outre, des altérations des prolongements protoplasmiques des cellules, constatation qui avait également été faite par Dana. Au contraire Furstaner dit avoir vainement recherché des lésions vasculaires décrites par Redlich et constate leur valeur pathogénique.

Si maintenant nous envisageons dans son ensemble la pathogénie de la maladie de Parkinson, nous trouvons des théories complètement opposées, que l'on peut ranger en trois groupes :

1° *La maladie de Parkinson est une névrose.* — Les partisans de cette théorie s'appuient principalement sur l'absence d'une lésion constante, et sur certains caractères cliniques, parmi lesquels la possibilité du début brusque des accidents. Autrefois soutenue par Charcot, Axenfeld, Lereboullet et Bussard, etc., cette théorie a été défendue par Gowers, Strumpell, Eichhorst, et, plus récemment, par le professeur Erb, qui dans une leçon clinique publiée en 1901 (1), après avoir passé en revue l'étiologie et la symptomatologie, en se basant sur une statistique de plus de 100 cas, conclut, pour ce qui concerne la nature de la maladie, que l'on ne peut méconnaître l'existence d'un trouble de la nutrition, originellement fonctionnel et localisé d'une facon générale à l'appareil moteur et, vraisemblablement, d'une façon plus étroite, à l'appareil nerveux central. M. Grasset défend, en France, la même opinion.

2° *La maladie de Parkinson est une affection organique.* — Malgré la discordance des constatations anatomiques, Jaccoud et Borgherini n'ont pas hésité à considérer la maladie comme étant due à une lésion protubérantielle. Mais cette théorie est surtout défendue par M. Brissaud. D'après cet auteur (*loc. cit.*, p. 300), une lésion du locus niger pourrait très bien servir de substratum anatomique à la maladie de Parkinson. « La nature de la lésion est indifférente, écrit-il, mais tout porte à croire que les ramollissements ischémiques multiples sont plus fréquents que toute autre altération destructive. Le ramollissement dit chronique est, en effet, caractérisé plutôt par la multiplicité des foyers que par leur étendue. L'existence de petits foyers corticaux peut expliquer les troubles psychiques; quant aux foyers pédonculaires produits par l'oblitération ou la sténose des artérioles de l'espace perforé postérieur, ils rendraient compte de la raideur tonique des muscles, tantôt bilatérale, tantôt unilatérale, suivant leur répartition dans la région des deux pédoncules. Le début brusque, à la suite d'une émotion, n'est pas incompatible avec une lésion artérielle plus au moins durable. »

Plus récemment, Vires (2) a incriminé la « lésion des neurones automatiques bulbo-cérébello-protubérantielles ».

Rappelons que Vulpian rangeait la maladie de Parkinson parmi les maladies de la moelle, rappelons également la tentative de Mœbius, Frankel et Lunborg, pour en faire le résultat d'un trouble de la nutrition générale analogue au myxœdème.

3° *La maladie de Parkinson est non une maladie, mais un syndrome.* — Cette opinion est surtout défendue par le professeur Teissier (de Lyon) : on la trouve reproduite notamment dans les thèses de Vincent, de Gilli et de Rouvillois.

(1) Erb. *Deuts. Klin.*, 1901, 5e livraison, p. 96.
(2) Vires. *Leçons cliniques*, 1900.

Ce dernier auteur s'exprime ainsi : « Si l'on admet qu'une lésion quelconque, irritant le faisceau pyramidal, peut, dans certaines conditions, être la cause déterminante de l'affection, on comprend pourquoi le rhumatisme, qui produit la méningite spinale ou une sclérose diffuse des cordons latéraux (Pitres et Vaillard), peut devenir une cause de paralysie agitans. La vieillesse peut agir de même en produisant de la péri-ostéite des vaisseaux spinaux : il en est de même de la myélite périépendymaire et de la lésion protubérantielle, associée ou non à des lésions médullaires. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(17 juin 1903)

A propos de la communication de M. Chaput sur le **cloisonnement du petit bassin** à la suite d'hystérectomies abdominales difficiles, M. Ricard fait observer que c'est là une pratique courante que, pour sa part, il emploie déjà depuis longtemps. La technique importe peu; on sait qu'elle est des plus simples et des plus faciles. Ce qui importe davantage, ce sont les indications de cette péritonisation haute. M. Ricard y a recours chaque fois qu'après une opération abdominale laborieuse, il n'est pas absolument sûr de son asepsie, chaque fois qu'au cours de l'opération, d'ouverture de salpingites ou autre, il a quelque raison de craindre quelque septicité douteuse ou réelle. M. Ricard étend donc cette pratique plus loin que M. Chaput qui ne la préconise que dans les cas de déchirure du rectum.

Par exemple, dans tous les cas de fibromes utérins avec annexites suppurées, M. Ricard fait systématiquement l'hystérectomie abdominale totale avec cloisonnement. Il la fait également dans les cas de salpingites suppurées s'étant ouvertes dans le rectum ou dans la vessie, dans les cas d'opérations longues, laborieuses.

C'est ainsi qu'il se comporta dans un cas où il y avait une fistule rectale. Le ventre ouvert, l'opération terminée, il lui fut impossible de trouver la perforation du rectum. Il fit le cloisonnement; la fistule rectale déversa ses matières dans le vagin et se boucha toute seule. M. Ricard cite plusieurs exemples, dans lesquels ce cloisonnement lui a rendu de grands services, en lui permettant de mettre à l'abri d'une infection venant du petit bassin la grande cavité péritonéale. C'est là, incontestablement, une bonne manœuvre.

Un point de technique : M. Ricard préfère de beaucoup le catgut aux agrafes dont se sert M. Chaput. Il fait également un large drainage vaginal et un drainage abdominal.

M. Quénu fait observer que le mérite de l'invention de cette méthode de péritonisation revient à Duret (de Lille).

M. Hartmann a vu la description du procédé spécial de M. Chaput dans un auteur allemand dont nous n'avons pu retenir le nom.

Nous passons à la suite de la discussion sur la **lithiase biliaire**. M. Potherat communique deux observations, celle d'abord d'une femme de la campagne, jaune, maigre, présentant tous les signes d'un cancer de l'estomac. M. Potherat fait la laparotomie dans le but de faire soit une pylorectomie, soit une gastro-entérostomie. Il trouve l'estomac sain. La tumeur qu'on sentait était formée par deux calculs volumineux qui se trouvaient dans la vésicule biliaire; M. Potherat fit la cholécystotomie idéale, enleva les calculs. Les suites furent des plus simples.

La seconde observation est celle de la jeune femme d'un confrère qui avait eu plusieurs crises d'appendicite. On fit l'opération; ce n'était pas une appendicite, mais bien de la lithiase biliaire. M. Potherat enleva un gros calcul de la vésicule biliaire; il fit la cholécystostomie. La fistule biliaire persista huit mois. La malade a bien guéri.

M. Legueu apporte, de son côté, de nouveaux faits tendant à prouver la difficulté du diagnostic dans certains de ces cas. Nous résumons aussi brièvement que possible ces observations : malade ayant des coliques hépatiques depuis vingt ans, pris en avril 1899, des crises plus intenses avec ictère; insuccès de Vichy; au retour, laparotomie; deux

gros calculs dans la vésicule biliaire; induration arrondie, limitée à la terminaison du cholédoque; diagnostic : cancer du pancréas; cholécystostomie après l'ablation des calculs, fistule biliaire persistant un certain temps, fermeture spontanée, retour parfait à la santé : donc pas de cancer. Il s'agissait probablement d'une de ces indurations inflammatoires comme il s'en fait parfois autour du canal cholédoque.

M. Guinard, dans son rapport, a soulevé la question de la suture ou de la non-suture du canal cholédoque. Comme ses collègues Guinard, Quénu, M. Legueu est, en principe, partisan de la non-suture. Cependant dans certaines circonstances, quand le canal est facilement abordable, la suture aisée, il la pratique volontiers. C'est ce qu'il a fait dans un cas où cela lui a donné de bons résultats.

M. Schwartz vient insister à son tour sur les difficultés du diagnostic de la lithiase cholédocienne dans certains cas. Quand il y a des adhérences en nappe, il est parfois bien difficile, même le ventre ouvert, de reconnaître si l'on a affaire à un calcul, à un cancer de la tête du pancréas ou à un de ces cas de pancréatite chronique aujourd'hui bien connus. Résumons les observations apportées au débat par M. Schwartz : une femme de soixante-neuf ans, très grasse, ayant eu des coliques hépatiques, est prise de fièvre, avec ictère et angiocolite. Pensant à un calcul dans les parties profondes des voies biliaires, M. Schwartz fait une incision latérale, trouve, avec peine, la vésicule biliaire petite, ratatinée, cachée profondément sous le foie; il finit par sentir un corps dur; il incise le cholédoque et arrive à en extraire un calcul. Il draine sans faire la suture.

Dans un second cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, éthylique, qui après quelques troubles digestifs fut pris d'un ictère bronzé avec amaigrissement considérable. Le diagnostic porté fut néoplasme de la tête du pancréas.

M. Schwartz fait une laparotomie exploratrice; il trouve une vésicule biliaire distendue, la ponctionne, évacue 1 litre et demi de bile. Poussant plus loin l'exploration, il sent une induration du côté du pancréas, ce qui confirme le diagnostic de cancer de la tête du pancréas; il fait une cholécystostomie et referme le ventre. Contre toute attente la malade guérit en conservant sa fistule. M. Schwartz lui propose une nouvelle opération pour fermer la fistule biliaire. Il refuse et se soumet à un traitement antisyphilitique intensif, six injections de calomel. Il fut pris, après ce traitement, d'hémorragies graves et succomba. Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une de ces indurations pancréatiques, de pancréatite chronique.

M. Schwartz partage l'avis de M. Quénu sur les avantages de la cholédocotomie sans suture. Cependant dans certains cas particuliers, comme M. Legueu, il y a eu recours en raison même de la facilité de la suture dans ces cas. Mais ce ne sont là que des cas exceptionnels. Dans la grande majorité des faits, c'est à la cholédocotomie sans suture qu'il faut donner la préférence.

M. Quénu trouve que ses collègues exagèrent peut-être un peu les difficultés du diagnostic des calculs biliaires. Une fois le ventre ouvert, il est assez aisé, croit-il, de différencier un calcul dur, mobile, d'un ganglion. Mais il reconnaît qu'il est certainement plus difficile de distinguer ces cas de pancréatite des cas de cancer du pancréas. Dans ces cas, il propose de faire une légère incision dans l'induration, de donner un coup de curette et d'en porter le contenu sous le champ du microscope.

M. Schwartz fait observer que ces incisions proposées par M. Quénu peuvent n'être pas sans danger et donner lieu à des hémorragies regrettables.

M. Reclus communique un fait qui prouve que ces difficultés de diagnostic peuvent être insurmontables. Un malade présente tous les signes d'un cancer du pancréas. On fait la laparotomie, on ne trouve ni cancer, ni calcul; comme il y avait obstruction biliaire, on fait la cholécystentérostomie. Le malade meurt quelque temps après. A l'autopsie, on ne trouve, à l'œil nu, aucune lésion expliquant la rétention biliaire. Les pièces sont envoyées à M. Cornil qui trouve un cancer de l'ampoule de Water. Ce cancer était absolument impossible à diagnostiquer, même le ventre ouvert.

La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

Arrivons aux présentations :

M. Lucas-Championnière présente un homme qui était atteint d'un **double pied bot congénital**. La difformité était, des deux côtés, extrêmement accentuée. Il a fait, de chaque côté, l'ablation des os du tarse. D'un côté il a enlevé un peu plus de calcanéum que de l'autre côté. C'est précisément du côté où l'ablation a été la plus considérable que le résultat est le meilleur. Mais il est très bon des deux côtés, car ce malade marche très bien sur la plante des pieds seulement un peu raccourcis.

M. Poirier reconnaît que le résultat fonctionnel obtenu par M. Lucas Championnière est excellent. Mais il n'en est pas de même du point de vue esthétique. Or il pense qu'on pourrait obtenir un résultat fonctionnel aussi bon et esthétique meilleur en faisant un moins grand délabrement et en se contentant d'une excision osseuse en V.

M. Lucas-Championnière ne le croit pas.

M. Monod présente un malade atteint d'une vaste **chéloïde de la nuque**. Faut-il l'opérer? Telle est la question que pose M. Monod à ses collègues. Les uns répondent oui, les autres non, mais la majorité est pour l'abstention.

M. Rochard montre un jeune homme qu'il a guéri d'une **fracture ouverte et infectée du fémur** avec une esquille considérable. La guérison est parfaite.

M. Lucas-Championnière présente une femme à laquelle il a fait une résection du genou pour une **arthrite déformante** qui l'empêchait de marcher.

M. Ricard présente un estomac presque entier qu'il a enlevé chez une malade atteint de **carcinome stomacal**. L'organe enlevé, l'extrémité stomacale et l'extrémité intestinale ayant été fermées, il ne restait plus qu'une sorte de languette stomacale sur laquelle il y avait juste la place de faire une bouche à laquelle devait être anastomosée l'anse intestinale. L'opération terminée, M. Ricard n'était pas sans quelque inquiétude sur les suites. Elles furent aussi simples que possible, et voilà quinze jours que cette malade a été opérée. Elle mange de la viande et des aliments solides.

M. Ricard présente ensuite un énorme paquet veineux constitué par des veines isolées, énormes. Ce paquet, qui devait appartenir à de l'épiploon, provenait d'un **fibro sarcome de l'utérus**. C'était une sorte de tumeur épiploïque disparue dont il ne restait plus que les veines.

M. Lucas-Championnière a rencontré la même disposition chez une femme qui avait une ascite considérable et qu'il croyait atteinte d'un cancer de l'ovaire. Mais sa parfaite guérison doit faire écarter ce diagnostic.

M. Reclus a rencontré un **kyste hydatique** dans un sac herniaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Cunéo et Gosset.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DOCTEUR, 27 ans, int. prov. 2e année, licencié en droit, dés. reprendre clientèle import. à 2 ou 3 h. de Paris. — S'ad. au Journal.

AUTO PANHARD-LEVASSOR, moteur Centaure, 7 chev. faisant 10 1/2. Etat de neuf. Marche parfaite. Derniers perfectionnements. Carburateur Krebs. Deux carrosseries, hiver-été, etc. — S'adresser aux bureaux du Journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 72. — MARDI 23 JUIN 1903. 76e ANNÉE. MADRI 23 JUIN 1903. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

CLINIQUE CHIRURGICALE

TUBERCULOSE OSSEUSE

Par M. le docteur Louis Dor, chef du laboratoire de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Messieurs,

Vous avez eu l'occasion de voir plusieurs malades atteints de divers types d'ostéites tuberculeuses. M. le professeur Poncet vous a fait connaître l'évolution clinique de la tuberculose osseuse dans ses diverses formes; il vous a montré des cas de tuberculose vertébrale, de tuberculose coxo-fémorale, de tuberculose tibio-tarsienne, etc. Je me placerai aujourd'hui sur le terrain plus général de l'anatomie pathologique et de la pathogénie et je vais chercher à vous faire comprendre le mécanisme de l'effondrement du tissu osseux par érosion, nécrose et carie, toutes modalités de désorganisation dues à l'influence du bacille de la tuberculose.

Dans les traités classiques vous lirez les descriptions de l'apparence que prennent les lésions; je ne veux pas dans ces conférences vous dire des choses que vous trouverez partout beaucoup mieux exposées que je ne pourrais le faire moi-même; je veux insister sur les côtés que l'on néglige en général et que vous êtes obligés de comprendre par vous-mêmes; je pense ainsi vous être plus utile.

Je ne vous dirai donc pas quelle disposition prennent les ostéoblastes et quelles altérations surviennent dans l'architecture des os lorsqu'ils sont envahis par le bacille. Je crois vous intéresser davantage en vous faisant comprendre pourquoi le bacille attaque le tissu osseux et comment il s'y prend pour arriver à son but.

Le tissu osseux est au point de vue descriptif un assemblage de systèmes haversiens entourant un tissu médullaire et édifié par les vaisseaux, mais ce côté descriptif de la question n'a de réel intérêt que si on en comprend la signification. Toute cette édification complexe n'a d'autre but que de donner à l'organisme une charpente solide pour servir de point d'appui aux muscles et ce qui dans l'os constitue l'élément solide c'est l'osséine; ce point de vue pratique a, au point de vue anatomo-pathologique, un plus grand intérêt que le premier.

Qu'est-ce donc que l'osséine? On appelle ainsi une substance très dure qui constitue la plus grande partie du tissu osseux et qui est une combinaison chimique de gélatine avec des phosphates de chaux et du carbonate de magnésie dans des proportions que vous n'avez pas besoin de connaître, mais qui sont constantes pour un même os et à un même âge. Quand je dis gélatine ce n'est pas tout à fait exact et je devrais dire collagène, substance qui diffère de la gélatine par une hydratation moindre, mais je ne veux vous donner de termes techniques que progressivement.

Le collagène est une substance extrêmement répandue dans l'organisme. Si par une combinaison avec des phosphates de chaux il donne de l'osséine, sachez d'autre part qu'il est aussi la base du tissu conjonctif, du tissu tendineux, du tissu fibreux et que ces tissus ne diffèrent de l'osséine que parce que le collagène s'y trouve en combinaison avec d'autres sels, en particulier des sels de potasse, de soude, etc., avec des variantes infinies. La chondrine est de toutes ces combinaisons celle qui a été la mieux étudiée et les chimistes admettent qu'elle n'est autre chose qu'une combinaison du collagène avec un acide organique que l'on appelle l'acide chondroïtine-sulfurique et dont la composition est bien établie.

Retenez donc ceci, c'est que malgré toute la différence qui sépare le tissu osseux du tissu cartilagineux et du tissu conjonctif au point de vue histologique, tous ces tissus doivent être rapprochés au point de vue chimique, parce que tous contiennent du collagène et que tous donnent de la gélatine par hydratation.

Vous savez que l'osséine succède à la chondrine au niveau des cartilages de conjugaison. Ce processus consiste dans le fait suivant : la combinaison collagène-sulfurique devient collagène-phosphorique et en outre la soude est remplacée par la chaux; ces modifications surviennent lorsque le sang

aborde les cellules cartilagineuses, car c'est dans le sang que se trouvent les lécithines qui apportent le phosphore et le fibrinogène qui apporte la chaux.

La nature emploie un procédé identique à celui du photographe qui renforce un cliché. Au sein du collagène la molécule sulfate de soude est remplacée par une molécule phosphate de chaux tout comme dans la gélatine d'un cliché l'oxyde d'argent est remplacé par de l'oxyde de mercure.

J'ai dit, Messieurs, que le phosphore circulait dans le sang sous forme de lécithines et cela est prouvé par de nombreuses analyses des globules rouges et blancs qui en contiennent tous les deux ; or vous savez que les lécithines contiennent outre le phosphore, de la glycérine et des acides gras sans parler d'une base spéciale, la choline. Dans les endroits où se décomposent les lécithines, il y a mise en liberté d'éléments gras, de sorte que l'osséinisation est accompagnée d'un dépôt de graisse et vous voyez en effet en même temps que l'osséine devient de plus en plus abondante que la moelle devient aussi de plus en plus grasse. Il y a donc dans l'os adulte deux éléments en assez grande abondance de l'osséine et de la graisse ou tout au moins des acides gras et de la glycérine qui en se combinant peuvent faire de la graisse. C'est ainsi que par l'association de la substance la plus légère et de la substance la plus lourde, la nature arrive à édifier une charpente ayant des caractères de grande solidité sans avoir cependant un poids exagéré.

Je vous ai fait connaître le tissu osseux en me plaçant au point de vue qui m'a paru intéressant pour vous, je vais maintenant vous entretenir du bacille de la tuberculose.

Le bacille de la tuberculose est un parasite figuré dont vous connaissez tous l'aspect. Il se comporte comme tous les êtres vivants en ce sens qu'il a besoin pour vivre de certaines substances organiques; il a à sa disposition une sécrétion qui joue pour lui le rôle que jouent dans notre organisme le suc gastrique, la salive, le suc pancréatique, etc., c'est-à-dire une sécrétion diastasique. La diastase tuberculeuse n'a pas été complètement isolée et je ne pourrais pas vous dire quelles sont toutes ses propriétés. Le fait que le bacille vit très mal dans des milieux artificiels dépourvus de glycérine, joint à cette notion très banale que les tuberculeux maigrissent en général rapidement nous engage à admettre que l'une des propriétés de la diastase tuberculeuse est d'attaquer les graisses à l'instar des lipases. Les lipases transforment les graisses en leurs éléments constitutifs : acides gras et glycérine; la glycérine ainsi libérée peut alors être utilisée. Quant à la question de savoir si le bacille a absolument besoin de collagène, elle n'a pas, je crois, été envisagée directement, mais il est un fait qui semble certain c'est que l'association de collagène avec de la glycérine est une bonne condition de pullulation du bacille *in vitro*. Ne vous étonnez donc pas si ce même bacille, mis en présence de collagène et de lécithines dans les cartilages et dans les os est capable d'engager une lutte avec le tissu osseux et décomposant l'osséine arrive à faire effondrer des édifices qui auraient pu paraître inattaquables par d'aussi petits organismes.

Nous connaissons maintenant les éléments du problème. Le bacille affectionne certaines substances et se les assimile, or les os et les cartilages renferment précisément ces substances.

Nous avons jusqu'à présent compté sans les cellules qui sont chargées de la défense de l'os, qui ont apporté les matériaux nécessaires à son édification et qui doivent en assurer la nutrition. Ces cellules vont dans certains cas faire des efforts désespérés mais intelligents pour s'opposer à l'invasion de l'ennemi; dans d'autres cas elles tireront sur leurs propres troupes, et contribueront involontairement à la ruine de l'édifice osseux qu'elles avaient mis si longtemps à édifier.

Les bacilles arrivent par le sang. Dans les régions juxta-épiphysaires et dans la diaphyse ils trouvent en général une circulation trop active, ils sont balayés aussitôt qu'ils cherchent à se fixer, mais dans les épiphyses, dans les régions très pauvres en vaisseaux sanguins, ils séjournent un peu plus facilement. C'est là qu'ils vont engager la lutte et nous allons donc assister à ce combat de deux organismes qui ne cherchent peut-être pas à s'entretuer mais qui veulent, l'un s'approprier et l'autre défendre l'aliment vital. Supposez, si vous le voulez, une ruche d'abeilles avec un gâteau de miel que des abeilles viennent de fabriquer et un groupe de bourdons qui veulent s'approprier le miel. La lutte qui s'engage n'a pas directement pour but la mort des bourdons ou des abeilles, elle a pour objet l'attaque et la défense du miel, et dans la lutte il succombera des combattants dans les deux camps. C'est ainsi que je crois qu'il est bon que vous vous représentiez les choses, car lorsqu'on décrit dans les traités classiques d'une façon parallèle et non d'une façon opposée les processus de raréfaction et les processus de condensation de l'os, vous pensez peut-être que ces processus ne sont que des variantes d'une même action parasitaire, or il faut au contraire que vous vous représentiez la raréfaction du tissu osseux et la carie comme un processus destructeur et la condensation comme une tentative de réparation.

Posons-nous d'abord une première question : pourquoi les bacilles choisissent-ils comme lieu de domicile dans certains cas les épiphyses osseuses alors que dans d'autres cas ils s'attaquent à des organes viscéraux tels que le poumon, les testicules, etc., etc.? Il pourrait vous sembler qu'à ce point de vue tout est livré au hasard et que les bacilles s'arrêteront au niveau du premier point de l'organisme où ils se rendent compte qu'ils vont pouvoir trouver un aliment. Je crois que la question n'est pas aussi simple. En effet on voit souvent des malades avoir plusieurs tumeurs blanches simultanées sans aucune lésion viscérale. Il semble y avoir une véritable élection.

J'ai montré en 1890, dans un article fait en collaboration avec Courmont (in Verneuil, *Etudes sur la tuberculose*), que l'on pouvait avoir des cultures tuberculeuses dont l'inoculation à des lapins provoquait invariablement des tumeurs blanches multiples alors que les autres organes restaient tous indemnes, et cela sans avoir créé en aucune façon un appel vers les articulations par un traumatisme antérieur. Ce fait montre qu'il y a dans l'état du bacille quelque chose de spécial qui l'oblige, pour ainsi dire, à se localiser dans le tissu osseux et que cette localisation n'est pas le fait du hasard.

Je crois qu'il y a dans les cultures du bacille tuberculeux toute une gamme de virulence et que l'état sous lequel le bacille se trouvait dans nos cultures était précisément celui où il se trouve lorsqu'il est capable d'attaquer le collagène au lieu d'avoir la virulence voulue pour s'attaquer au ciment des cellules endothéliales comme dans les granulies et les tuberculoses péritonéales et méningées.

D'autres fois le bacille affectionnera plus spécialement les ganglions lymphatiques et restera localisé dans des

tissus de cet ordre, ou bien, comme dans le lupus, il préférera le derme et les tissus conjonctifs denses. Lorsqu'il abandonnera le tissu osseux pour coloniser dans le poumon, ou les ganglions pour coloniser dans les os, c'est qu'il aura subi, au niveau de son premier domicile, une modification dans sa virulence.

Ainsi, lorsque vous entendrez dire que telle variété de tuberculose donne plus ou moins souvent de la granulie, ne vous dites pas que cela prouve que les communications vasculaires avec la grande circulation sont plus ou moins faciles, dites-vous que dans tel ou tel tissu les bacilles trouvent plus facilement des conditions de prendre une virulence nouvelle. Car il y a toujours chez le tuberculeux des bacilles aberrants et les granulies sont relativement rares dans les tuberculoses chirurgicales. C'est donc une pétition de principe que de dire : « Les tuberculoses osseuses sont souvent bénignes, » en réalité on devrait dire : « Les tuberculoses bénignes sont souvent osseuses. »

Mais pour atténués qu'ils soient, les bacilles des tuberculoses osseuses n'en sont pas moins des ennemis redoutables.

Ils ne se comportent pas dans tous les cas d'une façon identique et il est bon de faire des divisions dans l'exposition, bien que des lésions diverses puissent coïncider chez les mêmes malades.

Je commencerai par vous parler du processus tuberculeux que je considère comme le plus intéressant parmi ceux que l'on rencontre dans la tuberculose osseuse, c'est le processus que l'on appelle *la carie*; dans la carie il n'y a pas de cellules géantes, pas de tubercules enkystées, pas de séquestres; la carie n'est pas à considérer comme étant l'évolution dans le tissu osseux du processus tuberculeux habituel, elle correspond à l'attaque directe des trabécules osseuses par le bacille sans l'intermédiaire préalable de néoformations endothéliales comme dans les formes habituelles.

C'est l'existence de la *carie* sous ses deux aspects de carie sèche et de carie humide qui a compliqué l'étude de la tuberculose osseuse à un moment où c'était le microscope seul qui devait ordonner les classifications nosologiques.

C'est pour que vous compreniez la carie que je vous ai parlé au commencement de cette leçon de la constitution chimique de l'osséine et que je vous ai dit que le bacille avait des sécrétions diastasiques capables comme l'eau bouillante de provoquer l'hydrolyse de l'osséine, la mise en liberté des éléments phosphorés d'une part et du collagène d'autre part, la liquéfaction par hydrolyse de ce collagène, bref la destruction complète, l'effondrement de l'osséine. Cette destruction de l'osséine, je le dis en passant, se fait par le mécanisme de ce que l'on a appelé la corrosion lacunaire de Howship.

L'action du bacille ne se limite pas exclusivement à l'os. La moelle osseuse elle aussi est atteinte par la diastase. Au début on voit fondre la graisse qui est en réserve dans les cellules médullaires, puis comme ces cellules se réveillent et qu'elles recommencent à emprunter aux globules du sang de la lécithine pour reformer de l'osséine d'une part et de la graisse d'autre part, la diastase s'oppose à cette élaboration ; elle décompose les lécithines pour son compte personnel, conserve le phosphore pour faire son acide nucléinique et laisse arriver aux ostéoblastes des acides gras et de la graisse que l'on retrouve d'une façon si constante que l'on a donné ce processus comme caractéristique de la carie. Et quand les ostéoblastes sont surchargés de graisse et qu'ils ne peuvent plus en contenir davantage, la graisse se répand dans tout le tissu médullaire environnant, donnant au tissu spongieux des épiphyses cette infiltration graisseuse que vous avez pu constater l'autre jour sur les pièces que vous a montrées M. le professeur Poncet. C'est là la carie ordinaire, la carie humide que l'on pourrait appeler plutôt la *carie grasse* ou la carie glycérique.

La *carie sèche* est cette forme dans laquelle le tissu osseux seul est attaqué et où les lécithines de la moelle ne sont pas en même temps décomposées.

Le bacille se contente dans la carie sèche de la quantité de phosphore qu'il trouve dans l'osséine, alors que dans la carie grasse il cherche à prendre encore celle des lécithines de la moelle. Il emploie ce phosphore à faire du caséum.

Au point de vue histologique on trouve aussi bien dans la carie grasse que dans la carie sèche des follicules de Kœster et non des cellules géantes avec des tubercules.

Mais je ne puis pas vous laisser croire que la carie soit le seul type de la tuberculose osseuse. Bien au contraire vous pouvez rencontrer dans le tissu osseux toutes les formations tuberculeuses ordinaires, origine lymphatique ou vasculaire avec des tubercules et des cellules géantes. Je ne puis malheureusement pas entrer dans de longs détails au sujet de la genèse des tubercules. Lisez le travail de Brosch dans les *Archives de Virchow* de 1896, vol. CXLIV, et vous serez certainement convaincus que ceux qui ont soutenu l'origine endothéliale de la cellule géante et des cellules épithélioides ont absolument raison. Regardez la planche qui accompagne ce mémoire et vous assisterez à toutes les phases du développement des tubercules. Considérez donc comme démontré que les bacilles provoquent une tuméfaction des cellules endothéliales, lesquelles s'agglutinent les unes aux autres pour former une immense cellule à plusieurs noyaux. Lorsque plusieurs tubercules deviennent confluents ils constituent des granulations visibles à l'œil nu et dont le centre subit une dégénérescence très particulière que l'on nomme caséification. Il ne m'est pas possible de m'appesantir sur les caractères de cette substance dont l'analyse chimique n'a pas été faite. Sachez ceci, c'est que le caséum n'est pas du tout le résultat de la mort du tubercule et des bacilles qui sont dans son intérieur. Cette hypothèse a été soutenue par Koch, mais les expérimentateurs allemands se sont chargés eux-mêmes de démontrer la fausseté de cette hypothèse.

Lisez en particulier l'article de Schmaus à ce sujet, il se trouve dans le supplément à l'année 1896 des *Archives de Virchow*. Vous vous rendrez compte de la difficulté qu'il y a à se faire une opinion très nette au sujet de la matière caséeuse, mais cependant vous tirerez au moins cette conclusion, c'est qu'il s'agit d'une substance chimique qui est tout à fait particulière aux processus tuberculeux et qui est très complexe. Je crois que vous ne serez pas très éloignés de la vérité si vous vous dites que c'est une variété de caséine. En effet, au point de vue chimique, la caséine est une combinaison d'un nucléinate avec une albumine; or le bacille tuberculeux fabrique, tout comme la levure de bière, une variété d'acide nucléinique (acide phosphoré) dont la formule n'est pas très différente de celle des nucléinates de notre organisme; il est très vraisemblable que le caséum n'est autre chose qu'une combinaison de ces nucléinates tuberculeux avec des substances albuminoïdes sécrétées par les cellules endothéliales qui constituent le tubercule.

Un tubercule visible à l'œil nu et atteint de caséification

centrale ne peut se rencontrer que dans le canal médullaire des os, c'est-à-dire dans des régions où il n'y a pas de trabécules osseuses trop rapprochées. Lorsqu'un processus analogue évolue dans l'épiphyse, on ne peut voir que des tubercules microscopiques qui s'infiltrent entre les trabécules et qui, circonscrivant des trabécules et les englobant, arrivent à en faire le tour, de sorte qu'elles sont cernées de toutes parts et qu'elles se désagrègent. Il se forme alors une petite cavité qui renferme des particules osseuses nécrosées et dont les parois sont infiltrées de caséum tuberculeux : c'est à cette lésion qu'on a donné le nom de *tubercule osseux enkysté* et on attribue la paternité de cette appellation à Nélaton.

Il arrive que l'infiltration des tubercules entre les travées osseuses, au lieu de circonscrire de petits territoires osseux, circonscrive au contraire un grand territoire; dans ce cas, l'îlot osseux, qui se trouve cerné de toutes parts, ne subit pas de désintégration, mais il se nécrose, et comme il est entièrement englobé dans une véritable coque dont les parois internes se caséifient, il forme comme une sorte de grelot et on dit effectivement qu'il y a un *séquestre en grelot*. Enfin, toujours dans le même groupe de lésions, on voit un séquestre englobé par une coque qui n'arrive pas à se fermer complètement en raison de son siège au voisinage de l'extrémité libre articulaire ou extra-articulaire de l'os; dans ce cas, le séquestre entretient une abondante suppuration des parois internes de la coque et l'on assiste à la formation de ce que l'on appelle les *abcès ossifluents*. Ces abcès ne contiennent pas exclusivement du caséum et on y trouve aussi des cellules de pus, lesquelles proviennent de ce que le séquestre étant un véritable corps étranger, a provoqué une diapédèse de globules blancs. Si l'abcès s'ouvre dans l'articulation, on conçoit qu'il donnera lieu à une arthrite.

Il convient, Messieurs, d'opposer d'une façon absolue, au point de vue de la pathologie générale, la tuberculose ordinaire, qui évolue dans le tissu osseux et qui donne naissance à des tubercules, à une infiltration grise, à des séquestres, bref, la forme que je viens de vous décrire et la première forme dont je vous ai parlé, la carie, qui est une attaque directe du tissu osseux par le bacille ou ses diastases.

Je rattache à la tuberculose commune l'ostéomyélite tuberculeuse d'emblée, qui n'est au fond que l'évolution d'une poussée beaucoup plus abondante de tubercules qui envahissent la diaphyse et qui n'ont pas le temps matériel de donner de gros tubercules. A la carie osseuse se rattachent la carie du cartilage et la destruction des ligaments.

Je ne vous décris pas d'une façon spéciale le spina ventosa, parce qu'il ne s'agit pas d'une véritable forme anatomo-pathologique, mais bien seulement de l'évolution du processus sur un terrain un peu particulier.

Je ne vous ai parlé que de l'attaque, il faut que je vous parle de la défense. Les cellules ne peuvent pas s'opposer à la digestion de l'osséine par la diastase, elles n'en ont pas le moyen; aussi voit-on évoluer la carie sèche avec un minimum de fracas. Les trabécules osseuses disparaissent, mais on ne voit ni hyperostose ni prolifération médullaire; j'entends parler des cas schématiques où la carie est absolument pure. Il n'en est pas de même dans la forme de tuberculose avec foyers circonscrits. Là on voit souvent se développer, à une certaine distance des tubercules, un processus d'ostéite condensante qui peut aller jusqu'à l'éburnation, et même on peut voir de véritables exostoses se développer par suite d'un bouleversement dans les centres d'attraction des cellules.

Nous avons déjà vu que la caséification n'est jamais un processus de défense, mais là où on voit le mieux ce dont la moelle est capable pour la défense du système osseux qu'elle a édifié, c'est lorsqu'elle cherche à étouffer les tubercules dans du tissu fibreux, sachant que si un jour les bacilles disparaissent, ces travées pourraient se charger d'osséine et redonner ainsi de la solidité à l'os.

Ayez toujours, Messieurs, cette notion qu'il y a à considérer dans la tuberculose osseuse un premier groupe de lésions qui sont destructives et un second groupe de lésions de réparation; sachez, au point de vue anatomo-pathologique, établir la différence entre ces deux groupes de lésions dont le mécanisme est opposé. L'anatomie pathologique purement descriptive est très ardue, mais lorsqu'on en fait un peu la philosophie, il n'est pas de science plus attrayante.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(19 juin 1903)

A propos de la récente communication de M. Widal, M. Pierre Merklen lit une note sur la **rétention du chlorure de sodium dans l'œdème cardiaque.**

La rétention du chlorure de sodium paraît jouer, dans la pathogénie de l'œdème cardiaque, un rôle semblable à celui constaté par MM. G. Widal et Lemierre dans l'œdème brightique. Cela résulte de l'influence du régime alimentaire sur sa production, de la teneur du liquide de l'œdème en chlorure de sodium et de la quantité de ce sel éliminée au moment de la décharge polyurique qui met fin à l'hydropisie. L'efficacité du lait dans le traitement de l'œdème des cardiaques tient sans doute à son action diurétique, mais aussi à sa pauvreté en chlorure de sodium. Tout liquide d'œdème contient une quantité de chlorure de sodium qui, d'après les analyses de Boys-Teissier et Soulacroix varie de 5,30 à 7,80 p. 1000, un peu plus que le sérum sanguin qui en renferme de 5 à 6 p. 1000.

Il n'est donc pas étonnant que la polyurie provoquée par le lait, les diurétiques, les cardio-toniques soit, dans certaines hydropisies, associées à une forte hyperchlorurie. Chez une asystolique avec grand œdème, immédiatement libérée par le repos et le lait, M. Harle, a pu constater, par des analyses répétées de l'urine, une décharge de chlorures tout à fait parallèle à celle de l'eau. Dès le premier jour du traitement, elle éliminait 5 litres d'urine avec 20 grammes de chlorure, le lendemain 6 litres d'urine et près de 30 grammes de chlorure. L'hyperchlorurie cessa avec l'œdème et fut remplacée par de l'hypochlorurie jusqu'au moment où la malade fut mise au régime lacto-végétarien.

Il y a donc rétention de chlorure de sodium chez les cardiaques, en même temps que rétention d'eau, quand la sécrétion urinaire devient insuffisante. Cette rétention paraît être à la fois cause et effet de l'hydropisie. Celle-ci résulte de la stase et de l'hypertension dans les capillaires, mais aussi de la rupture de l'équilibre osmotique entre le sang et le plasma interstitiel des tissus. Le chlorure de sodium étant la plus importante des substances retenues dans le sang, et jouant le rôle principal dans le maintien de l'équilibre osmotique de nos humeurs, c'est lui qui, le plus rapidement, sera rejeté dans le tissu cellulaire et y appellera l'eau néces-

saire au rétablissement de l'isotonie du sang et de la lymphe. Cette conception, qui peut éclairer certains points de la pathogénie de l'œdème cardiaque, permet de comprendre l'influence d'un régime hyperchloruré sur son augmentation, d'un régime hypochloruré sur sa disparition.

M. Béclère présente un malade atteint de **broncbite fétide** que des injections intra-trachéales d'eau oxygénée ont très amélioré.

M. F. Widal lit, au nom de M. Courmont, une note sur la **présence du bacille typhique dans le sang.**

MÉDECINE PRATIQUE

Action du bleu de méthylène sur l'entérite ulcéreuse des tuberculeux.

Dans une communication faite le 28 janvier dernier à la Société de thérapeutique, M. Louis Rénon et M. Géraudel avaient montré l'action du bleu de méthylène sur les ulcérations de la langue et du voile du palais chez les tuberculeux (1).

Leur note se terminait ainsi : « Nous étudions en ce moment l'action du bleu de méthylène, donné par la voie gastrique, sur l'entérite ulcéreuse des phtisiques, et les résultats complets de ces recherches seront publiés ultérieurement; nous avons toujours observé jusqu'à présent la diminution et même parfois la cessation complète de la diarrhée. »

M. Rénon vient d'apporter de nouveaux résultats à la Société de thérapeutique.

Depuis cette époque, il a, en effet, continué cette médication chez bon nombre de phtisiques atteints de diarrhée intense et incoercible, et, dans les quatre cinquièmes des cas, l'action du bleu de méthylène s'est montré très favorable.

Le bleu était donné par la voie gastrique, à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour. On prescrivait en une fois l'un ou l'autre des cachets suivants :

Bleu de méthylène.................... 0g15
Lactose.............................. 0g60

Bleu de méthylène.................... 0g20
Lactose.............................. 0g80

ou trois ou quatre fois par jour un cachet plus petit :

Bleu de méthylène.................... 0g05
Lactose.............................. 0g20

La lactose n'avait pour effet que de diviser la poudre de bleu et de la rendre plus tolérable à l'estomac.

Sous l'influence du médicament, les selles diminuent très rapidement de fréquence ; dès le premier jour, leur nombre tombe de quinze ou vingt à cinq ou six. Au bout de trois jours, on observe souvent un arrêt complet des matières, la constipation pouvant remplacer même la diarrhée.

Comment expliquer cette action curieuse ? Il est probable que le bleu déterge les ulcérations intestinales, en s'opposant au développement des agents d'infection secondaire. Dans plusieurs cas, les malades ont succombé à la cachexie tuberculeuse; M. Rénon a pu voir que les ulcérations n'étaient point cicatrisées, mais qu'elles étaient moins tomenteuses et moins irrégulières qu'habituellement.

C'est vraisemblablement de cette façon que le bleu de méthylène agit dans l'entéro-colite muco-membraneuse et dans la dysenterie, où l'on a constaté les henreux effets des lavages avec une solution faible de bleu ; les résultats sont souvent remarquables, comme l'auteur a pu le vérifier l'année dernière, au camp de Châlons, avec le médecin principal Grivet.

Dans la fièvre typhoïde, M. Rénon a vu souvent des doses de 10 centigrammes de bleu abaisser la température de 2 à 5 dixièmes de degré; il s'agit probablement aussi d'une action sur les microbes d'infection secondaire, encore qu'avec M. Louste, il ait noté une diminution de la vitalité du bacille typhique dans les solutions étendues de bleu.

En tout cas, M. Rénon estime que le bleu de méthylène, malgré ses légers inconvénients (coloration des urines, saveur un peu styptique) peut rendre de grands services dans le traitement de l'entérite ulcéreuse des typhiques, si souvent rebelle aux médications classiques.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 23, p. 229.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 29 JUIN AU 4 JUILLET 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 29 JUIN, à une heure. — 5e (2e partie, nouveau régime), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Hayem, Gaucher et Teissier; — (2e série) : MM. Brissaud, Roger et Legry; — M. Remy, suppléant.

2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Lepage, ; — M. Rieffel, suppléant.

MARDI 30 JUIN, à une heure. — 5e (2e partie, nouveau régime), *Charité* (1re série) : MM. Cornil, Chauffard et Gouget; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Troisier et Jeanselme; — M. Letulle, suppléant.

2e (sages-femmes), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Ribemont-Dessaignes et Bonnaire; — M. Rieffel, suppléant.

MERCREDI 1er JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie, nouveau régime), *Laënnec* : MM. Dejerine, Teissier et Legry; — M. Reclus, suppléant.

JEUDI 2 JUILLET, à une heure. — 1er (sages-femmes (1re série) : MM. Budin, Bonnaire et Rieffel; — (2e série) : MM. Poirier, Demelin et Potocki ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 3 JUILLET, à une heure. — 2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Lepage; — M. Delens, suppléant.

SAMEDI 4 JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie, ancien régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Cornil, Letulle et Thiroloix; — (2e série) : MM. Proust, Troisier et Gouget; — (3e série) : MM. Raymond, Mery et Jeanselme ; — M. Schwartz, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki ; — M. Guiart, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Alglave et Lecène.

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — Le Conseil de la Faculté vient de choisir les chargés de cours pour l'année 1903-1904. Ce sont : MM. Denucé (pathologie externe), Rondot (pathologie interne), Pachon (physiologie), Princeteau (embryologie), Lagrange (ophtalmologie) et Carles (hydrologie).

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle, en date du 18 juin 1903, ont été affectés, savoir :

A Madagascar. — M. le médecin principal de deuxième classe Lafage ; M. le médecin-major de deuxième classe Hutre ; MM. les médecins aides-majors de première classe Tardif, Régnier et Jauneau; M. le pharmacin-major de deuxième classe Ventrillon.

En Indo-Chine. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Pannetier et Cordier.

En Afrique occidentale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Lherminier et Pelletier; M. le médecin aide-major de première classe Cavazza.

A Mayotte. — M. le médecin-major de deuxième classe Condé.

A la Côte-d'Ivoire. — M. le pharmacien aide-major de première classe Réguron.

En France. — Médecins-majors de deuxième classe : au 8e d'infanterie coloniale, M. Bouyssou; au 6e d'infanterie coloniale, M. Logerais; au 2e d'infanterie coloniale, M. Dubois; au 7e d'infaterie coloniale, M. Nogué; au 3e d'infanterie coloniale, M. Vassal; au 2e d'infanterie coloniale, M. Daniel.

Médecins aides-majors de première classe : au 1er d'artilierie coloniale à Lorient, M. Rapin; au 5e d'infanterie coloniale, M. Damond; au 24e d'infanterie coloniale, M. Leclerc; au 2e d'artillerie coloniale à Brest, M. Revault; au 4e d'infanterie coloniale, M. Bernard; au 21e d'infanterie coloniale, M. Martin; au 2e d'infanterie coloniale, détaché à Ouessant, M. Lorans; au 23e d'infanterie coloniale, M. Léger; au 2e d'artillerie coloniale à Cherbourg, M. Latour; au 5e d'infanterie coloniale, M. Bougenault; au 4e d'infanterie coloniale, M. Valentino.

— Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies :

A Madagascar. — MM. les médecins aides-majors de première classe stagiaires Cavasse, au 1er de tirailleurs malgaches; Masse, au service local (chemin de fer); Bruas, au 2e tirailleurs malgaches; Lescure, au 3e tirailleurs sénégalais.

En Indo-Chine. — MM. les médecins-majors de première classe Reboul, à l'hôpital de Quang-Yen; Pujol, à l'ambulance de Sontay; — MM. les médecins aides-majors de première classe Andrieux, au 9e d'infanterie coloniale; Ledoux, au 2e tirailleurs tonkinois à Tien-Yen; — MM. les médecins aides-majors de première classe stagiaires Koun, au 1er tirailleurs tonkinois; Bourragué, à l'hôpital d'Hanoï; Mouzels, au 4e tirailleurs tonkinois; Arathomt, au 2e tirailleurs tonkinois; Deunff, à l'ambulance de Lang-Son.

A la brigade de réserve de Chine. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Nielsen, au service général de la brigade; Poumayrac, au 5e tirailleurs tonkinois à Phu-Lien; Mathis, à l'état-major de l'artillerie à Sontay; — MM. les médecins aides-majors de première classe Vallet, à l'ambulance d'Haïphong; Brachet, au 1er bataillon du 5e tonkinois à Phu-Lien; Margerie, au 2e bataillon du 5e tonkinois à Nui-Déo; — MM. les médecins aides-majors de première classe stagiaires Martin, au 1er bataillon du 18e colonial à Quang-Yen; Guichoux, au 3e bataillon du 18e colonial à Haïphong; Boissière, au service général à Haïphong.

Marine. — MM. les médecins de première classe Pernet, du port de Toulon, désigné pour embarquer sur le *Guichen*, et Bavay, du port de Brest, sont autorisés à permuter pour convenances personnelles. En conséquence, M. le docteur Bavay devra embarquer immédiatement sur le *Guichen*.

— Par décision ministérielle du 19 juin 1903, la statistique médicale annuelle de la marine sera établie par la direction de l'École principale du service de santé à Bordeaux.

Le directeur de cette École sera désormais chef du service de la statistique de la marine.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la vingt-troisième semaine 852 décès, au lieu de 905 pendant la semaine précédente (moyenne 904). Cette diminution provient surtout de la baisse survenue dans les décès par maladies de l'appareil respiratoire.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 7).

La rougeole a causé 16 décès (moyenne 19); la scarlatine, 1 décès (moyenne 5); la coqueluche, 4 décès (moyenne 8); la diphtérie, 9 décès (moyenne 10); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 100 (moyenne 80).

Il n'y a pas eu de décès par variole.

La diarrhée infantile a causé 29 décès de 0 à 1 an, au lieu de 21 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 37.

En outre, 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 117 décès au lieu de 135 pendant la semaine précédente (moyenne 136). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 9 décès (moyenne 8); bronchite chronique, 20 (moyenne 25); pneumonie, 34 (moyenne 32); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 54 (moyenne 71), dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire et 28 à la broncho-pneumonie. En outre, 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 217 décès; la méningite tuberculeuse, 18; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès.

Tarifs de médecins. — Les médecins de Saint-Servan ont à leur consultation des malades de toutes catégories et d'état social très différent; aussi ont-ils élaboré un tarif d'honoraires médicaux déterminant le minimum exigible suivant les clients.

Ceux-ci ont été divisés en trois classes :

1° Les malades peu aisés (journaliers, ouvriers, marins, petits employés ou retraités, petits commerçants, etc.);

2° Les malades aisés (patrons, commerçants, rentiers, fonctionnaires, chefs d'établissements, etc.);

3° Les malades riches (grands négociants ou armateurs, gros propriétaires, officiers généraux ou fonctionnaires d'un rang équivalent, etc.; étrangers en villégiature dans le pays).

Le prix des consultations ou honoraires pour l'une ou l'autre de ces trois classes varie sensiblement; en voici un aperçu :

	1°	2°	3°
Visite de jour...............	2 fr.	3 fr.	5 fr.
Visite de nuit...............	5 fr.	10 fr.	20 fr.
Anesthésie générale.........	15 fr.	25 fr.	50 fr.
Ablation de tumeur..........	100 fr.	200 fr.	500 fr.

Or, en 1902, un M. B..., qui exerce la fonction de préposé au vestiaire dans un établissement parisien, s'en fut passer ses vacances à Saint-Servan, où sa femme tomba malade et dut se faire soigner par le docteur C..., qui envoya à sa cliente une note d'honoraires de 690 francs, et encore ne lui avait-il pris que le tarif de la 2e classe, bien qu'il eût affaire à des Parisiens en villégiature.

M. et Mme B... offraient au docteur une somme de 354 francs, dont ils lui firent des offres réelles.

La septième Chambre du tribunal, saisie par le docteur d'une demande en paiement, a, après plaidoiries de Mes Ledemé et Louiche-Desfontaines, condamné M. et Mme B... à payer au docteur C... la somme de 400 francs, en déclarant, toutefois, que rien ne permettait de douter du nombre et de la réalité des visites et des opérations faites, mais qu'à raison de la situation modeste des clients, il y avait lieu de réduire le montant des honoraires du docteur. M. et Mme B... devront, néanmoins, payer les dépens du procès. (*Le Journal.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gérard-Marchant, chirurgien de l'hôpital Boucicaut.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

AUTO PANHARD-LEVASSOR, moteur Centaure, 7 chev. faisant 10 1/2. Etat de neuf. Marche parfaite. Derniers perfectionnements. Carburateur Krebs. Deux carrosseries, hiver-été, etc. — S'adresser aux bureaux du Journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'alcoolomanie (intoxication alcoolique latente). Son traitement par le sérum antiéthylique, par M. le docteur Sapelier, ex-chef de clinique médicale de la Faculté, médecin de la maison départementale de Nanterre, et M. le docteur Dromard, ex-interne de la maison départementale de Nanterre, interne des asiles d'aliénés de la Seine. 1 vol. in-18 jésus de 216 p. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le lait. I. Les théories pasteuriennes appliquées à l'industrie laitière. — II. Pasteurisation et stérilisation. — III. Principales méthodes d'analyse. — IV. Fraudes et falsifications. Conférences faites à l'institut Pasteur, par M. le docteur Henri de Rothschild, lauréat de la Faculté de médecine, officier d'Académie, chevalier du Mérite agricole. 1 vol. in-16 de 96 p. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le lait à Copenhague, par le docteur Henri de Rothschild. 1 vol. in-8° de 36 p. avec 12 pl. hors texte. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

NUCLÉO-FER GIRARD

ANÉMIE — PÂLES COULEURS — CHLOROSE

Les Pilules **Nucléo-Fer Girard** contiennent 10 centig. de **Nucléinate de Fer pur.**

4 à 6 Pilules par jour avant les repas

22 Rue de Condé PARIS

VIN GIRARD

DIPLÔMES D'HONNEUR — MEMBRE DU JURY

Médailles d'Or et d'Argent

de la CROIX de GENÈVE
Iodo-Tannique Phosphaté
SUCCÉDANÉ de l'HUILE de FOIE de MORUE
APÉRITIF, TONIQUE, RECONSTITUANT

Un Verre à Madère de **VIN GIRARD** contient :

Iode bi-sublimé	0 gr. 075 milligr.
Tannin pur	0 gr. 50 centigr.
Lacto-Phosphate de Chaux.	0 gr. 75 centigr.

Rue de Condé, 22, PARIS

ANÉMIE. FAIBLESSE GÉNÉRALE. MALADIE DE POITRINE. RACHITISME. RHUMATISME. AFFECTIONS CARDIAQUES.

Aliment de Choix pour Estomacs irritables, Enfants, Vieillards, Malades et Convalescents

PROTONE

Principe albuminoïde du lait rendu soluble contenant les phosphates du lait à l'état organique

Protone granulé A 30 0/0 — Cacao Protone A 50 0/0

Aliment sans goût, représente 5 fois son poids de viande

Dans toutes les Pharmacies — Echantillons : ADRIAN et C[ie], 9, rue de la Perle, PARIS

V. KOLLER

TRAITEMENT des AFFECTIONS de l'ESTOMAC

SURALIMENTATION des DÉBILITÉS CONVALESCENTS et TUBERCULEUX

Dyspeptine Hepp

Suc Gastrique Physiologique naturel

Extrait de l'estomac du Porc vivant par les procédés du Docteur HEPP

CHEVRETIN-LEMATTE, 24, Rue Caumartin - *Téléph. 245-56* - et dans toutes Pharmacies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURE *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

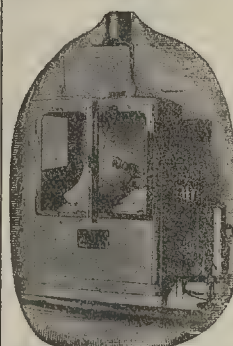
Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique 2 à 4 cuillerées p[r] jour. Bd Haussmann. 41, Paris et ph[ies].



(Couveuse Lion)

Œuvre Maternelle des Couveuses d'enfants

Sous la direction médicale DU D[r] SAINT-CÈNE

SALLES GRATUITES
SALLES PAYANTES

Location à domicile de Couveuses et de Pèse-Bébés

Alexandre LION, Directeur
VILLA MATERNELLE, 23, Avenue Daumesnil.
TÉLÉPHONE 922-20. — SAINT-MANDÉ

SAVONS DE BERGER

HYGIÉNIQUES ET MÉDICINAUX
au Goudron, Soufre, Benjoin, Borax, etc.
Préparation parfaite, Efficacité certaine
PRIX MODIQUE
Dépôt principal :
Pharm. LIMOUSIN, 2 bis, rue Blanche

SEUL ADMIS dans les HOPITAUX de PARIS

MÉDAILLE D'OR PARIS 1900

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

Prix : le Flac. : 1f25

(BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE)

LE MÊME AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX LE FLACON : 2 fr.

N° 73. — JEUDI 25 JUIN 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 25 JUIN 1903. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE MÉDICALE

CHLOROSE ET PHLEGMATIA

Par M. le professeur DEBOVE.

Je dis souvent à mes élèves : Ne remettez jamais au lendemain ce que vous pouvez faire le jour même ; mais, comme beaucoup de moralistes, j'enseigne une morale que je ne pratique pas. Il est une malade au lit de laquelle je me suis arrêté, me promettant de l'étudier plus à fond pour vous en entretenir, or elle est morte subitement avant que j'aie personnellement recueilli son observation. Toutefois, grâce aux notes très complètes qui m'ont été remises par M. A. Jousset, mon chef de laboratoire, je puis vous donner un tableau de sa maladie qui vous intéressera. Vous savez qu'il s'agit d'un fait exceptionnel, d'une chlorose compliquée de phlébite d'abord, puis d'embolie pulmonaire mortelle.

Il s'agit d'une jeune malade D..., couchée au lit n° 34 de la salle Béhier, entrée le 6 février. Elle est âgée de dix-neuf ans.

Il n'y a rien de particulier à relever dans ses antécédents de famille. Étant enfant elle a eu la coqueluche et la rougeole. Ses accidents chlorotiques ont débuté avec la puberté, vers l'âge de quatorze ans. Ses époques se sont établies irrégulièrement et sont restées irrégulières, elle a pâli, a eu de l'essoufflement, et malgré sa grande pâleur elle a conservé son embonpoint.

Avant d'aller plus loin permettez-moi de discuter quelques points concernant l'histoire de la chlorose.

Et d'abord y a-t-il une chlorose? ou bien ce que nous décrivons comme chlorose n'est-il qu'une anémie ? C'est, si vous le voulez, une anémie, mais particulière aux jeunes filles, débutant avec la menstruation et bien nommée *morbus virgineus*. Vous n'observez point cet état chez le jeune garçon, il est spécial à la femme, ne s'établit qu'au moment de la puberté et disparaît habituellement après les premiers rapports sexuels, si bien que l'expression *morbus virgineus* me paraît exacte et que la thérapeutique depuis longtemps conseillée, *nubat illa et morbus effugiet*, me paraît une thérapeutique suivie habituellement de succès.

Je voyais dernièrement une exception apparente à la règle, qui me confirmerait dans cette opinion. Il s'agissait d'un des plus beaux cas de chlorose que j'aie jamais observés, et cependant la malade était mariée depuis un an, mais des confidences faites ultérieurement m'apprirent que, si les formalités légales et religieuses avaient été accomplies, le mari se trouvait hors d'état d'accomplir les formalités physiologiques.

Je crois que le mariage agit en pareille circonstance comme une médication opothérapique, et notre jeune malade confirme cette règle, car elle était vierge, comme nous pouvons l'affirmer, non par ses paroles qui dans le cas particulier n'auraient aucune valeur, mais par la constatation faite lors de l'autopsie de l'intégrité de sa membrane hymen.

Mais me direz-vous, les vieilles filles restent-elles chlorotiques ? Non, car il s'établit une accoutumance qui fait que peu à peu les choses rentrent dans l'ordre. Mais puisque je viens de parler de l'influence des rapprochements sexuels sur l'état de santé de la femme, remarquez en passant combien la conformation physique et morale des vieilles filles est particulière ! On trouve souvent dans leur physionomie, dans leurs gestes, quelque chose d'anguleux qui reparaît dans leur caractère. Ce n'est point parce qu'elles n'ont pas été soumises aux joies et aux peines du mariage, c'est parce qu'elles n'ont pas subi l'imprégnation spermatique. Je reconnais si vous le voulez, que je suis en pleine théorie, mais elle se trouve d'accord, je ne dirai pas avec tous les faits, mais avec la majorité d'entre eux. Il ne me convient pas pour le moment de m'étendre davantage sur ce sujet, je me bornerai à résumer mon opinion sur la chlorose avec les deux

phrases latines que j'ai citée plus haut : *morbus virgineus... nubat illa et morbus effugiet.*

Mais si notre malade est venue nous consulter, ce n'est point à cause de sa chlorose, c'est à cause d'accidents phlébitiques. Quinze jours avant son entrée, elle constatait un œdème malléolaire du côté droit, puis une douleur au mollet. La tuméfaction augmentant, D... entra à l'hôpital le 6 février.

Nous constatons alors tous les signes de l'anémie chlorotique. Le tégument est blanc cireux. L'aspect n'est nullement infantile, il s'agit d'une forte fille. Les seins sont volumineux le système pileux des régions axillaires et pubienne est bien développé.

Avec cela il y a au complet la formule hématologique caractéristique de l'anémie chlorotique de moyenne intensité comme en témoigne l'examen pratiqué par M. Jousset avec sa compétence reconnue (1). Signalons en outre un souffle systolique de la base et là se bornera notre analyse, car les autres appareils ne présentent rien de particulier. J'aurai d'ailleurs assez souvent l'occasion de revenir sur la chlorose, car cette affection n'est point rare, mais il me paraît préférable, aujourd'hui, d'insister sur les accidents observés au membre inférieur.

Le jour de son entrée à l'hôpital, la malade présentait, au membre inférieur droit, un œdème très marqué comprenant le pied, les malléoles et le mollet. La pression déterminait un godet profond. Le tégument était blanc, souple et l'exploration en était à peine douloureuse. Les jours suivants l'œdème envahit la cuisse droite, dont le périmètre à la partie moyenne devient de 6 centimètres supérieur à celui de sa congénère. Le réseau veineux superficiel se développe, traduisant par une circulation supplémentaire la gêne de la circulation profonde. La douleur s'accentue et suit un trajet correspondant à celui des gros vaisseaux. En même temps l'état général s'altère, il survient de la fièvre, 38°5 le soir.

Le 20 février la situation était encore aggravée.

La palpation pratiquée sur le trajet des vaisseaux iliaques externes droits est douloureuse, la malade s'énerve, s'agite beaucoup et retire à tout propos sa jambe de la gouttière où nous avions cru devoir la placer.

Le 23 au matin la malade se plaignant d'un point de côté on l'ausculte et on trouve à la base du thorax, en arrière à droite, de la submatité et de la diminution des bruits respiratoires.

Dans la soirée, la malade qui s'est beaucoup agitée se plaint à sa voisine « de ne plus sentir sa jambe gauche et cependant d'y ressentir de la douleur » ; elle se retourne plusieurs fois dans son lit, puis subitement porte la main à sa poitrine, se plaint d'étouffer et meurt après une demi-heure d'une dyspnée effroyable.

Que notre malade fût chlorotique, il n'y avait de cela aucun doute, elle avait tous les signes caractéristiques de la maladie. Il était évident qu'elle avait une phlébite, elle avait tous les signes indiquant une oblitération des grosses veines du membre inférieur droit, la tuméfaction, l'œdème, une circulation superficielle anormalement développée. Mais ce qui est singulièrement rare, c'est le développement d'une phlegmatia chez une chlorotique.

Cette variété d'accidents a été jadis attribuée à une plasticité anormale du sang, et depuis le règne des idées microbiennes, à une infection secondaire, se développant plus facilement chez les chlorotiques. La phlébite une fois admise — et elle me paraît indiscutable — le mécanisme de la mort devient facile à comprendre : il s'est produit une embolie, suivant un processus trop fréquemment observé dans la phlegmatia des femmes en couches. Après une petite embolie d'avant-garde cause de la douleur thoracique et des premiers phénomènes dyspnéiques, un gros caillot s'est détaché, traversant successivement la veine cave, l'oreillette droite, le ventricule droit pour s'arrêter définitivement dans une grosse branche de l'artère pulmonaire.

Dès lors le sang arrivant en quantité insuffisante au poumon, l'effet produit est exactement le même que si l'air arrivait en quantité insuffisante, d'où la mort par asphyxie. Voyons, maintenant, si l'autopsie nous permettra de vérifier la plupart des hypothèses qui ont été faites lors de l'examen clinique.

Notre examen anatomique a commencé par l'appareil circulatoire. Le cœur était de volume normal ; l'endocarde et le péricarde étaient sains. La seule constatation intéressante était que le pourtour de l'orifice aortique était de 50 millimètres, au lieu de 70, chiffre normal. C'est l'*aors chlorotica*. Je suis obligé de m'incliner devant le fait, mais je vous avouerai qu'il m'a toujours paru inexplicable. On a voulu faire de la chlorose une hypoplasie du système circulatoire, caractérisée surtout par la diminution du calibre de l'aorte. Ces données anatomiques qui d'ailleurs ne sont pas constantes sont en contradiction avec la clinique, qui nous montre que la chlorose est spéciale à la femme, se développe vers la puberté, disparaît chez la femme adulte et s'améliore ou guérit chez la jeune fille sous l'influence d'un traitement approprié. Or tout ceci ne concorde guère avec l'idée d'une lésion anatomique.

Le contenu du cœur ne mérite pas de nous arrêter, il est constitué par des caillots noirs de date récente, formés *post mortem* ou pendant l'agonie.

Le contenu de l'artère pulmonaire est bien autrement intéressant. Le tronc principal est vide et affaissé, mais la branche gauche est oblitérée à un centimètre en aval de la bifurcation. D'abord un caillot semblable à ceux du ventricule droit, qui ne remplit pas tout le calibre du vaisseau et qui est de formation récente, probablement formé *post mortem*, mais en aval on trouve un caillot dur, rosé, d'une longueur de 4 centimètres. Il s'agit manifestement d'un caillot ancien, sa consistance suffit à le démontrer, et nous avons sous les yeux le corps du délit qui a occasionné la mort, elle est bien due à une embolie.

Il fallait maintenant constater l'état des veines que nous avions cliniquement déclarées atteintes de phlébite.

La thrombose périphérique commençait graduellement dans la veine cave inférieure à 7 centimètres du promontoire sacré, la coagulation se poursuivait dans l'iliaque primitive, dans la fémorale, la poplitée, la saphène interne..., la dissection n'a pas été poussée plus loin.

A la partie inférieure de la veine fémorale il y avait de l'endophlébite suppurée.

Vous lirez dans les livres que le caillot détaché a souvent une forme particulière qui a permis de le superposer au caillot de la thrombose. Cela a pu être constaté dans un certain nombre de cas, très importants au point de vue de la théorie, mais il faut bien savoir que ces faits sont exception-

(1) Voir pour les détails hématologiques et bactériologiques la communication faite par P. Sainton et André Jousset, Soc. des hôpit., 17 avril 1903, et *Gaz. des hôpit.*, n° 46, p. 467.

nels et que dans la grande majorité des cas, on ne peut rien constater de semblable.

A la base inférieure du poumon droit, nous avons découvert un gros infarctus conique haut de 2 centimètres, à base corticale. La plèvre droite mouchetée de taches hémorragiques, relevant probablement de l'asphyxie aiguë, contenait en outre 300 grammes de sérosité.

Vous savez que l'infarctus est le résultat de l'embolie pulmonaire quand celle-ci siège sur une artère terminale et qu'elle n'intéresse pas une grosse branche.

Si l'oblitération siège sur le tronc de l'artère pulmonaire ou une de ses grosses branches, la mort rapide ne lui donne pas le temps de se produire. Or ici l'infarctus de même que l'épanchement pleural peuvent être rattachés à ces petites embolies d'avant-garde survenues peu avant la grosse embolie mortelle et qui se sont manifestées douze heures avant l'asphyxie par une légère dyspnée accompagnée de douleur dans le flanc droit. La mobilisation des caillots se serait donc faite en deux actes distincts.

Nous avons encore dans cette recherche anatomique à signaler la persistance du thymus, organe enfantin qui disparaît généralement chez l'adulte.

Il pesait ici 13 grammes, poids normal chez l'enfant, et avait conservé sa structure. Il semblerait que la persistance de cet organe doit indiquer un certain arrêt de développement, de l'infantilisme; il n'en était rien comme nous l'avons démontré en décrivant l'aspect extérieur de notre malade, et en rappelant qu'elle avait été réglée à un âge normal. Cependant l'utérus était petit.

En dehors de celles que nous venons de décrire, la seule lésion qui nous ait paru intéressante est la tuméfaction de la rate : elle pesait 570 grammes, soit 400 grammes de plus qu'à l'état normal. C'est là une tuméfaction comparable à celle observée dans la plupart des maladies infectieuses. La fièvre avait démontré la probabilité de l'infection, l'examen bactériologique nous en donna la certitude.

Si maintenant nous voulons résumer l'histoire pathologique de notre malade, nous trouverons qu'il s'agit d'une malade atteinte de chlorose, qui a eu une phlegmatia alba dolens, ayant amené une embolie mortelle.

Le lien qui unit la phlegmatia à l'embolie est évident, celui qui unit la chlorose à la phlegmatia l'est moins. Celle-ci n'est pas plus le résultat de celle-là que la phlegmatia des femmes en couches n'est un résultat de l'altération du sang produit par la grossesse, elle est le résultat d'une infection puerpérale.

De même la chlorose est simplement la cause prédisposante d'une infection.

Dans le cas particulier, M. Jousset a cherché quel microbe pouvait être incriminé. L'examen direct de la rate a fait constater l'existence de staphylocoques, disséminés dans la pulpe et les follicules. L'inoculation de la pulpe splénique dans le péritoine d'un lapin a amené la mort en 24 heures, avec les lésions classiques de la staphylococcie.

Enfin l'examen histologique comme l'ensemencement ont montré l'envahissement du foyer phlébitique par le même agent virulent.

Dans ces conditions la responsabilité du staphylocoque ne fait plus de doute et l'épithète d'infectieuse peut être attribuée sans crainte à cette phlébite.

Cette notion, Messieurs, est de la plus haute importance et je ne sais pas s'il existe aujourd'hui dans la littérature médicale de fait aussi démonstratif de la nature infectieuse de ces complications vasculaires de la chlorose. Bien des détails de cette observation mériteraient encore une étude approfondie, telle la voie de pénétration suivie par le microbe, telle la marche torpide de la phlébite, ce sont là des points fort intéressants, mais que je laisse à dessein de côté, n'ayant à ma disposition pour les expliquer que des hypothèses. C'est déjà beaucoup d'avoir pu, grâce aux circonstances, grâce aux notions techniques et au zèle de nos collaborateurs, élucider ce point de pathogénie, hier encore si obscur.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(23 JUIN 1903)

M. Proust a répondu aux communications de MM. Teissier et Lortet (de Lyon) sur les **moyens de défense sanitaire dans nos ports**, sur ces règlements que M. Teissier a qualifiés de « surannés et vexatoires » et que M. Lortet trouve « draconiens et inutiles ».

Surannés ces règlements ! dit M. Proust, mais ils datent de 1896 et 1899. M. Proust discute chacune des conclusions proposées par MM. Teissier et Lortet et s'applique à démontrer qu'on fait au moins pour le mieux et qu'il serait bien difficile de faire autrement.

M. Proust trouve qu'une plus large application des passeports sanitaires ne donnerait qu'une garantie complémentaire, insuffisante par suite quand il s'agit d'un navire infecté. Elle ne peut donc servir comme moyen unique de protection, d'autant que fréquemment les passagers donnent de fausses adresses.

Pour ce qui est de la désinfection préventive, M. Proust estime qu'elle est inutile du moment qu'il s'agit d'un individu sain. Il croit que l'usage de l'inoculation préventive ne se généralisera pas, en raison de la résistance des passagers et, du reste, cette mesure ne vise que la peste. Quant à la désinfection des cales, elle est adoptée en principe et nos grands ports en seront pourvus dès que les crédits seront alloués à cet effet.

La proposition, relative à l'internement exclusivement réservé aux individus suspects de contamination, semble à M. Proust trop difficile dans sa réalisation pour pouvoir être acceptée.

M. Teissier avait demandé que les médecins de paquebot fussent autorisés, en principe, le cas échéant, à prescrire la libre entrée au port si la santé du bord n'a laissé rien à désirer pendant la traversée. M. Proust dit que cette faculté ne pourra leur être accordée que le jour où les médecins sanitaires maritimes ne seront plus les employés des compagnies de navigation, mais les agents sanitaires du gouvernement.

M. Proust pense qu'on ne saurait diminuer, dans nos ports, les moyens de protection actuellement en vigueur sans risquer de voir les autres nations prendre à notre égard des mesures quarantenaires. Du reste, Marseille est constamment menacée par l'Egypte, où règnent périodiquement la peste et le choléra. Le danger est d'autant plus grand que le gouvernement anglo-égyptien a supprimé les crédits affectés jusqu'alors aux désinfections faites au départ des ports égyptiens.

MM. Teissier et Lortet ont demandé que la prescription de la quarantaine ne fût appliquée qu'aux navires manifestement contaminés; en raison des difficultés parfois si grandes du diagnostic, l'orateur estime que cette mesure doit être conservée même à l'égard des bateaux suspects.

En principe, M. Proust n'est pas hostile à ce que le service local de la santé fasse appel aux compétences spéciales, mais il ne saurait admettre qu'une commission pût se substituer aux fonctionnaires de la santé, seuls responsables devant le ministre. Il ne saurait donc accepter le recours contre la mise en observation au lazaret décidée par le directeur de la santé.

Quant aux modifications, et aux améliorations à introduire au lazaret, c'est un desideratum auquel l'administration travaille.

Il est facile, dit M. Proust en terminant, au milieu de la sécurité, de se plaindre de mesures qui paraissent vexatoires; mais, entre cette gêne imposée à quelques-uns et la sécurité donnée à tous, l'hésitation n'est pas possible. Pour sa part, il ne saurait conseiller de supprimer les mesures de protection en vigueur, car elles ont fait leurs preuves.

M. Cornil fait un rapport intéressant sur le **traitement des tumeurs du sein par les rayons X et la quinine**. Voici le résumé de ce rapport :

M. le docteur Romain Vigouroux, médecin de l'Institut municipal d'électrothérapie à la Salpêtrière, a présenté à l'Académie une observation de carcinome du sein traité par les rayons X et la quinine. Elle se rapporte à une femme atteinte d'une tumeur présentant tous les caractères cliniques du cancer. Tel avait été le diagnostic porté par plusieurs de nos confrères, chirurgiens des hôpitaux, qui avaient reconnu l'urgence d'une intervention. La malade s'étant refusée à toute opération, le docteur R. Vigouroux la soumit d'abord au traitement par la quinine. Quelques mois après, la tumeur était ulcérée et gangrénée superficiellement. Le docteur Vigouroux, sans cesser l'emploi de la quinine, eut recours aux rayons X. L'ulcération se cicatrisa rapidement mais, plus tard, se rouvrit en donnant issue à un liquide séreux et fétide. En même temps, une masse gangréneuse constituée par la tumeur se montra à découvert et fut enlevée par pièces avec les ciseaux. Les rayons X avaient été interrompus et repris par intervalles. La perte de substance se couvrit de bourgeons charnus de bonne nature. Cette élimination suivie de réparation est aujourd'hui presque complètement terminée. Le sein est devenu souple et le ganglion axillaire a disparu. L'état général est satisfaisant.

L'observation du docteur Vigouroux serait plus démonstrative si l'examen histologique avait pu être pratiqué. Néanmoins on peut dire que l'action des rayons X sur les tissus morbides modifie profondément la nutrition des cellules dans le sens du retard ou de l'arrêt de la néoformation ou de la multiplication des cellules. Fait intéressant, l'action des rayons X n'est pas seulement superficielle, mais s'exerce dans l'épaisseur des tissus, sans léser les parties saines interposées et à une profondeur qu'on peut arriver à régler.

Ce fait seul suffit à montrer l'importance de cette nouvelle méthode thérapeutique.

Cette observation de M. Vigouroux, rapprochée des faits de MM. Lemoine et Doumerc (de Lille), au sujet desquels M. Robin a fait un rapport dans la dernière séance, sont bien de nature à attirer sérieusement l'attention des praticiens. MM. Robin et Cornil ne sont pas capables de se laisser facilement illusionner. Il y a donc tout lieu de penser qu'il ne faut pas rejeter de parti pris et sans examen ces faits vraiment bien suggestifs, et, tout en faisant de grandes réserves sur la durée des résultats obtenus, nous serions tout disposé à essayer l'emploi des rayons X dans le traitement des cancers externes et internes.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. La liste de présentation portait : en première ligne : M. Kirmisson ; en deuxième ligne : M. Guérin ; en troisième ligne : M. Segond ; en quatrième ligne ; M. Schwartz ; en cinquième ligne : M. Nélaton ; en sixième ligne : M. Jalaguier.

Au premier tour de scrutin, sur 82 votants, M. Kirmisson a obtenu 71 suffrages, imposante majorité dont nous félicitons sincèrement le distingué président de la Société de chirurgie.

L'Académie a ensuite nommé deux membres correspondants étrangers, MM. Narich (de Smyrne) et Hirschberg (de Berlin).

Dans la prochaine séance, nous aurons le plaisir d'entendre M. Huchard qui doit nous faire une importante communication sur le traitement de l'**hypotension artérielle**.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Les paralysies précoces du voile du palais dans la diphtérie et leur pathogénie. (*Revue des maladies de l'enfance*, juin 1903.) — A côté des paralysies précoces du voile qui, suivant l'expression classique, restent bénignes et limitées, M. Deguy pense qu'il faut placer « une forme précoce et grave de paralysie du voile, forme symptomatique d'une diphtérie maligne qui se termine en général par la mort. » Cette dernière forme fait partie d'un syndrome clinique particulier que caractérisent l'aspect de l'angine, sanieuse, fétide, à tendance ulcéreuse, se détergeant difficilement sous l'influence du sérum, l'adénopathie presque toujours compliquée de périadénite, les ecchymoses précoces, l'albuminurie, l'hypertrophie du foie, la dilatation paralytique du cœur et les vomissements spontanés. « Trois autres symptômes, dit M. Deguy, méritent toute notre attention : ce sont : 1° la température qui, la plupart du temps, est peu élevée, souvent normale, n'oscillant guère qu'entre 37 et 37°8 ; les résultats constants de l'examen du sang, » qui contient presque toujours le *diplococcus hemophilus albus* ; 3° enfin et surtout les paralysies précoces du voile survenant du deuxième au cinquième jour après le début de la maladie.

Pour élucider la nature de ces paralysies, M. Deguy s'est livré à un certain nombre de recherches histologiques et bactériologiques. De ces recherches, il résulte que l'épithélium pavimenteux stratifié qui recouvre le voile est absolument intact, ce qui prouve que l'infection sous-jacente n'a pas pénétré par effraction, mais par voie sanguine ou lymphatique. Le tissu muqueux sous-jacent présente par places des amas embryonnaires extrêmement développés, mais toujours périvasculaires. Les veines, très distendues, sont gorgées de sang, et, dans leur lumière, on remarque un nombre considérable de polynucléaires et de mononucléaires. Par places, mais très rarement, on peut observer des extravasations sanguines. Tandis que les parois des veines sont peu altérées, celles des artères le sont parfois beaucoup et on peut observer tous les états lésionnels, depuis un léger rétrécissement de l'artère jusqu'à son oblitération complète par prolifération de la tunique interne.

Le tissu glandulaire paraît assez bien résister, mais la vascularisation interglandulaire est très atteinte. Les lésions du tissu conjonctif consistent en hypertrophie et pro-

lifération des cellules fixes, en infiltrations cellulaires inflammatoires. Enfin le tissu musculaire est également très atteint et présente deux ordres de lésions, les unes interstitielles caractérisées par des infiltrations cellulaires et les autres parenchymateuses, caractérisées par des dégénérescences de la fibre musculaire, principalement graisseuses ou hyalines.

Le point le plus important consiste dans la présence de nombreuses figures que M. Deguy considère comme caractéristiques de l'inflammation et qui sont formées par un agrégat de points ronds, d'égal volume, contenant à son centre une cellule absolument ronde, sans échancrure, sans granulations, jamais multilobée.

Quelle est la signification de ces figures? Doivent-elles être considérées comme résultant d'une thrombo-capillarite infectieuse, représentent-elles des cellules chargées de cocci, ou ne sont-elles, comme le veut M. Dominici, que des cellules granuleuses d'Ehrlich ou *Mastzellen*? M. Deguy admet la première de ces hypothèses : il pense qu'il s'agit là de thrombo-capillarite infectieuse, lésion fréquente dans les formes graves de la diphtérie. Si on rapproche de ce fait l'existence de lésions artérielles, on peut penser qu'à un degré très avancé il puisse y avoir oblitération de la lumière vasculaire et formation de lésions nécrotiques.

Et, de fait, ces lésions peuvent exister, rarement il est vrai, et M. Deguy a pu en observer six cas depuis deux ans chez M. Marfan :

« On peut observer dans les formes graves de la diphtérie des ulcérations profondes et térébrantes consécutives à l'angine, et, une fois, nous avons pu constater une perforation totale du voile. Les ulcérations térébrantes ont un siège assez constant. Elles sont d'ordinaire situées au-dessus de l'amygdale; elles sont toujours disposées verticalement et leur grand axe suit la direction du pilier antérieur. Fait très important, ces ulcérations ont les bords taillés à pic, comme un ulcus rotundus. Il est donc certain qu'elles sont d'origine artérielle, c'est un ulcère nécrosant infectieux qui, dans le cas particulier, relève de la diplococcémie. »

De l'examen de ces faits, M. Deguy se croit autorisé à conclure qu'il faut admettre l'origine inflammatoire de certaines paralysies du voile. Cette inflammation est due à l'action associée de deux éléments, toxine diphtérique et diplococcie. La toxine agit par l'intermédiaire du système nerveux, la diplococcémie par thrombo-capillarite oblitérante et par inflammation interstitielle. « Ainsi se relient dans une même pathogénie ces deux faits si opposés à première vue : phénomènes paralytiques et ulcérations; car, dans les deux cas, c'est la même pathogénie, il n'y a qu'une question de degré : capillarité ou artérite infectieuse chez un intoxiqué par la toxine diphtérique. »

Nous avons voulu analyser avec quelque détail l'intéressant travail de M. Deguy. Nous reprocherons seulement à notre distingué collègue de n'avoir approfondi qu'un côté de la question et d'avoir complètement négligé l'examen du système nerveux, examen qui peut seul amener des conclusions définitives. L. BABONNEIX.

Pseudo-rhumatisme tuberculeux primitif; étude cytoscopique; preuve expérimentale. (M. Vincent GRIFFON. Soc. méd. des hôpit., séance du 5 juin 1903.) — En regard des pseudo-rhumatismes dits tuberculeux parce qu'ils font secondairement éclosion chez des bacillaires avérés, à côté des pseudo-rhumatismes considérés comme tuberculeux parce qu'on les voit se juger finalement en une tumeur blanche (Poncet) ou une méningite bacillaire (Bezançon), il n'est pas défendu de concevoir un pseudo-rhumatisme tuberculeux à la fois *primitif* et susceptible de se terminer par *résolution*, rappelant en un mot, dans son mode d'apparition et dans sa marche, l'évolution habituelle de la pleurésie franche séro-fibrineuse, dont la nature bacillaire (Landouzy) est aujourd'hui unanimement acceptée.

Mais ici, comme pour la pleurésie, ce n'est pas à la clinique seulement qu'il faut demander la solution du problème : il s'agit de malades qui guérissent de leur rhumatisme et qui, d'autre part, par définition, ne sont pas des tuberculeux manifestes. Les méthodes de laboratoire (cyto-diagnostic, expérimentation) sont donc en pareils cas nécessaires pour établir la conviction, en permettant de surprendre sur le fait l'action pathogène du bacille de Koch; elles constituent le critérium, le complément indispensable de toute observation clinique de cette nature.

M. Griffon a eu l'occasion de les mettre en œuvre, à propos d'un malade du service de son maître, M. le professeur Dieulafoy, et les résultats obtenus sont si nets et si concordants qu'ils démontrent péremptoirement l'existence de cette variété de pseudo-rhumatisme tuberculeux primitif, que la pathologie générale permettait de soupçonner.

Le malade qu'il a observé présentait une hydarthrose du genou et une arthrite du cou-de-pied, localisations ultimes d'une atteinte articulaire presque généralisée ayant même effleuré les articulations temporo-maxillaires et sterno-claviculaires, sans qu'on pût assigner une porte d'entrée à l'infection.

Dans l'hypothèse qu'on pourrait se trouver en présence d'un rhumatisme tuberculeux, les autres diagnostics ayant été successivement écartés, on ponctionna à deux reprises le contenu du genou, et l'on retira d'abord 40 et le surlendemain 60 centimètres cubes d'un liquide visqueux très fibrineux dont l'étude au laboratoire donna les résultats suivants :

Le cyto-diagnostic révéla une forme leucocytaire absolument différente de celle que l'on rencontre dans le rhumatisme franc et dans le pseudo-rhumatisme blennorragique (polynucléose, Widal et Ravaut). Ici l'on constatait des éléments cellulaires très abondants et très nettement *lymphocytiques*, à tel point que les préparations rappelaient celles qui caractérisent la pleurésie franche séro-fibrineuse, dont elles ne différaient que par une richesse moindre en globules rouges.

Mais il eût été téméraire ou tout au moins prématuré, en l'absence de documents antérieurs, d'étayer un diagnostic de rhumatisme tuberculeux sur cette simple constatation cytoscopique. Ce premier résultat appelait donc une confirmation expérimentale.

Le liquide fut inoculé alors à quatre cobayes, dont deux moururent en quelques heures par intoxication et dont les deux survivants furent sacrifiés l'un au bout de trois mois, l'autre au bout de quatre mois et demi. Les lésions de *tuberculose expérimentale* furent trouvées évidentes chez ces deux animaux, mais très discrètes et symptomatiques d'une virulence très atténuée du bacille de Koch inoculé.

Ainsi l'agent pathogène de ce pseudo-rhumatisme était bien le bacille tuberculeux, qui avait provoqué les exsudats séro-fibrineux intra-articulaires, non à distance, par sa toxine, comme tend à l'écrire M. Poncet, mais par lui-même, agissant *in situ*, puisqu'on le trouva en suspension dans le liquide épanché.

M. Griffon conclut donc qu'il s'est trouvé en présence d'un cas de pseudo-rhumatisme tuberculeux *primitif*, terminé par la guérison. L. GAYARD.

Chylo-thorax traumatique. (David NEWMAN. *Glasgow med. Journ.*, 1903, fév., p. 117.) — L'observation rapportée par l'auteur mérite d'être signalée en raison de la bénignité relative de l'épanchement traumatique de chyle dans la cavité pleurale. Il s'agit d'un homme de trente-six ans qui, en travaillant dans une mine de houille s'était trouvé pris

sous un bloc volumineux qui lui avait effondré la paroi thoracique.

Il pouvait à peine parler à cause de la dyspnée ; le côté gauche de la poitrine présentait de l'emphysème sous-cutané et les mouvements de la respiration s'effectuaient d'une façon irrégulière. Les deux clavicules ainsi que les quatrième, cinquième, sixième et septième côtes du côté gauche étaient fracturées. La dyspnée intense ne permettait pas de songer à l'immobilisation du thorax. Au bout d'une quinzaine de jours l'examen de la poitrine décela du côté gauche l'existence d'un épanchement. Une ponction aspiratrice évacua une grande quantité de liquide laiteux, se coagulant au repos, renfermant de nombreux globules graisseux, contenant 7 p. 1000 de son poids de matières grasses.

Trois mois après l'accident, et après plusieurs séances d'évacuation du liquide pleural, la santé générale du sujet était très améliorée, la respiration satisfaisante bien que le poumon gauche fut immobilisé par l'épanchement. Le malade quitta l'hôpital et ne fut revu qu'un an après. On constata alors une pseudarthrose de la clavicule gauche, une irrégularité très appréciable dans les mouvements de la poitrine et des signes persistants d'épanchement au niveau des deux tiers inférieurs de la plèvre gauche. L'état général du sujet était excellent, et l'augmentation de poids tout à fait remarquable malgré l'issue continuelle de chyle dans la plèvre. A. HOUSQUAINS.

Injections d'atropine dans le traitement du torticolis. (POTTS. *Pennsylvania med. Bullet.*, 1er avril 1903, p. 60.) — Un sujet âgé de trente ans, couvreur de son métier, était atteint depuis un an d'un torticolis spasmodique. L'affection s'était développée progressivement. Au cours des contractions cloniques le menton était attiré vers la gauche et la tête rejetée en arrière. Le traitement institué tout d'abord consistait dans l'administration de bromhydrate d'hyoscine et de bromure de potassium ; l'emploi du courant galvanique, combiné avec cette médication, ne donna pas de résultat appréciable. On eut alors récours à des injections d'atropine, pratiquées dans l'épaisseur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La dose employée fut élevée progressivement d'un dixième à un cinquième de milligramme.

Au bout de trois semaines on put constater une amélioration sensible dans l'état du malade et celle-ci se maintint pendant plusieurs mois. L'affection ayant manifesté une tendance à récidiver, le traitement par les piqûres d'atropine fut repris aussitôt et son effet ne se fit pas attendre, car le sujet, guéri, ne tarda pas à reprendre son travail.

A. HOUSQUAINS.

CHIRURGIE

Du traitement opératoire des plaies du diaphragme. (M. Charles LENORMANT. *Revue de chir.*, 1903, n° 5, p. 617.) — M. Lenormant conclut que toutes les fois qu'on pourra affirmer l'existence d'une plaie diaphragmatique avec ou sans plaie viscérale, il faut intervenir d'urgence pour fermer cette plaie et empêcher toute possibilité de hernie consécutive.

De l'étude de toutes les observations publiées jusqu'à présent il résulte qu'il est bien préférable d'aborder ce diaphragme par sa convexité que par sa concavité, il faut donc employer la voie transpleurale qui est plus commode et dont la mortalité est beaucoup moindre que la voie abdominale.

Le pneumothorax en effet, qu'on a reproché à la voie transpleurale de produire, est souvent constitué avant l'intervention par la plaie elle-même, et il ne semble pas avoir troublé l'opération ou ses suites.

Enfin la plaie du diaphragme sera toujours à traiter par la suture de ses lèvres. ÉT. LE SOURD.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
[MADRID, 23-30 AVRIL 1903 (1)]

Résultats de la rééducation dans le traitement des troubles du mouvement,

Par M. le docteur Maurice FAURE.

M. Maurice Faure qui l'an dernier exposait dans un intéressant volume, la *Rééducation motrice* (2), les méthodes de rééducation, a apporté au congrès de Madrid les résultats obtenus par lui en 1902, à l'Institut de rééducation motrice de La Malou-les-Bains (Hérault). Ces résultats sont des plus intéressants.

En les examinant, on constate d'abord que les tabétiques forment une très importante partie des clients de La Malou. Nous allons y revenir.

Les autres malades peuvent se diviser en deux classes.

Les malades atteints d'atrophies, parésies, contractures douloureuses, tics, chorée, crampes, spasmes, troubles moteurs de l'hystérie et de la neurasthénie, etc., sont nettement justiciables de la rééducation et de l'hydrothérapie thermale. Les malades doivent attendre, dans ces affections, d'excellents résultats de la cure de La Malou.

Au contraire, ceux qui sont atteints de paralysies, hémiplégies spasmodiques ou flasques, ne peuvent attendre, de la rééducation et des mouvements méthodiques, que des bénéfices minimes.

En ce qui concerne les tabétiques, M. Faure apporte une statistique très encourageante, puisqu'elle montre qu'il a obtenu 75 p. 100 d'améliorations sur l'ensemble des malades à rééduquer ; que d'autre part il n'y a eu aucun véritable échec; et qu'enfin 32 p. 100 des malades se soumettant à toutes les obligations du traitement, arrivent à la *restitution intégrale des fonctions motrices*.

Il fait suivre sa statistique de quelques réflexions qu'il est utile de rapporter :

« Nous avons vu, dit-il, que les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses parmi les malades qui avaient échoué dans la rééducation que parmi ceux qui avaient réussi. La raison en est que les femmes sont moins accoutumées à exercer un contrôle sur leurs muscles et à pratiquer les exercices physiques. Aussi le but et l'importance de la rééducation leur apparaissent-ils moins nettement qu'aux hommes, alors que cette thérapeutique leur demande cependant plus d'efforts.

Chez les hommes, l'âge n'a que très peu d'importance. Parmi nos malades arrivés à la *restitutio ad integrum* figure un vieillard de plus de soixante-dix ans. Parmi ceux qui ont recouvré la marche, est un homme de soixante-sept ans. Il ne marchait plus depuis treize ans. L'ancienneté de l'ataxie n'a pas non plus beaucoup d'importance. Nous avons vu disparaître, en quelques jours, des troubles moteurs datant de cinq, six, et même plus de dix ans.

Les arthropathies avec destruction ou laxité des capsules et des ligaments, la disposition aux fractures spontanées, peuvent être des contre-indications à la rééducation ; mais les anciennes fractures, les déformations osseuses, les arthropathies, même énormes, sans laxité ligamentaire anor-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 49, p. 486; n° 56, p. 553; n° 58, p. 580; n° 59, p. 590; n° 61, p. 609; n° 63, p. 638; n° 65, p. 660; n° 69 p. 700.

(2) Doin édit., Paris 1902.

male et sans déplacement, ne gênent en rien le traitement. On ne peut donc, sur ce point, énoncer de règle générale.

L'éducation, l'intelligence, l'énergie du sujet sont des facteurs excessivement importants de succès. Les officiers, les sportsmen sont les meilleurs sujets. Un homme intelligent et énergique doit guérir. Au contraire, les hommes peu habitués à la compréhension des exercices du corps, à l'énergie physique, réussissent moins bien.

L'état moral du sujet a moins d'importance. Certains malades découragés, déprimés, persuadés que les exercices ne leur serviront à rien, s'améliorent cependant. D'autres, pleins d'enthousiasme, se félicitant de résultats imaginaires, ou exagérés, progressent mal. Cette seule considération suffirait à prouver que la suggestion n'est pour rien dans les améliorations obtenues par la rééducation.

Du reste, toute l'histoire de ces améliorations démontre qu'elles sont rigoureusement proportionnelles à la durée et à l'intensité de l'effort fourni par le patient; et ce n'est pas ainsi que surviennent les améliorations par suggestion.

Le milieu est aussi un facteur très important de succès. Les malades isolés, ou entourés de familles ignorantes des conditions d'une cure de rééducation, ont besoin d'une somme d'énergie beaucoup plus grande, de soins exceptionnels, et s'améliorent beaucoup plus lentement. Au contraire, les malades placés dans un milieu où ils sont constamment surveillés, entraînés, encouragés et corrigés, s'améliorent avec une rapidité très grande. C'est la constitution de ce milieu, exceptionnellement favorable, qui nous a permis de réduire considérablement à La Malou la durée ordinaire des cures de rééducation et d'obtenir des succès beaucoup plus avantageux (1).

Il est absolument nécessaire que le malade soit visité et exercé une ou plusieurs fois par jour. Abandonné à lui-même, ou à des surveillances incompétentes, il ne peut avoir les bénéfices réels d'une cure de rééducation.

Les résultats donnés par la rééducation sont durables et vont en s'accroissant. Plusieurs de nos malades, suivis pendant trois, quatre, cinq années, n'ont cessé de s'améliorer. Aucun n'a eu de rechute. Il n'est pas nécessaire que le malade soit constamment placé sous la surveillance du médecin, mais il faut que de temps en temps il s'y remette, et que, dans l'intervalle de ces cures, il conserve les préceptes qui lui ont été donnés.

Indépendamment du résultat évident sur les fonctions motrices, *la rééducation a une action sur l'état général*, qui est plus importante encore. Par les exercices du corps, elle entretient ou rétablit les fonctions respiratoires et digestives, la chaleur, l'énergie, l'appétit, l'embonpoint, la bonne humeur du sujet. Par l'amélioration de ses mouvements, elle lui fait entrevoir la perspective d'une guérison, et entretient son espoir et son courage. Elle transforme un impotent, un incurable, en un convalescent, qui évolue, non plus vers le désespoir et la mort, mais vers la vie et la guérison.

Et comme le tabès n'est pas la maladie fatalement progressive que l'on croyait autrefois; comme d'ordinaire, après quelques poussées, il s'arrête ou même rétrocède; comme le tabétique soigné n'infecte ni sa vessie, ni ses bronches, et perd, par conséquent, ses deux principales occasions de cachexie et de mort; comme l'ataxique rééduqué voit disparaître les gros troubles des fonctions intestinales, qui constituent son tourment le plus habituel; — aucun de nos malades n'a eu, pendant nos années d'observations, de rechute ou de poussée grave de tabès, et tous marchent vers une guérison clinique que certains ont déjà obtenue (1).

Voilà comment peut vivre un tabétique.

Les insuccès viennent seulement du manque d'énergie et de la volonté de guérir qu'on rencontre chez certains malades, ou encore de mauvaises directions thérapeutiques qui les épuisent, les déconcertent, les découragent. Ces malheureux, lassés de vaines tentatives, ou n'ayant point de courage pour entreprendre et de ténacité pour continuer, s'abandonnent à leurs idées tristes et à leur maladie. Ecroulés, avachis dans des meubles informes et trop vastes, ils perdent peu à peu l'usage de tous leurs muscles, cessent de faire des mouvements respiratoires suffisants, de vider leur vessie et leur intestin. Ils perdent l'appétit et l'entrain, cessent de parler, de se distraire, et voient, tous les jours, diminuer leurs forces et leur poids. Emaciés, affaiblis, sans résistance, ils laissent s'infecter leurs cavités, dont les parois atoniques ont oublié leurs fonctions normales. C'est la vessie d'abord, puis les voies respiratoires, encombrées de mucosités stagnantes, et l'intestin, jamais complètement exonéré. L'infection et la fièvre les cachectisent. L'incoordination des muscles du larynx les met en danger de mort à chaque accès de toux. Et tous ces désordres, qu'une direction plus juste et plus énergique aurait bien facilement évités ou fait disparaître, arrivent peu à peu à détruire des organismes robustes.

Voilà comment meurent les tabétiques. »

Piles portatives pour éclairage médical.

Par le docteur Léon IMBERT (de Montpellier).

« J'ai l'honneur de présenter au Congrès deux modèles de piles portatives qui me paraissent appelés à rendre quelques services aux médecins en général et aux urologistes en particulier.

Lorsque nous sommes appelés à faire un examen cystoscopique ou urétroscopique hors de notre cabinet, nous utilisons d'habitude des accumulateurs; or ces instruments ont beaucoup d'inconvénients : le principal est qu'ils doivent être chargés à une source d'électricité assez puissante, et comme leur chargement demande au moins plusieurs heures, il nous arrive d'être surpris au dépourvu à moins d'avoir des appareils de rechange. En outre, les accumulateurs sont très coûteux, ils se détériorent très rapidement surtout avec le régime irrégulier auquel nous les soumettons; ils sont très lourds et difficilement transportables. Pour ces diverses raisons, j'ai songé à les remplacer par une batterie de piles. Malheureusement les Leclanché dont nous nous servons d'habitude sont encore bien moins transportables que les accumulateurs; j'ai donc dû m'adresser à des appareils spéciaux.

Pile de poche (n° 1). — Elle fournit 10 volts et 4 ampères, pèse 400 grammes, un peu moins qu'un roman, mesure 17 centimètres de longueur sur 10 centimètres de largeur et 3 d'épaisseur, c'est-à-dire qu'elle a à peu près le poids et le

(1) La moyenne de leur durée dans cette station est en effet notablement inférieure à celle que l'on demande d'ordinaire, et à celles que nous avions coutume d'observer en dehors de cette station.

(1) Un tabétique, qui ne conserve de son tabès, par exemple, que le signe d'Argyll, l'abolition des réflexes patellaires, et quelques douleurs transitoires, peut être considéré comme guéri, en ce sens qu'il peut vivre de la vie ordinaire et reprendre ses fonctions, parfois très actives et fatigantes, comme celles d'officier, d'industriel, de voyageur de commerce, etc.

volume de ces petites trousses que tout praticien traîne toujours dans sa poche. Elle peut fournir avec quelques intermittences un éclairage dont la durée oscille entre une heure et deux heures, c'est-à-dire qu'elle permet aisément de faire 2 à 4 examens cystoscopiques ou urétroscopiques. Son prix est des plus réduits et le renouvellement des piles coûte moins que la charge d'un accumulateur. Il va sans dire qu'elle est munie d'un rhéostat qui permet de graduer le courant.

Je viens d'énumérer tous les avantages de cette pile; elle a de graves inconvénients que je ne veux pas cacher. La source d'électricité est constituée ici par 6 minuscules piles sèches; or ces petits appareils ont le gros défaut de *s'user spontanément*; à dater du moment où ils sont livrés par le fabricant, on ne peut guère compter sur eux pour plus d'un mois et demi ou deux mois. Et, pour les remplacer, il faut s'adresser non pas à un intermédiaire, mais au fabricant lui-même sous peine de n'avoir que des piles ayant déjà perdu. Malgré tout, il n'est guère plus long de faire venir une de ces piles que de faire charger un accumulateur; aussi m'ont-elles rendu plusieurs fois de réels services pour les examens cystoscopiques pratiqués hors de la ville, c'est-à-dire dans le cas où un accumulateur est particulièrement encombrant.

Pile portative (*n°* 2). — Elle est plus encombrante et plus lourde que la précédente puisqu'elle pèse 2200 grammes et qu'elle mesure 20 × 14 × 11 centimètres. Je ne saurais mieux la comparer qu'à un thermocautère comme volume et comme poids, mais si elle est en cela inférieure à la pile n° 1, elle présente sur elle bien des avantages. La durée d'éclairage étant beaucoup plus longue, elle permet de faire plusieurs examens cystoscopiques; mais surtout, elle ne s'use pas spontanément et reste indéfiniment disponible. Elle est faite, en effet, non pas avec des piles sèches, mais avec des éléments humides qui ne s'usent que lorsqu'ils fonctionnent; seulement ces éléments, tout en étant de construction irréprochable, sont de volume très réduit et *parfaitement étanches*. Elle fournit 12 volts. Un rhéostat permet aussi de graduer le courant. Cette pile n° 2 est plus coûteuse que la précédente et son renouvellement est quelque peu onéreux. A ce point de vue, de même que par son poids, elle se rapproche des accumulateurs, tout en demeurant moins pesante et beaucoup moins coûteuse que ces derniers. Mais elle a surtout sur eux le grand avantage d'être toujours prête à fonctionner.

Ces piles ou d'autres semblables remplaceront probablement un jour les accumulateurs; le n° 1 a le grand avantage de pouvoir être transporté dans la poche et de n'encombrer en aucune façon; lorsque l'examen cystoscopique est prévu à temps pour que l'on puisse se munir d'éléments neufs, elle constitue certainement l'appareil de choix. La pile n° 2 est plus lourde, mais elle est toujours prête et l'on ne risque pas, avec elle, d'être pris à l'improviste. En somme, l'ensemble de ces deux piles me paraît répondre à toutes les exigences de la pratique. »

Etude anatomique sur la topographie du système solaire,

Par M. Laignel-Lavastine (de Paris).

Voici les conclusions de l'auteur :

L'étude de la topographie des neurones du système solaire comprend la *recherche des localisations médullaires du sympathique* et de la *localisation des neurones viscéraux dans les ganglions*.

Des expériences d'ablation de la chaîne sympathique thoracique chez le chien, suivies d'examens de la moelle et des nerfs, nous ont permis de penser que les fibres sympathiques qui sortent de la moelle prennent, pour la plupart, leur origine dans les petites cellules de la corne latérale et que les fibres sympathiques, qui arrivent dans la moelle, sont en connexion, par leurs arborisations terminales, avec les cellules de la colonne de Clarke. Des expériences d'ablation de la rate ou du nerf splénique chez le chien, suivies de l'examen des ganglions solaires et de leurs nerfs efférents, nous ont permis de penser que des neurones sympathiques de la rate ont leur centre trophique dans le ganglion semi-lunaire gauche.

QUESTION D'INTERNAT

Symptômes des tumeurs cérébrales (1).

II. SIGNES DE COMPRESSION LOCALE. — *Symptômes de foyer*. — Les symptômes précédents permettent d'affirmer l'existence d'une T. C. : les suivants permettent d'en déterminer le siège.

§ I. **Circonvolutions externes et internes.** — A. Lobe frontal. — Cliniquement, ce lobe doit être divisé en deux régions : *a*. une antérieure ou *lobe préfrontal*; *b*. une postérieure, comprenant la zone rolandique et le pied des trois frontales (Raymond).

1. Les tumeurs du *lobe préfrontal* peuvent : *a*. ou rester absolument muettes; *b*. ou se caractériser par : α. de l'hypocondrie, des accès de manie ou de démence; β. de la perversion morale [tumeurs du lobe orbitaire] (L. Welt); γ. un mélange d'affaiblissement intellectuel et d'excitation gaie (Jastrowitz), et δ. exceptionnellement, par de l'ataxie.

2. Les tumeurs de la *zone rolandique* donnent lieu : *a*. à des troubles moteurs : α. *Epilepsie partielle* (corticale, bravais-jacksonienne, symptomatique). Chaque accès débute par une aura (sensitive, sensorielle, motrice, vaso-motrice ou psychique), constante pour un même sujet, et se continue par des convulsions passant par les trois phases : tonique, clonique et résolutive, convulsions d'abord localisées (type *brachial*, *crural* ou *facial*), puis pouvant s'étendre à une moitié du corps. Ces crises se différencient de celles de l'épilepsie en ce qu'elles ne sont pas annoncées par un cri, elles ne s'accompagnent généralement pas de perte de connaissance (pas de morsure de la langue, pas d'incontinence d'urine); elles sont parfois suivies de paralysies passagères (*paralysies post-épileptoïdes*) ou durables. L'épilepsie bravais-jacksonienne, qui est le plus souvent *motrice*, peut être aussi *sensitive* ou *psychique* (*équivalents*). Sa valeur séméiologique est extrême. Cependant *a*. elle peut exister dans certains cas de tumeurs non rolandiques (par irritation de voisinage); *b*. elle ne renseigne nullement sur la nature de la lésion : « En matière d'épilepsie corticale, la cause n'est rien, le siège de l'influence épileptogène est tout » (Charcot).

β. *Paralysies* : suivent ordinairement les accès d'épilepsie partielle; d'abord transitoires, elles ne tardent pas à devenir permanentes et à se compliquer de contractures; elles affectent généralement le type hémi ou monoplégique. γ. *Epilepsie généralisée*, et δ. *Ataxie* : rares.

b. Troubles sensitifs. — Hémianesthésie plus marquée aux membres supérieurs qu'aux inférieurs, à l'extrémité des membres qu'à la racine, ne frappant pas les sens spéciaux, tendant à disparaître dans l'ordre inverse de son apparition, moins complète que dans l'hystérie (Déjerine).

3. Les tumeurs du *pied de la troisième circonvolution frontale gauche* se caractérisent par de l'*aphasie motrice* (aphémie, aphasie type Bouillaud-Broca), c'est-à-dire par la perte,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 70, p. 713.

l'oubli du procédé à suivre pour l'articulation des mots (Bernard). Cette aphasie est rarement pure (v. DÉJERINE. *Traité de pathol. gén.*, t. V).

4. *Pied de la deuxième frontale gauche.* — Pour les classiques, les tumeurs de cette région donnent lieu à l'*agraphie*. Pour Déjerine et Miraillé, Monakow, cette théorie est inexacte, l'agraphie dépendant toujours de l'aphasie motrice ou sensorielle.

B. On a attribué aux T. C. du LOBE PARIÉTAL, la symptomatologie suivante : a. *Alexie*, c'est-à-dire perte de la faculté de distinguer les signes du langage écrit. Ce trouble, que l'on avait attribué à une lésion du lobe pariétal gauche, dépend en réalité d'une lésion du lobe occipital du même côté; b. *Agraphie* : il n'existe de ce symptôme qu'une seule observation (Oppenheim), d'ailleurs peu concluante; c. *Troubles du sens musculaire* (Redlich). Ces troubles semblent en effet pouvoir résulter d'une lésion des lobes pariétaux; d. *Ptosis cortical*. Les lésions de la partie antérieure de la deuxième circonvolution pariétale (*lobule supra-marginal*) donneraient lieu à du ptosis croisé, théorie contestée.

C. LOBE TEMPORAL. — *a.* Lorsqu'il y a tumeur des deux lobes temporaux, les sons sont encore perçus, mais ils ne sont plus interprétés (*surdité de l'âme*); *b.* Lorsqu'il y a destruction de la *partie moyenne du lobe temporal gauche*, il y a *surdité verbale* : les mots sont perçus en tant que sons; ils ne sont plus compris.

D. Les tumeurs du LOBE OCCIPITAL peuvent donner : *a.* de la *cécité verbale*, α. ordinairement accompagnée de paraphasie et d'agraphie, et alors liée à une lésion du pli courbe et de la deuxième occipitale y voisine; β. pure, et alors liée à une lésion des lèvres de la scissure calcarine (Déjerine). Dans la cécité verbale (ou alexie) les signes du langage écrit ne représentent plus pour le malade que des images sans signification : ils ne sont plus compris; *b.* de l'*hémiamopsie latérale homonyme*, due, soit à une lésion de la scissure calcarine (Henschen), soit à une lésion de toute l'écorce grise du lobe occipital ou des radiations optiques de Gratiolet (v. Monakow); c. *Cécités corticale et mentale.* Lorsqu'il existe une double lésion interrompant les relations entre la rétine et les centres corticaux de la vision (scissure calcarine), les images rétiniennes ne peuvent plus arriver à l'endroit où elles sont normalement enregistrées : il y a *cécité corticale*; le malade ne voit plus les objets.

Lorsque la lésion interrompt les fibres qui unissent les centres corticaux de la vision aux centres voisins, le malade voit les objets, mais ne les reconnaît plus; il y a *cécité mentale* (*perte de vision mentale des objets*, Charcot). La cécité corticale est une *cécité de perception*, la cécité mentale une *cécité d'association* (v. RAYMOND. *Cliniques*, t. III); d. *aphasie optique.* La lésion des limites respectives des lobes occipital et pariétal gauche donne lieu à de l'aphasie optique, c'est-à-dire à la perte de la faculté de nommer des objets que, d'ailleurs, on reconnaît parfaitement (Freund).

§ II. **Tumeurs de la base.** — Elles se caractérisent par des phénomènes de paralysie des nerfs craniens en rapport avec la tumeur. Suivant leur siège, trois types principaux (Raymond): A. ETAGE ANTÉRIEUR (*fronto-ethmoïdal*). *a.* La destruction des *bandelettes et bulbe olfactifs* se traduit par de l'anosmie, unilatérale ou bilatérale suivant que la lésion est simple ou double; b. *Voies optiques* : α. la destruction de la partie externe du nerf optique, du chiasma ou d'une bandelette donne lieu à de l'*hémianopsie unilatérale*; β. la destruction d'une bandelette à de l'*hémianopsie bilatérale homonyme*; γ. la destruction de la partie médiane du chiasma à une *hémianopsie bitemporale* (v. RAYMOND. Loc. cit.).

B. ETAGE MOYEN (*spléno-temporal*). — *a.* Paralysie, souvent partielle, de la troisième paire; *b.* paralysie des quatrième et sixième paires; *c.* paralysie des deux branches, motrice et sensitive, du trijumeau; *d.* paralysie du facial et de l'auditif.

C. ETAGE POSTÉRIEUR (*occipito-temporal*). — *a.* Les troubles résultant de la paralysie de la neuvième paire sont peu connus; *b.* paralysie du vago-spinal : accélération et irrégularité des battements du cœur, troubles circulatoires du poumon (congestion, œdème aigu), syncopes : elle peut aboutir à la mort subite; *c.* paralysie de la douzième paire : troubles moteurs correspondants.

§ III. **Tumeurs du cervelet.** — TROUBLES MOTEURS : α. *titubation cérébelleuse* : dans la station verticale, les membres inférieurs sont écartés, oscillations multiples de la tête et du corps, oscillations qui augmentent pendant la marche. La démarche devient hésitante, ébrieuse (destruction du vermis, Thomas); β. *asthénie musculaire*, parfois très accentuée; γ. *raideur de la nuque.* — TROUBLES DE LA RÉFLECTIVITÉ : exagération des réflexes du côté de la lésion. — TROUBLES SENSITIFS : *céphalée occipitale* constante, violente, fréquemment suivie de *vomissements.* — TROUBLES SENSORIELS : *nystagmus*; *vertige* précoce, fréquent, intense; n'existe d'abord que dans la station verticale, puis aussi dans la situation horizontale. — TROUBLES DE LA PAROLE : inconstants; parole scandée, monotone, nasonnante; — *Signes d'hydropisie ventriculaire* (compression des veines de Galien). Rapprocher ce syndrome cérébelleux des résultats expérimentaux (v. Thomas, Th. de Paris, 1896).

§ IV. **Autres régions de l'encéphale.** — A. CENTRE OVALE ET NOYAUX OPTO-STRIÉS. — Leurs lésions : *a.* ou atteignent la voie motrice, et alors, elles donnent lieu à des paralysies limitées, avec contracture; *b.* ou elles ne l'atteignent pas, et leur symptomatologie reste extrêmement obscure.

B. Les tumeurs du CORPS CALLEUX : *a.* ou sont muettes; *b.* ou se caractérisent par l'ensemble des symptômes suivants (Bristowe, Ghive, Bruns, Devic et Paviot) : aggravation progressive de tous les symptômes; absence de symptômes généraux; troubles profonds de l'intelligence, évoluant lentement; hémiparésie; pas de symptômes basilaires.

C. Les tumeurs des TUBERCULES QUADRIJUMEAUX donnent lieu à une *démarche titubante* et à une *ophtalmoplégie bilatérale* inégale des deux côtés (*syndrome de Nothnagel*). A ce syndrome, qu'a critiqué Bruns, Weinland ajoute les *troubles de l'audition.*

D. Les tumeurs du CORPS PITUITAIRE se caractérisent (Leclerc) par une amaurose double, rapide; une discordance entre les signes subjectifs, très accusés, et l'examen physique du fond de l'œil (*signe de Berhardt*); une ophtalmoplégie double, avec abolition du réflexe pupillaire; des troubles paralytiques et sensitifs. A ces signes, depuis longtemps signalés, il faut ajouter aujourd'hui le *gigantisme* et l'*acromégalie*, véritables « syndromes pituitaires » (v. ROY. Th. de Paris, 1903).

E. Les tumeurs des PÉDONCULES CÉRÉBRAUX donnent lieu au *syndrome de Weber* : paralysie *périphérique* de la troisième paire d'un côté, paralysie *centrale* des membres du côté opposé.

F. Les tumeurs de la PROTUBÉRANCE donnent lieu au syndrome de *Millard-Gubler* : paralysie *périphérique* des sixième et septième paires d'un côté, paralysie *centrale* des membres du côté opposé; à de la dysarthrie et quelquefois à de l'ataxie.

G. Les tumeurs du BULBE se compliquent souvent de paralysie des muscles des lèvres, de la langue, du larynx; de polyurie et de glycosurie; elles se terminent fréquemment par la mort subite.

GÉRARD MARCHANT

La Société de chirurgie est en deuil; après Bouilly, Gérard Marchant vient de succomber, enlevé subitement à l'âge de cinquante-deux ans. Jeudi matin, il opérait encore à l'hôpital Boucicaut; vendredi soir, il était mort.

C'est une perte cruelle pour ses collègues parmi lesquels il ne comptait que de véritables amis. Chirurgien instruit et prudent, d'une honorabilité que chacun se plaisait à proclamer, Gérard Marchant était d'une affabilité, d'une aménité de caractère qui charmait dès le premier abord. Ses malades avaient pour lui un véritable culte, tellement les soins qu'il leur prodiguait étaient empreints de cette douceur bienveillante qui constituait le fond de son caractère.

Il était estimé et écouté de ses collègues; son grand bon sens forçait l'attention, chaque fois qu'il prenait la parole à la Société de chirurgie pour faire connaître les résultats des observations recueillies dans son beau service de l'hôpital Boucicaut.

Aussi sa mort causa dans le monde médical une douloureuse et terrifiante surprise. Tous ses collègues, ses élèves et ses amis tinrent à l'accompagner à sa demeure dernière; la basilique de Sainte-Clotilde était trop petite lundi pour contenir la foule émue qui venait lui dire le dernier adieu.

Pendant longtemps le souvenir de Gérard Marchant restera vivant parmi nous, comme le modèle du bon, du digne chirurgien, honneur de la corporation à laquelle il était si fier d'appartenir. A. RICARD.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. Mondain. Contribution à l'étude des pseudo-étranglements de l'intestin. — M. Levy-Bing. Injections mercurielles. — M. Lorenzo. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein; résultats thérapeutiques. — M. Fougère. Nouveaux exemples de la contagion de la fièvre typhoïde observés dans le canton de Sauxillanges (Puy-de-Dôme). — M. Debidour. Contribution à l'étude du pyramidon et de ses sels dans la fièvre des tuberculeux. — M. Guego. Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France, de 1826 à 1900. — Mlle Klibansky. Contribution à l'étude de l'hydrothérapie chez l'enfant; de l'emploi du drap mouillé au cours des troubles nerveux de l'enfance. — M. Mermier. Suppurations méningées dans la paralysie générale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voyages d'études médicales aux eaux minérales, stations maritimes, climatériques et sanatoriums de France. — Le 5e voyage d'études médicales aura lieu du 10 au 23 septembre 1903. Il comprendra les stations du sud-est de la France, visitées dans l'ordre suivant : Salies-du-Salat, Aulus, Ax-les-Thermes, Ussat, Les Escaldes, Font-Romeu, Mont-Louis, Carcanières, Alet, Molitg, Le Vernet, Amélie-les-Bains, La Presle, Le Boulou, Banyuls-sur-Mer, La Malou, Montmirail, Vals, Le Mont Pilat.

Le V. E. M. de 1903 — comme celui des quatre autres années précédentes — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration à Toulouse.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Lyon, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Toulouse à Lyon, prix à forfait : 350 francs pour tous les frais : chemin de fer, voitures, hôtel, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1903, terme de rigueur.

Intérêts professionnels. — M. le docteur C... exploite, rue de la Glacière, une maison de santé.

En 1900, il a reçu M. X..., atteint d'une maladie nerveuse. Depuis, M. X... est devenu fou, et le 25 mars 1903, un commissaire de police constatait que parmi les pensionnaires de l'établissement se trouvait M. X..., atteint d'aliénation mentale.

M. le docteur C... a été poursuivi devant la onzième chambre du tribunal correctionnelle pour violation de la loi de 1838 sur les aliénés.

Le tribunal, considérant que M. X... n'était pas fou lors de son entrée dans la maison du docteur, que depuis celui-ci a prévenu la famille, et que dans l'attente de la réponse des parents, il ne pouvait prévenir l'autorité administrative, sans violer le secret professionnel, a déclaré que, dans ces conditions, il n'y avait pas de délit.

M. le docteur C... a été acquité.

Médecine operatoire spéciale. — M. le docteur Pierre Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera le vendredi 3 juillet, à deux heures, avec l'assistance de ses deux internes, le docteur M. Grivot et E. Wicart, un cours pratique de médecine opératoire spéciale en huit leçons, placé sous la direction de M. le docteur E. Quénu, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Les leçons et les exercices qui les suivront auront lieu à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, le lundi et le vendredi, à deux heures.

Programme du cours. — Première leçon. — Ligature de la carotide primitive, de la carotide externe de la linguale, de la veine jugulaire interne. Extirpation partielle et totale du larynx.

Deuxième leçon. — Des pharyngotomies médianes et latérales. De l'œsophagotomie.

Troisième leçon. — Thyrotomie. Laryngotomie inter-cricothyroïdienne. Trachéotomies. Thyroïdectomie. Exothyropexie.

Quatrième leçon. — Paracentèse du tympan. Ablation des osselets. Trépanation mastoïdienne.

Cinquième leçon. — Opération de Stacke. Evidement pétro-mastoïdien (facial, sinus latéral, golfe de la jugulaire, dure-mère, cerveau, cervelet).

Sixième leçon. — Ablation des cornets. Traitement des déviations de la cloison nasale. Les rhinotomies.

Septième leçon. — Trépanation du sinus frontal et du sinus maxillaire. Ethmoïdite. Sphénoïdite.

Huitième leçon. — Résection partielle et totale de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure. Amputation de la langue.

S'adresser pour l'inscription à M. P. Sébileau, à l'hôpital Lariboisière (Paris, Xe).

Maladies cutanées et syphilitiques. — *Hôpital Saint-Louis.* — M. H. Hallopeau reprendra ses conférences cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le jeudi 25 juin, à deux heures trois quarts, dans la salle des conférences, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

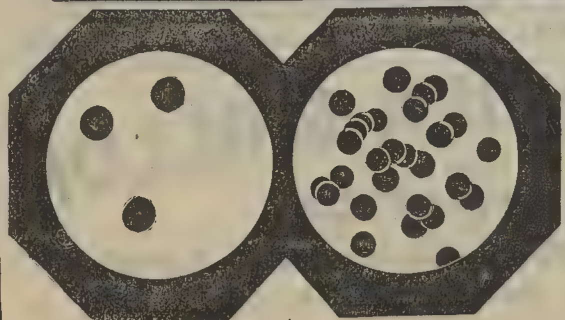
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tableaux synoptiques pour les analyses médicales (sang, suc gastrique, calculs biliaires), par L. Broquin, pharmacien de 1re classe. 1 vol. in-16 de 64 p. avec fig. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Résultats de la rééducation dans le traitement des troubles du mouvement, par le docteur Maurice Faure, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la clinique des maladies nerveuses de la Faculté (clinique Charcot-Salpêtrière), directeur de l'établissement de Lamalou (Hérault). 1 vol. in-8° de 36 p. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



N° 74. — SAMEDI 27 JUIN 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 27 JUIN 1903. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Particularités et formes de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant.

Par H. GILLET, ancien interne des hôpitaux.

Déjà chez l'adulte la pneumonie ne se présente pas toujours pareille à elle-même et la clinique nous apprend à en distinguer plusieurs formes.

Ces modalités d'une même infection se multiplient encore lorsqu'il s'agit de la période infantile (1).

Il n'y a rien là qui doive nous surprendre, car il est assez dans les habitudes que l'enfance, en dehors des affections qui lui sont propres, imprime aux maladies communes une allure spéciale à cet âge.

CONTAGE. — En tant que maladie zymotique, l'infection pneumonique ressortit chez l'enfant comme chez l'adulte au même *diplocoque lancéolé* et encapsulé de Talamon-Franckel.

Exceptionnellement, on a signalé l'existence de pneumonie, ou tout au moins d'une affection d'aspect clinique ne permettant guère, avec les connaissances actuelles, que ce diagnostic, dans laquelle l'examen des crachats ne décelait, à côté de streptocoques peu nombreux et peu virulents, de bacilles d'Eberth typiques nombreux (2), aucun pneumocoque. L'inoculation à la souris restait sans résultat.

La pneumonie à type typhoïde n'est-elle qu'une infection pneumococcique, greffée parfois sur une infection typhique? Il y a alors pneumocoque au poumon, bacille d'Eberth dans l'intestin, avec sérum agglutinant comme dans un cas récemment publié par M. le docteur Micheli (1).

Dans la psittacose il y aurait soit un bacille spécial (Nocard, Gilbert et Fournier) ou seulement le diplocoque lancéolé, mais très virulent.

(1) DURCK. Pneumonia beim Kinder und Erwachsenen, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1er juin 1897.

(2) TOLLEMER. Pneumonie à bacilles typhiques, Soc. de péd., 8 janvier 1901.

CONTAGION. — Il est certain que cette nature microbienne de la pneumonie fibrineuse doit faire présumer la *possibilité de la contagion.*

On cite des cas de transmission familiale, comme les quatre faits signalés par MM. les docteurs J. Charles et D. A. Dewar (2). Dans la même famille, la pneumonie atteignit successivement un garçon de dix-sept ans, sa sœur de quinze ans, leur frère de cinq ans et un second frère de cinq ans.

Dans les salles d'hôpital, la contagion peut aussi s'effectuer, tel l'exemple cité par M. G. Variot (3), après ceux de Minot, Netter, Comby. Un enfant couché dans le lit contigu d'un autre atteint de pneumonie a été pris de pneumonie fibrineuse de même nature onze jours après son entrée, six jours après la défervescence du voisin.

I

Symptomatologie. — Au point de vue symptomatologique, la pneumonie fibrineuse chez l'enfant se fait remarquer par quelques particularités.

POULS. — Le *pouls dans la pneumonie fibrineuse*, d'après les recherches de M. le docteur G.-A. Dotti (4), *serait assez semblable* au point de vue du rythme, en dehors de la fréquence fébrile, *à celui de la fièvre typhoïde.*

Il présenterait en effet de l'*arythmie*. Cette arythmie, lorsqu'elle se montre *précoce*, cesse lentement; au contraire l'arythmie *tardive* cesse rapidement.

L'arythmie plus ou moins irrégulière à son début prend en *dernier lieu* le type d'*allorythmie.*

Au moment de la *convalescence*, exception faite pour les

(1) MICHELI. Polmonite lobarie à tipo tifoideo, *Rivist. crit. di clin. med.*, n° 36, 26 juillet 1902.

(2) John CHARLES et David A. DEWAR (de Glascow). Four cases of lobar pneumonia apparently due to infection, *Brit. med. Journ.*, 8 mai 1897.

(3) G. VARIOT. Contagion hospitalière de la pneumonie franche chez un enfant de douze ans, *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1898, n° 13, p. 246.

(4) G.-A. DOTTI. Contributo alla semeiologia delle alterazioni del polso nell' infanzia. Nota riassuntiva, *Riv. crit. di clin. med.*, 11 et 17 mai 1902, nos 19 et 20, p. 401 et 417.

cas graves et c'est là un signe pronostique, le pouls se ralentit; il y a *bradycardie*.

DÉFAUT D'EXPANSION AU SOMMET. — Au début de la pneumonie on pourrait constater d'une façon à peu près constante un *défaut d'expansion de la région sous-claviculaire* du côté malade. Ce signe précoce mis au jour par M. Weill (1) ne se retrouverait pas dans les autres affections pulmonaires. Quand le défaut d'expansion existe, il ne se localise pas à la région supérieure du thorax; il est total ainsi dans la pleurésie et dans le pneumothorax.

Son siège exclusif au sommet ne se modifie en rien, même si la pneumonie se cantonne à la base.

Ce signe débute avec la maladie, l'accompagne et lui survit quelquefois un certain temps. Quand le jeune sujet couché sur le dos est découvert et à l'état de repos, le défaut d'expansion se voit du côté malade d'une façon manifeste.

La précocité de ce signe en constitue l'importance diagnostique.

L'*érythème* pneumonique a été signalé il y a déjà longtemps par Rilliet et Barthez, Ziemssen, Hénoch, Hutinel, Martin de Gimard.

Il est assez spécial à l'enfance chez lequel on voit aussi l'herpès labialis (2), plus fréquent chez l'adulte.

POINT DE COTÉ. — *Point de côté appendiculaire.* — Comme particularité symptomatologique on a signalé déjà depuis longtemps le siège abdominal du point de côté chez l'enfant et MM. Louis Guinon et J. Comby (3) ont montré que la localisation douloureuse pouvait faire penser à une appendicite qui n'existe pas.

On comprend l'importance de ce point de côté appendiculaire et combien il peut induire en erreur, lorsque la pneumonie est centrale et ne s'extériorise par aucun signe d'auscultation.

Mais en même temps on saisit les difficultés de diagnostic qu'il peut créer.

CONGESTION HÉPATIQUE. — Dans la pneumonie franche chez l'enfant, M. le docteur Tordeus [de Bruxelles (4)] a montré l'existence d'une certaine augmentation de volume du foie surtout marquée à partir de la période de défervescence de la maladie.

Cette *hépatomégalie* se retrouverait même à la période d'état, d'après M. Comby (5).

La constatation aurait plus que l'importance d'un détail symptomatique, puisque M. Tordeus verrait dans ces congestions hépatiques l'origine possible de cirrhose ultérieure du foie, cirrhose d'origine infectieuse.

UROBILINURIE. — Il y a peut-être un rapport à établir entre cette hépatomégalie pneumonique et l'urobilinurie.

De toutes les maladies infectieuses M. le docteur C. Giarre (1), assistant de M. le professeur Mya (de Florence), a montré que la pneumonie était celle qui, chez l'enfant, donnait l'urobilinurie la plus abondante. De plus, il semblait qu'entre l'urobiline de l'urine et l'urobiline des fèces, il n'y avait pas corrélation absolue. L'urobilinurie pouvait exister sans qu'il y ait d'urobiline intestinale, mais seulement de la bilirubine transformable par les réactifs en biliverdine et holécyanine. Il y a là une question de chimie biologique d'un grand intérêt.

ABOLITION DU RÉFLEXE ROTULIEN. — Pfaundler et Luthje (2) ont constaté 55 fois, sur 200 cas de pneumonie fibrineuse chez l'enfant, soit 28 p. 100, l'abolition ou la grande diminution bi-latérale du réflexe rotulien. Comparée à l'herpès labial, l'abolition du réflexe patellaire serait un signe plus fréquent.

On rencontre cette abolition en particulier chez les enfants d'un certain âge, et après dix ans, plutôt que chez les nourrissons.

On la constate au début, pendant et après la maladie.

Ce serait plutôt un signe de gravité. Sur les 55 enfants, 3 sont morts, soit 5,4 p. 100 de mortalité, proportion assez élevée.

Cette abolition est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale.

Du reste l'abolition du réflexe patellaire se voit aussi dans d'autres maladies infectieuses aiguës, elle ne serait donc ni spéciale à la pneumonie, ni spéciale non plus à l'enfance.

Il en serait de même de l'*abolition du réflexe pupillaire* (3).

II

Anatomie pathologique. — Chez l'enfant comme chez l'adulte, la pneumonie franche fibrineuse produit des lésions comparables et de splénisation et d'hépatisation pulmonaire d'intensité et de localisations variées.

Il y a au point de vue anatomo-pathologique une assez grande uniformité aux différents âges de la vie. Toutefois l'enfance marque sa prédilection pour une certaine atténuance des lésions, parfois même assez fugaces.

Il n'y a pas de modification foncière dans la nature même du processus pneumonique, mais variété dans sa manière d'être.

Au point de vue de la topographie de la *lésion*, la pneumonie franche chez les enfants, comparée à celle qu'on observe chez les adultes, paraît assez souvent *moins bien limitée*, elle empiète d'un lobe sur l'autre ou au contraire n'atteint qu'une portion de lobe. Dans cette dernière condition, elle affecte une certaine fréquence à se localiser à la région axillaire (Schlesinger).

Chez les jeunes enfants, comme y a récemment insisté Mme le docteur S. Bakunin (4), le poumon atteint de pneumonie fibrineuse ne présente pas la même consistance que celui de l'adulte qui offre la même lésion. La coupe du lobe malade ne montre pas cet aspect finement granuleux donné par la section des moules de fibrine. Au contraire, le parenchyme est toujours humide, la superficie non opaque, mais translucide par suite de la richesse en suc.

(1) WEILL. Nouveau signe précoce de la pneumonie infantile, *Lyon méd.*, 23 juin 1901; — *Gaz. des hôpit.*, 1901.

(2) Thure HELLSTRŒM. Ueber die lobœre Pneumonie der Kinder, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, B. XXIX, f. 1.

(3) Louis GUINON. Le point de côté abdominal des enfants, Soc. de péd., 11 mars 1901. — COMBY et ZIELINSKY. Pneumonie simulant l'appendicite, *Arch. de méd. des enf.*, 1902, p, 741. — Fernand GARREAU. *Les pneumonies à point de côté abdominal (pseudo-appendicites pneumoniques)*, Th. de Paris, 1903.

(4) TORDEUS. *Journ. de la soc. des sc. de Bruxelles*, 23 nov. 1895, nº 47, et *La clinique* (1896).

(5) COMBY. *Arch. de méd. des enf.*, 1898, p. 686.

(1) Carlo GIARRE. L'urobilinuria nell' eta infantile, *Lo Speriment.*, anno XLIX (sezione biologica, fasc. I et II), Firenze 1895, p. 34-47.

(2) PFAUNDLER et LUTHJE (de Graz). *Münch. med. Wochens.*, 22 juillet 1902, et *Deutsch. med. Wochens.*, 1902, nos 29 et 32.

(3) SCHULTZE (de Bonne). Abolition du réflexe pupillaire chez les pneumoniques, *Deutsch. Archiv f. klin. Med.*, 1902, t. LXXIII, p. 351.

(4) Sofia BAKUNIN. Brevi note di anatomia patologica infantile, *Bullet. dell' acad. med.-chir. di Napoli*, 30 déc. 1900.

Le microscope fait bien voir la plupart des alvéoles remplies d'un exsudat fibrineux, mais peu épais et réticulé. La zone alvéolaire contient soit des hématies, soit des leucocytes, soit des cellules exfoliées mélangées à des globules blancs.

On n'a pas encore précisé d'une façon spéciale dans quelles mesures la pneumonie chez l'enfant obéit à la tendance segmentaire (1), mais cette segmentation concorderait avec les constatations précédentes de Schlesinger.

L'hépatisation grise se voit rarement chez l'enfant; le pneumocoque a donc dans la pneumonie infantile peu de tendance à faire du pus par lui-même ou à s'associer pour en faire.

La pneumonie suppurée (2) est une rareté chez l'enfant. C'est une forme plus spéciale à la vieillesse.

Statistique. Morbidité. Mortalité. — La pneumonie de l'enfance se distingue aussi de la même maladie chez l'adulte par une moindre gravité, tout au moins quand on envisage le pronostic d'une façon générale.

La mortalité par pneumonie se maintient dans des limites très modérées chez l'enfant.

Voici les chiffres relevés par quelques auteurs :

	Pneumonies.	Mort.
Rilliet et Barthez............	212	2
Cadet de Gassicourt..........	70	1
J. Comby....................	150	1
Haushalter..................	100	1
Thure Hellestrœm............	30	0
J. P. Barber (3)..............	17	0

Cette bénignité relative explique l'abstention thérapeutique recommandée et qu'il y a déjà longtemps Guersant résumait dans la formule : « Lait, lit, looch. »

Schlesinger donne un pourcentage plus élevé; la mortalité par pneumonie serait en moyenne de 5 p. 100 chez l'enfant au lieu de 10 p. 100 chez l'adulte. Il est vrai qu'il ne joint pas de statistique à l'appui de son opinion. En tous cas, si ce ne sont pas des chiffres personnels, ce doit être la reproduction d'une notion courante en Allemagne.

Les pneumonies droites seraient plus graves que les gauches (Schlesinger).

De même l'opinion des auteurs américains (4) rapportée par M. le docteur J. P. Barber porte le chiffre de mortalité par pneumonie dans l'enfance à 4 p. 100, tandis que la broncho-pneumonie donne au moins 30 à 50 p. 100 et jusqu'à 65 et 75 p. 100, surtout chez les jeunes sujets.

III

Complications. — Cette bénignité relative de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant explique la rareté des complications. Ceci tient surtout à la résistance du cœur dans le jeune âge, grâce à son intégrité initiale.

Toutefois même chez l'enfant se voient des complications (1) et des localisations extra-pulmonaires du pneucoque, telle la *péritonite* [Sevestre (2)], la *méningite* [Netter (3)].

Dans une observation de pneumonie chez l'enfant, M. Zuppinger (4) a rencontré une oblitération vasculaire qui amena la *gangrène* de l'avant-pied droit.

A côté de la méningite caractérisée, on assiste au développement d'accidents nerveux d'états méningites divers ou *encéphalopathies pneumoniques* (5).

Dans deux observations rapportées par le docteur L. Fischer [de New-York (6)], l'une d'un enfant de six mois, l'autre de sept ans, les phénomènes nerveux étaient très accentués. Il y avait spasmes unilatéraux de l'épaule et du bras, des jambes et des pieds, nystagmus rotatoire, raideur de la nuque, absence de réflexe rotulien, faiblesse du réflexe plantaire, convulsions suivies de stupeur, persistance des symptômes nerveux, malgré la défervescence thermique, dépression nerveuse, hyperesthésie extrême du corps survivant quatre semaines aux phénomènes inflammatoires de la pneumonie.

Malgré ce tableau peu rassurant les deux enfants ont guéri.

Chez l'enfant les crises convulsives aboutissent à l'épilepsie jacksonienne et à l'hémiplégie, parfois fugace, quelques heures au plus (Aufrecht). Dans l'observation rapportée par Aufrecht et dans les deux consignées dans la thèse de M. Boulloche (7), il s'agissait de pneumonie du sommet.

Les complications nerveuses peuvent revêtir d'autres formes. C'est parfois une *paralysie du voile*, du *palais* et de la luette, avec atrophie, survivant peu à la guérison de la pneumonie (8).

C'est encore une *chorée* vraie, tout autre diagnostic écarté, qui se produit chez un enfant de quinze mois un mois après une pneumonie lobaire, observée par M. le professeur Cattaneo avec le docteur Marrio Canaldi (9).

C'est aussi une *hydrocéphalie*, dans une pneumonie du sommet (10).

Chez l'enfant l'infection pneumoccocique peut se compliquer du côté des reins (11).

La *néphrite pneumonique* peut n'apparaître que comme une séquelle et ne s'installer qu'à la suite de la pneumonie. Elle peut aussi évoluer en même temps ; elle se révèle par l'apparition des signes de la néphrite, bouffissure de la face, œdème des membres inférieurs, urines rares, foncées, couleur de bière brune, plus ou moins fortement albumineuse.

Cette néphrite peut tourner court et guérir avec la pneu-

(1) P. Carnot. La topographie segmentaire de la pneumonie franche, *Presse méd.*, n° 8, 25 janv. 1902, p. 87.

(2) Charles Zieffer (du Plessis-Chenet). *De la pneumonie lobaire suppurée, contribution à l'étude bactériologique*, Th. de Paris, 1901.

(3) J. P. Barber (de Minneapolis). Pneumonia in children, *Arch. of pediat.*, 19th year, n° 11, nov. 1902, p. 837.

(4) Holt. *Infancy and childhood*, p. 507-508. — Pepper. *American Text-book of diseases of children*, p. 709. — Morrill. *Cyclopedia of diseases of children*, supplément, p. 440. — W. F. Cheney. Lobar pneumonia in infants, *Amer. Med.*, IV, Philadelphia 1902, 131.

(1) Marfan. Formes compliquées et traitement de la pneumonie infantile, *Semaine méd.*, 1900, n° 12.

(2) Sevestre. Soc. méd. des hôpit., 16 mai 1899.

(3) Netter. *Id.*

(4) Zuppinger. Gangrène spontanée consécutive à une pneumonie chez l'enfant, *Wien. klin. Wochens.*, 1899, n° 13, p. 335.

(5) Moizard. Encéphalopathies pneumoniques, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 sept. 1896 (tirage à part, Coccoz, édit.).

(6) Louis Fischer. Two instructive cases of cerebral pneumonia, and their treatment, *Arch. of pediat.*, 20th year, n° 2, feb. 1903, p. 95.

(7) Boulloche. *Paralysies pneumoniques*, Th. de Paris, 1892.

(8) Esdra. Rara complicazione delle polmonite, discussion par Luzzato, Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma, 21 mai 1902.

(9) Cattaneo. Corea vera in lattante di 15 mesi, Associat. méd. chir. de Parme, 27 juin 1902.

(10) Ch. Leroux. Pneumonie du sommet et hydrocéphalie, Soc. de pédiat., 3 juin 1899.

(11) Coursault. *Des déterminations pulmonaires et rénales concomitantes de l'infection pneumococcique chez les enfants*, Th. de Paris, 1902. — J. Dechamp. *Les complications rénales de la pneumonie chez les enfants*, 1902.

monie ou bien l'infection pneumoccocique se généralise, l'insuffisance de dépuration urinaire s'y ajoute et le pronostic s'assombrit.

L'infection pneumonique peut même se généraliser (1).

Quoi qu'il en soit, et malgré cette liste d'accidents divers dans le cours de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant, l'inflammation franche du poumon compte comme une infection qui se complique peu. Des observations citées beaucoup ne marchent que par unité.

IV

Formes. — Pour les formes diverses de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant, on peut répéter le cliché classique qu'il n'y a pas de pneumonie, mais des pneumonies. A fouiller les détails, il n'y a pas deux pneumonies absolument semblables (2). Toutefois, comme on ne peut établir autant de formes que de sujets, il faut s'arrêter à quelques types qui correspondent aux modifications les plus saillantes imprimées au type habituel ou classique.

En dehors même du plus ou moins d'étendue et du plus ou moins d'intensité du processus pathologique provoqué dans le parenchyme pulmonaire au niveau des alvéoles, la marche clinique de la maladie subit une série de modifications qui reconnaissent une double origine. D'un côté agit le degré de virulence, son exaltation extrême ou son atténuation extrême avec tous les variations possibles. D'un autre côté se fait sentir l'influence du terrain sur lequel évolue la maladie. Ici, ce terrain est l'organisme de l'enfant avec ses modalités spéciales de réaction.

On comprend quelles variations multiples pourront former ces causes pour faire dévier la pneumonie franche, aiguë, de l'enfant en dehors de son type commun. Il ne faut toutefois pas égarer la description dans des divisions et des subdivisions. On peut en effet se contenter de ranger les formes de la pneumonie franche observée chez l'enfant sous cinq chefs différents, selon que la modification provient de la localisation anatomique, des modifications dans les symptômes, de l'évolution ou de la nature de la pneumonie, son apparition chronologique. On peut ainsi décrire des formes anatomiques, symptomatiques, évolutives, protopathiques, chronologiques.

Chacune de ces formes ne constitue pas un bloc intangible. Une pneumonie peut à son début se classer dans une catégorie et l'abandonner pour finir sous une forme d'une catégorie différente. Telle ou telle pneumonie appartient même assez souvent à deux classes. Toutes les associations entre formes sont possibles, d'où multiples combinaisons.

Malgré cette complexité, on peut d'après les descriptions et les publications, adopter les formes suivantes indiquées sur le tableau ci-dessous qui sert en même temps de classification.

Formes de la pneumonie franche chez l'enfant.

A. *Formes anatomiques.*
- Pneumonie du sommet.
- — double.
- — centrale ou centrifuge (Weill).
- — massive.
- — circonscrite.
- — rudimentaire ou atténuée { abortive. / prolongée.
- — migratrice et progressive.

B. *Formes symptomatiques.*
- Forme thoracique.
- — gastrique.
- — typhoïde.
- — cérébrale, nerveuse ou asthénique.......... { méningée. / éclamptique.

C. *Formes évolutives.*
- Pneumonie latente.
- — abortive.
- — foudroyante.
- — prolongée.
- — intermittente.
- — à rechutes.
- — récidivante.
- — chronique.

D. *Formes protopathiques.*
- Pneumonie infectieuse.
- — épidémique.
- — grippale.
- — psittacosique.
- — malarique.
- — cachectisante.

E. *Formes chronologiques.*
- Pneumonie primitive.
- — secondaire.

Toutes ces formes n'ont pas une même importance. Quelques-unes ne méritent guère plus que leur mention sur un tableau de classification. D'autres n'appellent que quelques remarques; mais certaines ont donné lieu à des publications assez nombreuses pour permettre d'ouvrir un chapitre spécial à leur sujet.

A. Formes anatomiques. — 1° Pneumonie du sommet. — *Fréquence.* — C'est chez l'enfant une localisation fréquente de la pneumonie franche que le sommet du poumon. Toutes les statistiques répondent d'une façon unanime à ce sujet.

Sur 408 pn.,	Rilliet et Barthez	comptent	217 pn.	du sommet.
84 —	A. Baginsky (1)	—	44	—
77 —	Henoch	—	25	—
170 —	J. Comby (2)	—	101	—
100 —	Haushalter	—	48	—
829 pn.,			435 pn.	du sommet.

La pneumonie du sommet chez l'enfant n'est donc pas seulement fréquente, mais *la plus fréquente* de toutes les autres localisations, dans la proportion de plus de moitié, de 52,4 p. 100, d'après les statistiques rapportées ci-dessus.

De plus, la pneumonie affectionne avec une prédilection manifeste le *sommet droit* de préférence au gauche, comme le démontre le relevé suivant emprunté à différents auteurs.

Pneumonies du sommet :

Sur 217,	Rilliet et Barthez	comptent	170	à droite.
44,	Baginsky	—	26	—
25,	Henoch	—	21	—
101,	J. Comby	—	67	—
48,	Haushalter	—	37	—
19,	Thure Helstroem	—	12	—
Total. 454			333	—

Sans spécifier la localisation au sommet, les anciens auteurs avaient aussi remarqué cette fréquence chez l'enfant

(1) H. R. D. Spitta. A case of general pneumonic infection in a child of 17 months with bacteriological report, *Brit. med. Journ.*, 1902, p. 1579.

(2) E. Palier. Atypical forms of pneumonia, a clinical study, *New-York med. Journ.*, 16 sept. 1899.

(1) A. Baginsky. *Lehrbuch der Kinderkrankeiten*, 3e édit., 1889, p. 547.

(2) J. Comby. *Traité des maladies de l'enfance* de J. Grancher, J. Comby, A.-B. Marfan, 1898, p. 61, art. Pneumonie.

de la pneumonie à droite; A. Berton (1) le note implicitement et consigne en note la même constatation de la part de Baron.

Du reste, voici, à propos de la fréquence relative des différentes localisations, deux statistiques intéressantes à consulter (2).

En voici une première :

Sur 100 pneumonies.	Sommet droit........	37	48
	— gauche......	11	
	Base droite..........	18	46
	— gauche.........	28	
	Centrale..................	1	
	Migratrice................	1	
	Sans signes stéthoscopiques.	4	

(Service de M. Haushalter).

E. Schlesinger, par contre, donne d'abord la base gauche, et après seulement le sommet.

Voici une seconde statistique :

Sommet droit	12	19
— gauche......................	6	
Les deux sommets..................	1	
Base droite.........................	4	10
— gauche.........................	6	
Poumon droit entier.....................	1	

(Thure Helstroem. *Loc. cit.*)

Diagnostic. — La constatation de la pneumonie du sommet, qui demande déjà une certaine recherche chez l'adulte, en exige une plus minutieuse chez l'enfant par suite de l'exiguité de la région soumise à l'examen.

Lorsqu'en présence d'un accès fébrile, accompagné de dyspnée, on pensera à l'existence d'une pneumonie, on devra percuter et ausculter soigneusement toutes les parties du thorax qui recouvrent le sommet, c'est-à-dire la fosse sus-épineuse en arrière, le creux de l'aisselle en bas, la fosse sous-claviculaire en avant et sus-claviculaire en haut.

Pour l'auscultation, l'emploi d'un stéthoscope à petit embout pourra seul permettre l'examen de la fosse sus-claviculaire.

Selon les cas, les signes physiques recueillis prédomineront au niveau de l'une quelconque des régions mentionnées, skodisme de la fosse sous-claviculaire, matité de la fosse sus-épineuse, souffle dans l'aisselle, etc.

Marche et durée. — L'évolution de la pneumonie du sommet ne se distingue guère en fait de marche et de durée de ce qu'on peut observer avec d'autres localisations de la maladie que par quelques détails.

C'est en général du cinquième au huitième jour que l'on constate chez l'enfant atteint de pneumonie franche la crise salutaire. Il y aurait retard du phénomène dans les pneumonies du sommet d'après Eug. Schlesinger (3).

Ce dernier auteur de même que M. le professeur A. Baginsky, a vu assez souvent, un jour avant la *vraie crise*, une chute de la température, mais non suivie d'hypothermie, c'est la *pro-crise* avant la crise.

Ce n'est qu'après ce premier fléchissement de la courbe que se produit la chute vraie et définitive qui traduit la fin de la période fébrile et l'entrée en convalescence du petit malade.

Avant, la défervescence ne peut pas être considérée comme commencée.

Pronostic. — Chez l'adulte et surtout chez le vieillard, chez les débilités anticipés, alcooliques, diabétiques etc., la pneumonie du sommet comporte très habituellement un pronostic très sérieux. C'est la mauvaise pneumonie.

Il n'en est absolument rien chez l'enfant, puisque chez ce dernier la pneumonie, qui prédomine au sommet, prend rang parmi les maladies les plus ordinairement bénignes, tout au moins dans les formes franches.

C'est là un fait unanimement proclamé par les auteurs et que vérifie la pratique journalière de la médecine d'enfants.

Elle se complique donc peu et ses complications ne semblent pas spéciales.

Toutefois, comme nous l'avons déjà signalé plus haut dans un cas publié par M. Leroux (1), à la suite d'une pneumonie du sommet chez une fillette de quatre mois, s'est développée une hydrocéphalie que M. Leroux et M. Guinon, rapporteur du travail, mettent sur le compte du pneumocoque ou de la toxine. Ils accusent une méningite infectieuse, probablement séreuse.

Cette explication cadre assez bien avec les convulsions constatées au neuvième jour, pendant la défervescence, et qui se répètèrent encore quinze jours durant.

2° Pneumonie double. — Cette forme anatomique qui n'a de spécial qu'une localisation aux deux côtés de la poitrine au lieu d'un seul, n'entraîne pas avec elle de considérations bien spéciales.

Il n'y a guère à son sujet que quelques points à relever qui méritent quelques remarques dignes d'attirer l'attention.

Symptomatologie. — Dans la pneumonie franche de l'enfant même bien manifestement double, le point de côté, ou mieux la douleur latérale accusée par l'enfant ou plus ou moins bien révélée par les cris lorsqu'on touche, palpe ou percute le jeune sujet, n'occupe pas pour cela les deux côtés à la fois.

Les phénomènes douloureux peuvent ne se révéler que d'un seul côté; ils peuvent même sembler faire absolument défaut.

La dyspnée ne se trouve pas forcément plus forte qu'avec une pneumonie unilatérale.

Diagnostic. — Dans ce diagnostic on peut se tromper en moins, comme en plus. On peut être amené à diagnostiquer une pneumonie double qui n'existe pas en réalité.

On peut en effet entendre du côté sain un souffle bronchique de propagation ou bien encore un léger souffle et des signes de congestion hypostatique; mais la pneumonie n'en est pas moins unilatérale.

Marche. — Dans son évolution la pneumonie double le plus souvent ne serait pas double d'emblée (E. Schlesinger) mais l'envahissement d'un côté à l'autre de la poitrine aurait lieu successivement à deux ou trois jours d'intervalle. Les mêmes phases évolutives se reproduisent à intervalle comparable, mais toujours la pneumonie du côté atteint le dernier retarde sur celle de l'autre côté, qui a commencé le premier à être pris.

(1) A. Berton. *Traité des maladies des enfants ou recherches sur les affections du jeune âge*, 1837, p. 179.

(2) Kaler, Jeandelize et Lefebvre. Cent cas de pneumonie franche chez l'enfant, *Revue méd. de l'Est*, 1898, n° 5. p. 147.

(3) Eugen Schlesinger. 173 Falle croupözer Pneumonie im Kindesaller, *Archiv. für Kinderheilk.*, décembre 1897.

(1) Leroux. Pneumonie du sommet et hydrocéphalie, rapport de M. Guinon, Soc. pédiat., 3 juin 1899.

La pneumonie double d'emblée représenterait donc un fait assez rare.

Souvent il y aurait lieu de se méfier de la broncho-pneumonie.

Pneumonie centrale. — *Fréquence.* — Dans leur statistique de 100 cas de pneumonie lobaire chez l'enfant, MM. Kaler, Jeandelize et Lefebvre (1) n'accusent qu'un seul cas de pneumonie centrale. Ce serait peu. Il est vrai qu'on peut y joindre 4 autres cas mentionnés sous la rubrique de pneumonie sans signes stéthoscopiques. Ce serait donc en tout une proportion de 5 p. 100 de pneumonies centrales par rapport aux autres variétés de pneumonies franches observées dans le jeune âge.

Reste à savoir si de nouveaux moyens d'investigation ne permettront pas de mieux déceler cette forme pauvre en signes physiques.

Diagnostic. — Dans la pneumonie centrale la question du diagnostic prend une certaine valeur; car il y a importance à savoir si oui ou non un enfant a ou n'a pas une pneumonie.

Dans la pneumonie centrale de l'enfant on a donné comme bon signe l'*immobilisation du thorax*.

On n'a pas chez l'enfant, jusqu'à six ans tout au moins, la ressource d'examiner les crachats soit à la simple vue soit au microscope.

Si l'on veut se procurer les produits d'expectoration, il faut aller les chercher directement dans le larynx. C'est ce qu'a proposé un confrère russe, le docteur Morkovitine (2).

A l'aide d'une pince courbe munie d'un tampon d'ouate on pénètre jusque dans la cavité laryngienne par le même procédé que l'intubation.

Le passage du tampon sur les cordes vocales provoque la toux, et les crachats sont projetés sur l'ouate.

On procède ensuite à tout examen utile.

On a aussi proposé, il est vrai plutôt pour la recherche du bacille tuberculeux, de provoquer le vomissement et d'examiner les crachats ainsi rendus.

En pratique, on ne pourra pas toujours pousser si loin les investigations. Il n'en faut pas moins en avoir présente à l'esprit la possibilité, lorsqu'on voudra mettre tout en œuvre pour éclaircir le diagnostic d'une façon sûre dans un cas donné.

La *radioscopie* est venue dans ces derniers temps apporter sa part de contribution au problème diagnostique.

La vulgarisation de la méthode des rayons de Rœntgen ne peut que rendre des services à ce sujet.

Les constatations faites semblent résoudre la question de savoir si la pneumonie centrale existe bien réellement (3).

MM. G. Variot et G. Chicotot (4) ont d'abord fait porter leurs recherches radioscopiques sur 6 cas de pneumonies à signes physiques évidents, tant à la percussion qu'à l'auscultation. C'était le point de départ qui devait leur servir de fondement scientifique. Ils ont même dans deux cas vérifié quatre jours après la défervescence que la disparition de ces mêmes signes physiques coïncidait avec la disparition de l'opacité marquée sur l'écran radioscopique.

Avec cette acquisition, comme base d'opération, ils ont soumis à l'épreuve 3 cas dans lesquels l'insuffisance des signes physiques, submatité limitée, tympanisme léger, laissait le diagnostic en suspens, et dans les 3 cas une ombre s'est montrée sur l'écran radioscopique, dans la région suspectée. Dans 3 autres cas, il n'y avait aucun signe physique, deux fois la radioscopie affirma le diagnostic pendant l'hyperthermie, une fois à la défervescence seulement.

Non seulement on éclaire ainsi le diagnostic, mais on suit pas à pas la résorption des exsudats, parfois lente à se produire [Fr. William (1)].

Dans leur dernière communication, les auteurs, se basant sur 50 faits observés, affirment la constance de la tache d'ombre vue sur l'écran dans tous les cas de pneumonie centrale.

Tandis que chez l'adulte l'ombre persiste quelque temps après la défervescence (Le Noir), chez l'enfant, qui offre une plus grande rapidité dans l'évolution de la maladie, la résorption de l'exsudat se fait vite, d'où disparition rapide et des signes physiques et de l'ombre radioscopique.

Pneumonie massive. — Cette forme a donné lieu a peu de constatations.

Toutefois, s'il y a pénurie de renseignements à ce sujet, il faut maintenir cette variété dans le cadre de la classification pour la mettre en opposition avec la forme suivante qui fait contraste avec elle.

Le silence des auteurs à son sujet nous prouve tout au moins sa grande rareté.

Pneumonie rudimentaire. — On peut se demander si l'on a raison d'admettre une certaine synonymie entre la désignation d'abortive et celle de rudimentaire. Il y a peut-être lieu d'établir une distinction entre les deux formes de pneumonie et de ne point les confondre absolument.

La forme abortive rentrerait dans la catégorie des formes évolutives et sa note caractéristique serait donnée par la rapidité extrême de sa marche, corollaire de l'arrêt du processus anatomo-pathologique.

Tout autre serait la forme rudimentaire. Il ne serait plus ici question de modalité spéciale dans la marche et la durée de l'infection pneumococcique, ni de l'effacement général des phénomènes pathologiques. La pneumonie rudimentaire ne serait pas une pneumonie légère, fruste, à lésions atténuées, à symptômes de mêmes atténués. Rudimentaire la pneumonie est atténuée non en qualité, mais en quantité. La portion de poumon atteinte est plus limitée, c'est affaire de cubage. Rien dans ces conditions n'empêche toutefois, que sans se prolonger, cette forme de pneumonie évolue pendant un certain temps; elle est fruste en tant que localisations, elle peut souvent n'être aussi qu'abortive, mais elle ne tourne pas court inévitablement.

Elle ne rentre plus dans les formes évolutives, mais dans les formes anatomiques de la pneumonie franche. C'est le contre-pied de la pneumonie massive.

Ce n'est pas ainsi que l'ont compris quelques auteurs qui semblent s'être servis indiffremment du mot abortif et du mot rudimentaire; ils n'ont pas pris cet adjectif dans sa véritable signification. Il y aurait peut-être avantage à mainte-

(1) Kaler, Jeandelize et Lefebve. *Loc. cit.*

(2) Morkovitine. *Wratch*, 1899, n° 16.

(3) Lépine. L'hépatisation pneumonique dite centrale est-elle une réalité? *Revue de méd.*, 10 mai 1899.

(4) G. Variot et G. Chicotot. Le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant par la radioscopie, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 2 juin 1899; — La radioscopie pour le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 11 janvier 1901.

(1) Fr. William (de Boston). Congrès des médecins américains, 1899.

nir la rectification, car elle correspond à des faits d'observation.

Il faudrait alors réserver le nom de rudimentaire à ces cas de pneumonie qui affectent ce type fruste, mais dont la durée peut atteindre de quatre à six jours, comme il s'en trouve rapportés entre autres par M. le docteur Urdariano et par MM. Baginsky et Schlesinger. C'est justement à ces faits que dans un judicieux travail d'observation clinique, M. le professeur L. Concetti [de Rome (1)] dénie le titre de rudimentaire, mais par cette raison qu'il réunit ensemble les formes abortives et les rudimentaires. Si l'on adopte la distinction que nous proposons, on devra ne pas considérer ces pneumonies de quatre à six jours de durée comme rudimentaires, mais seulement comme abortives.

Il n'y a pas là seulement querelle de mots, mais clarté de classification.

Pneumonie migratrice, etc. — *Marche*. — Parfois chez l'enfant la pneumonie envahit successivent les parties contiguës du poumon, par suite d'une propagation de voisinage.

Tantôt le processus morbide dans le premier point atteint est déjà parvenu près de la fin de son évolution avant que la migration se fasse vers une autre région, tantôt c'est près du début que cette extension se fait de proche en proche. On comprend toutes les modalités possibles que peut revêtir la marche de la maladie. Lorsque la progression se fait très près du début, on assiste à l'évolution progressive d'une *pneumonie* qu'on a pu qualifier d'*extensive*.

Soltmann (2) mentionne le cas assez fréquent où, dans la pneumonie fibrineuse chez l'enfant, il s'agit d'une *forme saccadée* (saccadirte Forme) qui se propage de lobe à lobe. Plusieurs jours après la chute de la température, celle-ci remonte à 40 degrés. Cette *pneumonie migratrice* est signalée par M. le professeur d'Espine [de Genève (3)].

Cette pneumonie migratrice est sans contredits de toutes les formes de la maladie la plus dangereuse.

Elle a reçu des noms assez différents, quelques-uns peut-être discutables comme terminologie, de pneumonie progressive (Eichhorst), de pneumonie erratique (Strumpelle) ou encore de pneumonie saccadée (Ziemssen) ou bien de pneumonie récurrente (Stortz) et même celui de pneumonie récidivante (Korangi, Thomas), qui s'accorde mieux à une autre forme. Sa marche comprend soit une série de poussées et de périodes apyrétiques successives qui correspondent aux phases diverses de la propagation de l'inflammation au parenchyme pulmonaire, soit une évolution continue sans apyrexie aucune ou forme *progressive*.

Cette forme de pneumonie fibrineuse se rencontre chez les enfants affaiblis.

Pronostic. — Souvent dans ces formes se voient des complications diverses, soit en particulier des broncho-pneumonies, des pleurésies purulentes, des péricardites.

Il semblerait que cette forme, avec ses variétés diverses, tire un certain degré de gravité d'une part de l'extension proprement dite du processus pneumonique, et d'autre part et surtout de sa nature même d'une virulence plus exaltée.

B. **Formes symptomatiques.** — Il y a déjà longtemps que les auteurs ont distingué dans la pneumonie franche des formes symptomatiques, selon la prédominance de telle ou telle catégorie des phénomènes morbides.

C'est ainsi qu'on a décrit la *forme throracique ou pectorale*, la *forme gastrique* et la *typhoïde*, la forme cérébrale nerveuse, ou asthénique.

Ce sont là notions bien connues, devenues absolument classiques, pour lesquelles il suffit de renvoyer à la description des traités classiques, ainsi qu'aux thèses écrites sur ce sujet (1).

Il n'en est pas de même pour les formes évolutives plus ou moins atypiques de la pneumonie qu'on n'a pas jusqu'ici rassemblées pour les présenter successivement.

C. **Formes évolutives.** — Pneumonie latente. — Déjà Guersant avait attiré l'attention des médecins sur la marche latente de la pneumonie chez l'enfant et sur la fréquence de cette particularité. On retrouve cette vérité pratique exprimée par le docteur Léger (2) dans un travail d'une date déjà reculée. Il est vrai qu'à cette époque, on ne faisait pas une distinction bien marquée entre la pneumonie fibrineuse lobaire et la broncho-pneumonie lobulaire.

La séparation de ces deux affections pulmonaires en tant que formes anatomo-pathologiques différentes ne remonte pas très loin.

Leur individualisation comme infection bactériologique complètement étrangère l'une à l'autre, la spécificité particulière de leur agent pathogène compte parmi les acquisition scientifiques récentes.

La pneumonie latente appartient plutôt à la pathologie du vieillard, surtout chez l'homme après quarante ans où elle est parfois cause de mort subite (3). On peut cependant l'observer quoique bien plus rarement chez l'enfant.

Pneumonie abortive [d'Espine (4)]. — Quelques auteurs, M. le professeur d'Espine (de Genève) entre autres, ont donné comme sinonyme à cette forme le nom de rudimentaire (5).

Comme nous l'avons déjà expliqué à propos de la pneumonie rudimentaire, ne serait-il pas préférable de reserver ce nom de rudimentaire à la forme anatomique qui correspond à une pneumonie fruste, très localisée, n'occupant qu'une toute petite portion de lobe pulmonaire ?

La forme abortive de la pneumonie fibrineuse appartient essentiellement aux modalités évolutives et non anatomiques, en tant que volume de parenchyme pulmonaire atteint.

La pneumonie abortive est une maladie qui tourne court, qui se jugule d'elle-même. C'est l'opposée de la forme prolongée. Sa particularité c'est la brièveté ; peu importe qu'elle n'occupe qu'un point limité du poumon, qu'elle soit anatomiquement rudimentaire ou étendue.

Elle peut dans son évolution parcourir les phases habituelles du processus pneumonique d'une façon complète, mais rapide. Elle met les bouchées doubles, voilà tout. Ou

(1) L. Concetti. Sopra alcune forme anormali di pulmonite lobare nei bambini, *La pediatra*, anno VII, n° 5, maggio 1899, p. 131.

(2) Soltmann (de Breslau). Congrès de Rome, 1894.

(3) D'espine. *Ibid.*

(1) G. Caron de la Carrière. *De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge*, Th. de Paris, 1886. — M. Rabaut. *De la pneumonie chez l'enfant au-dessous de deux ans*, Th. de Paris, 1902.

(2) Léger. Th. de Paris, 1823.

(3) Littejohn. Latent pneumonia, *Edinburgh med. Journ.*, 1902, n° 4.

(4) D'Espine et Picot. *Pneumonie abortive*, 1879.

(5) D'Espine. *Rev. de méd. de Paris*, 1887, p. 97. — Urdariano. *De la pneumonie rudimentaire chez les enfants*, Th. de Genève, 1888. — D'Espine. *De la forme rudimentaire de la pneumonie franche infantile*, Cong. de Rome, 1894.

bien ce peut être une pneumonie qui s'arrête avant l'hépatisation.

Mais c'est si bien une affaire de temps qui domine la scène pathologique que la spléno-pneumonie de Grancher qui rentre dans le groupe des processus pneumoniques qui ne franchissent pas le seuil de l'hépatisation n'est pas pour cela écourtée dans sa durée.

Durée. — Le premier point à fixer dans l'existence de la pneumonie abortive est celui de savoir combien de jours elle doit durer au maximum pour être considérée comme telle.

D'une façon générale, il semble logique de dénier la qualité d'abortive à toute pneumonie qui n'est pas absolument terminée au bout de quatre à cinq jours au plus. Le type de vraie pneumonie abortive ne doit guère dépasser trois ou quatre jours, autrement on n'est plus en face que d'une *pneumonie écourtée* mais non avortée.

Courbe thermique, etc. — En général, dans la pneumonie fibrineuse de l'enfant, les trois courbes de la température, du pouls et de la respiration, conservent pendant la période d'état un certain parallélisme, sauf quelques exceptions (1). Au moment de la crise c'est d'abord la courbe thermique qui s'abaisse brusquement; la courbe du pouls suit de très près parfois, rarement de quelques heures en retard (2) ; celle de la respiration décroît mais progressivement en lysis, et c'est elle qui en dernier revient à la normale.

Dans les formes abortives de la pneumonie chez l'enfant, cette succession dans la chute des trois courbes se brusque et la courbe respiratoire tombe en crisis très rapidement (3). Ceci démontre encore que la pneumonie abortive n'est qu'une pneumonie qui va vite.

Pneumonie prolongée. — On peut admettre que *toute pneumonie qui excède beaucoup en durée* la moyenne de *huit à neuf jours est une pneumonie prolongée* ; toutefois, il faut ajouter, pour que cette variété soit une forme prolongée pure, que la prolongation ne soit pas due à autre chose qu'à la marche lente, traînante de la maladie, autrement il s'agit d'autres formes ou de complications surajoutées.

Ainsi, lorsque la longue durée de la maladie reconnaît pour cause l'envahissement successif des régions pulmonaires différentes, comme dans les formes migratrice ou serpigineuse, comme dans la forme double, on n'a pas à proprement parler affaire à la pneumonie prolongée vraie.

Le début peut affecter l'allure grippale et les signes de pneumonie n'arriver qu'en second lieu (Raybaud).

Marche. — Cette forme prolongée vraie existe bien par elle-même et le tableau clinique en varie peu. C'est le plus souvent un allongement de la période de splénisation qui compte à elle seule huit à dix jours; l'hépatisation n'évolue qu'ensuite avec son aspect habituel.

Durée. — La durée de ces pneumonies varie. Dans deux cas publiés par M. Ch. Leroux (4), chez des enfants l'un de deux ans et demi, l'autre de dix ans, la maladie se prolongea chez le premier dix-huit, chez le second vingt jours. Tous deux guérirent.

(1) Bonnard Favre. *La température dans la pneumonie chez les enfants*, Th. de Paris, 28 avril, 1898.

(2) Paumelle. *Recherches sur le pouls dans la pneumonie chez les enfants*, Th. de Paris, 1896.

(3) Eug. Schlesinger. 173 Fälle croupöser Pneumonie unkinderalter, *Archiv. fur Kinderheikunde*, décembre 1897.

(4) Ch. Leroux. Deux cas de pneumonie prolongée, Soc. de pédiat., 13 nov. 1901.

La maladie peut se prolonger au-delà, jusqu'à vingt-cinq jours (1).

Des cas analogues ont été vus dans la grippe par M. L. Guinon (2).

Forme récidivante. — Lorsque, après un temps suffisant pour qu'on ne puisse songer à une réversion ou à une rechute, la pneumonie se produit à nouveau, elle est dite récidivante. Le fait n'est pas rare.

La récidive peut suivre la pneumonie première à plus ou moins de distance. Parfois l'intervalle se montre très long, comme dans un cas consigné par M. le docteur J. Comby dans lequel il s'écoula six ans (3), chez le même petit garçon, la première fois à cinq ans, secondairement à une grippe, la seconde à 9 ans, à la suite d'une rougeole de longue durée, au même sommet droit, pneumonie fibrineuse de marche normale et semblable aux deux dates différentes.

Forme a rechutes. — *Fréquence.* — Chez l'adulte, la pneumonie franche aiguë rechute peu. Si Grisole dans son traité de la pneumonie en admet une sur vingt-huit, M. A. Chauffard (4) fait remarquer l'extrême rareté de la rechute, puisqu'il n'en a encore vu qu'un seul cas, malgré une moyenne annuelle d'une cinquantaine de pneumonie, soignées dans ses salles.

Cette proportion ne serait pas gardée chez l'enfant. Dans le jeune âge, non seulement on peut voir la pneumonie fibrineuse suivie d'une rechute, mais on observe même plusieurs rechutes consécutives.

Depuis Binz qui en a déjà rapporté un cas dès 1864, où il se fit deux rechutes successives, on compte encore deux cas publiés par Tordeus [de Bruxelles (5)], deux cas cités par M. J. Comby (6) dont un à rechute unique, l'autre à rechute double.

Chez un enfant de trois ans atteint de pneumonie du sommet droit, M. L. Guinon a vu deux rechutes successives.

On relève encore dans la littérature médicale un cas dû à M. le docteur Stockton de [Philadelphie (7)] quelques cas à M. le professeur L. Concetti [de Rome (8)] et d'autres donnés sous le nom de *pneumonie erratique* par M. le docteur Palier [de New-York (9)].

Pour ces dernières il y a peut-être une confusion dans la classification. Du reste c'est ce qui semble un peu dominer dans les appellations sous lesquelles on décrit les différentes formes de pneumonie fibrineuse.

Cette confusion paraît assez évidente lorsqu'on lit les observations. En effet tantôt la pneumonie rechute au même poumon et au même lobe. Ce serait là la vraie pneumonie à rechute.

D'autres fois on signale que c'est un autre lobe du même poumon ou même que c'est l'autre poumon qui est atteint à son tour. Dans ces deux modalités on peut se demander s'il y a pneumonie à rechute proprement dite ou s'il ne serait

(1) A. Raybaud. Les formes prolongées de la pneumonie lobaire chez l'enfant, communic. au Comité méd. des Bouches-du-Rhône, 14 fév. 1902.

(2) L. Guinon. *Ibid.*

(3) J. Comby. Récidive de la pneumonie franche, *Arch. de méd. des enf.*, avril 1902, p. 218.

(4) A. Chauffard. Pneumonie franche à rechute, *Presse méd.*, 18 janv. 1899, p. 25 et suiv. — Mlle M. Kansinski, Th. de Paris, 1899.

(5) Tordeus. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1888.

(6) Comby. *Traité des maladies de l'enfance.*

(7) Stockton. *Philad. med. Journ.*, 1898.

(8) Concetti. *La Pediatria*, mai 1899.

(9) Palier. *New-York med. Journ.*, 1899.

pas plus juste de ranger ces faits dans les formes anatomiques et sous la rubrique de migratrices, erratiques, progressives.

Pour que la pneumonie puisse être dite à rechute il faut aussi une autre condition, c'est qu'entre la première et la seconde atteinte, il ne se soit pas écoulé un temps trop long, il ne faut pas qu'il y ait eu entre elles un intervalle de convalescence. Les observations publiées paraissent satisfaire à ce desideratum, c'est rapidement, au bout d'un à deux jours à peine d'apyrexie, tantôt au bout de huit jours au plus, que réapparaît le processus pneumonique.

Aucune forme de pneumonie ne prédispose aux rechutes ni ne protège contre elles; formes abortives, éphémères, plutôt congestives, aussi bien que formes intenses ou prolongées avec hépatisation vraie, peuvent être suivies de rechute.

Comparée à la première atteinte, la rechute peut être ou plus courte ou plus longue, plus bénigne ou plus grave. Parfois les deux pneumonies ont une certaine ressemblance.

Pronostic. — Toutefois malgré le retour de la maladie, le pronostic général ne s'en assombrit guère. La guérison semble la règle habituelle.

Pneumonie intermittente. — Avant d'entrer dans les quelques détails que comporte cette forme de pneumonie franche, il importe de s'entendre d'abord sur la signification du terme intermittent comme qualificatif de pneumonie.

Les auteurs reconnaissent tous que l'épithète d'intermittente n'implique aucune parenté avec le paludisme, la pneumonie intermittente ne veut pas dire pneumonie malarique ni même pneumonie chez un impaludique.

C'était un premier point qu'il fallait nettement établir.

La pneumonie des malariques ou pneumo-paludisme décrit par M. le docteur Schoull (1) n'est donc pas la pneumonie intermittente.

Si la pneumonie intermittente n'est pas malarique, est-il suffisant pour constituer la forme dite intermittente que la température offre une courbe à intermittences plus ou moins nettement marquées? Ne devrait-on pas exiger qu'en plus les intermittences se reproduisissent dans les symptômes et la marche de la maladie?

On n'a pas toujours tenu compte de cette distinction dans les observations publiées.

On y voit souvent l'indication très nette de la température qui monte, puis revient à la normale pour remonter encore; mais on trouve quelquefois, dans les faits publiés, moins de renseignements au sujet des symptômes eux-mêmes.

C'est ainsi que dans l'observation publiée par le professeur Ed. Tordeus [de Bruxelles (2)], qui a rapport à une petite fille de six ans, on constate, soigneusement noté, le caractère de la fièvre qui est nettement une fièvre intermittente; mais on ne voit pas que les signes suivent par leur atténuation ou leur aggravation les hauts et les bas de la variation thermique.

D. **Formes protopathiques.** — La pneumonie sans abandonner cependant son caractère de pneumonie fibrineuse au point de vue anatomo-pathogénique, même sans ressortir à un autre agent pathogène que le pneumocoque lancéolé, au point de vue bactériologique, peut se montrer sous des formes qui tirent leur originalité de l'essence spéciale de l'infection en jeu.

Il y a la *pneumonie infectieuse* par elle-même, proprement dite, ce n'est pas celle qu'on voit le plus souvent chez l'enfant.

Les autres pneumonies protopathiques appartiennent aux infections qui comprennent la pneumonie fibrineuse parmi leurs manifestations; mais la place que la pneumonie prend dans le complexus clinique de ces maladies l'élève au-dessus du rang de complication, ainsi que nous l'observons fréquemment dans la grippe.

Pneumonie grippale. — Bien que nettement fibrineuse, croupale comme on dit dans certains pays étrangers, sans bâtardise de broncho-pneumonie, la pneumonie grippale se distingue de la forme commune franche, dite inflammatoire, par quelques particularités, sur lesquelles a principalement insisté M. le docteur De Bruin [d'Amsterdam (1)].

Symptômes. — Déjà, au point de vue de la température, on ne constate pas le type continu d'oscillations ascensionnelles, mais une série d'oscillations en haut ou en bas, avec des écarts qui peuvent atteindre même 2 degrés. Toutefois la maladie se termine en crisis, ainsi dans l'observation de M. De Bruin chez un petit garçon de deux ans, atteint de pneumonie grippale double, où du jour au lendemain le thermomètre s'abaissa de 39°8 à 35°5. Ce qui n'empêcha pas qu'au bout de cinq jours la température ne remontât à 40°4, en même temps que réapparaissaient des signes de pneumonie du côté gauche à la base, avec propagation, quatre ou cinq jours après, aux autres lobes, ainsi qu'au lobe moyen du côté droit. Cette rechute se terminait après treize jours par une descente de la température en *lysis*.

La forme présentée par cette pneumonie est à la fois à rechute (plutôt que récidivante, bien que l'auteur ait mis en hollandais recidiveerende pneumonie), intermittente ou rémittente et migratrice.

Assez souvent la matité s'accompagne d'une certaine *résonnance tympanique* qui gêne pour la délimitation exacte des lésions.

On peut en plus, dans un même ordre de constatations, noter des signes pseudo-cavitaires (2). Pendant un moment ces signes pourraient en imposer pour une tuberculose pulmonaire, une gangrène, un pneumothorax, etc., s'ils n'avaient pas un peu une allure spéciale : ils naissent assez rapidement, se montrent mobiles, variables et assez souvent s'atténuent et s'effacent au bout de peu de jours.

Marche. — L'explosion subite du début de la pneumonie n'arrive qu'après quelques prodromes de catarrhe des muqueuses, coryza, conjonctivite, etc., comme dans le stade de début de la rougeole.

Parfois persistance de signes, convalescence lente.

Dans la grippe, la pneumonie, d'après les cas vus par M. L. Guinon (3), ne débute ni ne se termine aussi franchement que dans la pneumonie.

La pneumonie grippale se montre d'une façon épidémique

(1) Schoull (de Tunis). Du pneumo-paludisme du sommet, Soc. méd.-chir., oct. 1900.

(2) Ed. Tordeus. Un cas de pneumonie intermittente, *Journ. de clin. et de thérap. inf.*, 12 août 1897.

(1) De Bruin. Pneumonie en kinder Griep, *Genootschap ter bevordering der natur, — genees — en heelkunde te Amsterdam*, 29 mars 1901, p. 79.

(2) V. Neumager. Les signes pseudo-cavitaires dans les pneumonies grippales, Th. de Paris, 1901. Voir *Gaz. des hôpit.*, 27 août 1901.

(3) L. Guinon. Soc. de pédiat., 13 novembre 1901.

plutôt qu'endémique. Elle atteindrait de préférence les jeunes sujets au-dessous de trois ou quatre ans (1).

Bactériologie. — Au point de vue bactériologique, la pneumonie grippale chez les enfants ressortit au pneumo-diplocoque et non au bacille de Pfeiffer.

PNEUMONIE CACHECTISANTE. — *Symptômes.* — Dans cette forme bien mise en lumière par M. le professeur P. Blasi [de Rome (2)], les phénomènes réactionnels propres à la pneumonie font totalement défaut. On ne retrouve ni le début brusque, mais un début traînant, ni la courbe thermique à chiffre élevé, ni la défervescence subite, mais le maintien de la température à un niveau subnormal 38 degrés, 38°5, et même de l'hypothermie 35°5-34°5 [Racchi (3)], c'est la *pneumonie froide* (Titomanlio), ni aucun des signes provoqués par le trouble apporté à la fonction respiratoire (pneumonie latente), à peine de toux, peu de dyspnée ou tardivement dans les cas les plus graves.

La caractéristique de cette forme clinique consiste essentiellement dans une atonie générale et une dépression profonde des pouvoirs vitaux et nutritifs.

C'est l'analogue de ce que Barthez et Rilliet, ainsi que Sannez ont décrit, mais pour la broncho-pneumonie.

Chez les enfants qui présentent cette forme, il y a plutôt lieu d'accuser le terrain que l'agent infectieux lui-même, comme cause déterminante de cette modalité spéciale de la maladie.

Ce sont des enfants pauvres, très jeunes, « de mauvaise apparence (*malus habitus*), malades depuis des semaines déjà, à santé altérée, convalescents de fièvres à type indéterminé ou de catarrhe intestinal, » ou syphilitiques héréditaires (A. Titomanlio) ou rachitiques. On peut ajouter les enfants d'alcooliques, quelquefois de plus alcoolisés.

On les rencontre presque exclusivement à l'hôpital et non en ville.

On note des symptômes habituellement peu observés dans la pneumonie, comme de la diarrhée légère, de l'œdème de la face, associé ou non à celui des extrémités, mais sans albuminurie.

C'est une forme de pneumonie, par exception grave chez l'enfant, non du fait de l'infection pneumococcique, mais du fait du terrain.

Quelques jours avant la mort, se fait une élévation brusque de la température et apparaissent dyspnée et toux; l'adynamie augmente et l'enfant meurt en collapsus dans une convulsion.

En cas de guérison, il n'y a pas de phénomène critique, peut-être quelquefois tout au plus une esquisse de crise sudorale.

La maladie dure environ deux semaines.

Rien de spécial au point de vue anatomo-pathologique, lésions d'hépatisation pulmonaire d'un ou de plusieurs lobes, unilatérales ou bilatérales, sommet ou base, avec plus ou moins d'exsudat pleural ou d'épanchement péricardique, avec un foie congestif ou gras, une grosse rate ramollie, etc.

(1) FILATOW. *Arch. f. Kinderheilk.*, 1884, et *Séméiologie et diagnostic des maladies infantiles.* Traduction Périer. — KASSOWITZ. *Vorlesungen über Kinderheilkunde in Alter der Zahnung.* — LUZZATO. Ueber pneumococcen Grippe in Kindesalter, *Jahrbuch f. Kinderheilk.*, 1900.

(2) P. BLASI (de Rome). Le polmoniti cacettiche nell'infanzia, *Atti dell'XI Congr. med. internaz.*, Roma, 1894.

(3) G. RACCHI (de Naples). *Ibid.*

C'est la pneumonie des jeunes enfants au-dessous de sept ans, des enfants « mal nourris, mal vêtus, mal logés », des « enfants d'hôpital ». C'est l'analogue de la pneumonie des vieillards et des diabétiques [A. Titomanlio (1)].

Diagnostic. — La difficulté d'avoir des crachats pour les examiner, rend difficile le diagnostic de cette pneumonie cachectisante avec la tuberculose pulmonaire. Nous avons vu cependant, à propos de la pneumonie centrale, que ce n'est pas une difficulté absolument insurmontable et qu'on peut se procurer des crachats pour l'examen bactériologique.

Le *pronostic* peut se juger par la proportion de 16 décès sur 18 cas observés par M. le professeur P. Blasi et de tous ceux vus par M. Racchi.

Traitement. — Éviter la congestion passive, combattre l'adynamie, telles sont les deux indications thérapeutiques à remplir.

Ce n'est donc plus le traitement souvent expectatif de mise pour la pneumonie lobaire, mais une intervention énergique et soutenue.

On cherchera à remonter l'organisme pour le mettre en état d'user de ses défenses naturelles dans les conditions les moins défectueuses. En somme, la pneumonie cachectisante des enfants réclame l'utilisation des mêmes moyens qu'on emploie contre la broncho-pneumonie.

Les autres formes protopathiques n'ont pas donné lieu à des publications visant spécialement les enfants; elles ne se distinguent guère chez lui de celles qu'on décrit chez l'adulte.

E. **Formes chronologiques.** — Dans les *formes chronologiques*, la *forme secondaire* ne diffère de la primitive que par le pronostic plus sévère par suite de la résistance moindre du sujet déjà débilité par la maladie antérieure et dont l'organisme n'a plus que des défenses qui fléchissent.

L'allure clinique est aussi moins nette.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Syndicat médical de la région de Bourg. — Les médecins qui seraient invités à venir à Bourg (Ain) faire le service des sociétés de secours mutuels, sont prévenus que cette ville est largement desservie par 11 praticiens et 2 spécialistes.

Le Syndicat médical de la région de Bourg, qui comprend à Bourg 10 adhérents sur 11 résidants, les renseignera volontiers sur la situation proposée et les causes de cette invitation intéressée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement de la constipation, par le docteur FROUSSARD, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface par le docteur Maurice SOUPAULT, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 100 p. cart. (Actualités méd.). — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) A. TITOMANLIO (de Naples). *Ibid.*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

NUCLÉNAL BOUTY ACCROISSEMENT DÉVELOPPEMENT REPRODUCTION

Nucléine Phosphoglycérates

3 à 4 Dragées par 24 heures, au moment des repas. — 1, Rue de Châteaudun, PARIS.

AFFECTIONS PULMONAIRES
Traitées par le
Thiocol Roche
Dérivé succédané de la **CRÉOSOTE**
Soluble, Inodore, Insipide
2 à 8 gr. par jour.
(1 gramme Thiocol = 0,52 Gaïacol actif).

Thigénol Roche
Huile sulfitée sodique sulfurée
qui contient 10 °/₀ de **SOUFRE**
*Succédané de l'***ICHTYOL**
Inodore, Insipide, Soluble eau.
Les taches de Thigénol sur le linge disparaissent par simple lavage à l'eau.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, 7, *Rue Saint-Claude*, *PARIS* (IIIe).

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc.
CAPSULES OVARIQUES VIGIER
à 0gr20 centigr. de *Substance ovarienne*. — Dose : 1 à 6 capsules par jour.
Phie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

VIN DE BUGEAUD
TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO
Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium. Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURE *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI
Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

Adrénaline Clin

(Principe actif des Capsules surrénales)

HÉMOSTATIQUE, VASO-CONSTRICTEUR
LE PLUS PUISSANT

SOLUTION D'ADRÉNALINE CLIN (Chlorhydrate)
au millième (1/1000e)
Cette Solution *forte* trouve son emploi surtout dans les interventions chirurgicales.— LE FLACON : **5** fr.; PETIT FLACON ; **1f50.**

COLLYRE D'ADRÉNALINE CLIN (Chlorhydrate)
au cinq millième (1/5000e)
Cette Solution *faible* est indiquée en ophtalmologie, soit seule, soit en association avec la *Cocaïne*, l'*Atropine*, l'*Eserine*, etc. — LE FLACON : **4** fr.

SOLUTION D'ADRÉNALINE CLIN (Chlorhydrate)
En **Tubes stérilisés** pour *Injections hypodermiques.*
Titrée à 1/2 milligramme par centimètre cube. — LA BOITE : **6** fr.

ADRÉNALINE CLIN Chimiquement pure.
En divisions de cinq centigrammes.— LE TUBE : **4** fr.

INDICATIONS
- **OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE** (Ischémie du Champ opératoire);
- **OPHTALMOLOGIE** (Conjonctivites, Glaucomes, Épisclérite, etc.);
- **CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES** (Rétrécissements, etc.);
- **MÉDECINE GÉNÉRALE** (Hémoptysies, Hématémèse, Hémorroïdes, etc.).

CLIN & COMAR, 20, *Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.* 910

N° 75. — MARDI 30 JUIN 1903. 76° ANNÉE. MARDI 30 JUIN 1903. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

NOTE SUR L'ADRÉNALINE

Par le docteur A. BRETON (de Dijon), ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*Travail du Laboratoire de physiologie comparée de la Faculté des sciences de Dijon.*)

L'adrénaline est l'un des principes actifs des capsules surrénales. En 1901 Takamine et Abel isolaient de ces organes le composé organique qui jouit de propriétés spéciales. Ce principe actif était appelé par le docteur Lermoyez (*Presse méd.*, 1902) « l'alcaloïde de la bande d'Esmark » grâce à son action ischémiante, des plus intenses.

D'après M. Takamine, l'adrénaline, dont la formule est $C^{10} H^{15} AzO^3$, est une poudre microcristalline blanche de saveur amère, peu soluble dans l'eau froide, insoluble dans l'alcool et l'éther. Elle a une faible réaction alcaline. Parmi ses sels, tartrate, benzoate, chlorhydrate, ce dernier est le plus employé, vu sa grande solubilité dans l'eau et ses solutions assez stables.

Au Congrès de médecine interne de Montpellier (avril 1898) l'opothérapie fut discutée. Parlant de glandes surrénales, de Cérenville (de Lausanne), cite les travaux de Brown-Séquard Gley, Langlois, Abelous, Szymonowicz, établissant que ces capsules possèdent une sécrétion interne. Cette sécrétion déversée dans la veine surrénale a pour action principale de relever la pression artérielle et d'entretenir la tonicité musculaire. On prête en outre aux glandes surrénales une fonction antitoxique générale s'exerçant plus spécialement contre les produits du métabolisme musculaire. M. le professeur Gilbert et M. Carnot montrent le rôle physiologique des glandes, par la faible survie chez les animaux décapsulés. Pour ces auteurs, l'extrait de la glande est très complexe, très toxique, à rôle vaso-moteur brusque, énergique et passager. Ch. Livon a donné le compte rendu de ses expériences faites avec les capsules saines de bœuf et a constaté une hypertension considérable. L'augmentation de la tension sanguine a été mise en évidence par les premiers travaux de Cybulski (de Cracovie), d'Oliver et Schafer (de Londres).

Langlois a démontré que les capsules qui ne sont pas trop hypertrophiées renferment encore le principe actif déterminant l'hypertension et qu'il résistait à une température de 110 degrés. Cette hypertension peut s'obtenir par injection intra-veineuse de sang veineux surrénal, ce qui démontre bien que la substance active quitte la glande par les voies veineuses (Sergent et Bernard). Selon Battelli (travail du laboratoire de physiologie de l'Université de Genève), les capsules surrénales ne feraient qu'accumuler l'adrénaline apportée par le sang. Elles seraient, pour cet expérimentateur, un réservoir et non un organe producteur.

Les propriétés remarquables de l'extrait des capsules surrénales ont déjà été mises en valeur par de nombreux travaux. Outre ceux cités ci-dessus, nous mentionnerons les expériences de MM. Ch. Bouchard et Claude (1902), Stephen Longworth (*Brit. med. J.*, 1902), professeur Lépine (*Semaine méd.*, 1903), la thèse de Trivas (Bordeaux 1902). De l'ensemble des faits connus, se dégagent comme bien déterminées, la vaso-constriction énergique, l'élévation considérable de la tention artérielle. L'action est immédiate et très passagère. Elle ne dure que deux à quatre minutes. Une très légère hypotension, également transitoire, succède à l'hypertension. La pression sanguine s'élève et s'accroît encore après la section du vague ou sa paralysie par l'atropine. L'énergie cardiaque augmente mais pendant un temps assez court. La brièveté d'action de l'injection d'extrait tient, selon Langlois, à la destruction de la substance dans l'organisme par oxydation ; d'après Schafer, à la destruction du principe actif dans son passage à travers les muscles.

Quand l'hypertension a cessé, la pression revient peu à peu à son point initial. A ce moment, vient-on à pratiquer une nouvelle injection, les mêmes effets se produisent. On les constate non seulement chez les animaux dans les conditions expérimentales normales, mais encore chez ceux qui sont épuisés par des expériences antérieures. Nous avons pu nous en rendre un compte exact au laboratoire.

Quel est le mécanisme de l'action physiologique ? « A la suite d'une injection d'extrait surrénal dans les conditions

voulues on observe les phénomènes suivants : la tension artérielle s'élève, le pouls se ralentit, le cœur ralenti devient arythmique et les pulsations sont renforcées. L'effet hypertenseur du principe surrénal n'est que la conséquence de la vaso-constriction, qu'il détermine » (Sergent et Bernard).

A quoi est due cette vaso-constriction? D'origine centrale pour Cybulski, Cyon, Szymanowicz, Guinard et Martin ; d'origine périphérique pour Oliver, Schafer, Takamine, Hounghton, cette action périphérique est attribuée à l'action directe du tissu musculaire cardio-artériel (Oliver, Schafer), aux ganglions nerveux périphériques vaso-constricteurs (Gottlieb), à l'excitation de tout l'appareil vaso-moteur périphérique, nerveux et musculaire (Borntan, Langlois), à l'excitation de tout l'appareil sympathique vaso-constricteur central et périphérique [Cyon, Guinard et Martin (in Bernard et Sergent)].

Dans les expériences personnelles que nous rapportons, nous avons utilisé l'adrénaline employée cliniquement. Nous nous sommes servi des préparations de la maison Clin : solution de chlorhydrate à 1 p. 1 000, tubes stérilisés, solution titrée à 1/2 milligramme de chlorhydrate d'adrénaline par centimètre cube et de poudre d'adrénaline.

Nous remercions MM. Comar de la gracieuseté avec laquelle ils ont mis à notre disposition les produits dont nous avons eu besoin.

Nous avons expérimenté sur des chiens, des chats, des lapins et des rats. Les animaux étaient généralement curarisés. La respiration artificielle était entretenue régulièrement par un moteur à eau. L'expérimentation ne commençait qu'après un contrôle rigoureusement observé des fonctions physiologiques normales dûment enregistrées. La pression sanguine était toujours prise dans l'une des carotides. Les injections étaient pratiquées dans l'une des veines du membre postérieur. Chez le chat et le chien, nous avons pu enregistrer directement au graphique les battements cardiaques et le rythme respiratoire. M. le docteur Jobert, professeur de physiologie comparée à la Faculté des sciences de Dijon, a bien voulu diriger lui-même ces expériences qui ont toutes été faites sous le contrôle de sa haute autorité. Nous lui exprimons sincèrement notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son laboratoire. Nous le remercions des conseils qu'il nous a donnés et de la peine qu'il a prise pour que ces travaux aient leur rigueur scientifique.

Voici les résultats. L'injection intra-veineuse d'adrénaline provoquait une montée de pression, une minute à une minute et demie après l'injection. Cette hypertension faisait monter le manomètre de 10 ou 11 centimètres à 20 et au delà. La tension se maintenait pendant trois à quatre minutes et revenait lentement à la normale. Immédiatement avant l'augmentation de pression, il se produisait une chute de courte durée, comme si on avait excité le bout périphérique du pneumogastrique. Après l'injection, lorsque la pression était redevenue physiologique, l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique déterminait une chute de pression mais faible, avec ralentissement du cœur. L'excitation du bout central ne donnait rien, causait une chute de pression, ou donnait lieu à une réaction excessivement faible. L'excitation du nerf accélérateur, unie à l'asphyxie, causait une légère montée du manomètre. Après avoir poussé l'asphyxie de l'animal en expérience jusqu'aux limites ultimes compatibles avec la survie, en rendant la respiration et pratiquant une nouvelle injection d'adrénaline (1/2 milligramme pour un chien de 10 à 11 kilos), la pression remontait rapidement de 5 centimètres à 14 centimètres. L'excitation du bout périphérique du pneumogastrique déterminait une chute de pression mais affaiblie. L'excitation réitérée du bout central ne donnait aucune réaction. La baisse de pression qui suivait l'excitation du bout périphérique du vague, faisait rapidement place à une ascension manométrique. L'asphyxie finale des animaux injectés causait la mort plus lentement que d'habitude. Il fallait un temps à peu près double. Chez le lapin, l'excitation du dépresseur ne donnait rien après l'injection. Nous avons constaté qu'une dose de 5/8 de milligramme de solution de chlorhydrate d'adrénaline titrée à 1/2 milligramme par centimètre cube, en injection intra-veineuse, tuait un lapin du poids de 3 kilos. Un chien de 10 à 12 kilos peut supporter sans danger une injection intra-veineuse d'un milligramme. Au cours de ces expériences, chez les lapins et les chats, plusieurs fois une syncope cardiaque s'est produite, immédiatement après l'injection. Il y avait, en même temps, arrêt de la respiration en expiration, avec diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires.

Sous l'influence de l'adrénaline, en injections, la respiration s'accélère et devient plus superficielle. A la période terminale, chez le lapin, il y a perturbation considérable du rythme respiratoire qui devient désordonné. Comme le signale le professeur Lépine, l'injection d'une forte dose arrête la respiration avant le cœur et la respiration artificielle est sans effet. Nous avons toujours remarqué l'atténuation considérable des réflexes par excitation des bouts central ou périphérique des vagues. Nous inclinons à considérer l'adrénaline comme un toxique bulbaire dont le maniement doit être surveillé chez les malades. Langlois a constaté que les substances actives des capsules surrénales avaient une action analogue à celle du curare. En effet, en comparant les tracés pris sur des rats tués, les uns par l'adrénaline, les autres par le curare, il était facile de se rendre compte qu'ils étaient superposables. L'un et l'autre tuent par asphyxie bulbaire.

Les accidents syncopaux des animaux en expérience ont été observés chez les malades. Von Fuerth a signalé une syncope avec convulsions. Roussel a relaté du vertige, des angoisses, de l'arythmie cardiaque. Souques et Morel ont noté des vertiges, des maux de tête, des nausées, une sensation de constriction thoracique. Selon le docteur Michaut (*communication orale*), l'injection d'adrénaline, qu'il a pratiquée chez de nombreux cancéreux, cause, après vingt à trente secondes, une angoisse thoracique très pénible avec trémulation généralisée et angoisse respiratoire concomitante.

Nous avions pensé enregistrer la vaso-constriction des fosses nasales à la suite des injections intra-veineuses, grâce au tamponnement, mais les appareils enregistreurs n'ont rien donné.

Emploi clinique d'adrénaline. — Après Le Noir, le professeur Bouchard, Mossé (de Toulouse), nous avons traité des hémorroïdaires. Nous avons employé la technique suivante. Il s'agissait de malades ayant des hémorroïdes procidentes ou non, réductibles, mais donnant d'abondantes hémorragies à chaque garde-robe. Quinze à vingt minutes avant la selle, le malade introduisait dans l'anus (non dans le rectum) un tampon d'ouate hydrophile imprégné de la solution à 1 p. 1000. Dès la première application l'hémorragie s'arrêtait. En continuant pendant cinq à six jours cette méthode au moment de la défécation, nous avons enrayé

les pertes de sang, et pour certains paquets veineux, empêché la procidence. Quelques-uns de nos clients, ainsi traités depuis quatre mois, n'ont pas eu de nouvelles pertes de sang, malgré des efforts quelquefois violents dans l'expulsion du bol fécal. Pour des hémorroïdes haut placées, l'adrénaline incorporée à des suppositoires nous a donné de bons résultats.

Dans les hémoptysies tuberculeuses, la solution à 1 p. 1000, prise en potion à raison de XV à XX gouttes, nous a réussi plusieurs fois.

Les mêmes doses nous ont donné un succès chez une hystérique atteinte de gastrorragie rebelle aux hémostatiques ordinaires.

Vu les résultats de Schafer, Slight, Malcolm et Prost, nous avons essayé ladite solution *per os* chez une cancéreuse utérine âgée de soixante et onze ans. L'adrénaline arrêtait parfaitement les pertes de sang. Son emploi combiné aux injections de bichlorhydrate de quinine, suivant la méthode de Jaboulay, nous a permis de prolonger l'existence, pendant près de deux ans, d'une femme inopérable au moment où nous commençâmes à lui donner des soins.

La solution d'adrénaline à 1 p. 1000 a produit un résultat vraiment extraordinaire dans un cas de cancer des capsules surrénales chez un homme de cinquante-neuf ans. Au déclin de la maladie, notre patient fut pris d'hémorragies multiples, pour lesquelles il réclama nos soins : épistaxis, hémoptysie, entérorragie, hématurie, stomatorragie, épanchements sanguins sous-cutanés de toute la région dorso-lombaire, des bras et avant-bras, des cuisses, des flancs. Des deux côtés du cou, en particulier, volumineux hématomes de la grosseur d'une forte orange. Le malade, dans un état de prostration et d'affaiblissement extrêmes, semblait devoir succomber rapidement. Nous avons prescrit journellement une dose de XX gouttes de la solution. Sous l'action de ce médicament, non seulement les hémorragies s'arrêtèrent, mais encore la résorption des épanchements sous-cutanés s'opéra; le malade survécut à ces symptômes qui paraissaient devoir le foudroyer. La mort ne fut que la conséquence de l'état de cachexie et des progrès de la maladie.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(26 JUIN 1903)

M. Widal est revenu, cette fois en collaboration avec M. Javal, sur ce qu'il appelle la **cure de déchloruration**. Il a bien voulu nous en donner un court résumé que nous publions comme il nous le donne. Il s'agit, en effet, d'une matière délicate à exposer et surtout à résumer :

« L'action du chlorure de sodium sur la genèse des œdèmes au cours des néphrites à prédominance épithéliale, a été mise hors de doute par les observations que l'un de nous a rapportées récemment avec M. Lemierre.

Ce fait, comme nous l'avons fait prévoir, soulève des problèmes multiples particulièrement intéressants pour la pratique.

Chez un malade, atteint de néphrite épithéliale, nous avons chaque jour étudié les échanges des chlorures pendant soixante-douze jours.

Durant ce long temps, neuf fois nous avons fait varier brutalement la chloruration du régime. Nous avons, de la sorte, provoqué alternativement cinq fois la décharge des chlorures et quatre fois leur rétention.

Nous avons pu ainsi, à notre volonté, réaliser les œdèmes ou provoquer la deshydratation de l'organisme.

Le poids de notre malade a oscillé au cours de nos expériences entre les limites extrêmes de 56 et 66 kilogrammes. Au moment où, dans sa course ascendante sous l'influence de la chloruration, le poids franchissait 62 kilogrammes environ, l'œdème faisait son apparition; inversement, lorsque, sous l'influence de la déchloruration, le poids dans sa marche descendante tombait à 1 kilogramme près au-dessous de ce même chiffre, l'œdème s'effaçait.

Il y avait donc, dans l'organisme de notre malade, une tolérance d'hydratation sans œdème de 6 kilogrammes, à partir de son poids minimum.

La balance nous permettait ainsi de prévoir, presque à jour fixe, l'apparition de l'œdème en nous permettant de suivre jour par jour l'augmentation du poids pendant toute la période d'hydratation qu'on pourrait appeler celle du *pré-œdème*.

Malgré l'élimination défectueuse du chlorure de sodium, l'élimination du bleu chez notre malade était presque normale.

La courbe de l'albuminurie, ce symptôme capital au cours des néphrites, a suivi une évolution des plus remarquables. Elle a toujours varié, d'une façon générale, dans le même sens que l'hydratation et la chloruration des tissus.

Les chlorures ont donc, sur la pathogénie de certains œdèmes brightiques, une puissance d'action qu'on ne saurait plus méconnaître. Le sel est, chez certains brightiques épithéliaux, à certains moments un aliment dangereux.

Voici un malade qui, depuis le début de sa néphrite, ne pouvait plus supporter une alimentation solide sans voir immédiatement les œdèmes apparaître et l'albuminurie s'élever. Il lui suffisait de quelques jours de régime lacté pour voir les œdèmes s'effondrer et l'albuminurie diminuer.

Or, chez cet homme nous avons pu, avec le régime lacté, faire éclater les crises d'œdème et d'albuminurie; avec un régime composé de 400 grammes de viande noire crue, de 500 grammes de pain ou de 1 000 grammes de pommes de terre nous avons pu à volonté faire disparaître l'œdème et l'albuminurie.

Pour produire des effets si contraires, il a suffi d'intervertir la chloruration ordinaire des régimes, 10 grammes de chlorure de sodium, pris quotidiennement avec le lait, ont suffi pour le rendre le plus malfaisant des aliments. La suppression du chlorure de sodium dans le régime carné lui a enlevé ses effets nuisibles.

Le lait, dont l'empirisme avait depuis longtemps montré les bons effets, agit surtout en raison de sa pauvreté relative en chlorures. Nous venons de montrer que l'on peut obtenir un régime moins chloruré encore que le régime lacté. La nature de l'aliment peut importer moins que sa richesse en sel. Par des preuves expérimentales tirées de l'observation clinique, nous avons établi que des aliments solides très variés, pris isolément ou combinés au lait, peuvent, s'ils ne sont pas additionnés de sel, devenir pendant un temps d'excellents adjuvants pour une cure temporaire de déchloruration. »

M. Chauffard, à l'aide d'un tableau fort minutieusement fait, étudie le **rapport des courbes d'urine et de poids chez les asystoliques à grands œdèmes.**

L'étude comparée des courbes quotidiennes d'urine et de poids chez les asystoliques montre le rapport intime qui

unit la disparition des œdèmes à la polyurie provoquée.

La perte de poids peut être énorme, variant entre 11 et 14 kilogs dans les trois cas étudiés, interrompue le plus souvent, et s'arrêtant brusquement quand la totalité des œdèmes est résorbée.

La courbe urinaire est exactement inverse de celle des poids, et varie en sens contraire. De plus, la somme des urines rendues pendant la durée de la crise polyurique est toujours très supérieure à la perte de poids enregistrée pendant le même laps de temps. Le calcul montre, en effet, que les trois malades étudiés ont uriné, outre la valeur de leurs œdèmes, un excédent urinaire moyen par jour de 1 litre et demi dans un cas, de 1 litre chez un autre malade, de 800 centimètres cubes chez une femme.

La même recherche faite pour les chlorures donnerait probablement un résultat analogue.

La polyurie critique des asystoliques, comme celle qui accompagne la résorption des épanchements de la plèvre et du péritoine, est précédée d'une phase de résorption œdémateuse; d'une reprise dans les tissus infiltrés d'éléments très complexes, dont le NaCl est un des plus importants, sans que l'on puisse la considérer comme un agent vecteur, un entraînant direct de sérosité.

La digitale, chez l'asystolique infiltré, agit par vasoconstriction périphérique et renforcement de la tonicité cardiaque, pour réaliser une sorte d'expression des parenchymes et des espaces conjonctifs. Il se fait dès lors une sorte d'auto-injection de sérum isotonique, et la diurèse, ainsi associée, continue par un mécanisme automatique jusqu'à épuisement complet des réserves œdémateuses.

Les courbes de poids, déjà étudiées chez les cardiaques par Jacobaüs, donnent donc les renseignements les plus précieux, surtout quand on les enregistre en fonction de la sécrétion urinaire. C'est le rapport des deux courbes qu'il est surtout utile d'envisager.

M. Gouget présente une femme de quarante ans, atteinte de **leucémie spléno-médullaire**. La santé de cette femme est satisfaisante. Ce qui caractérise histologiquement ce cas, c'est l'augmentation des polynucléaires, c'est l'existence de nombreux mononucléaires granuleux et d'hématies à noyau; c'est aussi l'extrême rareté des lymphocytes. Cliniquement la rate est énorme. Actuellement la malade est plutôt dans une phase d'amélioration, laquelle coïncide avec une diminution des leucocytes tombés de 212 000 à 187 200, et avec une diminution parallèle du volume de la rate.

M. Béclère présente un malade atteint de **kyste hydatique du sommet du poumon gauche**. Depuis deux ans ce malade souffrait de dyspnée, il avait présenté des hémoptysies et pendant son service militaire il crachait du sang chaque fois qu'il faisait une marche ou un exercice pénible; on trouve à l'examen physique une voussure dans la clavicule et une matité limitée par une ligne tracée au compas, descendant jusqu'au mamelon en avant.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(24 juin 1903)

Après un légitime hommage rendu par M. le président au regretté Gérard Marchant, la Société décide qu'en signe de deuil la séance sera levée après les présentations. Dans cette circonstance, la Société de chirurgie, très émue de la mort si rapide et si inattendue d'un collègue universellement aimé et estimé, a dérogé à toutes les habitudes des sociétés savantes qui, généralement, n'interrompent leurs travaux que pour la mort d'un ancien président. Loin de nous la pensée de l'en blâmer en quoi que ce soit, nous ne pouvons, au contraire, qu'approuver cet hommage exceptionnel rendu à un confrère qui avait su se concilier l'affection de tous ceux qui l'ont approché et l'estime de tous.

M. Bazy présente un malade chez lequel, en novembre 1900, l'examen bactériologique des urines avait révélé l'existence d'un **rein tuberculeux**. Ce malade est aujourd'hui guéri — après un cathétérisme des uretères — et a conservé son rein qu'on lui avait conseillé de faire enlever. M. Bazy reviendra, dans une prochaine séance, sur cette observation.

M. Tuffier présente une jeune fille de dix-neuf ans qu'il a guérie, par la laparotomie, d'une **perforation de l'estomac** par suite d'ulcère.

M. Delbet présente un malade qui a été parfaitement guéri d'une **fracture de la cuisse** par un appareil de marche. La réunion bout à bout des deux fragments est parfaite. Grâce à cet appareil, ce malade a pu marcher pendant tout le temps de la consolidation de sa fracture.

M. Potherat soumet la radiographie d'une énorme **tumeur du coude** qu'on avait prise pour un sarcome. On avait proposé la désarticulation de l'épaule. En raison de l'âge du malade (soixante-seize ans), la famille s'y est refusée. M. Potherat s'est contenté d'enlever, très facilement d'ailleurs, la tumeur seule, qui était un myxome n'occupant que la face externe du coude et ne dépassant pas, en profondeur, l'aponévrose.

M. Potherat montre, en outre, deux **fibromes utérins** dégénérés, l'un calcaire, l'autre kystique.

M. Ombredanne présente un appareil très simple et très pratique destiné à faciliter l'administration du chloroforme dans les opérations sur la face.

MÉDECINE PRATIQUE

Les chéloïdes.

Par F. Trémolières, interne des hôpitaux.

On nomme chéloïde une affection de la peau caractérisée par la production de tumeurs dures et saillantes, à surface lisse et irrégulière, qui comprennent toute l'épaisseur du derme et récidivent d'ordinaire après ablation. Ces formations sont souvent pourvues de digitations radiculaires qui leur donnent l'aspect d'une pince d'écrevisse : d'où leur nom (χηλή, pince d'écrevisse, εἶδος, ressemblance), composé par Alibert.

Rares chez les enfants et les vieillards, plus fréquentes chez les adultes, les chéloïdes atteignent indifféremment l'un et l'autre sexes. On les rencontre plus souvent chez les hommes de couleur, et surtout chez les nègres, que chez les blancs.

Les auteurs distinguent d'habitude les chéloïdes en deux variétés, *primitives*, et *secondaires ou cicatricielles*, selon qu'elles surviennent spontanément ou qu'elles se greffent sur une cicatrice. Mais tandis que les uns, avec Bazin, appellent *vraies* les chéloïdes spontanées et *fausses* les chéloïdes cicatricielles, les uns considèrent comme vraie cette dernière forme de chéloïdes, et comme fausse la forme primitive. Ce n'est là qu'une question d'épithètes. Il n'en est pas

moins certain que ces deux sortes de chéloïdes diffèrent l'une de l'autre, sinon par leur aspect, au moins par leur mode d'apparition et leur constitution anatomique.

Quant à la *true keloïd*, d'Addison, ou chéloïde blanche, de Bazin, elle est, non pas une chéloïde, mais une manifestation de la morphée, forme de la sclérodermie.

Les chéloïdes secondaires ou cicatricielles, de beaucoup les plus fréquentes, apparaissent sur des cicatrices cutanées non seulement récentes, mais encore anciennes et datant même de plusieurs années. Tous les traumatismes peuvent en être le point de départ : plaies par instruments tranchants ou contondants; brûlures par le pétrole, l'acide sulfurique, le chlorure de zinc; lésions irritatives produites par un vésicatoire, l'huile de croton, la teinture d'iode; perforation du lobule de l'oreille, piqure de saignée, points de suture chirurgicaux. Certains vestiges de dermatoses peuvent se compliquer de chéloïdes : cicatrices de vaccin, de variole, de syphilis ulcéreuse, de sycosis chronique; l'on connaît la chéloïde consécutive aux pustules acnéiques. Il n'est pas, en un mot, de cicatrice, si minime soit-elle, qui ne puisse, chez un *sujet prédisposé*, être l'occasion d'une chéloïde. Aussi certains auteurs, niant toute spontanéité, rapportent-ils les chéloïdes dites primitives à des lésions cutanées très légères et passées inaperçues.

Quand la chéloïde se forme sur une cicatrice préexistante, celle-ci se tuméfie, augmente de volume, soit dans son épaisseur, soit vers un de ses bords. Parfois, il s'y forme comme de petits tubercules indurés, qui peuvent rester longtemps stationnaires, mais qui se développent enfin et fusionnent en une seule tumeur. La chéloïde, en s'accroissant, masque entièrement la cicatrice.

Les chéloïdes qui naissent sur un tégument d'apparence saine ne sont tout d'abord que de petites indurations minuscules, qui augmentent lentement de volume et mettent plusieurs mois ou même plusieurs années à atteindre leur complet développement.

La chéloïde constituée est une tumeur surélevée de 2 à 4 millimètres, lisse, plane ou légèrement convexe ou concave, de couleur rosée, ferme et mobile sur le tissu cellulaire sous-cutané. Sa forme est extrêmement variable : souvent c'est une bande allongée et prolongée dans le tissu sain par des digitations rayonnées, parfois, c'est une tumeur arrondie ou ovalaire, assez régulière; dans quelques cas, elle revêt l'aspect d'un bourrelet, d'une bride proéminente, ou bien elle est franchement irrégulière, polygonale, avec des angles rentrants et saillants; sa surface peut présenter de nombreux accidents, des crêtes fibreuses, des élevures. Elle est longue de plusieurs centimètres quand elle est étalée; arrondie, elle peut atteindre le volume d'une grosse orange. Sa couleur, enfin, est tantôt bleue ou violacée, tantôt rosée ou même rougeâtre par la présence d'arborisations vasculaires. La tumeur est recouverte d'un épiderme intact, muni de ses glandes et de poils réduits à l'état de follets.

Uniques d'habitude quand elles sont cicatricielles, souvent multiples quand elles semblent primitives, et, dans ce dernier cas, parfaitement symétriques, les chéloïdes naissent en tous les points du corps : au cou, à la face, sur les épaules, les membres, le tronc, les lobules auriculaires et même sur les muqueuses. Elles présentent cependant une certaine prédilection pour la région sternale, où elles dessinent des bandes allongées ou des crêtes parallèles, et pour la nuque où elles affectent un aspect particulier.

Cette chéloïde de la nuque est fort mal appelée acné chéloïdienne, car elle n'a rien d'acnéique : elle n'est qu'une chéloïde développée secondairement sur des pustules d'acné ou des cicatrices furonculeuses. Elle revêt l'aspect d'une plaque rouge et saillante, allongée transversalement, parsemée de bourgeons croûteux dus aux folliculites et traversée par des bouquets de poils raidis et parallèles comme les dents d'un peigne.

Les dermatologistes américains et anglais décrivent une variété de chéloïde qui se développerait dans les parties profondes du derme et dans le tissu cellulaire sous-cutané; elle ne donnerait jamais naissance à des tumeurs surélevées, comme les chéloïdes ordinaires, mais plutôt à des indurations profondes des téguments ressemblant au sarcome.

Quelques chéloïdes sont tout à fait indolentes. Mais le plus souvent le malade éprouve de vives démangeaisons, des élancements douloureux ou spontanés provoqués par la chaleur du lit et des vêtements, et ces sensations peuvent devenir intolérables. En même temps, la sensibilité objective est émoussée au niveau des tumeurs : les contacts, les piqûres sont mal perçus. (*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'unité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale. Etude critique et expérimentale (1), par le docteur Pupier.

D'une étude presque exclusivement expérimentale, le docteur Pupier conclut que l'unité de la tuberculose doit être proclamée. « Les différences dans la virulence du bacille de la tuberculose sur une même espèce animale, ou d'une espèce animale à l'autre, y compris l'homme, ne sont que des différences de degré, n'intéressant nullement la spécificité du bacille. » Les expériences de Koch et Schütz n'autorisent nullement à prétendre que la tuberculose humaine diffère de la tuberculose bovine, et ne peut être transmise au bétail. Cette transmission est possible et fatale, lorsque les conditions de déterminisme expérimental sont réalisées. « Dès lors, la théorie soutenue par M. Koch manque de la base la plus nécessaire sur laquelle il avait voulu s'édifier, savoir le critère expérimental. » L. BABONNEIX.

Petite chirurgie pratique (2), par les docteurs Tuffier et Desfossés.

Le but de ce livre est d'exposer aussi clairement et aussi succinctement que possible les éléments de petite chirurgie indispensables à l'infirmière, à l'étudiant, et même au médecin praticien.

Les auteurs ont mis de côté les vieilles formules et les antiques procédés; pas un mot sur le vésicatoire qui, disent les auteurs, est uniquement du domaine historique. De très longues pages sont consacrées à la manière de rouler les bandes. C'est peut-être là un hors-d'œuvre un peu suranné, car avec les bandes souples et surtout les bandes de crêpon, l'antique technique des « renversés » a bien perdu de son importance.

L'ouvrage est divisé en 9 parties : la première est consacrée aux soins à donner aux malades, la seconde au traitement des plaies, puis vient l'étude des injections sous-cutanées, de l'anesthésie, des fractures, de la petite chirurgie générale, celle des organes des sens, des organes génitaux et enfin un chapitre sur l'immunisation termine l'ouvrage.

Ce volume est illustré, à côté de nombreuses figures modernes, d'une série de reproductions de gravures anciennes, ce qui donne à l'ouvrage une certaine originalité.

A. R.

(1) Paris, Asselin et Houzeau, 1903.
(2) In-8°. — Paris, C. Naud.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 6 AU 11 JUILLET 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 6 JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie, ancien régime), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Hayem, Dejerine et Teissier; — (2e série) : MM. Brissaud, Roger et Besançon; — M. Rieffel, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Charité* : MM. Landouzy, Gaucher et Legry; — M. Delens, suppléant.

MARDI 7 JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie, ancien régime), *Charité* (1re série) : MM. Cornil, Letulle et Thiroloix; — (2e série), MM. Proust, Troisier et Mery; — M. Chauffard, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Hôtel-Dieu* : MM. Dieulafoy, Achard et Gouget; — M. Albarran, suppléant.

MERCREDI 8 JUILLET, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Legueu et Mauclaire; — M. Rieffel, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Laënnec* : MM. Landouzy, Bezançon et Legry; — M. Reclus, suppléant.

VENDREDI 10 JUILLET, à une heure. — 3e (1re partie, oral, ancien régime), *Salle Richet* : MM. Pinard, Walther et Gosset; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 11 JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie, ancien régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Cornil, Troisier et Widal; — (2e série) : MM. Proust, Letulle et Achard; — (3e série) : MM. Raymond, Gouget et Jeanselme; — M. Thiroloix, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Bordeaux. — *Un incident au concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux.* — Mardi 23 juin, un concours devait s'ouvrir pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux. Au moment où le jury allait se constituer, des difficultés se sont élevées sur l'application de l'article 23 du règlement relatif à la présidence des concours. D'après cet article, le président doit être le plus ancien des membres titulaires du jury. Or parmi les juges se trouvaient M. Picot nommé professeur de clinique en 1879, et M. Pitres, nommé professeur en 1881, mais médecin adjoint depuis 1878. Qui des deux devait être considéré comme le plus ancien? Si on compte l'ancienneté depuis la nomination au titulariat, ce devait être M. Picot; si on la compte depuis l'entrée dans le corps médical des hôpitaux, ce devait être M. Pitres. Embarrassés pour interpréter correctement le règlement, les juges ont décidé de remettre à un autre jour le commencement des épreuves, et de demander l'avis de l'Administration des hospices sur le point litigieux.

La Commission administrative s'est réunie le vendredi 26 juin. Elle a décidé que l'ancienneté comptait depuis la nomination au titulariat, et non depuis l'entrée dans le corps médical des hôpitaux. Mais relativement au concours actuel, elle a annulé ce qui avait été déjà fait et décidé d'organiser un nouveau concours pour le 10 novembre prochain avec un nouveau jury. Il nous semble que cette solution s'imposait et que la détermination prise sera généralement approuvée. Si la question de la présidence pouvait donner lieu à des interprétations diverses, il y avait dans l'affiche annonçant le concours une disposition que les juges avaient manifestement violée; elle portait, en effet, que « les épreuves commenceront le 23 juin, à huit heures du matin ». Or, le concours n'ayant pas commencé au jour dit, il y avait une irrégularité indiscutable qui aurait suffi plus tard pour faire casser le concours si on l'avait continué. (X. A. *Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — MM. Bouvier et Duvergey ont été nommés chefs de clinique chirurgicale, et MM. Griewank et Oraison, chefs de clinique adjoints.

Le centenaire de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier. — Hier dimanche a été célébré à Montpellier le centenaire de l'Ecole de pharmacie.

On sait que c'est la loi du 21 germinal an XII (11 avril 1803) qui a institué les trois grandes écoles de pharmacie de Paris, Montpellier et Strasbourg, destinées à remplacer les anciens collèges d'apothicaires supprimés pendant la Révolution.

L'École de pharmacie de Montpellier qui jouit d'une légitime réputation pendant le dernier siècle s'honore d'avoir compté parmi ses professeurs Virenque, S.-E. Planchon, Jacques-Etienne Bérard, Diacon, Louis Figuier, Gay, Balard, etc.

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle, en date du 25 juin 1903, ont été affectés :

En France. — Médecin-major de première classe : au 3e d'artillerie coloniale à Toulon, M. Hébrard.

Médecins-majors de deuxième classe : au 6e d'infanterie coloniale, M. Bresson; au 1er d'infanterie coloniale, M. Dor; au 3e d'infanterie coloniale, M. Bec.

Médecins aides-majors de première classe : au 4e d'infanterie coloniale, MM. Lenoir et Plomb; au 3e d'infanterie coloniale, M. Chagnolleau; au 1er d'infanterie coloniale, M. Noc; au 6e d'infanterie coloniale, M. Mallié.

Marine. — M. le médecin en chef de première classe Brémaud, du port de Brest, est désigné pour être attaché à l'état-major du commandant de l'escadre du Nord en qualité de médecin d'escadre; M. le médecin de première classe Jourdan, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur la défense mobile de Toulon.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la vingt-quatrième semaine 851 décès, au lieu de 852 pendant la semaine précédente (moyenne 904).

La fièvre typhoïde a causé 1 décès (moyenne 7).

La rougeole a causé 7 décès (moyenne 19); la scarlatine, 4 décès (moyenne 5); la coqueluche, 10 décès (moyenne 8); la diphtérie, 7 décès (moyenne 10); le nombre des cas nouveaux reste toujours à peu près sationnaine (96 au lieu de 100 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 80).

Il n'y a pas eu de décès par variole.

La diarrhée infantile a causé 30 décès de 0 à 1 an, au lieu de 29 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 37.

En outre, 26 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 109 décès au lieu de 117 pendant la semaine précédente (moyenne 136). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (moyenne 8); bronchite chronique, 10 (moyenne 25); pneumonie, 21 (moyenne 32); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 64 (moyenne 71), dont 24 sont dus à la congestion pulmonaire et 31 à la broncho-pneumonie. En outre, 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 211 décès; la méningite tuberculeuse, 28; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS, 21, rue Hautefeuille, tient à la disposition de Messieurs les docteurs en médecine des remplaçants ayant fini leur scolarité et remplissant toutes les conditions exigées par la loi.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 76 — JEUDI 2 JUILLET 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 2 JUILLET 1903. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE

ACTINOMYCOSE CERVICO-FACIALE DE FORME COURANTE

Par M. Léon THÉVENOT, assistant de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Tandis que la littérature étrangère renferme de nombreux cas d'actinomycose, il est surprenant de voir qu'en France cette affection est exceptionnellement signalée en dehors de quelques grands centres. Est-ce parce que les conditions climatériques auxquelles nous sommes soumis ne permettent pas le développement facile du champignon rayonné? Est-ce parce que l'hygiène serait meilleure que dans d'autres pays? Il y a peut-être là matière à des considérations de pathologie générale dont la connaissance serait pleine d'intérêt, mais dont l'explication nous échappe pour le moment. La question est d'autant plus difficile à trancher que les cas d'actinomycose, ainsi que le montre la carte de notre ami le docteur Patel, se groupent autour de quelques grands hôpitaux, qui seuls en recueillent de nouveaux, et paraissent avoir le privilège d'en observer (1). Il s'agit pourtant là d'une affection qui paraît fréquente, si nous en jugeons par ce qui se passe à l'étranger, par ce que nous voyons dans les hôpitaux de Lyon; la multiplicité, la variété de ses localisations et de ses allures cliniques sont peut-être les seules raisons qui lui permettent de passer inaperçue. Parmi les cas nouveaux que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Poncet, d'eux d'entre eux, localisés à la face, ont une allure clinique tellement caractéristique, que nous avons cru devoir en publier les photographies, en y adjoignant leurs observations résumées.

(1) A. PONCET et L. BÉRARD. De l'actinomycose humaine en France. Sa fréquence. Son pronostic éloigné, Académie de médecine, séance du 1er avril 1902.

OBSERVATION I. — *Actinomycose cervico-faciale suppurée. Lésions maxima au niveau de l'angle de la mâchoire et de la fosse temporo-maxillaire droite.* — Emile R... (1), cinquante-trois ans, employé, demeurant à Sauvigné, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 mars 1903, salle Saint-Philippe n° 15, pour une affection des régions angulo et temporo-maxillaires droites.

Ses antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt. Marié, il a eu deux enfants bien portants. Il a fait vingt-six ans de service militaire, a pris part à la campagne de 1870 et a séjourné longtemps en Afrique.

En 1868, il a commencé à souffrir de la première molaire droite qui fut enlevée par son médecin, et les douleurs se reproduisent de temps à autre. Depuis son service militaire, le malade est employé comme gardien-chef dans des mines de charbon. Il prétend ne pas avoir l'habitude de mâchonner des brins d'herbe ou de la paille, et il n'a, d'autre part, de par son métier, rien qui l'expose à l'actinomycose.

Le 3 décembre dernier, il commence à éprouver de légères douleurs vers la partie droite du maxillaire inférieur. Le 4, la douleur est plus intense, s'accompagne d'une tuméfaction qui devient rouge, douloureuse et aboutit à un abcès de la région sus-hyoïdienne.

Le 22 janvier, apparition d'une nouvelle tuméfaction, localisée cette fois à la région sous-angulo-maxillaire droite, tuméfaction dure remontant sur la joue. Deux incisions au bistouri furent faites par son médecin, l'une, dans la région sous-maxillaire, elle ne donna issue qu'à un peu de sang, l'autre, dans la région massétérine, qui laissa écouler de la sérosité non purulente.

La tuméfaction diminua alors et se localisa autour de l'angle du maxillaire, dans un rayon de 6 centimètres environ. A ce niveau, il existe plusieurs fistules qui laissent écouler un pus jaune verdâtre, bien lié. En même temps l'affection s'accompagnait d'un trismus très marqué.

A l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, on constate, au niveau des régions sous-maxillaire droite et massétérine, une tuméfaction rouge, remontant en haut jusqu'au lobule de l'oreille, descendant assez loin sur les parties latérales du

(1) Ce malade a été présenté à la Société de médecine de Lyon, le 23 mars 1903, par M. G. Mouriquand, interne du service.

cou. Cette tuméfaction repose sur des tissus d'une dureté ligneuse, avec, de ci, de là, quelques points ramollis.

La région sous-maxillaire présente plusieurs fistules qui



Fig. 1. — *Actinomycose cervico-faciale droite suppurée. Lésions maxima au niveau de l'angle de la mâchoire.*

laissent toujours s'écouler, spontanément et surtout à la pression, un pus jaune verdâtre. Sur les régions sus-hyoïdienne et massétérine, on observe les cicatrices d'anciens orifices, actuellement oblitérés.

L'examen de la cavité buccale montre, sur le rebord alvéolaire du côté droit, une tuméfaction avec ulcération de la gencive qui est piquetée de points jaunes. Cet examen est très difficile, à cause du trismus marqué que présente le malade, et qui ne permet aux arcades dentaires qu'un écartement de 10 à 12 millimètres. Pas de dysphagie. Pas de troubles viscéraux. Bon état général.

L'examen microscopique du pus (L. Dor) a confirmé le diagnostic clinique d'actinomycose.

Le malade est soumis au traitement ioduré. Il quitte l'hôpital le 10 avril, déjà amélioré, pour continuer à se soigner chez lui.

Obs. II. — *Actinomycose cervico-faciale suppurée. Forme mentonnière, en fer à cheval.* — Albert X..., soixante et un ans télégraphiste, demeurant à Lyon, est envoyé le 18 mars 1903, à la clinique de M. Poncet, par un de nos amis, le docteur Pont, pour des accidents de nature actinomycosique qui ont débuté il y a deux mois. Jusqu'alors, cet homme avait joui d'une santé parfaite.

Son affection se manifesta d'abord par une rage de dents extrêmement violente, qui dura quatorze jours. Elle fut suivie d'accidents phlegmoneux qui commencèrent dans la région sous-maxillaire pour s'étendre au niveau de la symphyse. Les lésions avaient l'allure d'un phlegmon aigu banal d'origine dentaire, avec douleurs très violentes, surtout pendant la nuit.

Deux incisions extérieures, pratiquées sur la zone tuméfiée, ne permirent pas de rencontrer du pus, elles ne donnèrent issue qu'à un peu de sang.

Actuellement, ainsi que le montre cette photographie, la tuméfaction commence au niveau de la symphyse qu'elle déborde et s'étend en arrière jusqu'à la faciale. A ce niveau, les tissus sont rouges, un peu œdémateux. Ils forment une masse *d'une dureté ligneuse*, qui, sur la face interne du maxillaire, fait corps avec le plan osseux sous-jacent. On voit à ce niveau deux cicatrices anciennes complètement fermées; on aperçoit aussi l'orifice d'un trajet fistuleux qui déverse à l'extérieur une faible quantité de pus.

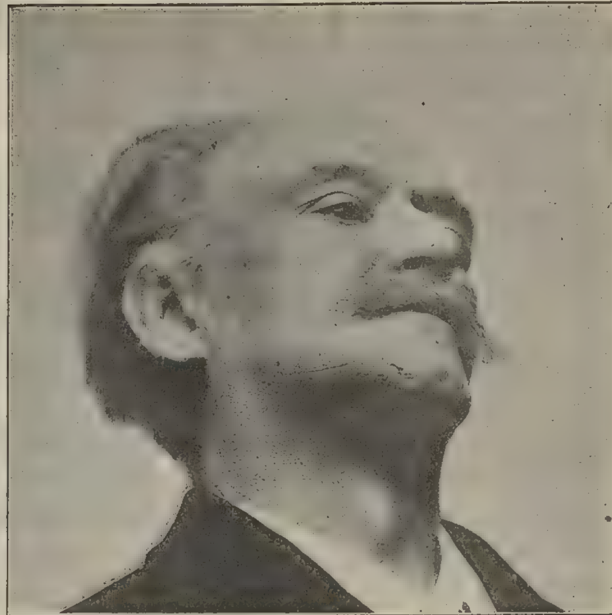


Fig. 2. — *Actinomycose cervico-faciale suppurée. Forme mentonnière, en fer à cheval.*

La lésion s'est portée tout entière du côté de la superficie, et du côté de la cavité buccale, il n'existe aucune altération pathologique.

L'examen microscopique, fait par le docteur L. Dor, confirme la nature actinomycosique des lésions, et le malade est soumis au traitement ioduré (1).

L'actinomycose, dans ses formes cervico-faciales, est trop connue pour qu'il nous soit permis de faire suivre ces observations de nombreux commentaires.

Notre but d'ailleurs est tout différent. Nous avons surtout en vue la présentation de photographies, *la leçon de choses* — que l'on nous permette ici cette expression — qui, mieux que toute description, montrent l'allure clinique de l'affection.

Malgré leur différence de siège, les caractères locaux restent en effet superposables. Il n'y a pas là le gonflement plus ou moins étendu qui accompagne les inflammations ordinaires. La zone tuméfiée est localisée, et la peau, à son voisinage, recouvre immédiatement ses caractères normaux, ainsi qu'en témoignent les nombreux plis qu'elle présente. Sur la masse enflammée, on voit se détacher par places de petites élevures au niveau desquelles les parties molles se ramollissent, deviennent fluctuantes, et ne sont plus recouvertes que par un épiderme aminci qui finit par se rompre. Cela est bien visible chez le malade qui fait l'objet de l'observation II. Ces masses ne tranchent pas seulement sur la zone enflammée par leur consistance et par la saillie qu'elles forment; leur couleur jaunâtre, qui laisse deviner le pus qu'elles renferment, est, dans l'espèce, caractéristique.

Elles deviennent ainsi le point de départ de trajets fistu-

(1) Ces deux observations sont indiquées dans notre récente communication à l'Académie de médecine (A. Poncet et L. Thévenot. De l'actinomycose humaine en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années, *Gaz. des hôpit.*, n° 67, p. 673). Elles appartiennent à la statistique des onze cas personnels observés par nous pendant cette année.

leux qui ne versent à l'extérieur que quelques gouttes de liquide purulent ou sanguinolent. Elles donnent ensuite naissance à des cicatrices déprimées, qui coexistent avec des points où la suppuration persiste encore et c'est cet ensemble de points cicatrisés, de trajets fistuleux, de masses jaunâtres et ramollies, reposant sur des tissus d'une dureté ligneuse, adhérant aux plans profonds, non douloureux, d'une teinte rouge souvent violacée que la pression du doigt fait momentanément disparaître, le tout évoluant sans retentissement sur les ganglions lymphatiques voisins, qui donne à l'actinomycose sa physionomie spéciale et permet, une fois qu'on l'a observé, de la diagnostiquer en quelque sorte à distance.

Dans les cas même où cette allure clinique n'est pas aussi typique, dans les cas où il s'agit d'un phlegmon chronique de la région cervico-faciale, à allure un peu torpide, il faut penser à la possibilité de l'actinomycose si le malade a les dents en mauvais état. Il est bien connu aujourd'hui que la présence de dents cariées constitue une porte d'entrée excellente pour le champignon rayonné. Aucun symptôme ne trahit tout d'abord cette pénétration et les douleurs dentaires que présente alors le malade n'offrent aucun caractère particulier. Au lieu de s'engager dans les lymphatiques et de susciter des phénomènes inflammatoires dans les ganglions périphériques, le parasite progresse dans le tissu conjonctif voisin, et, sans qu'il y ait eu des symptômes d'adénite ou d'adéno-phlegmon, brusquement éclatent les signes d'un phlegmon plus ou moins aigu des régions périmaxillaires. Par sa dureté ligneuse, par son allure subaiguë, par ses fistules multiples, par l'intégrité des ganglions, la lésion offre des caractères qui la différencient déjà des phlegmons ordinaires d'origine dentaire. En tout cas, toutes les fois qu'on sera en présence de pareils symptômes, il y a lieu de suspecter leur nature, et de recourir à un ou plusieurs examens microscopiques, pour reconnaître la nature des sérosités du pus qui s'écoulent à l'extérieur. Cet examen microscopique systématique est le meilleur moyen de déceler l'actinomycose, lui seul permet de l'affirmer.

Il ne faut pas s'attendre, en effet, à ce que des considérations étiologiques, basées sur la profession du malade, viennent éveiller en notre esprit l'idée de cette affection. La bactériologie nous apprend que l'actinomyces se développe d'une façon toute particulière sur les céréales, sur le foin, sur les graines de graminées, etc. Il est transporté soit par eux, soit par les animaux qui s'en sont nourris. Il semblerait donc que les cultivateurs devraient être les seuls atteints par le parasite. C'est là une notion. Sans doute, les paysans paient un large tribut à cette maladie, mais ils sont loin d'être les seuls atteints, et ils n'ont pas, pour l'actinomycose, le triste privilège qu'ils ont pour nombre d'autres lésions probablement parasitaires, le cancroïde des lèvres, par exemple.

Le champignon rayonné peut se rencontrer chez les sujets où l'on s'attendait le moins à le trouver.

Chez les deux malades qui nous occupent, rien dans leur profession ne paraît les prédisposer à cette infection; l'un était employé dans une mine, l'autre télégraphiste. Ils ne soignaient pas d'animaux; ils ne maniaient ni paille, ni foin, ni graines.

L'infection actinomycosique n'est d'ordinaire pas la conséquence du travail de la profession. Quand on interroge les malades sur leur mode probable de contamination, on apprend qu'ils avaient l'habitude de mâcher des brins de paille ou d'herbe, de jeunes pousses d'arbustes, des fragments d'écorce des bois bruts, etc., quand ils allaient à la campagne, de manger des graines de céréales, des parcelles végétales, des parcelles d'épi de seigle, d'orge, etc., qu'ils cueillaient chemin faisant (1).

Les habitants des villes, tout autant que ceux des campagnes, et peut-être même plus qu'eux, s'exposent à un pareil mode de contamination. A cela, il faut ajouter la contamination possible par les fruits, par les légumes, etc., que nous mangeons sans les avoir fait cuire? Quoi d'étonnant alors que l'actinomycose se rencontre chez n'importe qui; quoi d'étonnant aussi qu'elle soit relativement fréquente?

Nous croyons donc pouvoir conclure : *Que tout phlegmon d'origine dentaire, que toute inflammation cervico-faciale, surtout péri-maxillaire, sont susceptibles d'être d'origine actinomycosique, et doivent être examinés à ce point de vue particulier.*

HOTEL-DIEU D'ORLÉANS (Service de M. BEAURIEUX.)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LA CRYOGÉNINE

Par A. ROUSSEAU, interne à l'Hôtel-Dieu.

En juillet 1902, MM. Lumière et Chevrottier découvraient un corps nouveau (2), auquel ils donnaient le nom de cryogénine. Une série de publications (3) lui reconnaissait de puissantes propriétés antithermiques et le préconisait dans les grandes pyrexies. Mérite-t-il vraiment sa fortune rapide et réunit-il les qualités d'un bon antipyrétique, « avoir sur la température une action sûre, prolongée, exempte de toute manifestation fâcheuse, générale ou locale? »

La cryogénine a-t-elle sur la température une action sûre? Toutes les observations des auteurs sont concluantes sur ce point; le thermomètre descend de 1 à 3 degrés à la suite de l'ingestion d'une dose variant de 1 à 0gr20. Les différents tracés accompagnant les observations publiées nous montrent cette chute. Dans le service de notre maître, le docteur Beaurieux, et sous sa bienveillante direction, nous avons recherché ces effets de la cryogénine sur la température.

Administrant aux malades soumis au traitement, 1 gramme en un cachet, à deux heures de l'après-midi, et prenant la température toutes les demi-heures, le thermomètre commence à descendre trente minutes après la prise, et la courbe va s'abaissant jusqu'à un maximum qui est obtenu quatre heures après environ.

Cette moyenne de quatre heures n'est pas fixe, car chez certains malades le maximum d'effet peut être obtenu plus rapidement; nous l'avons vu une heure et demie après.

Les tracés ci-joints ont été pris après une dose massive de 1 gramme, dose journellement employée dans le service. En effet, la méthode que nous avons reconnue la meilleure et la plus efficace consiste à donner en une seule fois

(1) Dans un très intéressant chapitre, intitulé : « Contagion par les végétaux, » MM. Poncet et Bérard insistent, dans leur *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, sur la fréquence des débris végétaux, véhicules du parasite, au sein des lésions actinomycosiques.

(2) LUMIÈRE et CHEVROTTIER. *Les semicarbazides et leurs propriétés pharmacodynamiques.*

(3) DUMAREST. *Lyon méd.*, 23 nov. 1902. — GÉLIBERT, *Id.*, 14 déc. 1902. — CARRIÈRE. Acad. des sc., 29 déc. 1902. — BOY-TESSIER et BRUNEAU. *Marseille méd.*, 2 fév. 1903. — DURAND et GENTÈS. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 10 mai 1903.

1 gramme, selon le conseil de Dumarest, le premier jour, 0g60 le second, et diminuant de 0g20 chaque jour pour arriver à une dose fixe de 0g20, que selon les indications on suspend un jour ou qui se prend quotidiennement. Avec cette dose, le maximum d'effet est obtenu dès la première prise, et l'action des doses suivantes peut mieux se produire.

Nous l'avions expérimentée à raison de 0g30 par jour, mais, tandis que, avec la première méthode, une chute de plusieurs degrés se produisait dans un espace de deux à quatre heures, il nous a fallu de trois à cinq jours pour obtenir le même résultat, la chute de la température se faisant progressivement en lysis.

Quoi qu'il en soit, la cryogénine a, dans tous les cas que nous avons pu observer, produit une défervescence, brusque à dose massive, lente à petite dose.

L'examen des urines des malades soumis à la médication nous donne quelques renseignements à ce sujet. Faisant deux catégories, l'une soumise à 1 gramme, l'autre à 0g30, et recueillant leurs urines, nous les traitons par la liqueur de Fehling et le sulfate de cuivre. Dans les premiers cas, nous avons obtenu, selon le réactif employé, une coloration vert émeraude ou rouge, coloration qui apparaissait dans un temps variable, de quarante-cinq minutes à une heure quinze après l'absorption du médicament; jamais cette réaction ne nous a fait défaut sur 50 cas environ examinés. Dans le second cas au contraire, la réaction a toujours manqué les premiers jours du traitement. Dans l'observation du tracé n° 5, nous n'avons pu déceler la cryogénine que le quatrième jour, et encore la réaction avec le sulfate de cuivre nous a donné une coloration moins franche que dans la première série. De plus, dans celle-ci, chez une malade à qui le médicament était administré depuis cinq jours, nous avons retrouvé la réaction caractéristique. De ces faits, nous pouvons conclure déjà que la cryogénine s'absorbe très vite et s'élimine très lentement. Il y aurait donc accumulation du médicament dans l'organisme, pouvant se rapprocher de celui de la digitale, et qui nous éclaire sur son action prolongée dans certains cas. Tandis qu'aux doses progressivement décroissantes de 1 gramme à 0g60, 0g40, 0g20 la température ramenée ou presque à la normale peut s'y maintenir pendant deux jours, il faut avec 0g30 renouveler chaque jour la prise, sans laquelle le thermomètre, accusant une élévation thermique, nous montre que le médicament a épuisé son effet.

Mais cette accumulation de la cryogénine dans l'organisme ne peut-elle pas devenir un danger? N'arrive-t-il pas un moment où, sous l'influence de doses journellement répétées, il se produit une intolérance, traduisant une intoxication, soit que l'épithélium rénal altéré ne puisse éliminer le médicament, soit que le sang ait subi une modification? Les expériences de laboratoire prouvent la non-toxicité de la cryogénine; des doses très élevées, 2 grammes par kilogramme d'animal, n'ont produit aucun accident. Mais peut-on conclure du laboratoire à la clinique? En effet pour juger un antithermique, « il faut considérer non seulement le thermomètre, mais toute une série de modifications qui surviennent après leur usage (1). »

Et celles-ci peuvent être locales ou porter sur l'état général. Locales, elles se traduisent par des troubles gastriques peu graves il est vrai, et en général passagers; par des éruptions pupuleuses, érythémateuses, scarlatiniformes: les salicylates, l'antipyrine en sont des exemples; générales, c'est sur le sang que portent les altérations, qui peuvent devenir mortelles.

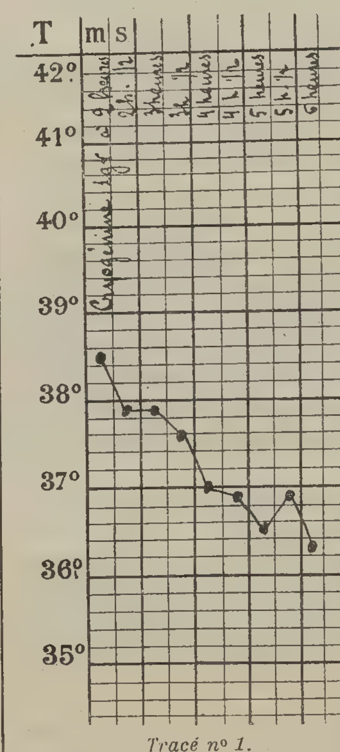
(1) Arnozan *Thérapeutique*, p. 455.

Nous n'avons rien trouvé de semblable avec la cryogénine. Une seule fois chez un tuberculeux cavitaire, nous avons observé un pyrosis très léger, que nous ne pouvons rattacher d'une manière certaine au médicament; du côté de la peau, jamais rien. La seule manifestation appréciable, en général constante, est une sudation plus ou moins marquée se produisant un temps variable après l'ingestion. Assez accentuée avec 1 gramme, elle ne se produit qu'à la première dose et ne reparaît pas dans la plupart des cas. Malgré son assez grande abondance, plusieurs fois notée, elle n'a jamais occasionné, du moins chez nos malades, de phénomènes subjectifs assez intenses, pour que ceux-ci en soient incommodés, ni céphalée, ni malaises, ni anorexie, ni troubles digestifs.

Cependant une objection a été faite à la cryogénine : MM. Audibert et Combes, internes des hôpitaux de Marseille (1), lui reprochent d'être un médicament trop fort pour les tuberculeux avancés ou à marche rapide.

Tous nos malades bacillaires prennent chaque jour de la cryogénine si la température dépasse 38 degrés et, parmi eux, beaucoup sont des cavitaires avec fièvre hectique, d'autres évoluent très rapidement, et dans aucun cas nous n'avons observé les phénomènes décrits par ces auteurs. Au contraire la plupart ont été impressionnés favorablement par le médicament administré chaque jour et pendant plusieurs mois. Ce que nous pouvons signaler, c'est, à la suite de la disparition de la fièvre, une reprise de l'appétit, une amélioration de l'état général, passagère il est vrai, due sans doute à une meilleure alimentation, et une augmentation de poids consécutive, mais de phénomènes de collapsus ou d'adynamie, point. Non que nous voulions faire de la cryogénine l'agent exclusif des rémissions obtenues dans l'évolution du mal; mais, associée aux autres moyens dont nous disposons, aération, repos, les résultats obtenus ont toujours été favorables.

Quelques observations, choisies au hasard, parmi nos bacillaires arrivés à la dernière période, peuvent en faire foi :



Tracé n° 1.

Observation I. — L.-M... (Berthe), vingt-huit ans. Tuberculeuse à la période de ramollissement, lésions bilatérales. Toux opiniâtre, la malade ne s'alimente pas. Syphilitique. Poids : 40 kilogs.

Le 6 janvier 1 gramme de cryogénine à deux heures. Pas de céphalée, pas de malaise, vers trois heures sueurs assez abondantes localisées surtout à la face et au cou, disparaissent très rapidement. Chute de tem-

(1) Audibert et Combes. *Gaz. des hôpit.*, 26 mars.

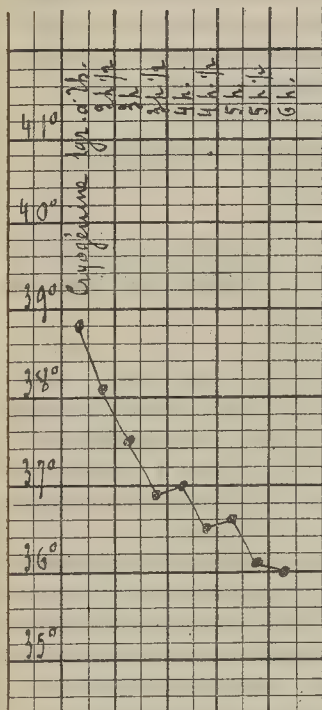
pérature 3 degrés. Le soir, la malade accuse une sensation de bien-être par disparition de soif ardente habituelle. Le 6, 0g60, puis 0g40 et chaque jour 0g20. Aucune manifestation. La malade s'alimente un peu, les forces reviennent, le poids augmente.

Le 14 janvier, 40k500; le 22 janvier, 41k800; le 2 février, 42 kilogs; le 10 février, 43 kilogs; le 18 février, 43 kilogs; le 26, 44k100; le 6 mars 45 kilogs.

Le poids reste à ce chiffre. Les lésions pulmonaires persistent comme le jour de l'arrivée. La malade se trouvant améliorée demande sa sortie.

Le 8 avril, elle se présente de nouveau à la visite, fièvre élevée (39°7). Soumise de nouveau à la cryogénine, 1 gramme sans aucune manifestation, l'état général va s'améliorant comme au premier séjour dans nos salles. Poids : 44 kilogs.

Donc tuberculose à marche rapide prenant de la cryogénine depuis le 6 janvier, sans aucun accident d'intoxication ou d'intolérance.



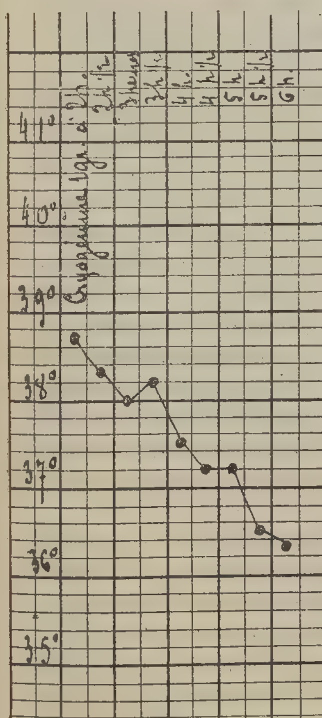
Trace n° 2.

Obs. II. — Veuve A..., quarante-cinq ans, manouvrière. Tuberculose cavitaire, laryngite bacillaire. Vomissements après chaque repas, amaigrissement extrême. A l'entrée, température 38°6, poids: 44 kilogs.

Le lendemain 1 gramme de cryogénine en cachet, sueurs très abondantes sur tout le corps, mais surtout aux extrémités. Aucune autre sensation. Continuée chaque jour à dose décroissante. Vomissements moins abondants; les liquides, lait, bouillon, puis la viande hachée, les œufs sont tolérés. La cryogénine est donnée chaque jour à la dose de 0g20. Les vomissements cessent tout à fait, le poids augmente.

1er février, 44 kilogs; 8 février, 43k200; 16 février, 44 kilogs; 24 fevrier, 44k200; 3 mars, 45 kilogs; 11 mars, 46k500, 18 mars, 47 kilogs. Poids stationnaire. Sortie le 2 avril.

Dans ce cas encore aucune manifestation que des sueurs, et le médicament a été administré pendant *quatre mois* chaque jour.

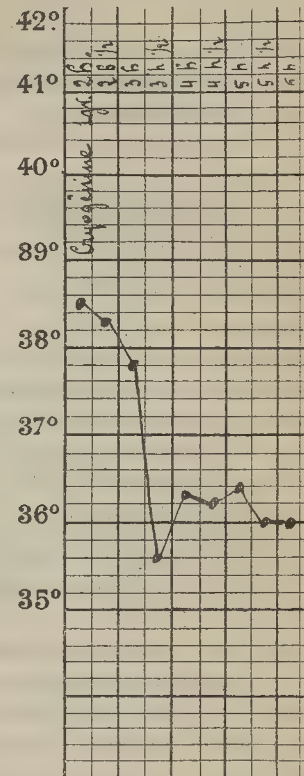


Tracé n° 3

Obs. III. — S..., quarante-trois ans, tuberculeux cavitaire, alcoolique. Température oscillant chaque jour entre 39 et 40 degrés.

Le 29 décembre 1902, 1 gramme de cryogénine en cachet. Sueurs très abondantes obligeant le malade à changer de linge; ces sueurs durent chaque jour environ une demi-heure. Au quatrième jour après une dose de 0g20 aucune manifestation ne se produit. La température de 38°8 est tombée à 36°2, et se maintient à 37°5 en moyenne.

Pendant *un mois et demi*, la médication est continuée sans accident. Sauf les sueurs signalées, le malade ne s'est plaint que de pyrosis léger, que nous sommes tenté de rattacher à une gastrite alcoolique plutôt qu'à la cryogénine.



Tracé n° 4.

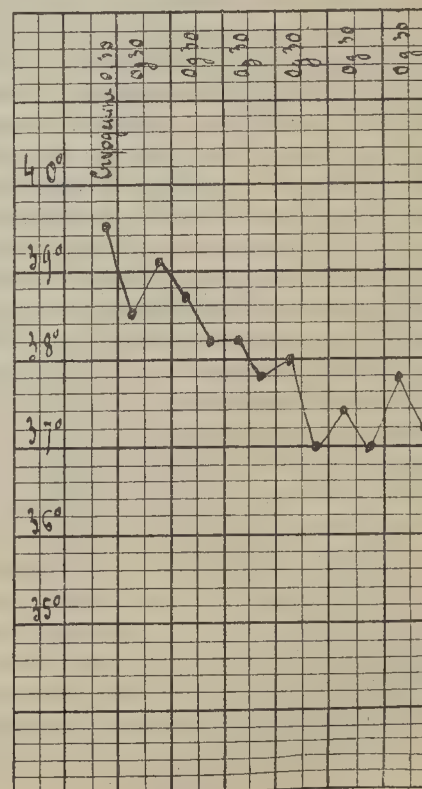
Obs. IV. — Femme L..., vingt et un ans. Tuberculose à la période de ramollissement, évoluant rapidement avec forte fièvre depuis le mois de janvier. Etat de maigreur extrême. Poids : 35 kilogs.

En face de cet état, nous donnons 1 gramme de cryogénine; aucune réaction générale, pas de sueurs, pas de céphalée, pas de sensation subjective de refroidissement malgré une chute de 4 degrés en vingt-quatre heures, chez une malade très affaiblie, et dans un état de dépression telle que nous appréhendions le résultat. Depuis, chaque jour, 0g20 sont donnés, et de l'aveu de notre sujet il y a sinon amélioration de l'état général, ce que nous ne pouvons espérer, du moins sensation de bien-être qui a coïncidé avec la disparition de la fièvre.

Obs. V. — Femme J..., vingt-trois ans, bacillaire. Signes de ramollissement aux deux poumons, entérite, péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Entrée à l'Hôtel-Dieu pour une poussée aiguë de son affection. Etat général très mauvais, température à 40 degrés, bouche sèche, soif ardente. Cette fièvre jointe aux douleurs abdominales est le symptôme qui incommode le plus notre malade. Amaigrissement extrême, vomissements.

Le 12 janvier, 1 gramme de cryogénine; de 39°1 le thermomètre descend à 36°1.

Malgré l'état presque cachectique de notre malade, aucun symptôme alarmant ne succède à l'absorption de cette dose, ni sueurs, ni malaises. A doses décroissantes nous arrivons à 0g20 et le



Tracé n° 5.

médicament est très bien supporté. La température oscillant entre 37 et 38 degrés, les sensations pénibles causées par la fièvre disparaissent, la malade s'alimente un peu, mais l'état général reste très mauvais. Le 26 janvier, nous cessons la cryogénine. De nouvelles poussées nous engagent à reprendre la médication le 2 mars, 0g20, chute de 39 degrés à 35°4; malgré cette différence énorme, pas plus de manifestation qu'à la première prise.

L'état général va s'aggravant et la malade succombe le 13 avril.

Dans cette observation, nous avons eu affaire à un sujet presque en état de cachexie profondément intoxiqué, et qui sans dommage a pu supporter des différences de température de plus de 3 degrés.

Obs. VI. — D... (Eugénie), vingt-trois ans, dans le service depuis le mois de novembre 1902, bacillaire avec laryngite spécifique et cavernes bilatérales. En pleine cachexie tuberculeuse. Soumise à la cryogénine le 15 décembre 1902.

Jamais depuis cette époque aucune manifestation n'a traduit un commencement d'intolérance ou d'intoxication. La température a toujours été ramenée presque à la normale, et à plusieurs reprises, ayant supprimé le médicament, la malade elle-même le réclamait.

Depuis près de *sept mois* ce sujet est soumis à la médication.

Dans les quelques observations qui précèdent, prises au hasard parmi des malades évoluant rapidement, parmi des cavitaires, jamais nous n'avons eu à déplorer un seul accident, bien au contraire plusieurs ont été améliorés de par la disparition de la fièvre, soit qu'ils aient été mis dans des conditions meilleures de résistance les faisant mieux profiter du traitement général, soit que les sensations pénibles accompagnant leur hyperthermie aient disparu avec celle-ci.

Ces résultats diffèrent de ceux obtenus par MM. Audibert et Combes, et nous ne croyons pas que les accidents observés par ces auteurs relèvent de la cryogénine.

« Les effets trop forts du médicament sur les centres régulateurs thermiques » indiqueraient, à notre avis, non pas une action trop vive sur ces centres nerveux qui ne pourraient la supporter, mais plutôt l'intoxication. En effet, signalant les dangers d'un antithermique, nous avancions qu'en dehors des complications locales, il y avait à redouter l'altération du sang. Cette altération a une préférence pour le globule rouge et peut aller depuis la fixation de l'oxygène sur l'hémoglobine jusqu'à la dissociation du globule. La série aromatique est à ce point de vue la plus dangereuse puisque ses différents composés produisent « la formation de méthémoglobine irréductible entraînant la dissociation du globule et la méthémoglobinurie (1). » A un degré plus avancé, le bulbe est intéressé, il y a collapsus et adynamie et la mort peut survenir. Les cas de mort arrivés dans ces conditions relèveraient, à notre avis, d'intoxication. Les doses successives de cryogénine s'accumulent dans l'organisme; or il se pourrait que dissociant le globule elles privent les centres nerveux de l'oxygène nécessaire et partant produisent les effets signalés. Nous ne le croyons pas. La méthémoglobinurie, en effet, se traduit à la clinique par plusieurs symptômes, palpitations, faux pas du cœur, dyspnée, cyanose, qui vont s'accentuant jusqu'à la terminaison fatale. Jamais nous ne les avons relevés chez nos malades et aucune publication n'en fait mention. De plus l'absorption de cryogénine, sauf une leucocytose légère, n'influence pas le sang, le pouls ne subit pas de modifications appréciables; dans le cas contraire le spectroscope pourrait nous renseigner sur l'état du globule au point de vue hémoglobine, or des expériences faites en agitant de la cryogénine avec du sang on a toujours trouvé les bandes de l'oxyhémoglobine.

Nous pouvons donc dire, et cela d'accord avec tous les auteurs, que la cryogénine employée dans les grandes pyrexies est un bon antithermique, parce que, comme le veut Smith, « elle a sur la température une action sûre, quelque peu prolongée, et qu'elle est exempte de manifestation fâcheuse générale ou locale. » Et, comme le dit Dumarest, elle est le médicament de choix dans la tuberculose, associée au repos et à l'aréation, parce qu'elle peut être continuée sans inconvénients, nous dirons même avec avantage.

(1) Smith. Congrès de Bordeaux, p. 281 et suiv.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(30 juin 1903)

M. Huchard a fait une importante communication sur la **médication hypotensive dans la présclérose et dans les cardiopathies artérielles**.

C'est là un travail de longue haleine qui est le fruit de plus de vingt années d'observation et d'expérience. Aussi mérite-t-il toute l'attention des praticiens, autant en raison même de l'autorité de l'auteur qu'en raison des grands services qu'il pourra rendre à certains de leurs malades en leur appliquant rationnellement la thérapeutique préconisée par M. Huchard.

Parmi les moyens qui composent cette thérapeutique, dont on trouvera l'exposé dans le résumé que nous donnons du travail de M. Huchard, insistons plus particulièrement sur les bons effets du régime alimentaire, propre à corriger les abus du régime carné intensif, sur les bons effets de la trinitrine, du tétranitrol, sur les abus de la médication iodurée, sur les inconvénients et les dangers des bains thermogazeux. Passons maintenant la parole à M. Huchard qui résume lui-même ainsi son travail :

« L'étude de la tension artérielle dans les maladies et surtout dans les affections du cœur présente un intérêt pratique de haute valeur, puisque l'action du cœur est souvent liée à la pression sanguine. Après avoir démontré par la physiologie, que cette pression est moins sous la dépendance de la masse sanguine et de la puissance systolique que de la tonicité des artères, l'auteur montre l'importance de la médication hypotensive dans les maladies très nombreuses d'hypertension artérielle, l'angine de poitrine, la goutte et l'uricémie, l'aortisme héréditaire, le tabagisme, la néphrite interstitielle, la syncope locale des extrémités, la maladie de Stoks-Adams, les anévrysmes, certaines maladies infectieuses, toutes les cardiopathies artérielles, la présclérose caractérisée par un état d'artério-hypertension qui, en l'absence de toute lésion vasculaire ou cardiaque, prépare et précède pendant des mois et même des années l'évolution de l'artério-sclérose. Donc, pour prévenir celle-ci la médication hypotensive doit être instituée, de bonne heure.

Cette médication est réalisée par des moyens hygiéniques ou physiques, et par des moyens médicamenteux. Dans les premiers se placent le régime alimentaire, le massage, la balnéation; dans les seconds l'organothérapie et toute la série des remèdes appartenant à la classe des nitrites (nitrite d'amyle, nitroglycérine ou trinitrine, tétranitrate d'érythrol, nitrite de soude, et même le nitrate de potasse).

Le *régime alimentaire* a une importance considérable; car depuis plus de quinze ans, les observations de l'auteur lui ont démontré que le régime carné intensif dont on abuse de nos jours est une cause puissante d'hypertension artérielle en jetant dans la circulation des toxines dont l'action vaso-constrictive est pleinement démontrée. Donc, le régime lacté ou lacto-végétarien s'impose tout d'abord dans le traitement de l'hypertension artérielle et de la présclérose. D'autre part, comme tout hypertendu par vaso-constriction est un insuffisant rénal, la médication diurétique, en favorisant l'élimination des toxines, doit être poursuivie sans relâche, et c'est ainsi que l'on doit toujours établir le traitement rénal des cardiopathies artérielles. Par le régime alimentaire et l'action diurétique, deux indications sont déjà remplies : la réduction et l'élimination des toxines.

La circulation périphérique est favorisée par le *massage* et les mouvements musculaires provoqués, ces deux moyens remplissant deux indications : vaso-dilatatrice et anti-toxique.

La *balnéothérapie* joue également un grand rôle. Les bains carbo-gazeux de Nanheim que l'on trouve également en France dans six stations hydrominérales où ils devraient être mieux utilisés (à Châtel-Guyon, Chateauneuf, Royat, Saint-Nectaire, Salins-de-Moutiers, Saint-Alban), sont indiqués surtout dans les cardiopathies valvulaires, maladies où la tension artérielle tend à s'abaisser. Mais dans les cardiopathies artérielles caractérisées au contraire par un état d'hypertension plus ou moins marqué, les bains carbo-gazeux de Nanheim ont produit des accidents mortels qui s'expliquent par l'action hypertensive de ces bains. Dans ces cas, ils doivent donc être formellement déconseillés, comme le démontrent les faits malheureux observés non seulement par M. Huchard, mais aussi par les auteurs étrangers. Par son action congestive périphérique et vaso-dilatatrice, la thermalité joue un grand rôle, et c'est pour cela, c'est encore en raison de l'action diniétique et anti-uricémique de l'une de ces sources, que la station de Bourbon-Lancy en France est si favorable aux cardiaques. Enfin, les eaux diurétiques (Evian, Martigny, Vittel, etc.) peuvent encore être utilisées dans la période de présclérose.

M. Huchard étudie ensuite les principaux médicaments hypotenseurs; les *iodures*, le *nitrite d'amyle*, la *trinitrine*, le *tétranitrate d'érythrol*, le *nitrite de soude*, le *nitrite d'éthyle*, quelques médicaments diurétiques qui, en favorisant l'élimination des toxines vaso-constrictives, deviennent indirectement des médicaments hypotenseurs. Il fait mention du traitement par la d'Arsonvalisation signalé par Moutier, et notamment d'un lacto-sérum dont l'action hypotensive a été découverte récemment par R. Blondel.

L'*organothérapie* constitue une nouvelle application à la médication, puisque certaines glandes sont hypotensives (foie, pancréas, testicule, ovaire, thymus, corps thyroïde). Les extraits thyroïdiens et l'iodothyrine doivent être employés avec circonspection et prudence. L'extrait de thymus, presque toujours inoffensif, est à recommander. La médication ovarique produit d'excellents effets à la ménopause chez beaucoup de femmes atteintes d'hypertension artérielle et menacées d'artériosclérose en raison de la suppression brusque d'un des freins hypotenseurs, l'ovaire.

Comme on le voit, la médication hypotensive de la présclérose et des cardiopathies artérielles est riche en moyens hygiéniques et médicamenteux; elle répond à des indications multiples et précises, elle s'adresse au traitement *préventif* d'un grand nombre d'états morbides. C'est en cela qu'elle présente un grand intérêt pratique; car, prévenir les maladies doit rester le but suprême de la médecine. »

M. Robin demande à revenir sur trois points de la communication de M. Huchard. Tout d'abord, il partage complètement sa manière de voir sur les dangers des bains thermo-gazeux. M. Robin a eu à déplorer un cas de mort. Il condamne donc absolument, comme M. Huchard, cette médication. Il est un second point de la communication de M. Huchard sur lequel M. Robin tient à insister, c'est sur les bons effets du nitrite de soude déjà préconisé il y a longtemps par un médecin anglais, ensuite abandonné, puis repris. C'est pour M. Robin un des meilleurs hypotenseurs. Autrefois, on l'employait à trop hautes doses; M. Robin a recours à des doses faibles, 5 à 20 centigrammes pris d'un seul coup, associés à 1g20 de nitrate de potasse et à 1g80 de bicarbonate de potasse. Ce mélange constitue une excellente médication hypotensive; on peut le donner quinze à vingt jours de suite, et on obtient des abaissements de la tension artérielle de 22 centimètres à 12 centimètres, abaissements qui se maintiennent pendant un certain temps après la cessation du médicament. Le nitrite de soude est, en outre, un diurétique; il diminue sensiblement l'albumine. Un troisième point : M. Huchard a parlé des bons effets des lacto-sérums de M. Blondel; M. Robin, dans le service duquel ont été faites les premières expériences de M. Blondel, confirme ce qu'en a dit M. Huchard et déclare que ce sérum a une action très remarquable au point de vue de l'hypotension.

M. Chauffard fait un rapport au nom de la commission nommée par l'Académie pour étudier les moyens de rendre inoffensives les **injections sous-cutanées de gélatine**. On se rappelle qu'après les premières communications de MM. Chauffard et Dieulafoy, on était arrivé à réunir 23 cas de mort par tétanos consécutif, à ces injections de sérum gélatineux. Il est temps d'agir. La Commission a étudié la question et soumet à l'Académie deux propositions. Grâce aux conditions déplorables dans lesquelles se trouve la presse, nous ne les avons pas assez nettement entendues pour pouvoir les rapporter. Nous y reviendrons.

M. A. Guépin lit une note sur le **pronostic des prostatites aiguës** : « Trois cas, dit l'auteur, doivent être envisagés en clinique :

1° *La maladie évolue vers la guérison.* — La guérison complète avec restitution parfaite, en apparence au moins, des tissus et des fonctions glandulaires est possible bien que rare. Elle est rare parce que (et nous en avons étudié les raisons en particulier dans une note adressée à l'Académie des sciences le 20 novembre 1899) les causes communes qui favorisent l'inflammation glandulaire persistent après la cessation des accidents aigus et deviennent un des facteurs de la chronicité; cette guérison complète se reconnaît à la réapparition des caractères normaux de volume, de consistance, de forme, de sensibilité de la prostate, et l'examen du suc prostatique pratiqué à plusieurs reprises, confirme ce que le toucher avait déjà permis d'annoncer sous réserves.

2° *La maladie évolue vers la destruction glandulaire.* — On pourrait croire, dans ces circonstances, alors que la prostatomégalie s'atténue peu à peu, que la sensibilité morbide décroît d'un jour à l'autre, que le suc prostatique de moins en moins abondant est aussi de moins en moins chargé de pus, assister à une guérison véritable, quand les glandes en

voie de destruction sont envahies d'une manière insensible par la sclérose diffuse jusqu'à étouffement complet. La prostate devient très petite, dure, tout en restant irrégulière; désormais la compression ne chasse plus rien au méat et le malade conserve cependant des troubles urinaires qui ressemblent de loin à la dysurie provoquée par la prostatite sénile. Il s'agit d'atrophie fausse de la prostate, assez ordinaire à la suite des prostatites totales très inflammatoires, et c'est ainsi que l'on a pu dire autrefois que les inflammations glandulaires conduisaient plus souvent à l'atrophie qu'à l'hypertrophie prostatique.

3° *La maladie évolue vers la chronicité.* — Telles sont les conditions les plus ordinaires, que le praticien ait méconnu les causes générales des prostatites, ou encore qu'il soit impuissant à les combattre.

Cette prostatite chronique plus ou moins atténuée, qui succède à l'état aigu, qui trop souvent même reste latente pour qui ignore les procédés d'exploration physique et fonctionnelle de la prostate sur lesquels nous avons tant de fois insisté, peut persister indéfiniment à l'état simple, mais d'habitude se complique un jour ou l'autre. Elle aboutit à son tour :

A la dilatation définitive des cavités glandulaires avec stagnation et rétention des produits septiques dont la résorption provoque les symptômes du foyer infectieux prostato-génital.

Avec ou sans manifestations générales infectieuses, avec ou sans propagation à l'ensemble des voies génitales (la vésicule étant presque toujours intéressée d'emblée), surviennent des lésions spécifiques (tuberculose et plus exceptionnellement syphilis), dont le début est alors très difficile à préciser et le traitement tout à fait complexe.

Mais dans le plus grand nombre des cas, sans préjudice des résorptions toxi-infectieuses, manifestes ou dissimulées, les cavités glandulaires de la prostate, sous l'influence indirecte, semble-t-il, de l'irritation épithéliale persistante, s'entourent de tissu scléreux néoformé. La sclérose périglandulaire systématisée progressive, sclérose hypertrophique, hypertrophie prostatique, tranforme insensiblement les tissus et après un temps variable, toujours long, par poussées successives et distantes, transforme irrémédiablement la glande. La marche du processus ne s'arrête point là. Mais pour ne pas élargir le cadre outre mesure, nous n'entrerons pas dans d'autres détails, déjà donnés à plusieurs reprises.

En résumé, lorsqu'un malade atteint de prostatite simple aiguë a heureusement échappé aux complications les plus proches (phlegmon), il n'en reste pas moins menacé de complications lointaines; dans l'ordre chronologique, c'est tout d'abord l'atrophie fausse de la prostate, la destruction de la glande par la sclérose diffuse avec le cortège de ses conséquences urinaires; puis, le passage à l'état chronique. La prostatite chronique amène à son tour et avec le temps les lésions spécifiques ou plus souvent encore s'établit à sa faveur la sclérose périglandulaire systématisée progressive qui n'est, en somme, qu'une sorte de guérison.

De toutes façons, l'avenir reste sombre et le pronostic exige, jusqu'à réparation complète, un traitement méthodique et des examens fréquemment répétés. »

MM. Laveran, Chauvel et Yvon lisent des rapports dont il ne nous a pas été possible d'entendre un mot.

M. Pouchet présente un nouveau livre de M. Cabanès : **Poisons et sortilèges.**

M. Chauffard présente à l'Académie un mémoire manuscrit de M. P. Viollet intitule : **Peut-on faire une injection trachéale sans introduire une canule dans le larynx?**

Dans ce travail, l'auteur se basant sur des expériences faites sur le chien vivant et l'homme adulte, arrive à la conclusion qu'il est impossible de pratiquer une injection trachéale en déposant simplement le liquide d'injection dans le sillon glosso-épiglottique, comme on l'a dit récemment.

M. Chauffard a demandé la nomination d'une commission dont ferait partie un physiologiste pour examiner le travail de M. Viollet qui lui a paru soulever une question intéressante de thérapeutique et de physiologie. (Renvoyé à l'examen de MM. Chauffard et Gley.)

M. Labbé présente un **nouveau forceps** imaginé par M. le docteur Girod.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Le traitement du cancer par les rayons X. (E. Albert Weill et Gaullieur L'Hardy. *Journal de physiothérapie*, 15 juin 1903.) — Au moment même où la question du traitement des tumeurs malignes est à l'ordre du jour, et où des observations commencent à être rapportées soit chez nous soit chez nos voisins, une très intéressante étude d'ensemble vient d'être publiée sur le sujet. Ce travail est dû à nos confrères Albert Weill et Gaullieur-L'Hardy, et nous voyons en les lisant que l'idée d'appliquer les rayons X au traitement du cancer, idée qu'on semblait vouloir nous présenter récemment comme une nouveauté, nous voyons, dis-je, que cette idée est appliquée en Amérique depuis tantôt trois ans. Dès l'année 1900, à la suite des succès obtenus pour la cure du cancroïde de la peau, les cliniciens américains tentèrent d'étendre la méthode au traitement des différentes sortes de tumeurs malignes, et à partir de ce moment on constate un enthousiasme toujours croissant que semblent justifier les observations publiées.

Les auteurs de l'article que nous analysons, après avoir résumé cet historique qu'ils accompagnent d'une bibliographie complète, s'arrêtent longuement sur un remarquable travail de Clarence E. Skinner où cet observateur rapporte 38 cas de cancer, dont 12 cas de cancer intra-abdominaux, traités par les rayons de Röntgen. Le clinicien américain affirme avoir obtenu les résultats suivants : disparition du processus malin dans 3 cas; réduction continue dans le volume de la tumeur dans 15 cas; réduction avec reprise consécutive et mort, 1 fois; arrêt évident de la tumeur dans 4 cas et enfin aucun effet nuisible de répression de la tumeur dans 15 cas.

Au point de vue douleur tous les observateurs sont d'accord pour affirmer l'influence bienfaisante des rayons X. Skinner, par exemple, après avoir mis à part 7 cas qui n'étaient pas douloureux, a constaté la sédation complète et permanente dans 16 cas, une sédation complète mais temporaire dans 3 cas, une sédation partielle dans 8, aucun soulagement dans 3 seulement.

L'amélioration de l'état général, l'accroissement de poids, la diminution des hémorragies : tels sont les autres symptômes cliniques notés par Skinner, et si vraiment les recherches ultérieures viennent confirmer ces conclusions, quelle conquête à ajouter à toutes celles que la science médicale a faites dans le cours de ces dernières années.

La place nous manque pour suivre MM. Albert Weill et Gaullieur-L'Hardy dans la discussion des phénomènes

intimes de l'action des rayons X sur les tissus de néoformation; nous disons seulement que quatre hypothèses ont été émises. La première est que le processus curatif est amené par la stimulation des fonctions réparatrices, produite par une réaction inflammatoire; la seconde qu'il y a une action destructive directe exercée d'une façon élective sur des tissus à type aberrant et de moindre vitalité; la troisième théorie implique la nature parasitaire du cancer et admet que les rayons X empêchent le développement des parasites et les détruisent. La quatrième hypothèse, enfin, et c'est celle qu'admet Skinner, suppose que la dégénérescence maligne n'est qu'un abandon de l'activité protoplasmique de développement normal, résultant de la régression de la structure cellulaire normale vers un type plus primitif et dépendant d'une idiosyncrasie constitutionnelle profonde et d'une irritation locale. Les rayons X auraient le pouvoir d'influencer le mouvement moléculaire au point de vaincre la tendance aberrante du développement cellulaire et de rétablir les caractères normaux de la fonction formatrice.

Quittant le domaine de la théorie pour revenir à celui de la pratique les auteurs établissent d'abord que la méthode semble pouvoir être appliquée à toutes les variétés de néoplasmes, puis ils discutent la question de savoir si les rayons de Röntgen doivent être employés seuls ou de concert avec l'instrument tranchant. De l'étude attentive des travaux américains il semble résulter qu'il faille opérer, quand il y a lieu, et recourir ensuite à l'exposition aux rayons X. C'est là l'avis de Skinner, c'est aussi celui de Pusey qui par des applications radiothérapiques pense prévenir la récidive dans la cicatrice vaginale après l'extirpation de l'utérus cancéreux; c'est encore là ce que pensent Ochsner et Mac Arthur, Léonard, Beckett et nombre d'autres.

Parfois on pourra pratiquer la radiothérapie avant l'opération pour qu'on puisse la pratiquer dans de meilleures conditions; on devra éviter cependant de produire une dermatite.

Car l'application de la méthode est délicate et demande à être pratiquée par des mains expertes. C'est à ces conseils techniques qu'est consacrée la dernière partie de l'article; le choix des appareils, leur entretien, la durée et le nombre des séances, la distance de l'anode aux tissus. tout cela est discuté d'après la technique des différents auteurs américains. Nous ne saurions entrer ici dans tous ces détails et nous ne saurions mieux faire que de recommander la lecture intégrale de cette consciencieuse étude. Elle est venue à son heure, elle est le premier travail d'ensemble publié en Europe sur la question et nous devons savoir gré aux deux auteurs de l'avoir entreprise.

L. GAYARD.

Valeur pronostique de la diazo-réaction dans la tuberculose pulmonaire. (*Medical News*, 4 avril 1903, p. 631.) — M. Wood a fait, au point de vue de la diazo-réaction, une étude qui porte sur 663 cas de tuberculose pulmonaire. Dans la grande majorité de ses observations le diagnostic se trouvait confirmé par l'existence du bacille de Koch dans les crachats. Les conclusions de cette recherche sont les suivantes : Si, chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire, l'urine ne présente pas la diazo-réaction et qu'on peut exclure l'hypothèse d'une lésion rénale, le pronostic est favorable. Les cas d'intensité moyenne ne donnent la réaction que dans la proportion de 10 p. 100, et celle-ci disparaît d'ailleurs sous l'influence du traitement. Lorsque l'urine, dans un cas donné, présente la réaction d'une façon passagère, le pronostic n'est pas nécessairement sévère. Au contraire, si la diazo-réaction existe d'une façon nette et habituelle, la tuberculose pulmonaire étant d'ailleurs dûment constatée, le pronostic est des plus graves; une très grande proportion des sujets qui réalisent ces conditions sont morts dans un temps n'excédant pas six mois.

A. HOUSQUAINS.

Pneumothorax traumatique au cours d'une ponction blanche de la plèvre droite. (Ch. Mongour. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1903, n° 25, p. 303.) — M. Mongour a apporté, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, dans sa séance du 5 juin 1903, la relation d'un accident très rare, survenu en pratiquant une ponction exploratrice de la plèvre droite dans laquelle il supposait une légère collection séreuse. Cette ponction exploratrice montra qu'il n'existait pas d'épanchement et fut cause de la production instantanée d'un pneumothorax.

« L'explication d'un pareil accident, dit M. Mongour, est d'autant plus délicate que les expériences de Dolbeau montrent que si, après avoir mis la plèvre costale à nu, on y pratique une incision de 1 centimètre de longueur, le poumon ne revient pas sur lui-même. En effet, l'adhérence des deux feuillets pleuraux, malgré l'élasticité et la rétractilité du poumon, n'est pas détruite à cause de la cohésion moléculaire de ces surfaces lisses et constamment humectées. Il faut, pour que le décollement se produise, que l'instrument vulnérant repousse le feuillet pariétal; dès qu'une loge s'est produite, la séparation s'achève avec rapidité. A la lumière de ces données physiologiques, je proposerai l'explication suivante, admise par M. le professeur Jolyet : l'aiguille exploratrice a dû refouler le poumon et la plèvre pariétale; une loge s'est aussitôt produite, et dans cette loge l'air a pénétré pendant l'expiration; le pneumothorax était créé. Cette interprétation est d'autant plus acceptable que les expériences de Smith (Gaillard. *Le pneumothorax*) tendent à prouver que cette disjonction partielle, qui entraîne après elle le décollement total, est favorisée par toutes les inégalités de la surface pulmonaire, qu'elles soient physiologiques ou pathologiques. Au niveau du point où mon aiguille a refoulé la plèvre viscérale existaient peut-être des tubercules sous-pleuraux, des adhérences dont je n'ai pu retrouver la trace. Il n'est pas admissible, en tous cas, que l'introduction de l'air dans la plèvre ait été consécutive à une perforation du poumon, car l'aspiration pratiquée comme traitement aurait eu comme conséquence presque inévitable d'assurer le renouvellement de l'air dans la cavité pleurale. »

L'accident relaté par M. Mongour est déconcertant, ainsi que l'a fait remarquer M. Pitres dans la discussion qui a suivi. On sait combien il est difficile de créer un pneumothorax artificiel. Les injections d'air stérilisé faites dans le traitement des pleurésies chroniques n'en produisent pas; les fausses manœuvres de l'appareil de Potain qui se font parfois ne le déterminent pas.

Il faut conclure, a dit M. Pitres, que nous ne connaissons rien encore des circonstances dans lesquelles se forme le pneumothorax.

L. GAYARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — A la suite du concours qui vient de se terminer, MM. Rudeaux et Macé ont été nommés accoucheurs des hôpitaux.

Ecole des beaux-arts. — M. Paul Richer, membre de l'Académie de médecine, a été nommé professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts, en remplacement de M. Mathias Duval, mis sur sa demande en congé illimité.

Guerre. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle, en date du 25 juin 1903, ont été affectés :

Au Chari. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Bernel, au 2e d'artillerie coloniale.

En France. — Médecin-major de première classe : au 2e d'infanterie coloniale, M. Piron.

Médecins-majors de deuxième classe : au 4e d'infanterie coloniale, M. Doucet; au 8e d'infanterie coloniale, M. Lépine; au 1er d'infanterie coloniale, M. Morin; au 22e d'infanterie coloniale, M. Abbatucci; au 3e d'infanterie coloniale, M. Chagnolleau.

Médecins aides-majors de première classe : au 3e d'artillerie coloniale, M. Mouillac; au 21e d'infanterie coloniale, M. Percheron.

Voyages d'études médicales aux eaux minérales, stations maritimes, climatériques et sanatoriums de France. — Le 5e voyage d'études médicales aura lieu du 10 au 23 septembre 1903. En voici le programme :

Jeudi 10 septembre 1903. — Départ de Toulouse par train spécial à 9 h. 10 du matin. Arrivée à Salies-du-Salut vers 11 h. 15; visite de l'établissement et du sanatorium thermal. Déjeuner. Vers 2 heures, départ du train spécial pour Saint Girons (vallée du Salat), arrivée vers 2 h. 15. Départ en voiture pour Aulus. Arrivée vers 6 heures. Visite. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : établissement thermal, Aulus (Ariège).

Vendredi 11. — A 9 h. 30, départ d'Aulus en voitures pour Saint-Girons. Arrivée vers midi 30. Déjeuner hôtel de France. Visite de Saint-Lizier, église et cloître des XIe, XIIe et XIIIe siècles. A 2 h. 15, départ en voitures pour La Bastide-de-Serou. Arrivée vers 5 heures. Départ en train spécial pour Ax. Arrivée à Ax vers 7 heures. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Ax (Ariège).

Samedi 12. — Le matin, à 8 heures, visite des établissements d'Ax. Déjeuner. A 1 h. 50, départ en train spécial pour Ussat. Arrivée vers 2 h. 30. Visite des établissements et du canal hydrostatique. Départ à 6 h. 40. Arrivée à Ax à 7 h. 10. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Ax (Ariège).

Dimanche 13. — A 7 heures du matin, départ en voitures pour Les Escaldes par la vallée de l'Ariège. A 10 heures, arrivée à l'Hospitalet (1 460 mètres). Déjeuner. Départ à midi, continuation de la montée, col de Puymorens (1 917 mètres). Descente sur la Cerdagne par la vallée du Carol. A la Tour-de-Carol, débouché dans la plaine de Cerdagne, panorama de Puigcerda. Arrivée aux Escaldes, station thermale la plus élevée de France (1 350 mètres). Installation. Dîner. Coucher.

Lundi 14. — Le matin, à 8 heures, visite des Escaldes. A 10 heures, départ en voitures pour Bourg-Madame et Puigcerda, capitale de la Cerdagne espagnole. Visite de la ville. A midi, déjeuner à l'hôtel Tixaire. A 1 heure, départ en voitures pour Mont-Louis par Angoustrine (1 400 mètres), Odeillo et Font-Romeu. Arrivée à Mont-Louis vers 5 heures. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : Hôtel de France, Mont-Louis (Pyrénées-Orientales).

Mardi 15. — A 6 heures du matin, départ en voitures pour Quillan par le Capcir et la haute vallée de l'Aude. Arrivée à Carcanières à 10 h. 30. Déjeuner. Départ à midi, traversée des gorges de Saint-Georges et de Pierre-Lys. Arrivée à Quillan vers 3 heures. A 2 h. 20, départ en train spécial pour Carcassonne. Arrêt à Alet une heure et demie environ. Visite des sources. Arrivée à Carcassonne vers 6 h. 50. Installation aux hôtels. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Carcassonne (Aude).

Mercredi 16. — Le matin, visite de la cité de Carcassonne. A 10 h. 15, concentration à la gare et à 10 h. 30, départ en train spécial pour Narbonne. Traversée des vignobles du Narbonnais. Arrêt de 11 h. 30 à midi 30, pour déjeuner, au buffet de Narbonne. Continuation du trajet entre les étangs et la mer. Arrivée à Prades vers 2 h. 35, après la traversée des vignobles du Roussillon.

En voitures, de Prades à Molitg, arrivée vers 3 h. 1/2. A 5 h. 30, départ en voitures pour Le Vernet, par Prades et Villefranche-de-Conflent, en suivant les contreforts du Canigou. Arrivée vers 6 h. 30. Installation. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : Grand-Hôtel du Portugal, Le Vernet (Pyrénées-Orientales).

Jeudi 17. — Le matin, visite du Vernet, établissement et sanatorium. Déjeuner à 11 heures. A midi, départ en voitures pour Villefranche-de-Conflent et à midi 30, départ en train spécial pour Amélie. Traversée d'une partie du bas Roussillon. Arrivée à Amélie vers 2 h. 40. Visite des établissements. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

Vendredi 18. — Départ en voitures à 6 heures du matin pour La Preste par la vallée du Tech. Arrêt à Prats-de-Mollo. Arrivée à La Preste vers 11 heures. Visite. Déjeuner. A 2 heures, départ. Arrivée à Arles-sur-Tech vers 5 heures. Visite de la ville, de l'église et du cloître, XIIe et XIIIe siècles. Retour à Amélie vers 7 heures. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

Samedi 19. — Départ en train spécial vers 7 heures du matin, arrêt au Boulou. Arrivée à Banyuls-sur-Mer vers 10 heures. Visite du laboratoire Arago. Déjeuner, hôtel des Bains. A 1 heure, visite du sanatorium maritime, et à 3 h. 20 départ du train spécial pour Lamalou, par Perpignan, Narbonne, Béziers et Bédarieux. Arrivée à Lamelou à 7 heures. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Lamalou (Hérault).

Dimanche 20. — A 8 heures, visite des établissements de Lamalou. A midi, déjeuner. Après midi, fêtes d'inauguration du buste du professeur Charcot. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Lamalou (Hérault).

Lundi 21. — Vers 6 h. 30, départ en train spécial pour Orange. Arrivée vers midi 30. Déjeuner. A 1 h. 30, départ en voiture pour Montmirail. Arrivée vers 3 heures. Visite. A 5 h. 30, départ. Retour à Orange à 6 h. 30. Dîner Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Orange (Vaucluse).

Mardi 22. — Le matin, visite du théâtre romain et de l'Arc de Marius. A 9 heures, départ en train spécial pour Vals, par Montélimar et le Teil. Arrivée vers midi. Déjeuner. Après midi, visite de Vals. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Vals (Ardèche).

Mercredi 23. — Départ vers 6 heures par train spécial. Arrivée à Chavenay vers 9 h. 30, montée en voiture, arrivée au Mont Pilat vers midi 30. Déjeuner. A 2 h. 30, descente. Retour à Chavanay vers 5 heures. En train spécial pour Lyon à 5 h. 15. Arrivée à Lyon à 6 h. 15. Dîner au buffet. Dislocation.

INSCRIPTION. — Pour s'inscrire envoyer : I. Son adhésion à M. Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement) : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français.

II. Sa souscription, 350 francs, à M. le directeur du Crédit lyonnais, Agence B., Compte V. E. M., place de la Bourse, Paris

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1903, terme de rigueur.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

AUTO PANHARD-LEVASSOR, moteur Centaure, 7 chev. faisant 10 1/2. Etat de neuf. Marche parfaite. Derniers perfectionnements. Carburateur Krebs. Deux carrosseries, hiver-été, etc. — S'adresser aux bureaux du Journal.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 77. — SAMEDI 4 JUILLET 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 4 JUILLET 1903. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

De l'agent pathogène de la dysenterie épidémique aiguë.

Par Mlle S. BROÏDO,

Médecin colonial de l'Université de Paris, médecin sanitaire maritime.

Délimitation du sujet. — Le nombre des micro-organismes incriminés dans l'étiologie de la dysenterie est assez considérable. Ainsi beaucoup d'auteurs, parmi lesquels il nous suffira de nommer Kartulis (d'Alexandrie), Jurgens, Schaudinn, admettent parfaitement l'existence d'une dysenterie amibienne, c'est-à-dire d'une dysenterie due exclusivement et directement aux amibes elles-mêmes, et non aux bactéries que ces dernières véhiculeraient. Nous éliminons dans cet article intentionnellement tout ce qui plaide en faveur ou contre cette théorie, car cela nous entraînerait bien au delà des limites de cette revue et nous renvoyons à notre thèse inaugurale ceux que cette question intéresse.

Nous ne nous arrêterons pas non plus à discuter le rôle possible des quelques agents pathogènes non spécifiques qu'on avait également incriminés, comme par exemple le streptocoque (Zancarol), le bacille pyocyanique (Calmette), cette hypothèse de la production de la dysenterie par des agents microbiens de nature banale nous paraissant devoir être aujourd'hui complètement rejetée et considérée comme non fondée. Ces deux groupes éliminés, nous n'aurons donc à parler que du bacille dysentérique proprement dit, agent spécifique de la forme contagieuse et épidémique de la dysenterie, c'est-à-dire d'une forme nettement définie de cette affection, et tel que l'ont décrit MM. Chantemesse et Widal, Shiga, Flexner, Kruse, Pfuhl et plusieurs autres et tout dernièrement MM. Vaillard et Dopter. Nous démontrerons ensuite l'identité de ces diverses races bactériennes et nous aurons ensuite à examiner la question de la priorité de la découverte du bacille dysentérique.

Nous dirons quelques mots aussi, en terminant, des micro-organismes décrits dans la même affection d'une part par M. Roger, et d'autre part par M. Lesage.

I

Nous ne mentionnerons que pour mémoire les recherches de Besser (1884), Klebs (1887) et Orth (1887). Besser qui a fait 100 examens de selles de 24 dysentériques décrit un microcoque spécial qu'il en aurait isolé; la culture de ce microcoque injectée dans le rectum provoquerait des lésions dysentériques chez les animaux, mais à condition de provoquer préalablement chez eux de la diarrhée, à l'aide d'eau ammoniacale, sans toutefois provoquer une dysenterie tout à fait typique. Mais d'une part ce fait que le microcoque en question ne devient pathogène qu'en présence d'une diarrhée déjà préexistante, et d'autre part la technique exposée par l'auteur ne nous permettent pas d'attribuer une grande valeur à ce micro-organisme qui n'a jamais été observé depuis par d'autres.

Klebs, dans son *Traité de pathologie générale*, dit bien avoir trouvé chez les dysentériques, dans les glandes de la muqueuse et dans la sous-muqueuse, un petit bacille spécial qui ne liquéfie pas la gélatine, ne pousse pas dans la profondeur lorsqu'on l'ensemence par la piqûre, et donne de petites colonies punctiformes. Ce bacille ne forme pas de spores; il n'a jamais été observé par Klebs dans l'intestin de sujets non dysentériques. Ces caractères sont cependant peu précis et l'auteur nous renseigne trop peu sur les cultures obtenues pour que nous puissions y reconnaître le bacille dysentérique décrit plus tard par plusieurs auteurs et sur lequel nous nous arrêterons longuement. Ensuite, fait important, Klebs a toujours échoué dans ses essais d'inoculation. Il en est de même de la description d'Orth, qui n'est pas beaucoup plus détaillée.

Aussi est-ce à MM. Chantemesse et Widal qu'appartient en réalité la première description détaillée du bacille spécifique de la dysenterie, description publiée en 1888 et étayée sur les preuves expérimentales et anatomo-pathologiques. Ces auteurs ont, en effet, eu l'occasion d'étudier cinq cas de dysenterie contractée dans les pays chauds. A Alger ils ont pratiqué l'autopsie d'un sujet mort en pleine

poussée suraiguë de dysenterie contractée au Tonkin. L'autopsie a été faite très peu de temps après la mort et les lésions qu'ils y ont trouvées étaient caractéristiques. Dans les selles de ce malade pendant la vie, dans les parois du gros intestin, dans les ganglions mésentériques et dans la rate après la mort, MM. Chantemesse et Widal ont trouvé un microbe spécial qu'ils ont pu cultiver et isoler. Le même microbe a été trouvé par ces auteurs, et cela, d'une façon constante, dans les selles des quatre autres sujets atteints de dysenterie et revenus de Cayenne et du Sénégal et qui étaient en traitement à Paris à cette époque. *Ce microbe n'a jamais pu être décelé dans les garde-robes des sujets sains.* Il avait des caractères morphologiques, biologiques et pathogéniques propres.

Au point de vue anotomo-pathologique MM. Chantemesse et Widal ont trouvé un épaississement considérable des parois du gros intestin au niveau de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Les glandes intestinales étaient augmentées de volume et atteintes de catarrhe; par places elles étaient comme abrasées. Le tissu conjonctif interglandulaire proliférait.

A la surface de la muqueuse on trouvait des microbes en grand nombre, de même que dans les culs-de-sac glandulaires et entre les glandes en tubes. La celluleuse épaissie et enflammée était farcie de ces micro-organismes. On en trouvait aussi dans les ganglions mésentériques et dans la rate.

Les fragments de la celluleuse du côlon, de la rate et des ganglions mésentériques, ensemencés sur différents milieux, ont donné des cultures pures du microbe en question.

Morphologiquement c'est un bacille de 1 à 3 μ de longueur, légèrement ventru, à extrémités arrondies. Il se présente ordinairement isolé ou quelquefois par paires. Il est très peu mobile et il est difficile de dire s'il s'agit de mobilité propre ou de mouvements moléculaires. Il ne liquéfie pas la gélatine ni dans la profondeur ni à la superficie. Sur la gélose inclinée ses colonies forment une pellicule brunâtre qui ne s'étend jamais jusqu'aux parois du tube.

Il pousse avec énergie sur l'eau de Seine stérilisée.

Sur les plaques de gélatine il se développe rapidement à la température ordinaire et forme des colonies d'aspect spécial qui permettent de le distinguer.

Lorsque ces colonies sont encore à peine visibles à l'œil nu, on voit à un faible grossissement qu'elles forment une tache claire. Cette tache prend plus tard une teinte un peu jaunâtre et la colonie semble alors constituée par deux cercles concentriques, l'intérieur un peu plus foncé, l'extérieur un peu plus clair, à contours plus réguliers.

Les cultures sur gélatine plus vieilles prennent un aspect blanchâtre et granuleux. Le diamètre de ces colonies ne dépasse jamais celui d'une lentille. Jamais on n'a vu de spores.

Sur la pomme de terre il donne des colonies jaunâtres légèrement sèches et peu luxuriantes. Il pousse aussi rapidement sur la gélose et dans le bouillon. *Pas de formation d'indol*; pas de formation de gaz au bout de vingt-quatre heures dans le peptone gélose glucosée, ce qui le différencie du colibacille. *Il ne prend pas le Gram.*

Inoculation aux animaux. — MM. Chantemesse et Widal ont expérimenté avec des cultures pures sur le cobaye soit par l'injection buccale, soit par l'inoculation dans l'intestin, soit par l'injection intra-péritonéale.

Les cobayes nourris par la bouche avec des cultures pures paraissent pendant les premiers jours ne ressentir aucun mauvais effet de ce traitement. Si on les sacrifie au bout de huit jours, on trouve l'estomac parsemé de quelques ulcérations du volume d'une petite lentille. La première partie du gros intestin renferme des matières très liquides et contient les microbes injectés; son diamètre est augmenté, ses parois épaissies et parsemées d'ecchymoses; les follicules clos sont atrophiés. Si l'on a pris soin d'alcaliniser l'estomac avec du carbonate de soude avant l'injection du bacille dysentérique, les lésions produites par le microbe sur la muqueuse gastrique sont beaucoup plus accentuées. Elles se présentent sous forme de larges plaques ulcérées, à contours irréguliers, recouvertes d'une fausse membrane pultacée et reposant sur des parois indurées blanchâtres, d'aspect fibreux.

L'injection intra-péritonéale fait périr les cobayes en deux ou trois jours avec péritonite, péricardite et pleurésie fibrineuse. L'examen bactériologique décèle les microbes en culture pure dans les fausses membranes et le sang.

L'inoculation intra-intestinale après laparotomie donne les résultats les plus significatifs. Sur des animaux sacrifiés au bout de huit jours, les auteurs ont trouvé la première partie du gros intestin très épaissie et la cavité intestinale remplie de diarrhée liquide contenant le microbe. La membrane muqueuse était gonflée, ecchymosée, ulcérée; les follicules clos étaient hypertrophiés, ainsi que les ganglions mésentériques. A l'examen microscopique les lésions apparaissaient disséminées par foyers isolés les uns des autres. Les régions malades montraient un catarrhe intense des glandes intestinales. Entre les tubes glandulaires on voyait pénétrer dans l'intérieur des tuniques intestinales un grand nombre de bacilles qui allaient former des foyers entre la muqueuse et la celluleuse. Ces foyers avaient un volume variable, ils étaient surtout abondants dans les follicules clos. La semence prise au niveau de ces points donnait des cultures pures du bacille inoculé huit jours auparavant. Le foie présentait trois foyers dans lesquels le parenchyme était devenu jaunâtre. Sur les coupes, colorées au bleu de méthylène en solution ammoniacale, on constatait une nécrose de coagulation au centre des espaces portes, et dans les capillaires adjacents, des microbes semblables aux bacilles inoculés.

MM. Chantemesse et Widal concluent que la présence du bacille spécial décrit par eux dans les parois intestinales, les ganglions mésentériques, les garde-robes d'un homme ayant succombé à une poussée aiguë de dysenterie, sa constatation dans les selles de cinq dysentériques, son absence dans les garde-robes de l'homme sain, les lésions expérimentales qu'il fait naître dans l'intestin et les viscères plaidaient en faveur de sa spécificité.

Comme nous le verrons plus loin, cette spécificité peut aujourd'hui être considérée comme définitivement démontrée.

Peu de temps après paraît le travail de Grigoriev (1891). Cet auteur dit avoir observé dans les selles des dysentériques ainsi que dans la muqueuse, la sous-muqueuse et les ganglions mésentériques des sujets morts de dysenterie un bacille spécial qu'il croit être identique à celui de MM. Chantemesse et Widal. Cependant s'il se décolore par le Gram, comme le bacille de ces auteurs, il s'en différencie par un caractère de première importance, à savoir : la *féti-*

dité des cultures dans le bouillon; en outre les cultures sur pommes de terre sont très *épaisses*, jaunes, brillantes; or nous venons de voir que le bacille de Chantemesse et Widal donne sur ce milieu des cultures *très peu abondantes* et sèches, légèrement jaunâtres. Enfin, troisième caractère négatif, Grigoriev a échoué dans ses essais de reproduire la dysenterie par l'injection des cultures isolées, alors que MM. Chantemesse et Widal ont obtenu des résultats positifs.

Le microbe isolé en 1892 par Kern est un petit bâtonnet épais qui ne prend pas le Gram; mais il présente une certaine *mobilité*, légère il est vrai, mais suffisante pour ne pas la considérer comme identique au bacille dysentérique vrai, dont il se distingue encore par la *liquéfaction de la gélatine*, l'enduit jaune *épais* qu'il forme sur la pomme de terre, la modification particulière de la culture dans le lait qui se sépare en deux couches; enfin par l'échec de l'expérimentation. D'ailleurs l'auteur ne semble pas lui-même beaucoup croire à la spécificité de son bacille puisqu'il ne le croit capable d'agir qu'en symbiose avec le streptocoque.

Il n'en est pas de même du bacille isolé en 1892 par Ogata au cours d'une épidémie du Japon et dont l'action spécifique paraît déjà être un peu plus réelle. Il a en effet trouvé, dans 11 cas, dans les selles, et une fois dans les ulcérations intestinales un bacille très fin et court qui ne se décolore pas par le Gram et qui s'est montré pathogène pour la souris, le cobaye et le chat; introduit par voie sous-cutanée, intrarectale ou buccale, il provoquait chez ces animaux des selles muqueuses, des ulcérations et des hémorragies intestinales, des indurations du foie, la tuméfaction des ganglions mésentériques, c'est-à-dire un ensemble de phénomènes très voisins de ceux qu'on observe dans la dysenterie humaine. Mais ce qui distingue le bacille d'Ogata de celui décrit par Chantemesse et Widal, Shiga, Flexner, etc., c'est qu'il *liquéfie la gélatine* et qu'il est très mobile. Nous verrons plus loin que le bacille décrit par M. Roger se rapproche par quelques caractères de celui d'Ogata.

En 1895-1896 parurent les travaux de Celli, publiés en partie par Celli seul, en partie en collaboration avec Fiocca ou avec Vallenti.

Ces auteurs ont étudié des cas sporadiques et épidémiques dans diverses localités en Italie, ainsi que des cas observés à la fin d'une épidémie en Egypte, en tout 162 cas de dysenterie épidémique. Leur attention a été portée aussi bien sur les bactéries que sur les amibes. Les expériences ont été faites sur 140 chats.

Dans leur premier travail, ils arrivent à cette conclusion que dans la dysenterie de nos pays aussi bien que dans celle des pays chauds (Egypte) on ne trouve pas, comme dans les autres maladies infectieuses, un micro-organisme pathogène spécial. L'action de l'*amœba coli* leur paraît fort douteuse. Ils constatent en outre qu'à côté des amibes et des divers autres hôtes inoffensifs, on trouve dans les déjections des dysenteriques le colibacille, généralement accompagné d'une variété ressemblant au bacille typhique, souvent aussi de streptocoques et parfois de proteus vulgaris. On peut provoquer expérimentalement la dysenterie en introduisant par voie buccale et rectale, surtout par la première, ce colibacille et parfois aussi les deux dernières variétés microbiennes. Il semble même que l'action concomitante de ces deux dernières soit la cause qui transforme le colibacille banal en variété *bacterium coli dysentericum* dans l'intestin et peut-être même dans les circumfusa. Le bacille ainsi transformé, avec sa toxicité spécifique, pourrait persister dans toute une série d'animaux.

Cette variété se distingue surtout en ce qu'elle élabore une toxine capable de provoquer la localisation dysentérique typique quand elle est introduite par la bouche ou le rectum, ou *même lorsqu'elle est inoculée sous la peau*. Cette toxine dysentérique peut être précipitée des cultures en bouillon par l'alcool et être dissoute dans l'eau. Elle peut parfois être très virulente et provoquer, après introduction par la bouche, la mort très rapide; dans ce cas la localisation intestinale est minime ou fait même complètement défaut. On observe cette variété d'intoxication aiguë quand apparaît dans une partie circonscrite de l'intestin le melæna en même temps que la dysenterie, ou sans cette dernière.

L'année suivante, les auteurs publient les résultats de leurs nouvelles recherches sur la même question, résultats qui corroborent et complètent les données déjà obtenues antérieurement. Cette fois, ils ont étudié non seulement la dysenterie aiguë, mais encore un cas de variété d'entéro-coli-péritonite que Babes et Zigura ont décrit, en Roumanie, comme une forme spéciale de la dysenterie.

Dans les seize expériences de cette catégorie, Celli et Fiocca n'ont pas reproduit la forme ulcéreuse, mais une altération intestinale allant de l'hyperémie à l'infiltration hémorragique de la muqueuse, parfois aussi du foie; ou bien la mort survenait après amaigrissement et marasme, par intoxication générale, sans lésions anatomiques manifestes. Les auteurs n'ont pas pu transmettre la maladie par injection intra-rectale, de chat à chat.

Dans les cultures obtenues avec les selles, parmi de nombreuses bactéries, le colibacille en question se distingue par sa toxicité particulière et par ce fait que par l'injection de ses cultures on arrive, dans la moitié des cas, à reproduire la même dysenterie expérimentale que par l'injection des matières dysentériques fraîches. Celli et Fiocca désignent ce colibacille à toxicité exaltée sous le nom de *bacille colidysentérique*. La stérilité du sang du cœur prouve qu'il ne s'agit pas de septicémie, mais de toxémie.

Introduite par voie buccale, cette toxine est sans effet (probablement grâce à sa neutralisation par l'acide chlorhydrique du suc gastrique, ou bien parce qu'elle n'est pas absorbée par la muqueuse intestinale).

Injectée sous la peau ou dans le péritoine, elle exerce une action élective sur la muqueuse intestinale, surtout sur celle du gros intestin, y provoquant l'hyperémie, l'hémorragie et même la nécrose superficielle; la chute de l'escarre produit alors l'ulcération, mais dans aucun cas on ne provoque de lésion de la sous-muqueuse ni de la musculeuse. Les follicules clos sont intacts; il n'y a pas d'infiltration leucocytaire. Ces altérations sont identiques à celles qu'on provoque par injection des selles et des cultures.

La nécrose superficielle ouvre la voie aux microbes pyogènes, hôtes habituels de l'intestin, qui trouvent là un terrain tout préparé pour exercer leur action destructive, en s'insinuant entre les parties nécrosées. C'est ce qui expliquerait la prétendue multiplicité des bactéries de la dysenterie.

L'action de la toxine en question varie selon la dose : à haute dose, elle est *hypothermisante* (ce qui correspondrait à la forme algide de la dysenterie) et provoque un amaigrissement rapide.

En plus de l'*action générale*, se traduisant par l'anorexie,

les vomissements, la diarrhée sanguinolente, avec ou sans ténesme, il faut encore noter l'*action locale* allant de l'hémorragie au niveau du point inoculé jusqu'à la formation, plus ou moins rapide selon la dose, d'*abcès* nécrotiques disséquants à *pus stérile*. La fréquence de ce dernier est en raison inverse de l'action générale de cette toxine. Les abcès expérimentaux seraient analogues aux abcès du foie si fréquents au cours ou à la suite de la dysenterie chez l'homme dans les pays chauds.

Le passage de chat à chat permet d'obtenir une toxine très active. Les auteurs auraient retrouvé cette toxine dans le sang en circulation, aussi bien chez les animaux que chez l'homme.

Toutes ces données ont été contrôlées par l'injection de toxines des autres bacilles isolés des mêmes selles dysentériques; la streptotoxine ne provoquait pas de lésions locales; la toxine du bacille Eberthiforme et le coli non dysentérique n'agissaient que sur l'intestin grêle. *Morphologiquement, il n'y avait aucune différence entre le bacille coli-dysentérique et le non dysentérique.* Seule la localisation des lésions les distinguait (gros intestin pour le premier, intestin grêle pour le second).

En résumé, disent les auteurs, la spécificité du bacille coli-dysentérique est évidente et la dysenterie peut étiologiquement être envisagée comme une *intoxication intestinale spécifique primitive, avec infection ulcérative secondaire par les microbes pyogènes*.

Enfin, en 1899, paraît un travail de Celli et Vallenti, dans lequel ils précisent que la toxine isolée par eux est une toxoprotéine et qu'ils sont arrivés à immuniser l'âne contre cette toxine; un des sérums qu'ils ont obtenus a une action spécifique sur le bacille coli-dysentérique. Se basant sur le sérodiagnostic et sur les caractères donnés déjà à cette date par Shiga de son bacille, Celli et Vallenti concluent à l'*identité du bacterium colidysentericum de Celli et du bacillus dysentericus de Shiga*. Ils donnent alors comme caractères distinctifs de leur bacille le faible développement de gaz sur la gélose glucosée où il ne pousse qu'après quarante-huit heures; il ne coagule que faiblement le lait et seulement au bout de cinq jours. Enfin, en 1902, Celli est plus précis et parle des mouvements du bacille qu'il a isolé.

Les premières recherches de Shiga, au Japon, datent de 1897-1898; il a trouvé à cette époque dans les selles de trente-six dysentériques un bâtonnet court, arrondi aux extrémités, à *mouvements lents*, ressemblant morphologiquement au bacille d'Eberth et donnant aussi des formes d'involution. Il se *décolorait* par le Gram et ne donnait pas de spores.

Sur plaque de gélatine il donne des colonies à contours nets, jaunâtres, finement granuleux, d'aspect folié et ne formant pas de pellicules. Les colonies superficielles et les colonies profondes ont à peu près le même aspect. Au bout de quelques jours la partie centrale devient plus foncée et la partie périphérique plus claire. *La gélatine n'est pas liquéfiée.*

Sur la pomme de terre le bâtonnet forme un enduit à peine apparent, sec, blanc, devenant au bout de quelques semaines brun rougeâtre.

Il ne *coagule pas le lait*, ne fait *pas fermenter* le glucose, ne donne *pas d'indol*.

L'auteur a trouvé ces bacilles dans les déjections de trente-quatre de ses trente-six malades et plusieurs fois dans la paroi intestinale; mais jamais il ne les a constatés dans les selles des sujets sains ou atteints d'affections intestinales autres que la dysenterie (fièvre typhoïde, diarrhée tuberculeuse, béribéri). Ces *bacilles agglutinaient par le sérum des dysentériques*, tandis que les autres bactéries isolées de ces fèces n'agglutinaient pas. D'autre part ils n'étaient pas agglutinés par le sérum de sujets sains, ni par celui d'autres malades. Injectées dans le péritoine, les cultures de ces bacilles provoquaient des hémorragies de la paroi intestinale et des selles sanglantes.

La culture stérilisée injectée à l'homme provoquait des phénomènes généraux et une infiltration locale, douloureuse à la pression. Le sérum de ce sujet agglutinait au bout de dix jours. Le bacille semblait donc être bien spécifique et pathogène.

Cette description est complétée dans le travail paru en 1901. Shiga y constate que les bacilles isolés par lui chez les dysentériques ne présentent que de légers mouvements sur place, difficiles à distinguer des mouvements mollécu-laires. Il n'a réussi qu'une fois à colorer quelques flagella.

Dans les cultures sur plaques de gélatine les colonies profondes sont arrondies, punctiformes. Examinés à un faible grossissement ils présentent une coloration jaune brunâtre et un aspect finement granuleux. Les colonies superficielles sont plus grandes, à bords irréguliers, et prennent souvent la forme des feuilles de vigne sur les plaques de gélatine ordinaires (10 p. 100). Sur les plaques contenant 15 à 20 p. 100 de gélatine les colonies superficielles et profondes présentent le même aspect.

Sur *gélose inclinée* le bacille dysentérique, comme aussi le bacille typhique poussent moins bien que le coli-bacille. Ces colonies sont d'abord blanchâtres et humides à l'éclairage direct, bleuâtres par transparence et légèrement translucides. Au bout de deux jours elles présentent une zone centrale plus foncée. Après quelques jours les colonies deviennent plus épaisses, gris blanchâtre, filantes.

Sur gélose en strie la culture se développe de la même façon tout le long de la strie, alors que le bacille typhique forme une colonie triangulaire à base inférieure.

Dans le *bouillon* il se produit un trouble uniforme, avec dépôt, sans voile.

L'eau peptonée lactosée tournesolée ne devient rosée ou rougeâtre qu'au bout de deux jours.

Dans le *petit lait tournesolé* la réaction devient acide au bout d'un à trois jours de séjour de la culture à l'étuve, mais elle redevient alcaline au bout de cinq à sept jours.

Sur la pomme de terre, suivant les caractères de cette dernière, le développement du bacille est variable : tantôt invisible, tantôt très faible, formant un duvet brunâtre ou blanchâtre. Le premier cas s'observe si la réaction du milieu est acide, le dernier lorsque la pomme de terre a été mise dans une solution de sel marin ou de bicarbonate de soude et présente une réaction neutre ou alcaline (le bacille typhique se développe d'une façon analogue dans les mêmes conditions).

On trouve le bacille de la dysenterie dès la fin du premier septenaire presque à l'état pur dans les déjections fraîches composées de mucus et sang. Au début de la maladie la présence de ces bacilles dans ces selles est difficile à démontrer par les cultures. On y arrive cependant parfois, si les selles sout déjà muqueuses. — D'une façon générale leur présence dans les selles est subordonnée à la marche du processus, leur nombre variant selon la gravité de la période. Les bacilles sont très virulents et possè-

dent un pouvoir agglutinatif très élevé. — Ces deux caractères diminuent à mesure que l'état du malade s'améliore.

Le bacille se trouve dans la muqueuse intestinale en très grand nombre ou presque en culture pure dans les foyers récents catarrhaux ou diphtéroïdes et dans les couches plus profondes du processus ulcératif, tandis que dans les parties superficielles des processus plus anciens, ils sont submergés par le coli-bacille et d'autres micro-organismes. On les trouve aussi souvent dans les ganglions mésentériques engorgés, fait qu'avaient déjà noté MM. Chantemesse et Widal. Par contre Shiga ne les a pu trouver dans la rate et le foie ni à l'examen microscopique, ni par culture. C'est à la propriété du bacille de la dysenterie de se localiser qu'est dû ce fait que cette maladie ne s'accompagne d'aucune manifestation clinique d'infection générale (splénomégalie, ostéomyélite, roséole, etc.).

Shiga a cherché la séroréaction sur des centaines de dysentériques et a trouvé que le plus souvent cette réaction est en raison directe de la gravité de la maladie : certains échantillons du sérum agissent encore à 1 : 30 mais le plus souvent à 1 : 20. Rarement, dans la dysenterie très légère la réaction était négative. Les essais répétés d'agglutination avec le sang (1) des sujets bien portants ou atteints d'autres maladies ont toujours été négatifs avec une dilution à 1 : 10. Par contre, il a trouvé une fois que le sang d'une malade autrefois atteinte de dysenterie avait encore une réaction très nette au bout de huit mois. Cette réaction ne peut cependant pas être utilisée dans un but diagnostique, car elle est presque toujours négative dans les cas légers ou incertains. Beaucoup plus intéressantes et plus importantes sont les oscillations du pouvoir agglutinatif du sang pendant l'évolution de la maladie. On peut dire d'une façon générale que l'augmentation rapide du pouvoir agglutinatif est d'un pronostic favorable et qu'au contraire l'augmentation lente et graduelle ou même nulle de ce pouvoir agglutinatif est l'indice d'un pronostic fâcheux ou douteux ou bien de la tendance à une chronicité très prononcée.

Le bacille en question se trouve surtout en grand nombre dans les selles glairo-muqueuses, mêlées à du sang frais.

La même année Shiga nous donne les résultats de ses recherches sur l'application de la sérothérapie au traitement de la dysenterie. Il constate que le sérum prolonge la durée dans les cas mortels et l'abrège dans les cas à terminaison favorable. Sur ses 298 cas traités par le sérum la durée moyenne était de vingt-cinq jours pour les cas favorables et de seize pour les cas mortels, tandis que pour les 212 cas traités par des médicaments elle était de quarante jours pour les premiers et de onze jours pour les derniers. La mortalité a en général diminué en moyenne d'un tiers pour les cas traités par le sérum, en comparaison avec les autres, et est tombée jusqu'à la moitié du minimum ordinaire.

De toutes ces recherches, Shiga conclut que le bacille de la dysenterie ou sa toxine ont un pouvoir hémorragipare très net et qu'ils sont capables de provoquer chez les animaux des hémorragies multiples, semblables à celles de la dysenterie humaine grave. Le bacille de la dysenterie est agglutiné *exclusivement* par le sang de dysentériques, le sérum immunisateur a des propriétés curatives et préventives.

Shiga a comparé son bacille à ceux que lui ont envoyés Flexner (cas aigus de Manille) et Kruse, et n'a trouvé aucune différence entre ces trois espèces bacillaires. Quant au bacille de Celli, étant donné qu'il coagule le lait et forme des gaz dans la gélose glucosée, il doit être considéré comme non identique à celui de Shiga.

Enfin, en 1902, Shiga confirme de nouveau l'identité des bacilles de Kruse et des siens, se basant cette fois sur l'étude des réactions bactéricides et de l'agglutination. Il nous dit que le sérum immunisateur qu'il avait obtenu du cheval en 1898-1900 s'est montré très actif, et constate que c'est le premier sérum de ce genre dont est démontrée la possibilité d'être *complété* par le sérum humain. Les différentes races bactériennes peuvent avoir des récepteurs un peu différents; mais par un passage prolongé par le lait on peut faire modifier la façon dont se comportent les récepteurs d'une race dysentérique.

Le premier travail de Flexner sur le bacille de la dysenterie date de 1900; cet auteur décrit ainsi le bacille qui a été isolé à Manille :

Court à extrémités arrondies, il présente une *mobilité modérée*, ne *prend pas le Gram*, *ne liquéfie pas la gélatine;* ensemencée en strie sur gélatine, la culture pousse surtout le long de la ligne et très peu en surface. La strie sur gélose donne une culture à bords dentelés. Sur la pomme de terre elle forme au bout de quelques jours une saillie jaune pâle; si la pomme de terre est mauvaise il se forme une membrane humide, ressemblant à la culture du bacille d'Eberth.

Les cultures sur sucre, lactose, *ne fermentent pas;* dans la glucose il se développe un peu d'acide carbonique.

Le petit lait tournesolé bleuit légèrement au bout d'un à trois jours; après six jours les gaz alcalins se dégagent jusqu'à ce que tout bleuisse.

Le lait n'est pas coagulé.

La *séroréaction* a été positive dans 2 cas chroniques de Porto-Rico, tandis qu'avec le sang de dysenterie amibienne elle a été négative; enfin le bacille en question était agglutiné par le sérum de dysentériques aigus.

Il diminue de nombre lorsque l'affection guérit ou passe à la chronicité. On ne le trouve jamais dans la dysenterie amibienne.

Le bacille de Flexner est pathogène pour les animaux : injectée par *voie intrapéritonéale*, sa culture provoque un exudat trouble, la congestion des organes, le gonflement des plaques de Peyer et parfois un aspect pointillé de ces plaques, rappelant celui des anciennes lésions typhiques. — Dans le foie, Flexner a vu se produire des *foyers de nécrose de coagulation*. L'exsudat contient des bacilles semblables à ceux qu'on a injectés.

L'*ingestion* des cultures est sans résultat, à moins qu'on ne neutralise au préalable le suc gastrique; dans ce cas on peut provoquer la mort de l'animal.

Les *cultures stérilisées* sont également toxiques et peuvent provoquer la mort après cachexie.

Se basant sur ces données, Flexner conclut qu'en outre de la dysenterie amibienne il existe une dysenterie bacillaire, pouvant se présenter sous la forme *chronique* et sous la forme aiguë. La première est caractérisée par la production de fausses membranes, l'épaississement considérable de la muqueuse, qui est dénudée par places et offre un aspect ardoisé ou pigmenté.

Dans la forme *aiguë* on trouve des lésions de coagulation de la muqueuse dont les altérations sont plus avancées que celles de la sous-muqueuse, épaissie et infiltrée. Les bacilles

(1) La force agglutinative du sang est à peu près deux fois moindre que celle du sérum.

ne se trouvent que dans la muqueuse, et pour Flexner la lésion de la sous-muqueuse est d'origine toxique.

D'autre part se basant sur les propriétés morphologiques, culturales et pathologiques de son bacille, Flexner conclut que ce dernier est identique à celui isolé par Shiga au Japon, les deux pouvant être désignés, d'après lui, sous le nom de *b. dysenteriæ*.

Strong qui a également étudié, sous la direction de Flexner, l'épidémie des Philippines, a eu le courage de contrôler la spécificité du bacille de Flexner sur un condamné à mort. Après lui avoir administré un verre d'eau de Vichy, il lui inocula la culture du bacille et provoqua dès le lendemain la dysenterie, dit-il. Mais comme le sujet devait néanmoins être exécuté après cette expérience, il est permis de garder quelque doute sur la nature de cette diarrhée, à la production de laquelle l'élément psychique pouvait ne pas être étranger.

Sur 246 cas cliniquement observés par Strong, il y eut 50 cas de dysenterie amibienne et 3 de cause mixte; dans les autres cas, il a obtenu l'agglutination dans 71 d'entre eux; nous ne trouvons pas de renseignement sur les 120 autres. En outre des 71 cas à séroréaction positive, le bacille n'a été isolé des selles que 21 fois.

Pour Strong, seul le sérodiagnostic peut permettre de distinguer cliniquement les deux variétés de dysenterie.

En 1902, Flexner s'étant procuré des cultures de bacille de Shiga et de celui de Kruse (dont nous n'avons pas encore parlé) en fit une étude comparée. Il a donc en tout examiné les bacilles : 1° de Kruse, obtenu en Allemagne; 2° de Shiga, du Japon; 3° les siens et ceux de Strong, provenant de *a*) Manille, *b*) de Porto-Rico et *c*) de Philadelphie. Tous ces bacilles ont donné des résultats identiques sur les divers milieux employés. Et contrairement à ce qu'à trouvé plus tard Kruse, Flexner n'a trouvé pour les cultures sur pomme de terre que des différences minimes entre les diverses races bacillaires, encore ces différences ne portent-elles que sur l'étendue de la culture.

De même à l'*examen morphologique* on ne trouve que de minimes différences de longueur et de diamètre, dues sans doute en partie aux différences de milieu et de température. Les bacilles de Flexner possèdent des cils, et Weder et Duval en ont également trouvé aux bacilles de Kruse, de Shiga, de Strong. Enfin la *séroréaction* ne laisse aucun doute, d'après Flexner, sur la parenté des bacilles de la dysenterie du Japon, de Manille, de Porto-Rico, d'Allemagne et rend très probable l'identité de la dysenterie de l'Extrême-Orient avec celle de l'Allemagne et des Indes-Orientales

Weder et Duval qui ont étudié la même affection aux États-Unis (Philadelphie, Lancastre, New-Haven) y ont trouvé un bacille qu'ils considèrent comme identique à ceux de Shiga, de Flexner, de Kruse. Comme nous le verrons dans un instant, Kruse aurait isolé dans une épidémie de dysenterie ayant sévi dans un asile d'aliénés, un bacille un peu différent, de sorte qu'il considère cette épidémie comme de nature *pseudo-dysentérique*. Or Wedder et Duval insistent sur ce fait que parmi leurs cas il y en avait qui provenaient d'asiles d'aliénés et que néanmoins le bacille qu'ils y ont isolé ressemblait en tous les points à celui des autres malades (non aliénés).

Wedder et Duval constatent également l'identité des résultats obtenus par l'épreuve du sérum, et remarquent que cette réaction est loin de coïncider avec l'apparition des symptômes cliniques, de sorte qu'on peut trouver le bacille dysentérique dans les selles et ne pas obtenir encore d'agglutination à un moment donné. De même encore la disparition de cette réaction peut être brusque et ne pas coïncider avec le moment de la disparition des bacilles.

II

En 1900, Kruse publie dans le *Centralbl. f. allgem. Gesundheitspflege*, un article sur la dysenterie en Allemagne, mais on n'y trouve encore rien sur la question du bacille de la dysenterie. Ce n'est qu'un peu plus tard, dans l'article paru la même année 1900 dans le n° 40 du *Berl. klin. Woch.*, qu'il en est question pour la première fois sous la plume de cet auteur. Il dit notamment avoir pu cette fois étudier la dysenterie de nos pays, une épidémie s'étant déclarée dans les provinces rhénanes. Il dit avoir alors isolé des selles de ces malades un bacille spécial qui *sur plaques de gélatine donne une culture en forme de feuilles de vigne*; les colonies plus profondes sont rondes, plus petites et sans aspect caractéristique. Dans la *gélose glucosée* ce bacille se développe *sans former des gaz*. Les cultures sur le *lait*, la *pomme de terre*, ressemblent beaucoup à celles du bacille typhique, mais la distinction est facile, l'un étant *ventru, épais et immobile*, et l'autre fin et très mobile. Quoique l'expérimentation ait échoué entre ses mains Kruse, considère ce bacille comme l'agent pathogène de la dysenterie de nos pays, car il est agglutiné par le sérum de dysentériques à 1 : 50 et même à 1 : 1000, alors que le sérum normal ne l'agglutine qu'à 1 : 10-20, et que les autres bactéries de l'intestin ne sont agglutinées par le sérum de dysentériques qu'à un titre très concentré. Cette séro-réaction spécifique peut persister plusieurs mois.

Dans huit cas où il a pu pratiquer l'autopsie, Kruse a trouvé des fausses membranes et l'infiltration de la paroi intestinale, lésions qu'il n'avait jamais observées au cours de ses recherches antérieures sur la dysenterie amibienne en Egypte.

Kruse considère son bacille comme essentiellement différent de celui de Celli puisque ce dernier coagule le lait, mais le croit voisin du bacille de Shiga; il insiste cependant sur ce fait que Shiga décrit à son bacille une certaine mobilité alors que celui de Kruse est absolument immobile; en outre Shiga a observé des cultures identiques à la surface et dans la profondeur.

Kruse a eu l'occasion d'observer un cas de dysenterie de laboratoire chez un de ses assistants qui manipulait les cultures. Etant donné qu'il n'y avait pas à ce moment-là des cas de dysenterie dans la ville, ce cas a presque la valeur d'une *expérimentation sur l'homme avec les cultures pures du bacille de Kruse* et prouve la spécificité de ce dernier.

En ce qui concerne le bacille de Flexner, Kruse le considère comme analogue au sien, s'en distinguant par une légère mobilité, mais surtout par le caractère moins luxuriant des colonies sur pommes de terre; néanmoins il ajoute que cette dernière différence pourrait bien tenir à une force de prolifération moindre. Nous avons vu que Flexner la considère même comme absolument insignifiante.

En résumé à cette époque Kruse conclut à l'analogie entre les bacilles de Shiga et de Flexner et à la proche parenté du bacille de Kruse avec le bacille de Shiga, mais il s'élève contre la tendance de confondre tous ces bacilles pour cette seule raison qu'ils ressemblent tous au bacille d'Eberth, qu'ils sont agglutinés par le sérum des dysentériques et qu'ils provoquent tous des lésions analogues chez l'homme.

La mobilité, le pouvoir fermentatif, la formation de pigment sont pour Kruse des signes différentiels plus importants.

Kruse et Weissfeld *se sont injecté* un centimètre cube de culture stérilisée et ont eu, à la suite, des *phénomènes locaux* et généraux assez graves pendant huit jours; leur sang, qui n'agglutinait pas auparavant, agglutinait à 1 : 200 après cette expérience.

D'autre part, Kruse a isolé, au cours d'une petite épidémie dans une maison d'aliénés, un bacille ressemblant en tout point à celui que nous avons décrit plus haut, avec cette seule différence qu'il n'agglutinait pas avec le sérum spécifique, mais seulement avec celui d'aliénés dysentériques; chaque bacille agglutinait le mieux avec le sérum du malade dont il provenait. Kruse en conclut que l'affection qui s'observe dans les asiles d'aliénés et qui se présente sous les aspects cliniques et anatomiques d'une dysenterie, est en réalité une affection dysentériforme provoquée par un bacille pseudo-dysentérique et il isole un peu plus tard six espèces pseudo-dysentériques. Nous avons vu que Flexner n'a trouvé, dans des cas semblables, le même bacille qu'en dehors des asiles.

Reprenant de nouveau la question en 1902, Kruse admet, en outre de la dysenterie amibienne, les formes suivantes :

I. La dysenterie épidémique de nos pays, due à un bacille spécial, *bacillus dysenteriæ germanicæ*, qu'on trouve dans les selles de dysentériques, mais *jamais* dans l'intestin des sujets sains ou atteints d'autres maladies que la dysenterie; ce bacille est agglutiné par le sérum dysentérique à partir du septième jour, à 1 : 50. Les deux cas de contamination au laboratoire des personnes ayant manipulé les cultures pures de ce bacille, peuvent tenir lieu d'*expériences*. Anatomiquement cette forme est caractérisée par un catarrhe du gros intestin, avec production de fausses membranes. La mort arrive dans cette forme dans 10 p. 100 des cas, généralement au deuxième septénaire, et survient par épuisement, surtout chez les enfants et les vieillards.

II. La dysenterie des Philippines et du Japon semble ne différer que par sa mortalité plus grande; néanmoins Kruse distingue le bacille de cette forme sous le nom de *bacillus dysenteriæ japonicæ*.

III. Les formes atypiques isolées par Kruse dans les asiles d'aliénés diffèrent du bacille dysentérique vrai en ce qu'elles ne sont pas agglutinées par le sérum des dysentériques et qu'elles donnent de l'indol; ces bacilles se trouvaient toujours dans les cas de dysenterie atypique, mais jamais chez d'autres malades.

Enfin, en 1903, Kruse nous donne le résultat de ses recherches sur la sérothérapie. D'après lui, son bacille ne sécrète pas de toxines; il s'agissait donc de chercher non un sérum antitoxique, mais bien un sérum bactéricide qui empêcherait la prolifération des bactéries. Partant de ce principe il est arrivé à obtenir un sérum qui lui a donné sur 100 malades un abaissement de la mortalité de 10-11 p. 100 à 8 p. 100 et chez les enfants mêmes de 15 p. 100 à 5 p. 100. La substance bactéricide de ce sérum serait une *antilysine*. La dysenterie amibienne et la pseudo-dysenterie des aliénés ne sont pas influencées par ce sérum.

Kruse insiste dans ce travail, qu'il a conduit ces recherches indépendamment des travaux de Shiga (déjà parus à cette date), car il considérait, dit-il, à ce moment, le bacille de Shiga comme distinct du sien. Mais d'après les modifications apportées par ce dernier auteur à sa description, les bacilles de Kruse et de Shiga s'identifient. Mais, dit-il, c'est que Shiga a trop modifié sa première description. C'est dans ce travail que Kruse commence à discuter la priorité de la découverte du bacille dysentérique et s'élève contre les prétentions de MM. Chantemesse et Widal.

Le travail de MM. Vaillard et Dopter est le dernier en date et nous apporte des faits très intéressants. Ces auteurs ont pu étudier le bacille de la dysenterie au cours d'une épidémie observée à Vincennes (130 cas, 2 décès). Ils l'ont toujours pu isoler des selles glaireuses où il était mélangé au coli-bacille. Son abondance était toujours en rapport avec la gravité de la maladie. Ces auteurs constatent l'identité parfaite du bacille isolé par eux et de ses cultures d'une part avec celui de MM. Chantemesse et Widal et d'autre part avec ceux de Shiga, de Flexner, de Pfuhl, etc. Ce bacille se développe sur les cultures plus lentement que le coli-bacille; il est agglutiné par le sérum de dysentériques et jamais par aucun autre sérum. Le sérum des dysentériques dont provenait le bacille en question, agglutinait les bacilles de Shiga, de Flexner, de Kruse. D'autre part le sérum des sujets atteints de dysenterie chronique tropicale ou de diarrhée de Cochinchine n'agglutinait aucun de ces bacilles, pas plus que celui isolé par MM. Vaillard et Dopter. Enfin, fait particulièrement intéressant : avec n'importe laquelle de *toutes* ces espèces bacillaires dysentériques, MM. Vaillard et Dopter ont pu obtenir chez les animaux des symptômes et des lésions anatomiques en tous points identiques à ceux qu'on observe chez l'homme, et cela non seulement par l'injection des cultures vivantes, mais aussi par l'introduction *sous-cutanée* des cultures mortes ou des toxines que ces auteurs sont parvenus à en isoler. Ces bacilles agissent donc bien par leurs toxines et ces toxines ont bien une action élective sur le gros intestin. Les lésions qu'ils ont ainsi provoquées n'étaient pas seulement analogues mais absolument et parfaitement identiques à celles de la dysenterie humaine. Le doute sur la spécificité de ce bacille semble aussi impossible; il agit en provoquant une *toxémie*.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(1er JUILLET 1903)

Dans la dernière séance M. Delbet a présenté un jeune homme qu'il avait traité d'une **fracture du fémur** par un appareil de marche qu'il a porté pendant deux mois. M. Hennequin fait observer, à ce propos, que le résultat obtenu chez ce malade n'est pas aussi satisfaisant que celui qu'auraient donné les appareils ordinaires. M. Hennequin a constaté chez ce malade 5 centimètres de raccourcissement. En somme, M. Hennequin n'approuve pas les appareils de marche.

M. Delbet répondra dans la prochaine séance.

Nous revenons à la discussion sur le **traitement des anus contre nature**. M. Faure rapporte l'histoire d'une malade à laquelle, en 1897, on avait pratiqué une hystérectomie abdominale, à la suite de laquelle s'était formée une fistule intestinale et un phlegmon de la paroi. Lorsque cette malade se présenta à M. Faure, voici dans quel état elle était : il y avait au-dessous de l'ombilic quatre orifices intestinaux; l'un correspondait au bout de l'intestin grêle, l'autre avec le gros intestin; deux autres communiquaient avec la même anse intestinale. M. Faure pratiqua une opération

compliquée qui consista à anastomoser le bout supérieur avec le côté droit du cæcum, puis à faire l'exclusion et la résection du reste de l'intestin.

Cette opération a été pratiquée en avril dernier ; elle avait bien réussi, à n'envisager que le but pour lequel elle avait été faite ; car le malade a succombé ultérieurement à une tuberculose pulmonaire. Dans les cas de ce genre, c'est donc à la résection combinée ou non avec l'exclusion que M. Faure donnera la préférence.

Nous passons ensuite à la discussion sur la **lithiase biliaire**. M. Hartmann s'applique à démontrer que le diagnostic de la lithiase biliaire n'est pas toujours aussi difficile qu'on l'a dit. Il croit qu'il est presque toujours possible de faire le diagnostic en se basant sur l'étude attentive des symptômes, et vante les bons effets du traitement médical par l'absorption d'huile.

M. Picqué communique, en son nom et au nom de M. Toubert, une observation de **suppuration de la loge parotidienne d'origine otique**.

Enfin une discussion s'engage entre MM. Terrier, Hartmann, Tuffier et Montprofit (d'Angers), sur la **gastro-entérostomie**, opération qui devient presque une opération courante, au moins pour un certain nombre de chirurgiens. Tandis que la plupart des membres de la Société de chirurgie ont adopté définitivement la gastro-entérostomie postérieure, M. Montprofit est resté fidèle à tout jamais au procédé en Y qui lui donne de très bons résultats et lui permet d'éviter bien des petits ennuis qu'entraînent souvent après eux les autres procédés.

M. Quenu nous indique un ingénieux procédé pour éviter, dans le **traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie**, les greffes ultérieures d'echinocoques. Ce procédé consiste à laver la poche avec une solution de formol à 1 p. 100 à l'aide d'un tube se terminant à un bout par un trocart de Potain et à l'autre bout par un entonnoir. L'ajutage du tube avec le trocart présente une disposition particulière qui permet de vider la poche de son contenu et de la laver ensuite complètement avec la solution de formol de façon à y détruire tous les échinocoques. Cela se fait aussi facilement qu'un lavage de l'estomac avec le tube Faucher.

Nous reviendrons ultérieurement sur cette intéressante communication de M. Quenu dont nous ne pouvons aujourd'hui qu'indiquer le but.

M. Walter présente un cas de **rupture spontanée de l'artère fémorale** à sa partie moyenne.

Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans qui, sans aucune tare appréciable, fut pris d'une douleur vive bientôt suivie d'une grosseur apparente à la partie moyenne de la cuisse. Il avait continué à marcher pendant quelques jours quand il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu. Le diagnostic porté fut anévrisme diffus de la cuisse droite. En pratiquant l'opération, M. Walter ne trouva pas trace de sac. Il réséqua 8 centimètres de l'artère. Il s'agissait d'un cas de rupture primitive d'une artère athéromateuse.

M. Monod présente une énorme **vésicule biliaire** dont il a fait l'ablation. C'est la première fois qu'il pratiqua une cholécystectomie ayant, jusqu'ici, donné toujours la préférence à la chlolécystostomie.

M. Lejars présente une jeune femme chez laquelle il a fait une **résection costale** très étendue.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[Madrid, 23-30 avril 1903 (1)]

L'œsophagoscopie et sa valeur diagnostique,

Par le docteur Hugo Starck, privat docent de médecine interne à l'Université d'Heidelberg (Allemagne).

(Travail de la Clinique interne du Prof. Dr Erb, d'Heidelberg.)

Après quelques mots d'historique, M. Starck décrit la manière de pratiquer l'œsophagoscopie.

« Chez un malade ayant la tête renversée et la bouche grande ouverte, dit-il, on réussit à introduire par l'œsophage, dans plus de 90 p. 100 des cas, un tube droit et inflexible de 13 à 14 millimètres de diamètre, jusqu'au cardia et à l'estomac. Il se trouve ainsi possible d'éclairer avec une lumière concentrée la paroi et le lumen de l'œsophage.

Le tube métallique simple et droit est encore aujourd'hui l'instrument le meilleur et il mérite, à cause de sa simplicité, d'être préféré à un œsophagoscope compliqué, comme celui construit par Kelling (on introduit ce dernier et on l'étend après l'introduction).

La coupe transversale des tubes est circulaire ou ovale, s'adaptant mieux à la configuration de l'entrée de l'œsophage, ce qui en facilite l'introduction.

Le tube est armé d'un mandrin dont le bout est en métal, en gomme dure ou en caoutchouc.

Comme source de lumière, on se sert d'une lampe de front électrique avec un miroir plat ou d'une lampe à main, qui peut être fixée au tube.

La narcose n'est pas nécessaire ; il suffit d'insensibiliser le pharynx, le larynx et la partie supérieure de l'œsophage à l'aide de la cocaïne à 10 p. 100.

On pratique l'examen du malade couché ou assis. Quand il s'agit de rétrécissements, de diverticules ou de dilatations, la position couchée sur le côté est beaucoup préférable à la position assise, parce qu'au-dessus de chaque obstacle les glaires, la salive stagnante nuisent à un examen exact et exigent qu'on laisse stationner le tube plus longtemps.

Tandis qu'un assistant fait fléchir la tête, l'observateur introduit le tube par un coin de bouche ou en profitant de l'absence d'une dent derrière la partie postérieure de la langue dans le pharynx jusqu'au cartilage annulaire, il pousse alors après une courte attente, pendant un mouvement de déglutition, avec une légère pression, le tube dans l'œsophage. Sauf l'obstacle physiologique que constitue l'orifice œsophagien, le tube ne trouve aucun empêchement jusqu'au cardia.

On doit éviter tout effort pendant l'introduction, parce qu'il serait facile de blesser la muqueuse. Le tube arrive à un obstacle, c'est qu'il a quitté l'axe de l'œsophage ou qu'il y a un état pathologique.

Dans les deux cas, on éloignera le mandrin et examinera l'aspect avant d'avancer. Mais pour éviter des surprises désagréables, il faut connaître, avant de pratiquer l'œsophagoscopie, aussi bien que possible l'état de l'œsophage par l'anamnèse et le cathétérisme.

Comme, dans les maladies œsophagiennes, il y a souvent

---

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 49, p. 486 ; nº 56, p. 553 ; nº 58, p. 580 ; nº 59, p. 590 ; nº 61, p. 609 ; nº 63, p. 638 ; nº 65, p. 660 ; nº 69, p. 700 ; nº 73, p. 742.

beaucoup de salivation, l'objectif n'est quelquefois pas visible à cause des liquides; au-dessus des rétrécissements il peut y avoir aussi des restes d'aliments, de sorte que le nettoyage exige beaucoup de temps. On obtient un nettoyage plus rapide par l'aspiration d'une pompe aspirante, ou par exemple dans des dilatations diffuses, en plaçant plus haut la partie inférieure de la table d'examen.

Alors les liquides s'écoulent par le tube.

Tandis qu'il est possible de faire l'œsophagoscopie chez la plupart des hommes, il y a pourtant des cas où il est très difficile ou même impossible. Cela se rencontre chez tous les hommes ayant la mâchoire supérieure très proéminente et qui ont les dents très développées ou la nuque difficilement flexible.

D'autre part, nous trouvons une indication contraire de ce procédé d'investigation dans le cas d'une grave maladie du cœur, d'un anévrisme de l'aorte, une cirrhose grave du foie, des varices de l'œsophage, des brûlures fraîches et aussi dans les états pathologiques.

Pour pouvoir faire un diagnostic, il nous faut d'abord bien connaître l'image de l'œsophage normal.

Quand le tube se trouve dans l'axe de l'œsophage (descendant directement de haut en bas), nous pouvons souvent voir très profondément (4, 6, 8 centimètres et encore plus).

Le lumen nous paraît d'autant plus foncé qu'il est possible de le voir plus profondément, et il change continuellement de forme et de circonférence avec la respiration et les pulsations du cœur.

A chaque aspiration se forme une dilatation à peu près de l'épaisseur du petit doigt, à laquelle succède pendant l'expirationun léger rétrécissement, bien que le lumen ne se ferme jamais pendant l'expiration la plus forte.

En outre, chaque pulsation du cœur et de l'aorte se transmet à l'œsophage. La forme du lumen varie de la forme triangulaire jusqu'à la forme polygonale. Le lumen est fermé le plus souvent à la partie supérieure du segment cervical.

La muqueuse glissante, rouge pâle, luisante par l'humidité, manquant de plis en longueur, borde le lumen. »

Ainsi qu'il ressort du très intéressant exposé du docteur Starck, on voit que l'œsophagoscopie a une valeur diagnostique considérable.

Grâce à cette méthode, il est possible de reconnaître et de localiser les corps étrangers de l'œsophage et le diagnostic précoce du cancer devient possible.

On peut reconnaître des lésions anatomiques de l'œsophage (ulcères, inflammations, cicatrices, etc.).

Enfin, le diagnostic entre les sténoses fonctionnelles et organiques n'est parfois possible que par l'œsophagoscopie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La méthode de Prokhorow dans le traitement de la syphilis (1), par J.-L. Nario.

La méthode consiste à injecter, dans les régions habituelles, une quantité donnée de la solution suivante :

Bi-iodure de mercure.......	0,30 centigrammes.
Iodure de potassium.......	0,60 —
Eau distillée..............	100 grammes.

On injecte « autant de centimètres cubes de cette solution que de kilogrammes pèse le malade adulte et la moitié du l'enfant ».

Nario emploie la même solution, mais en mettant simplement 50 ou même 25 grammes d'eau distillée; chaque centimètre cube contient alors 6 ou 12 milligrammes de sel mercuriel. Pour lui, la méthode de Prokhorow donne des résultats rapides et certains, expose à peu d'accidents, et doit être considérée comme le traitement de choix dans la syphilis héréditaire ou acquise. L. BABONNEIX.

(1) Buenos-Ayres, 1902.

Tableaux synoptiques des champignons comestibles et vénéneux (1), par le docteur Ch. Manget, pharmacien-major de l'armée.

Le livre de M. Manget n'est pas un traité complet destiné aux mycologues érudits, mais un ouvrage pratique qui s'adresse au public, aux instituteurs, à tous ceux qui désirent posséder quelques notions de cryptogamie et connaître d'une façon précise les caractères des bons et des mauvais champignons.

La classification suivie est celle adoptée par le docteur L. Gautier, auteur d'un ouvrage à consulter pour plus amples détails; elle ne nécessite pas l'emploi du microscope, est simple et à la portée de toutes les personnes qui étudient les champignons au point de vue purement alimentaire. Six planches coloriées représentent les deux espèces les plus usuelles et 23 autres figures en noir sont intercalées dans le texte; on aura ainsi la représentation exacte des espèces comestibles principales et des champignons les plus dangereux qu'il importe absolument de connaître.

Le dernier chapitre est enfin consacré à l'empoisonnement par les champignons et à son traitement.

L. GAYARD.

Centenaire de la mort de A. Bichat (2), par le professeur R. Blanchard.

La Société française d'histoire de la médecine a célébré récemment le centenaire de la mort de Bichat. Son président, le professeur Blanchard, vient de réunir, dans une plaquette, tous les documents historiques relatifs à Bichat qu'il a été possible de retrouver, montrant ainsi que nous savons en France, nous aussi, et quoi qu'on en ait dit, honorer la mémoire de nos morts illustres.

L. BABONNEIX.

Action des eaux thermales de Brides-les-Bains (Savoie) dans les affections hépatiques et spléniques (3), par le docteur Laissus père.

Les propriétés toni-purgatives qui caractérisent les eaux de Brides expliquent les excellents résultats qu'elles donnent dans le traitement de la pléthore veineuse abdominale et des maladies qui en dérivent. Ces eaux sont en effet le régulateur de la circulation veineuse abdominale et surtout du système de la veine porte. D'où les heureux résultats auxquels elles conduisent, dans les maladies de foie, lorsque « l'atonie sécrétoire de l'appareil biliaire demande à être réveillée d'une manière particulière par une action purgative, et où, en même temps, l'organisme a besoin d'être relevé et remonté », et dans les maladies de la rate qui sont justiciables des mêmes indications. Plusieurs observations confirment les conclusions de l'auteur.

L. BABONNEIX.

(1) 1 vol. in-16 de 128 p., avec 23 fig. et 6 pl. contenant 20 fig. color. Prix cart. : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Paris, Librairie scientifique et littéraire, 1903.

(3) Moutiers, imprimerie Duclor.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. Pioche. Essai de la médication thyroïdienne dans l'épilepsie. — M. Ferry. L'amygdalite phlegmoneuse et son traitement par la levure de bière. — M. Gros-Devaud. De la carcinose herniaire. — M. Jore d'Arces. Exploration de l'œsophage à l'aide des rayons X. — M. Vernet. Le traitement des fractures du maxillaire inférieur par la suture osseuse. — M. de Poilloue de Saint-Périer. Contribution à l'étude de l'emploi thérapeutique des courants de haute fréquence dans les maladies dues au ralentissement de la nutrition. — M. Dumény. L'ulcère traumatique de l'estomac. — M. Roger. Protection de la mère dans l'industrie. — M. Marcorelles. Contribution à l'étude du kératocone. — M. Brissot. L'adrénaline et ses applications en ophtalmologie. — M. Lorier. Traitement de la rétention placentaire post-abortive non compliquée. — M. Aupiais. Plaies de l'artère sous-clavière. — M. Grelley. Alimentation artificielle des nourrissons et scorbut infantile. — M. Bain. De l'auto-représentation des organes internes chez les hystériques. — M. Larre. De la fièvre hystérique. — M. Le Monnier. La pleurésie hémorragique cancéreuse : contribution à l'étude cytoscopique. — M. Le Clech. Prostatites d'origine intestinale. — M. Labbe. Le syndrome urinaire dans la scarlatine et la diphtérie chez l'enfant. — M. Joron. Contribution à l'étude des suppurations pancréatiques. — M. Forest. Les moustiques et la fièvre jaune. — M. Labussière. De l'hygiène du chauffage et en particulier de l'emploi de la vapeur à basse pression pour le chauffage. — M. Ribierre. L'hémolyse et la mesure de la résistance globulaire, application de l'étude de la résistance globulaire dans l'ictère. — M. Barthelat. Les mucorinées pathogènes et les mucorinycoses chez les animaux et chez l'homme. — M. Durand-Viel. Des variations de la pression artérielle au cours de quelques maladies chez les enfants. — M. Carrez. Analgésies viscérales profondes dans le tabes. Analgésie linguale. — M. Vicq. La mort dans la chorée. — M. Lejonne. Contribution à l'étude des atrophies musculaires dans la sclérose en plaques. — M. Dereure Des suites éloignées des méningites bactériennes (méningite cérébro-spinale et paralysie infantile). — M. Breitel. Du myxœdème spontané chez l'enfant. — M. Erlanger. L'adrénaline dans le traitement des métrorragies. — M. Blanc. Etude thérapeutique sur le pyramidon. — M. Jambon. Essai sur l'assistance maternelle. — M. Gascheau. Etude sur les tumeurs solides de l'ovaire. — M. Pabeuf. Du tératome du testicule. Contribution à l'étude de ces tumeurs. — M. Parrot. Variation de la spasmodicité dans la sclérose latérale amyotrophique. — M. Laisney. De l'augmentation de la sécrétion lactée suivant les demandes. — M. Lebosse. Diagnostic de l'hydrocéphalie fœtale pendant la grossesse et pendant le travail. Son importance au point de vue du pronostic maternel. — M. Baillon. Contribution à l'étude de la chéloïde. — M. Savornin. Des acnés symptomatiques. Contribution à l'étude étiologique des acnés. — M. Sergent. La lutte contre les moustiques. Une campagne antipaludique en Algérie. — M. Camus. Hémoglobinurie. — M. Pierresom. Corps étrangers organisés du péritoine, libres dans les sacs herniaires. — M. Celerier. Indication de l'emploi de certains agents physiques dans le traitement des maladies non chirurgicales de la glande mammaire. — M. Laignel-Lavastine. Recherches sur le plexus solaire. — M. Bossert. Contribution à l'étude des parotidites infectieuses. — M. Gerst. Contribution à l'étude des vomissements de la grossesse. — M. Legou. Quelques considérations sur le développement du fœtus; mensurations et pesées aux différents âges. — M. Colombe. Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Normandie. — M. Zicas. Contribution à l'étude des épithéliomes branchiaux. — M. Bordenave. Contribution à l'étude des pseudarthrites tuberculeuses du genou. — M. Maury. Traitement de l'éclampsie puerpérale. — M. Schwartz. Anatomie chirurgicale et chirurgie des bronches. — M. Pelloquin. La névrite rétrobulbaire infectieuse. — M. Pourreyron. Tabes conjugal et tabes hérédo-syphilitique. — M. Langevin. Etude sur la métamérie cutanée en particulier dans le zona et les fièvres éruptives. — M. Mousset. Des principes actifs des capsules surrénales. Leur emploi en thérapeutique. — M. Rigal. Contribution à l'étude des luxations récentes de l'épaule primitivement irréductibles. — Mlle Lévy. Cryoscopie des urines pendant la grossesse. — M. Roy. Contribution à l'étude du gigantisme. — M. Hérissey. Etude clinique sur les troubles trophiques de la paralysie générale. — M. Martin. Histoire de l'étiologie des coliques saturnines à forme endémique et épidémique. — M. Jacquet. Le tic de Salaam.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Honoraires médicaux. — Le médecin qui assiste à une opération chirurgicale a droit, évidemment, à des honoraires, mais quels honoraires?

Un certain nombre de syndicats de province ont estimé que ces honoraires devaient être du quart de ceux du chirurgien.

Suivant cette estimation, un médecin avait réclamé au tribunal de Joigny une somme de 500 francs, représentant le quart des honoraires de 2 000 francs donnés au chirurgien.

Le tribunal a accordé 150 francs, en décidant que ces honoraires d'assistance ne pouvaient varier suivant la célébrité ou la valeur du chirurgien.

Sur appel, la Cour de Paris a confirmé.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la vingt-cinquième semaine 876 décès, au lieu de 851 pendant la semaine précédente (moyenne 904).

La fièvre typhoïde a causé 1 décès (moyenne 7).

La rougeole a causé 10 décès (moyenne 19); la scarlatine, 4 décès (moyenne 5); la coqueluche, 4 décès (moyenne 8); la diphtérie, 5 décès (moyenne 10); le nombre des cas nouveaux reste toujours à peu près sationnaine (93 au lieu de 96 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 58).

Il n'y a pas eu de décès par variole.

La diarrhée infantile a causé 25 décès de 0 à 1 an, au lieu de 30 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 37.

En outre, 33 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 101 décès au lieu de 109 pendant la semaine précédente (moyenne 136). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (moyenne 8); bronchite chronique, 16 (moyenne 25); pneumonie, 19 (moyenne 32); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 64 (moyenne 71), dont 18 sont dus à la congestion pulmonaire et 31 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 194 décès; la méningite tuberculeuse, 24; la méningite simple, 19; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès.

Nouvelle revue. — Nous recevons le premier numéro de la *Syphilis*, revue mensuelle de médecine spéciale publiée par le docteur T. Barthélemy, médecin de Saint-Lazare.

Ce numéro contient deux intéressants mémoires sur la syphilis de l'estomac, par le professeur Fournier et le professeur Dieulafoy. Un programme général de syphiligraphie par le docteur Barthélemy, une Revue clinique, une Revue de la presse et des sociétés savantes, etc.

Nos meilleurs vœux à notre nouveau confrère.

Cours de vacances. — Du 12 au 27 août auront lieu une série de leçons élémentaires de technique diagnostique sous la direction de M. le professeur Brissaud, assisté de MM. Enriquez, médecin des hôpitaux, Hallion, chef des travaux de physiologie pathologique au Collège de France, R. Monod, préparateur du cours de pathologie interne, Clerc, ancien interne des hôpitaux.

Cet enseignement comprendra vingt-quatre démonstrations :

Douze le matin à l'Hôtel-Dieu (étude des procédés cliniques d'exploration). Exercice des élèves à tour de rôle.

Douze l'après-midi au laboratoire de pathologie interne de la Faculté de médecine (notions sur les méthodes de laboratoire, indispensables aux cliniciens).

Le droit à verser pour cette série de leçons est de 60 francs. Les inscriptions sont reçues les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine de deux à trois heures au secrétariat de la Faculté.

Cours de vacances de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Un cours complet de technique clinique et un cours pratique de technique de laboratoire auront lieu sous la direction de M. le professeur Dieulafoy à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, à l'époque des vacances, avec le concours de MM. les docteurs Gandy, Griffon, Nattan-Larrier, Lœper, Gouraud, Bonnier, Déhu et Lacaille, chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants, et de M. Crouzon, interne du service.

Ces deux cours, comportant chacun dix-huit leçons, constitueront un exposé complet des méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen d'un malade et des procédés de recherches bactérioscopiques, cytoscopiques, hématoscopiques, etc., appliquées au diagnostic clinique. Ils auront lieu, du 21 septembre au 10 octobre, tous les jours, sauf le dimanche, le cours de clinique le matin de dix heures à onze heures et demie, le cours de laboratoire l'après-midi à trois heures.

On peut s'inscrire séparément pour l'une ou l'autre de ces deux séries de leçons. Les droits à verser sont de 60 francs pour le cours de technique clinique, de 100 francs pour le cours de technique de laboratoire.

Les docteurs et étudiants français et étrangers qui désirent suivre ces leçons devront s'inscrire à partir du 1er juillet au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le programme détaillé des leçons sera affiché prochainement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des urines. L'analyse des urines, considérée comme un des éléments de diagnostic, par le docteur E. Gérard, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. 1 vol. in-18 jésus cart., avec 39 fig. et 1 pl. en couleur. — Prix : 7 francs. — Paris, Vigot frères.

Les tumeurs, par MM. Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et Maurice Cazin, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, docteur ès sciences. 1 vol. in-18 jésus cart. de 475 p. avec 124 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE 17

N° 78. — MARDI 7 JUILLET 1903. 76e ANNÉE. MARDI 7 JUILLET 1903. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 6 juillet 1903.

A la fin d'une de ses dernières séances publiques, la Société des chirurgiens des hôpitaux s'est réunie en comité secret pour discuter la question des honoraires à percevoir par les chirurgiens à l'occasion des « blessés du travail » hospitalisés dans les services de l'Assistance publique.

Dans cette réunion, différentes opinions ont été émises : les unes proclamant la nécessité d'exiger des honoraires des blessés du travail, qui, couverts par la loi, ne sont plus des indigents; d'autres refusant de s'occuper jamais de cette question d'honoraires dans un service où les chirurgiens n'ont aucun contrôle administratif et où ils doivent se borner, d'après leur propre engagement, à donner des soins gratuits aux malades qu'ils trouvent reçus dans leurs salles, sans s'inquiéter qui ils sont ni d'où ils viennent.

La séance prit fin sans que personne pût se mettre d'accord, chacun ayant de bons arguments à mettre au service de son opinion, mais l'on reconnut toutefois, ce que nous avions fait pressentir dans un Premier-Paris consacré à ce sujet, que les chirurgiens ne pouvaient rien par eux-mêmes, et que cette question, étant d'ordre purement administratif, devait être réglée officiellement et définitivement par l'Administration.

Sans doute, il y a des jugements autorisant les chirurgiens à réclamer des honoraires pour les blessés du travail, ou des malades riches égarés à l'hôpital; sans doute, il y a des hôpitaux de province où les opérations chirurgicales sont tarifées pour les malades reconnus non indigents. Mais s'il est des hôpitaux qui remettent une certaine part de ces honoraires aux chirurgiens, il en est nombre d'autres qui gardent dans leurs caisses toutes les indemnités versées par les compagnies, estimant que leur chirurgien est lié vis à-vis d'eux par un contrat à l'année et qu'il n'a pas à s'enquérir de la qualité des personnes soumises à son bistouri. La thèse est plus que contestable, et son adoption permettrait de transformer tout hôpital en maison de santé. Mais, le fait même que certaines administrations l'acceptent prouve que ce problème a besoin d'être tranché juridiquement.

A Paris, la question est d'ailleurs plus complexe encore. En admettant que le chirurgien chef de service se trouve autorisé à réclamer des honoraires au blessé du travail, est-il plus autorisé que le chef de clinique, l'interne, l'externe; plus autorisé que la surveillante, le simple infirmier ou le veilleur de nuit? Car le principe est le même pour tous, et s'il est juridiquement établi que les blessés du travail ou les malades non indigents doivent, outre leurs prix de séjour à l'hôpital, une rémunération spéciale pour les soins médicaux, il est indiscutable que cette rémunération est due indistinctement à tous sans exception, et qu'elle doit être répartie entre tous. Il y aurait donc une proportion à établir dans le partage des honoraires réclamés au blessé, et cette répartition ne saurait être faite par le chirurgien et pour lui seul.

Nous terminons donc cet article comme nous terminions le précédent, en disant que la solution de cette question est purement d'ordre administratif, que les chirurgiens des hôpitaux, par solidarité professionnelle, pourront émettre un vœu, exprimer un désir, mais qu'il leur sera impossible d'agir efficacement.

Il est probable que c'est la conclusion à laquelle aboutira la commission nommée pour chercher la solution de cette question.

PLEURÉSIES PUTRIDES

D'après M. V.-E. BOUIC (1).

(*Mémoire couronné par la Faculté de médecine de Paris, Prix Corvisart 1902.*)

L'important travail de M. Bouic est tout entier consacré à l'étude des pleurésies putrides, qu'il définit « tout épanchement de la cavité pleurale qui, sans qu'il y ait gangrène du poumon ou de la plèvre, présente une odeur infecte, exhale une plus ou moins forte quantité de gaz, et est capable de causer, après inoculation, un phlegmon gazeux et

(1) Paris, A. Michalon, 1903.

quelquefois même gangréneux ». Ces caractères permettent de distinguer les pleurésies *putrides* des pleurésies *gangréneuses*, qui réunissent à la fois et les caractères de la putréfaction et des lésions gangréneuses (Dieulafoy), et des pleurésies *fétides*, dont l'épanchement n'a aucun des caractères de la putréfaction et ne s'accompagne pas de lésions gangréneuses.

Quelles qu'elles soient, les pleurésies putrides peuvent être divisées en *primitives* ou *secondaires* : « On considérera comme primitive toute pleurésie dans laquelle le liquide sera putride d'emblée et sans paraître la conséquence d'une autre affection. Au contraire, on regardera comme secondaire toute pleurésie précédée ou accompagnée d'une affection quelconque de nature à déterminer la putridité, ou encore lorsque le liquide, d'abord séro-fibrineux, hémorragique ou purulent, deviendra putride ultérieurement. » Chacune de ces deux variétés peut être *libre* ou *enkystée*, les pleurésies libres étant de beaucoup les plus fréquentes.

Les pleurésies putrides débutent presque toujours brusquement par un violent point de côté accompagné d'une dyspnée excessive, d'angoisse, de tachycardie, en un mot, tout rappelle le tableau clinique de l'apparition subite d'un pneumothorax. A la période d'état, les symptômes dominants sont le point de côté, continu avec redoublement, la dyspnée et la toux. Les modifications de l'état général, « à peu près constantes, surviennent très vite et indiquent tout de suite l'existence d'une affection grave; la rapidité avec laquelle ils apparaissent et se généralisent indique bien la haute gravité des pleurésies putrides. » Les signes locaux sont ceux de tout épanchement pleural compliqué de pneumothorax. La ponction permet de retirer un liquide putride; elle est souvent suivie de phlegmon gazeux de la paroi.

Multiples sont les *variétés* des pleurésies putrides. M. Bouic n'en étudie que deux : les *pleurésies appendiculaires* et les *pleurésies enkystées*.

Après avoir rappelé les traits principaux de l'*anatomie pathologique*, l'auteur aborde la question capitale de la *bactériologie*. Depuis les recherches de Veillon et de ses élèves, on sait le rôle que jouent les anaérobies dans tous les processus putrides, et particulièrement dans les pleurésies putrides. Mais toute pleurésie putride est-elle due aux anaérobies? M. Bouic discute cet important problème et conclut que les pleurésies putrides sont des infections polymicrobiennes, qu'elles ne correspondent à aucune spécificité microbienne précise. « Peut-on admettre que les pleurésies putrides sont toujours causées par des anaérobies? Il est permis d'en douter... si nous tenons compte des travaux tout récents de MM. San Felice, Roger et Garnier, Roger et Weil, Legros et Lecène, qui ont démontré que les aérobies peuvent causer des infections putrides comme les anaérobies. On peut supposer que les pleurésies putrides peuvent quelquefois, comme les autres processus gangréneux, être causées par des microbes aérobies. »

Les microbes qui causent les pleurésies putrides peuvent venir de l'extérieur ou de l'organisme lui-même. L'infection hétérogène est indiscutable, mais rare, et l'infection autogène représente le mode d'infection le plus fréquent. Ses origines sont multiples : tube digestif (noma, carie dentaire, diarrhée, appendicite, occlusion intestinale, étranglement herniaire); appareil génito-urinaire (péritonite, vulvo-vaginites, métro-salpingo-ovarites, phlegmons utérins, infections puerpérales, urétro-cystites, pyélonéphrites, infections urinaires); système vasculaire (gangrènes ganglionnaires, phlébite), etc., etc. Dans tous ces cas, les microbes augmentent de nombre et de virulence; de saprophytes, ils deviennent pathogènes, et arrivent à la cavité pleurale par des voies diverses : voie *sanguine*, invoquée surtout par M. Dieulafoy; voie *lymphatique*, de toutes la plus fréquente, et enfin voie *transpéritonéale*, qui explique les pleurésies appendiculaires et permet de « suivre l'épopée infectieuse depuis sa modeste origine appendiculaire jusqu'à son épanouissement thoracique » (Dieulafoy).

Une fois arrivés dans la cavité pleurale, les anaérobies peuvent, à eux seuls, causer une pleurésie putride. « Il faut également admettre aujourd'hui que certains germes aérobies, dans quelques cas très rares sans doute, provoquent des pleurésies putrides. Malgré ces faits, dans la grande majorité des cas, microbes aérobies et anaérobies sont associés. » Dans la cavité pleurale, ils prolifèrent et donnent naissance à des gaz, d'où l'apparition d'un pneumothorax spontané, et à des poisons extrêmement violents, « qui passent par résorption dans la circulation générale, d'où l'intoxication générale, *resorption fieber*. »

Des *complications*, les unes sont locales, comme le phlegmon gazeux sous-cutané consécutif à une ponction exploratrice, les autres sont générales et consistent surtout en métastases putrides et en dégénérescences viscérales. Le *diagnostic* se fondera surtout sur les commémoratifs, la gravité des phénomènes généraux, la constatation d'un épanchement pleural, les résultats de la ponction. Les pleurésies fétides ne provoquent pas de symptômes rapidement graves, ce sont surtout des collections enkystées. Elles sont donc faciles à diagnostiquer des pleurésies putrides. Quant au diagnostic entre les pleurésies putrides et les pleurésies gangréneuses, il est beaucoup plus difficile et repose surtout sur la constatation des signes pathognomoniques de la gangrène pulmonaire coexistant avec ceux de la pleurésie : ce qui distingue les deux variétés, ce n'est pas le degré de puanteur du liquide, c'est la mortification des tissus, ce sont les lambeaux sphacélés qui flottent dans l'épanchement ou adhèrent aux parois » (Dieulafoy). Malgré ce caractère, le diagnostic « est loin d'être toujours facile, d'ailleurs, entre les pleurésies putrides et les pleurésies gangréneuses, la ligne de démarcation n'est pas absolue. Bactériologiquement, le diagnostic différentiel des deux n'est pas encore possible, et il ne le sera sans doute jamais ».

Après quelques mots sur la *marche* et le *pronostic* l'auteur insiste sur la *nécessité thérapeutique* de pratiquer l'empyème, l'intervention large et précoce étant la seule chance de salut du malade. Tel est, brièvement analysé, le mémoire de M. Bouic : très complet, très clair, et parfaitement présenté, il constitue la meilleure monographie que nous possédions à l'heure actuelle sur les pleurésies putrides. L. B.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(3 juillet 1903)

MM. Achard et Laubry communiquent un cas de **pneumonie** au cours de laquelle l'injection sous-cutanée d'un litre de solution saline (7 grammes de chlorure de sodium), faite alors que la rétention des chlorures allait en s'accentuant, a été suivie d'accidents pseudo-méningitiques : agitation, délire, raideur de la nuque, signe de Kernig. La ponction lombaire donne lieu à l'issue en jet de 20 centimètres cubes

de liquide dépourvu d'éléments figurés, stérile, et non virulent pour la souris. Le soir même, les accidents diminuèrent, puis disparurent.

Cette surabondance du liquide céphalo-rachidien, provoquée par l'introduction du chlorure dans un organisme en état de rétention, est à rapprocher des cas d'œdème brightique ou cardiaque et de pleurésie provoqués ou aggravés sous la même influence. Les causes de la rétention diffèrent peut-être suivant les cas; mais dans tous, l'action hydropigène des chlorures s'explique par l'intervention de deux facteurs : la *rétention* dans les tissus et la *régulation* qui déverse dans ces tissus l'eau nécessaire à la dilution des chlorures retenus.

Ce cas donne à penser que dans les maladies accompagnées de rétention des chlorures, certains troubles cérébraux sont peut-être dus à une hydropisie arachnoïdienne dépendant de cette rétention.

MM. Achard et Paisseau ont observé chez deux nourrissons athrepsiques le **développement d'œdème à la suite d'injections salines**. L'œdème apparut non seulement au voisinage des injections, mais aussi dans un cas en un point éloigné. Il disparut peu après la cessation des injections. En somme, il s'est comporté comme les autres œdèmes provoqués par l'introduction de chlorure dans les organismes en état de rétention. Sa pathogénie est donc vraisemblablement la même, quoique la preuve de la rétention n'ait pu être faite d'une façon positive, vu la difficulté d'étudier les éliminations urinaires chez les nouveau-nés.

MM. P. Merklen et L. Pouliot étudient l'**œdème pulmonaire aigu d'origine pneumonique chez les cardiaques**.

L'œdème pulmonaire aigu est une complication relativement commune de la pneumonie aiguë. Chez les pneumoniques à cœur préalablement sain, c'est un accident terminal, souvent agonique, d'autres fois paroxystique et susceptible de se terminer par la guérison. Chez les cardiaques, ce peut être une manifestation précoce, presque contemporaine et satellite de la pneumonie. Chez une femme obèse, âgée de cinquante et un ans, la maladie avait éclaté brusquement par des frissons, un point de côté et d'emblée une dyspnée intense avec orthopnée et toux. Mise en observation le troisième jour, la malade présentait, avec les signes d'une pneumonie du sommet, ceux d'une congestion bronchique et d'un œdème pulmonaire généralisé, et simultanément d'une grande faiblesse cardiaque. Malgré une rémission momentanée obtenue par une émission sanguine locale, les révulsifs et un traitement toni-cardiaque énergique, elle succomba le sixième jour en pleine suffocation.

L'autopsie révéla deux vastes foyers d'hépatisation rouge du poumon droit, l'un au sommet en voie de résolution, l'autre plus récent à la base. Les deux poumons étaient le siège d'une véritable inondation séreuse. Le cœur était surchargé de graisse et les parois ventriculaires étaient littéralement entrelardées. Le caractère suffocant et œdémateux de la pneumonie pouvait être justement imputé aux troubles de la circulation pulmonaire dus à ce cœur gras, dont l'insuffisance avait été exagérée par l'infection pneumococcique.

Cette observation, rapprochée d'autres faits analogues, tend à montrer que la pneumonie des cardiaques évolue souvent à la manière de la pneumonie œdémateuse de Cruveilhier, de la pneumonie séreuse de Leube, de l'œdème pulmonaire dit inflammatoire. C'est une pneumonie suffocante d'emblée. Les signes de congestion et d'œdème sont au premier plan ; ceux d'hépatisation ne se manifestent que tardivement ou passent inaperçus. La fièvre et les crachats rouillés qui se mêlent à l'expectoration spumeuse sont parfois la seule signature de l'infection pneumococcique. Cet œdème pulmonaire aigu d'origine pneumonique peut être la première manifestation d'une insuffisance cardiaque jusque-là latente, par exemple chez l'obèse, le vieillard, l'alcoolique. D'autres fois, elle survient chez un cardiaque avéré ou chez un artérioscléreux ou un aortique déjà sujet à des crises d'asthme cardiaque avec œdème pulmonaire; mais, au lieu de peu durer, le paroxysme dyspnéique se prolonge, il y a de la fièvre, et, à un moment donné, l'expectoration spumeuse se mêle de crachats rouillés.

La mort est la terminaison habituelle, mais non fatale, de ces accidents. Elles se produit sous la double influence de l'infection pneumococcique et de la faiblesse cardiaque. Ménétrier et Rivelte ont montré que l'œdème pulmonaire de la pneumonie était un œdème inflammatoire produit par le pneumocoque. Mais l'insuffisance du cœur et le ralentissement de la circulation pulmonaire en favorisent la diffusion et la généralisation. Aussi est-il nécessaire d'associer, en pareil cas, les indications décongestive et cardiotonique.

MM. Braillon et André Jousset relatent un fait d'**endocardite tuberculeuse** qui, grâce à l'inoscopie du sang, put être diagnostiquée pendant la vie. L'inoculation du cobaye, les résultats de l'autopsie démontrèrent le bien fondé de ce diagnostic.

Ce cas où l'endocardite évolua seule, sans autre association tuberculeuse, est d'autant plus intéressant que, malgré son isolement, la lésion put être diagnostiquée en toute certitude environ deux mois avant la mort du sujet. Pendant cette longue durée le sang fut examiné à diverses reprises et chaque fois on y trouva des bacilles par l'inoscopie et l'inoculation. Mais l'infection finit par s'atténuer et le malade mourut dans l'asystolie, du fait de ses lésions valvulaires.

A l'autopsie on trouva sur l'endocarde des lésions d'apparence banale, mais dont l'examen histologique et bactériologique démontra la nature tuberculeuse. Les auteurs croient qu'il n'existe dans la littérature médicale aucun fait de ce genre; aussi insistent-ils sur la nécessité qu'il y a de songer à la tuberculose en présence de toute endocardite qui n'a pas fait sa preuve et sur la possibilité d'arriver à un diagnostic étiologique précis par l'examen du sang lorsque la lésion est en pleine activité.

MM. Ernest Barié et P. Halbron rapportent l'histoire d'une malade atteinte de **rétrécissement mitral** et d'**insuffisance aortique** qui, vers la fin d'une attaque d'asystolie, présenta soudain des accidents d'oblitération artérielle. La jambe droite est le siège d'un refroidissement marqué, elle devient livide, violacée, il s'y ajoute de l'anesthésie, puis l'autre côté se prend également. L'apparition de ces signes s'accompagne de vives douleurs, de diminution de la motricité, et la malade succombe rapidement dans le coma.

A l'autopsie, outre les lésions cardiaques que la clinique avait décelées, on trouve l'aorte oblitérée par un caillot fibrino-cruorique adhérent, qui s'étend de la mésentérique inférieure à la bifurcation et se prolonge dans les iliaques primitives et externes, descendant à droite dans la fémorale et aussi dans l'hypogastrique. A propos de cette malade, ils font l'histoire critique des cas publiés antérieurement.

M. Caziot revient sur l'histoire de la **scarlatine latente** (note présentée par M. Raymond Besnard, du Val-de-Grâce).

Dans une épidémie de scarlatine à l'orphelinat Hériot, M. Caziot s'est rendu compte de ce que pouvait être une scarlatine latente. Ce milieu, très isolé et très surveillé, permet d'être très précis dans ce genre d'observations. Or, le début de cette épidémie paraître l'éclosion simultanée de trois cas, dont l'origine aurait été méconnue sans la précaution prise à l'orphelinat d'inspecter, deux fois par jour, pendant quinze jours, tout élève qui rentre de permission.

Sous ce contrôle, l'importation de la scarlatine n'a pu se faire que par l'intermédiaire d'un petit garçon, voisin d'étude et de dortoir des malades précités. Lui-même a paru indemne et on aurait pu dire que, chez lui, la scarlatine avait été latente: il n'avait eu ni fièvre, ni angine, ni exanthème. Pourtant, quand ce petit garçon devint suspect, on se rappela qu'on avait, à l'un des examens biquotidiens, noté une très discrète rougeur de la poitrine: on l'avait mise sur le compte de l'émotion ou du froid, et c'était sans doute la scarlatine même réduite à un seul symptôme et encore si effacé qu'il devait être méconnaissable.

Telle est, en effet, la conclusion de M. Caziot: il n'y a pas, à proprement parler, de scarlatine latente, mais il y a des scarlatines très atténuées. A la limite, on ne peut plus les voir, et elles doivent être souvent méconnues.

En admettant une atténuation progressive des symptômes cardinaux de la scarlatine, on aura les degrés suivants (formes frustes): 1° scarlatine moyenne; 2° scarlatine médiocre dans toutes ses manifestations; 3° scarlatinette de Royer; 4° scarlatine apyrétique; 5° scarlatine dite latente, mais décelable par un soupçon d'exanthème ou par un soupçon d'angine ou scarlatinette apyrétique monosymptomatique.

A l'issue de la séance, ont eu lieu la discussion et le vote sur les conclusions de la commission nommée afin d'étudier la question des **rapports des chirurgiens et des médecins pour le règlement des honoraires en cas de soins donnés en commun**, question soumise par la Société médicale du Louvre à l'appréciation de la Société.

Voici le texte de la réponse que la commission, composée de MM. Bucquoy, Claude, Barbier, Guinon, Méry, Le Noir, Florand, Siredey, Merklen et Le Gendre, a proposé de faire :

« Pour le règlement des honoraires entre chirurgiens et médecins, aucun accord ne doit avoir lieu à l'insu du malade ou de son entourage.

D'autre part, il est équitable et nécessaire que les honoraires du médecin traitant soient garantis autant que ceux du chirurgien et proportionnels aux dérangements qu'il a subis, ainsi qu'aux responsabilités qu'il a encourues.

Destinée à obtenir ce double résultat, la présentation par le chirurgien et le médecin d'une note commune n'est pas en contradiction avec les principes de la déontologie, à la condition que cette note spécifie la part d'honoraires qui revient à chacun d'eux. »

Le texte a été adopté à l'unanimité.

MÉDECINE PRATIQUE

Les chéloïdes (1).

Par F. Trémolières, interne des hôpitaux.

Après avoir acquis un certain volume, les chéloïdes cessent de s'accroître.

Elles sont en général indélébiles. Quelquefois cependant elles subissent une régression spontanée; une cicatrice blanche, souple et déprimée, marque leur place.

Il est douteux qu'elles puissent s'ulcérer.

Leur transformation en tumeurs malignes n'est pas mieux prouvée.

Leur récidive après l'ablation chirurgicale, même très étendue, est une notion classique.

L'exérèse des chéloïdes a permis d'en étudier la structure. La coupe d'une chéloïde montre un tissu blanchâtre formé de fibres épaisses presque toutes parallèles au grand axe de la tumeur. Au microscope, les altérations diffèrent selon que celle-ci est primitive ou cicatricielle.

Dans les chéloïdes primitives, l'épiderme apparaît normal, ainsi que la région papillaire du derme. Au-dessous, siège la tumeur, constituée par des faisceaux fibreux, épais et dirigés selon son grand axe; entre ces faisceaux, on voit des lacunes lymphatiques, de nombreux vaisseaux sanguins et des cellules conjonctives. Les glandes sudoripares et pilosébacées, déformées par le tissu chéloïdien, ne présentent leur aspect normal qu'au sortir de la tumeur.

Dans les chéloïdes cicatricielles, le derme et les prolongements épidermiques inter-papillaires ont disparu; à leur place, existe un feutrage de faisceaux fibreux, recouvert par l'épiderme aminci. Au-dessous de ce tissu de cicatrice s'étale la chéloïde, avec ses faisceaux fibreux, ses lacunes lymphatiques, ses vaisseaux et ses glandes.

Les chéloïdes acnéiformes présentent un mélange de lésions inflammatoires et hyperplasiques; le derme est infiltré, surtout au voisinage des follicules, par des éléments cellulaires divers, plasmazellen, mastzellen, cellules géantes, fibroblastes, qui se transforment graduellement en faisceaux fibreux. On y voit aussi des corpuscules ronds, homogènes, libres ou réunis en groupes dans le protoplasma des cellules, et considérés par Secchi comme des blastomycètes, par Mantegozza comme des produits de dégénérescence cellulaire.

L'histologie, qui différencie les deux variétés de chéloïdes, permet surtout de distinguer celles-ci de la *cicatrice hypertrophique*, avec laquelle on les a si souvent confondues. Cette dernière est une simple cicatrice, sans nulle trace de chéloïde; l'épiderme aminci est soutenu par d'épais faisceaux fibreux; le derme a perdu ses papilles, mais il n'existe aucune tumeur conjonctive.

Cliniquement, la *cicatrice hypertrophique* possède aussi ses caractères propres : elle ne dépasse jamais les bords de la cicatrice, elle s'affaisse avec le temps et ne récidive pas après l'ablation.

Il est rare que d'autres diagnostics se posent à propos d'une chéloïde. L'*acné*, le *molluscum*, se distinguent sans peine. La *morphée*, blanche, sans relief, est entourée du lilac ring caractéristique. L'*épithélioma bourgeonnant des cicatrices* se reconnaît à ses bourgeons irréguliers, durs, saignant facilement; des adénopathies l'accompagnent.

Des chéloïdes spontanées multiples ont été prises pour des *syphilides papuleuses*; mais ces dernières sont très nombreuses, de forme nummulaire et sans digitations, de couleur cuivrée; leur surface est exfoliée; elles disparaissent sous l'action du traitement spécifique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 75, p. 764.

Certains *fibro-sarcomes*, à croissance très lente, ne diffèrent en rien, par leur aspect, des chéloïdes; leur structure histologique est identique, d'ailleurs, à celle de ces tumeurs; aussi Baillon fait-il de la chéloïde cicatricielle un véritable fibro-sarcome; quant aux chéloïdes spontanées, elles comprendraient un certain nombre d'affections très diverses.

Cette multiplicité des chéloïdes explique sans doute l'obscurité de la question, en particulier au point de vue pathogénique.

Alibert plaçait les chéloïdes parmi les dermatoses cancéreuses; Bazin les rapportait à la diathèse fibro-plastique, Kohler en fait des manifestations syringomyéliques. La première hypothèse est erronée, la deuxième bien vague, la troisième reste invérifiée.

On a attribué aux chéloïdes une origine microbienne. Pour Darier, elles résulteraient d'une infection locale particulière des plaies, érosions ou lésions quelconques de la peau; la transformation chéloïdienne de certaines pustules d'acné, à l'exclusion des pustules environnantes, la récidive après ablation en certains points de suture seulement de la cicatrice, prouveraient que la condition qui préside à la production des chéloïdes existe localement dans la plaie. La généralisation de petites tumeurs après scarification d'une chéloïde, plaiderait, selon Marie, en faveur de l'hypothèse microbienne. Mais Leloir, Denériaz, Gaucher et Sergent, Darier lui-même ont cherché vainement quelque parasite dans les chéloïdes Quant aux blastomycètes décrits par Secchi, ils ne seraient pour Mantegazza que des produits de la dégénérescence cellulaire.

La clinique et l'expérimentation montrent cependant des rapports évidents entre les chéloïdes et la tuberculose. Les sujets atteints de chéloïdes seraient fréquemment tuberculeux. En inoculant à divers animaux un certain nombre de chéloïdes, Darier a obtenu une fois chez un cobaye une tuberculose virulente généralisée; Nevins Hyde aurait à plusieurs reprises obtenu le même résultat; il aurait même reconnu des bacilles tuberculeux dans les cellules conjonctives de petites chéloïdes. Sans savoir comment il agit, ni comment il produit des tumeurs fibreuses, il paraît assez vraisemblable que le bacille tuberculeux joue un rôle important dans le développement des chéloïdes.

La chéloïde n'est pas une affection grave. Elle s'arrête de croître avant d'avoir atteint un volume gênant, et peut même régresser spontanément. Cependant, les malades se plaignant de la difformité qu'ils présentent ou des douleurs qu'ils ressentent, désirent souvent en être débarrassés.

Le traitement interne est peu efficace; on a tour à tour préconisé, sans grand succès, l'iode, l'iodure de potassium, le mercure, l'arsenic, et, contre la douleur, un grand nombre d'analgésiques.

Les moyens externes sont nombreux, et d'action différente.

Hebra recommande l'emplâtre suivant contre l'élément douloureux :

Emplâtre de Vigo........ } *ââ* 15 grammes.
— de mélilot...... }

Etendez sur un linge et saupoudrez avec 1g50 *de poudre d'opium.*

La destruction de la tumeur à l'aide de caustiques chimiques donne de mauvais résultats, car la récidive est fatale.

Elle n'est pas moins certaine après l'ablation au bistouri ou au thermocautère; la tumeur peut même atteindre après l'intervention des dimensions plus considérables qu'auparavant. Aussi ne recourt-on à l'exérèse qu'après avoir épuisé tous les autres modes de traitement.

On a pratiqué des injections dans la tumeur; l'huile d'olive créosotée à 20 p. 100, employée par P. Marie, puis par Balzer et Monsseaux, a semblé exercer une action d'arrêt sur la marche de la chéloïde; mais tandis que P. Marie a obtenu un embaumement sans inflammation de la peau ambiante, les autres auteurs ont vu une portion du tissu chéloïdien s'éliminer et se former à sa place une ulcération assez profonde.

En Amérique, Tousey et Newton ont traité des chéloïdes par des injections sous-cutanées de thiosinamine en solution alcoolique à 10 p. 100; ces injections, très douloureuses, ont vite amené un assouplissement considérable des tumeurs, mais n'en ont pas diminué le volume.

Les douches sulfureuses chaudes ont été employées avec succès contre les chéloïdes multiples. Une fois Quinquand a pu, par ce moyen, produire en quinze jours l'affaissement des tumeurs; et Brocq a vu un malade guéri, à Luchon, par les douches sulfureuses et le massage.

Mais les trois médications qui ont paru jusqu'ici donner les résultats les moins inconstants sont : les applications d'emplâtre de Vigo, les scarifications et l'électrolyse.

Les applications d'emplâtre de Vigo, surtout quand on y peut joindre la compression méthodique de la tumeur, sont assez efficaces; mais il faut continuer le traitement avec la plus grande persévérance pendant des mois et des années.

L'électrolyse, employée par Hardaway, puis par Brocq, produit de bons effets; on pratique, avec une aiguille iridiée des piqûres qui pénètrent dans toute l'épaisseur de la tumeur et sont distantes l'une de l'autre de 7 à 10 millimètres; on fait passer le courant dès que la pointe de l'aiguille est en contact avec les téguments; pour éviter au malade les secousses et les douleurs trop vives, on tourne assez lentement le collecteur de la pile jusqu'à ce que l'aiguille du galvanomètre marque 5 milliampères environ. La douleur produite par le passage du courant est des plus vives. Au bout de quelques séances, espacées de huit à quinze jours, il est bon d'interrompre le traitement pendant plusieurs semaines (Brocq).

La méthode de choix semble être celle des scarifications linéaires, que Vidal a fait connaître. Ces scarifications doivent être faites à une distance de 2 millimètres l'une de l'autre, quadrillées à angle droit ou obliquement, et empiétant un peu sur le tissu sain. Il faut qu'elles intéressent toute l'épaisseur de la chéloïde, laquelle s'enfonce au-dessous de la peau trois fois autant qu'elle s'élève au-dessus d'elle. On peut au préalable anesthésier la peau à l'aide du chlorure de méthyle. La chéloïde scarifiée est d'abord pansée avec de l'ouate imbibée d'eau boriquée; le lendemain on y applique de l'emplâtre de Vigo, renouvelé matin et soir (Laffitte).

On peut combiner les trois méthodes précédentes, pratiquant tour à tour l'électrolyse et les scarifications, tout en ne cessant pas d'appliquer l'emplâtre de Vigo. Sous l'influence de ce traitement mixte, longtemps continué, nombre de chéloïdes finissent par disparaître.

Ce n'est qu'après avoir épuisé vainement toutes les méthodes de traitement, qu'on pourra tenter l'extirpation d'une chéloïde, en prenant soin d'avertir le malade de la récidive possible et probable. L'incision devra circonscrire la tumeur aussi largement que possible et empiéter sur le tissu sain; elle sera profonde et l'on aura soin qu'aucun fragment de tumeur ne demeure dans la plaie; les sutures seront faites avec le plus grand soin, nombreuses et serrées, de façon à produire un affrontement aussi parfait que possible des surfaces cruentées (Tillaux). En prenant toutes ces précautions, peut-être pourra-t-on éviter la récidive, et, partant, guérir le sujet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis et déontologie : secret médical; responsabilité civile; énoncé du diagnostic; jeunes gens syphilitiques; la syphilis avant et pendant le mariage; divorce; nourrissons syphilitiques; nourrices syphilitiques; domestiques et ouvriers syphilitiques; syphilitiques dans les hôpitaux; transmission de la syphilis par les instruments; médecins syphilitiques; sages-femmes et syphilis (1), par le docteur Georges THIBIERGE, médecin de l'hôpital Broca.

La syphilis est, de toutes les maladies, celle qui soulève le plus grand nombre de problèmes sociaux et qui, de ce fait, impose au médecin, en dehors des questions relatives au diagnostic et au traitement, le plus d'obligations diverses.

Obligations vis-à-vis du malade, vis-à vis de ses proches, vis-à-vis de son entourage, vis-à-vis de la société; il y a là une série d'éléments, souvent contradictoires en apparence, qui sont pour le praticien l'occasion d'embarras fréquents et d'hésitations fâcheuses.

Le livre de M. Thibierge, qui envisage les cas les plus divers dans lesquels le médecin peut avoir à se prononcer et à agir, donne la solution de ces problèmes.

Se basant sur une étude approfondie de la jurisprudence française et sur son expérience des choses de la syphilis, il expose successivement les questions que soulève la syphilis suivant les âges, les conditions sociales.

Après deux importants chapitres consacrés au secret professionnel et à la responsabilité civile en matière de transmission de la syphilis, il montre quelles réserves il convient d'apporter chez certains sujets et dans certaines conditions sociales à l'énoncé du diagnostic de la syphilis. Il étudie ensuite la conduite à tenir dans les cas où le médecin est consulté au sujet du mariage des syphilitiques, dans les cas de syphilis conjugale et extra-conjugale, dans les préliminaires d'une instance en divorce, au sujet des nourrissons hérédo-syphilitiques, des nourrices atteintes de syphilis. Puis il étudie les questions soulevées par le développement de la syphilis chez les domestiques et les ouvriers, la conduite à tenir vis-à-vis des syphilitiques traités dans les hôpitaux, des mutualistes syphilitiques. Son livre se termine par des chapitres sur la contamination syphilitique d'origine opératoire et sur les obligations qui s'imposent aux médecins atteints de syphilis.

Le livre de M. Thibierge est avant tout un ouvrage pratique, facile à consulter, grâce à son excellente table analytique. C'est un livre qu'il faut non seulement avoir lu, mais encore conserver précieusement tant sont nécessaires aux praticiens les enseignements qu'il renferme.

L. GAYARD.

Photothérapie. La lumière agent biologique et thérapeutique (2), par MM. A. CHATIN, préparateur-chef adjoint du Laboratoire d'électrothérapie à l'hôpital Saint-Louis, et M. CARLE, ancien chef de clinique des maladies cutanées à la Faculté de médecine de Lyon.

Ce livre est l'exposé succinct et pratique de nos connaissances sur la thérapeutique par la lumière, il s'adresse surtout aux praticiens qui voudront avoir quelques renseignements précis sur cette nouvelle branche de l'art de guérir. Il est divisé en quatre parties : dans la première, étude physique de la lumière, les auteurs donnent quelques définitions des mots employés dans la suite de l'ouvrage, spectre solaire, radiations, longueurs d'ondes, etc. La seconde partie, biologique et physiologique, étudie l'action de la lumière sur les plantes, les bactéries, les animaux et l'organisme humain; la troisième partie est réservée à l'exposé des applications utiles des radiations à un petit nombre d'affections d'ordre interne avec les appareils récents utilisés, bains de lumière, bains de Dowsing, etc.

Dans la quatrième partie, la plus importante, les auteurs décrivent la vraie méthode de Finsen, avec ses applications au traitement de quelques affections cutanées, les appareils utilisés, avec reproduction photographique, la technique et enfin les résultats cliniques obtenus.

De plus, à la fin du volume, on trouve une bibliographie française et étrangère, comprenant à peu près tout ce qui a été écrit sur la photothérapie.

L. GAYARD.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) Petit in-8° avec 7 fig. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire). Prix : broché 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Ce.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 AU 18 JUILLET 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 13 JUILLET, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste), *Salle Richet* : MM. Mauclaire, Teissier et Degrez; — M. Delens, suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime) *Hôtel-Dieu* : MM. Hayem, Brissaud et Besançon ; — M. Legueu, suppléant.

MERCREDI 15 JUILLET, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste), *Salle Béclard* : MM. Tuffier, Legry et Desgrez; — M. Rieffel, suppléant.

JEUDI 16 JUILLET, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste), *Salle Corvisart* (1re série) : MM. Troisier, Chassevant et Rieffel; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Chauffard, Schwartz et Richaux; — *Salle Richet* (3e série) : MM. Letulle, Remy et Vaquez; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 17 JUILLET, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste), *Salle Béclard* : MM. Mauclaire, Thoinot et Desgrez; — M. Retterer, suppléant.

SAMEDI 18 JUILLET, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Troisier, Albarran et Richaud ; — (2e série) : MM. Chauffard, Vaquez et Marion; — *Salle Richet* (3e série) : MM. Letulle, Schwartz et Chassevant, ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie, nouveau régime), *Beaujon* (1re série) : MM. Cornil, Achard et Mery; — (2e série) : MM. Proust, Gouget et Widal; — M. Desgrez, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le lundi 19 octobre 1903, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, *rue des Saints-Pères*, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement.

Hommage à M. Labbé. — Sur la demande d'un grand nombre de médecins, des départements particulièrement, la souscription à la médaille qui est offerte M. L. Labbé à l'occasion de sa nomination à l'Institut ne sera close que le 15 juillet prochain.

Les souscriptions sont toujours reçues chez M. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Le *Savoie-Express*, train de luxe de jour, composé d'un wagon-restaurant et de wagons-salons de la Cie des vagons-lits, circule trois fois par semaine, depuis le 1er juillet, entre Paris, Aix-

les-Bains, Chambéry, Evian et Genève, et sera continué par un train ordinaire entre Annemasse et Chamonix.

Aller : les mardis, jeudis, samedis. — Départ de Paris, 8 h. 30 matin; arrivée à Aix-les-Bains, 4 h. 28 soir, et à Evian, 7 h. 18 soir.

Retour : les lundis, mercredis, vendredis. — Départ d'Evian à 8 h. 10 matin, d'Aix-les-Bains à 10 h. 36 soir, et arrivée à Paris à 6 h. 31 soir.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A CÉDER, à 20 minutes de Paris, clientèle médicale. Conditions : suite du bail et légère indemnité. — S'adr. au journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique et de matière médicale, par V. Aud'houi, médecin de l'Hôtel-Dieu. 2 vol. in-8° de 1 456 p. — Prix : 25 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques et littéraires F. R. de Rudeval et Cie.

Traité des maladies de l'enfance, par Jules Comby. 4e édit. revue et considérablement augmentée. Un vol. in-8°. — Paris, J. Rueff.

Nouveau formulaire magistral de consultations infantiles, par le docteur H. Dauchez. Un vol. in-18. — Prix : broché, 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques et littéraires F.-R. de Rudeval et Cie.

Formulaire spécial de thérapeutique infantile, par le docteur R. Nogue, préface du docteur G. Variot, 2e édit. Un vol. in 18 broché. — Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques et littéraires F.-R. de Rudeval et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE 17

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE

(*Anciennement Gilliard, P. Monnet et Cartier.*)

Société anonyme au capital de 6000000 de fr. — SIÈGE SOCIAL : A SAINT-FONS, PRÈS LYON.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

KÉLÈNE

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR POUR LA KÉLÉNARCOSE ET L'ANESTHÉSIE LOCALE

Salicylate de soude.
Salicylate de méthyle.
Acide salicylique.
Salol.
Résorcine.
Antipyrine.
Hydroquinone.
Saccharine.

Bleu de méthylène.
Formaldéhyde.
Trioxyméthylène.
Lactanine (nouvel antidiarrhéique).
Phosphotal (Phosphite de créosote).
Gaïacophosphal (Phosphite de gaïacol).
Phénol synthétique.
Sérum antistreptococcique.

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

BROMIDIA HYPNOTIQUE ANTINÉVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage des spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous,

Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de BROMIDIA. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque BATTLE'S BROMIDIA

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES

ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, 5, rue de la Paix, PARIS

Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.* — Prix : 5 fr.

Préparation ferrugineuse ne constipant pas.

EUGÉINE PRUNIER

(*Phospho-Mannitate de fer granulé*)

RECONSTITUANT DU GLOBULE SANGUIN

Contre Chlorose, Anémie, Aménorrhée, etc.

CHASSAING & Cie. 6. Avenue Victoria. Paris et Pharmacies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURE *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann. 41, Paris et phies.



NOUVEAU BANDAGE

Nous affirmons hautement que, seul, le bandage **Meyrignac** qui a obtenu, en 1891, *l'approbation de la Société de Chirurgie de Paris*, peut amener la guérison. Affectant la forme d'une arbalète, il est invisible sur le corps ; il supprime le douloureux ressort du dos et les sous-cuisses. Sa pression continuelle, mais très douce, est très bien supportée et la guérison de la hernie est assurée. Demandez le CATALOGUE. **MEYRIGNAC**, Fabt, **229, Rue St-Honoré, Paris.**

DRAGEES MARIANI

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES.

DIATHÈSE URIQUE **PIPÉRAZINE** EFFERVESCENTE **MIDY** DOSE : 2 à 6 MESURES PAR JOUR

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

SEUL ADMIS dans les HOPITAUX de PARIS

MÉDAILLE D'OR PARIS 1900

Prix : le Flac. : 1f25

(BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE)

LE MÊME AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX LE FLACON : 2 fr.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE

LA TUBERCULOSE ARTICULAIRE

Par M. le docteur Louis DOR,
Chef du laboratoire de la Clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans la précédente conférence je vous ai parlé de la tuberculose osseuse et je vous ai donné quelques notions générales sur la pathogénie des diverses formes que vous serez appelés à rencontrer. Hier il a été opéré dans le service un cas de tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne et je vais vous montrer les pièces qui ont été portées au laboratoire. Mais avant de vous dire quelles étaient dans le cas particulier les lésions qui ont été rencontrées, je vais vous donner quelques notions sur les diverses formes de tuberculose articulaire et synoviale que vous serez appelés à voir. Ainsi en réunissant les notions relatives à la tuberculose osseuse que je vous ai déjà données et celles que je vais vous donner sur la tuberculose articulaire, vous saurez interpréter toutes les lésions des tumeurs blanches.

J'attire d'abord votre attention sur le fait que les membranes synoviales ne sont pas des séreuses et que ce n'est pas un véritable endothélium que vous trouverez à la face interne de ces membranes; je vous renvoie au traité de M. Renaut dans lequel vous verrez que la synoviale n'est qu'un reliquat qui subsiste après la liquéfaction de la bande méso-chrondale; les cellules qui tapissent les membranes synoviales ne sont pas continues et d'autre part elles ne sécrètent pas un liquide comme le feraient des cellules glandulaires, ce sont elles-mêmes qui se ramollissent et qui constituent avec la substance fondamentale du cartilage le liquide synovial. La synovie n'est pas non plus un produit de sécrétion contenant, comme on se l'imagine volontiers, un peu de mucine; Salkowski a démontré (*Arch. de Virchow*, 131) que le liquide synovial avait des caractères propres qui lui méritaient le nom de synovine, mais qu'il ne contenait aucune substance pouvant donner par les acides un glycoside, c'est-à-dire aucune mucine.

Le synovine est selon toute vraisemblance une combinaison du collagène avec quelque sel minéral et elle se rapproche par conséquent de la chondrine et de l'osséine. Ce fait nous explique que l'on rencontre habituellement l'association de la tuberculose osseuse avec la tuberculose articulaire synoviale et chondrale. Un lien commun réunit la composition chimique de tous ces tissus c'est la présence du collagène, et nous avons tout lieu de considérer les bacilles qui engendrent des tumeurs blanches comme des parasites qui viennent se nourrir de collagène partout où ils pourront en trouver.

Mais avant de vous parler de la tumeur blanche dans laquelle il y a simultanément des lésions osseuses, cartilagineuses et synoviales, je désire vous entretenir des formes de tuberculose localisées à la synoviale. Je suis obligé de vous faire aussi à ce propos une leçon de pathologie générale préalable. En effet je vais avoir à vous parler de prolifération cellulaire et vous ne savez pas pour quelle cause les cellules se mettent à proliférer, vous pensez peut-être que ces proliférations sont un peu livrées au hasard et que des cellules irritées se mettent à proliférer pour se défendre. Or il y a des lois de prolifération cellulaire qui sont aussi absolues que les autres lois et que je vais vous faire connaître.

Sachez donc qu'une cellule entre en prolifération lorsqu'elle est soumise à une décompression. Dans toute plaie il arrive que des cellules soient décomprimées sur un de leurs côtés et c'est à cause de cette décompression qu'elles se mettent à proliférer; il en est de même dans une foule d'autres troubles pathologiques : la seule décompression que subit la choroïde dans l'hypotonie du globe oculaire suffit à provoquer la prolifération des cellules choroïdiennes ce qui donne naissance à ce qu'on appelle des plaques de choroïdite pigmentaire et d'une façon très générale dans les inflammations l'issue hors de la cellule de protoplasma produisant une hypotonie est suivie de prolifération de la cellule; je n'ai pas à vous dire sur quelles bases s'appuie cette loi ni comment on s'y prend pour démontrer qu'on a tenu compte de toutes les causes d'erreur.

Sachez seulement que cette loi est admise en anatomie pathologique et qu'on la nomme la loi d'Ehrlich. Cette loi trouve une application très directe dans l'explication des fongosités. Le bacille possède des propriétés chimio-tactiques très énergiques et il attire à lui les cellules pour faire les tubercules; cette attraction s'exerce à une certaine distance et celles des cellules qui ne sont pas migratrices et qui ne peuvent pas se déplacer éprouvent tout au moins sur une de leurs faces une décompression qui les entraîne à proliférer. Une fois que la première cellule a proliféré et qu'un tissu nouveau s'est formé, les bacilles viennent l'occuper de sorte que les tubercules nouveaux se constituent; ils exerceront leur pouvoir attracteur sur de nouvelles cellules et ainsi s'édifie un tissu nouveau.

Cette attraction des tubercules se produit, bien entendu, dans tous les sens, de sorte que l'on voit proliférer aussi bien les cellules des tissus les plus denses que les cellules des tissus les moins denses; c'est ainsi que l'on voit se former d'un côté une épaisse membrane fibreuse qui par sa densité limite tout naturellement la marche du processus et d'autre part une prolifération de cellules conjonctives peu denses vers lesquelles évoluera la lésion.

C'est dans les articulations que se réalise le mieux ce double processus proliférateur et c'est là que l'on voit le mieux à quel degré les tubercules peuvent provoquer de la prolifération cellulaire : les fongosités réalisent le plus haut terme de la série des proliférations cellulaires par la décompression; mais avant de vous parler des fongosités qui sont bien le type le plus clinique des lésions tuberculeuses articulaires et tendineuses, j'ai à vous signaler d'abord les types les plus simples, alors même qu'ils ne sont pas les plus fréquents.

Le type le plus simple de tuberculose articulaire ou tendineuse que l'on puisse rencontrer c'est celui qui se manifeste simplement par une hypertrophie des cellules de la membrane dans le sens tangentiel, c'est-à-dire suivant le type qui donne naissance à des kystes et qui dans toute la pathologie générale est toujours le premier en date avant que survienne le deuxième type où les cellules prolifèrent suivant la hauteur.

La formation d'une poche kystique peut être très localisée et donner naissance à ce que l'on appelle les *kystes synoviaux* ou *ganglions synoviaux*. On rencontre de semblables tumeurs principalement au dos du poignet et dans le creux poplité; la contenance des kystes varie : on trouve souvent un liquide filant comme de la synovie et parfois une gelée qui n'est qu'une modification de la synovine se rapprochant du fibrinogène.

Mais il est très fréquent aussi que la prolifération soit diffuse et porte sur toute l'étendue d'une membrane synoviale de sorte que l'on assiste à la formation d'une dilatation générale : c'est ainsi que prennent naissance les hydarthroses ou les synovites séreuses que l'on croit plus volontiers être produites par une distension consécutive à une hypersécrétion interne : je vous rappelle, Messieurs, que la démonstration expérimentale de la possibilité d'une dilatation kystique quelconque par une hypertension d'origine interne n'a jamais été faite et qu'au contraire tous les expérimentateurs qui ont voulu se faire une idée personnelle de la pathogénie des dilatations kystiques se sont rangés à cette idée que c'est d'abord la poche qui augmente et secondairement le liquide qui la remplit. Il n'y a que pour les hydronéphroses que l'on est autorisé à admettre une exception à cette règle, car la ligature de l'uretère produit indiscutablement la dilatation du bassinet, mais l'urine est sécrétée avec une telle pression que les conditions sont bien un peu différentes et rien ne nous autorise à admettre une deuxième exception pour les processus inflammatoires en général et le processus tuberculeux en particulier. Nous admettrons donc jusqu'à preuve du contraire que les hydarthroses et les synovites tendineuses à sécrétion séreuse sont produites comme les tumeurs kystiques des synoviales et des autres régions par le mécanisme de la prolifération cellulaire initiale et de la sécrétion secondaire.

A côté des kystes et des dilatations, il y a la série des proliférations sur un plan de superposition qui indique un second degré d'inflammation, c'est dans ce chapitre que se groupent les formations dites *grains riziformes* dont la nature tuberculeuse a surtout été mise en lumière par les travaux de Nicaise et de Poullet et aussi une forme un peu plus rare décrite par Muller comme tumeur sous le nom de *lipome arborescent des synoviales*, qui n'est qu'une forme de tuberculose, ainsi que vous pouvez vous en assurer en lisant le travail de Schmolk (*Deuts. Zeits. f. Chir.*).

Les grains riziformes se forment par une prolifération des franges synoviales et leur infiltration par une substance spéciale sur laquelle je vais vous donner une idée, mais laissez-moi auparavant protester contre une interprétation des grains riziformes que vous trouverez dans des ouvrages encore classiques qui sont entre vos mains : il est dit que les grains résultent de ce que la membrane synoviale subit des fissurations qui ont pour conséquence l'isolement de petites portions synoviales, lesquelles se détachant et devenant libres sont ensuite roulées et arrondies par frottement réciproque. Je ne crois pas que l'on soit autorisé à imaginer de toutes pièces des explications aussi fantaisistes qui supposent un processus par trop particulier. Il vaut mieux penser tout simplement que les grains résultent d'une prolifération cellulaire portant sur les franges synoviales. Quant à savoir quel est le liquide qui infiltre ces grains riziformes, tout ce que l'on peut dire c'est qu'ils n'ont pas encore été analysés par un chimiste compétent et que l'on est réduit à faire des hypothèses. Ils ne contiennent pas de la fibrine vraie ni aucune substance qui se rencontre à l'état normal dans l'organisme, il y a tout lieu de croire que la substance est une combinaison d'une substance organique normale avec une substance provenant du microbe; or c'est incontestablement de la fibrine que se rapproche plus la matière qui compose le grain; et comme la fibrine est le résultat de la combinaison d'une substance fibrinogène avec une substance fibrino-plastique, que l'acide tuberculo-nucléinique est une substance fibrino-plastique il suffirait de penser que le fibrinogène s'unit à cet acide pour avoir une explication très rationnelle de la composition de la substance des grains. Cette hypothèse cadrerait avec celle que je vous ai proposée pour la caséine, et dans les deux cas il y aurait donc une combinaison de deux principes. Les grains ne sont pas tous chargés de bacilles tuberculeux, car on peut en inoculer isolément à des cobayes et ils ne deviennent pas tous tuberculeux; l'envahissement du grain par les bacilles n'est que secondaire à leur formation et c'est le premier pas vers la transformation de la lésion en fongosité.

On rencontre des grains riziformes dans les hydarthroses tuberculeuses, dans les synovites tendineuses et dans les kystes périarticulaires : la gelée que l'on voit dans certains de ces kystes qui ne sont pas chargés de grains n'est proba-

blement autre chose que du fibrinogène pur coagulé (Neumann).

La troisième variété de lésions par prolifération cellulaire est la fongosité. Il s'agit là d'une véritable néoplasie différant des tumeurs par le caractère essentiel qui est la non-arrivée à terme des cellules et leur mort prématurée alors qu'elles sont encore à l'âge adolescent. La genèse des fongosités est la suivante : les bacilles ont formé des tubercules dans la membrane ; simultanément du côté externe et du côté interne, il s'est produit une prolifération cellulaire ; mais comme du côté externe ou péri-chondral il y a un tissu dense, celui-ci donne naissance à un tissu très compact, qui se nomme la couche lardacée, alors que la couche dans laquelle se trouvent les tubercules est celle qui s'appelle la couche vasculaire sous-synoviale ; du côté de l'articulation se trouve la couche fongueuse qui est une couche molle, dont l'aspect varie un peu suivant que le tissu est de formation très récente ou que les bacilles l'ont déjà envahi. En général les fongosités sont demi-transparentes, comme de la chair d'huître ou plutôt comme des polypes des fosses nasales, semées d'un piqueté hémorragique et légèrement opaques, mais il y a des cas où l'on assiste à des modifications importantes que nous allons décrire.

La première variété d'altération qui peut frapper les fongosités est la caséification. Lorsque les bacilles ont envahi ces bourgeons fongueux et que des tubercules se sont développés dans leur intérieur, on voit ces tubercules se caséifier, puis se ramollir, et alors une véritable suppuration envahit l'articulation ; de petites hémorragies survenant, on voit se manifester une certaine irritation qui aboutit à la diapédèse de globules blancs et en somme le pus qui remplit l'articulation est à la fois formé par la désagrégation des fongosités et par l'excrétion de globules sortis de vaisseaux.

Il faut que le pus se fasse jour au dehors, car à cette période il est trop tard pour que les lésions rétrocèdent. Si le chirurgien n'intervient pas, des trajets spontanés se forment et le pus trouve une issue.

Je vous ai parlé de l'évolution des fongosités vers la caséification, c'est là le processus tuberculeux non entravé, mais lorsque l'organisme se défend bien, le processus est tout autre, et c'est alors que l'on assiste à cette évolution très importante à connaître, qui est la vascularisation.

Lorsque des fongosités ont été constituées, elles se laissent envahir par des vaisseaux et il arrive parfois que cette vascularisation est très intense ; on voit même deux fongosités voisines communiquer entre elles par leurs vaisseaux qui se sont anastomosés.

Si un grand courant sanguin s'établit et si les fongosités d'une partie de la synoviale s'unissent par des anses vasculaires avec les fongosités de la paroi opposée, les tubercules vont être abondamment irrigués et le tissu deviendra comparable, au point de vue de la vascularisation, à ce qu'il est dans la région juxta-épiphysaire des os, là où la circulation est très active ; les bacilles tuberculeux n'aiment pas les vascularisations trop abondantes : ils se sont localisés dans les épiphyses, précisément parce que leur vascularisation était peu abondante ; dans des os tels que l'astragale, parce qu'ils ne sont irrigués que par des vaisseaux très ténus et à anastomoses peu nombreuses ; or voici que tout d'un coup la vascularisation devient dans les fongosités comparable à ce qu'elle est dans les régions les plus vascularisées, il en résultera une conséquence directe, c'est que les bacilles renonceront à vivre dans un pareil courant sanguin et que peu à peu les lésions iront en diminuant ; il subsistera alors un tissu composé de collagène très abondamment irrigué, et par la présence des lécithines qui sont contenues dans le sang, ainsi que je vous l'ai dit plusieurs fois, la formation d'osséine aura lieu comme s'il s'agissait de la région d'ossification dans laquelle, vous le savez, le collagène, mis en liberté par le départ de l'acide chondroïtine-sulfurique, s'unit au phosphate de chaux que lui apportent les lécithines pour le phosphore et le fibrinogène pour la chaux, et vous assisterez à une ossification aussi compacte que s'il s'agissait de transformer du cartilage en tissu osseux, ossification qui se nomme dans le cas particulier l'*ankylose osseuse*. Les extrémités articulaires seront unies par un tissu tellement dur que si des fractures se produisent dans l'un des os, c'est fréquemment cette ankylose osseuse qui résiste le mieux au traumatisme. Ce mécanisme de la guérison des tumeurs blanches montre que la prolifération cellulaire si désordonnée qui aboutit aux fongosités est dans certains cas un véritable processus de défense et non seulement un processus de réaction.

Il peut arriver que l'ankylose ait une tendance à se produire de très bonne heure et on peut voir des formes de tumeurs blanches qui méritent le nom de formes ankylosantes. Il y a là des conditions qui varient beaucoup suivant les malades et sur lesquelles M. Poncet vous a souvent manifesté sa façon de voir, en vous disant que certains malades avaient des humeurs plus plastiques que d'autres.

Je vous ai dit quels étaient les modes les plus habituels de terminaison des arthrites fongueuses : caséification, infection secondaire ou vascularisation et ankylose ; il y en a d'autres lorsqu'on pratique soit des résections soit des injections sclérogènes ; dans quelques cas on peut voir revenir les mouvements, soit dans l'article qui se guérit, soit au niveau des extrémités réséquées.

Et maintenant, Messieurs, que je vous ai fait connaître les divers types de lésions articulaires provoquées par la tuberculose, et que d'autre part dans la conférence précédente je vous ai exposé les types principaux de la tuberculose osseuse, faites, si vous voulez, la synthèse de ces deux leçons et vous aurez une description de ce qu'est une tumeur blanche. Dans la tumeur blanche il y a en effet en général la réunion des deux processus, le processus osseux et le processus articulaire.

Vous dirai-je quel est en général celui des deux processus qui commence et quel est celui des deux qui n'est qu'une propagation du premier ? Cette question est traitée dans vos traités classiques, mais je vous dis bien franchement qu'à mon avis elle n'a pas une bien grande importance ; les deux tissus sont si proches parents au point de vue chimique que les bacilles envahissent l'un après avoir envahi l'autre, sans que l'on puisse dire que tel ou tel processus témoigne d'une tuberculose plus ou moins virulente.

Une fois la tumeur blanche constituée, il y a divers troubles intéressants à noter dans les tissus avoisinants : c'est une modification de la peau qui devient épaisse et plus pileuse, de couleur plus pâle parfois ou au contraire pigmentée, c'est une atrophie du tissu musculaire, une rétraction des tendons et des aponévroses, divers troubles du côté des nerfs, bref toute une série de manifestations dystrophiques qui contribuent au point de vue clinique à imposer le diagnostic et à faire dicter la conduite chirurgicale que l'on aura à tenir.

J'ai à vous parler d'une dernière forme de tuberculose

articulaire; il s'agit de cette forme qui se manifeste cliniquement par des poussées congestives allant en général de pair avec des manifestations analogues sur les synoviales tendineuses et qui, en raison de ces caractères congestifs intermittents, simule le rhumatisme de sorte que le nom sous lequel M. le professeur Poncet la désigne et que vous connaissez semble tout à fait bien choisi.

Pour comprendre la pathogénie et la nature du rhumatisme tuberculeux il importe que vous fassiez appel à vos connaissances de pathologie générale et que vous vous souveniez de ce que vous avez appris relativement au chimiotactisme. Vous n'ignorez pas que certains bacilles manifestestent des propriétés attractives, qui s'exercent soit vis-à-vis d'autres bacilles, c'est alors ce que l'on étudie sous le nom d'agglutination, soit vis-à-vis des cellules; d'autres fois ces bacilles pourront avoir des propriétés opposées et repousser les cellules ou se repousser entre eux. Ces phénomènes sont certainement mystérieux, mais ils rentrent dans les grandes lois de l'attraction universelle et l'étude des cellules et des êtres unicellulaires nous montre que ces phénomènes sont à peu près généralement répandus dans la nature. Quoi qu'il en soit, le bacille tuberculeux est peut-être plus que d'autres bacilles doué à certains moments de propriétés chimio-tactiques, ainsi que l'a montré Liebmann (*Virchow's Archiv*, Bd. CXLV, supplement-Heft 123).

C'est par le chimio-tactisme positif que l'on peut expliquer l'attraction exercée par la cellule géante sur les cellules épithélioïdes et sur les cellules embryonnaires, mais c'est par le chimio-tactisme négatif que s'expliquent les métastases et les généralisations à distance. C'est aussi par une répulsion moléculaire que se liquéfie le tissu fibreux (Neumann), et c'est ainsi que l'on peut expliquer le rhumatisme tuberculeux dans lequel on observe des fluxions douloureuses multiples.

Retenez donc de cette conférence la notion du polymorphisme de la tuberculose articulaire.

Considérez comme tuberculeux les kystes synoviaux avec ou sans grains riziformes, les fongosités articulaires avec caséification ou avec vascularisation et ossification et enfin les fluxions rhumatoïdes qui surviennent lorsque les bacilles sont doués de chimio-tactisme négatif.

Je termine en vous présentant l'astragale tuberculeux de la malade qui a fait l'objet de la dernière clinique de M. le professeur Poncet, et en vous montrant combien les lésions sont en effet celles que M. Poncet vous faisait pressentir. Je vous montre aussi toute une série de pièces osseuses sèches qui proviennent du laboratoire, entre autres un beau séquestre en grelot de l'extrémité inférieure du fémur droit d'un malade très âgé qui a été amputé dans le service, une carie de la tête du fémur et une ankylose osseuse très solide du coude qui vous montre à quel point l'ossification des fongosités peut aboutir à l'édification d'un tissu résistant.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(7 JUILLET 1903)

M. Garnier a lu un travail intéressant et fort bien écrit sur une variété de perversions instinctives profondes chez certaines hystériques que l'on peut qualifier d'**hystériques calomniatrices**. On ne saurait se défendre d'un certain sentiment de terreur en songeant qu'on pourrait tomber entre les griffes d'une pareille créature. Les exemples que nous cite M. Garnier sont des plus suggestifs : voici une jeune fille qui rencontre, dans la propre maison de sa famille, un jeune abbé; l'idée lui vient de déclarer qu'elle est enceinte de trois mois du fait de cet abbé; protestations indignées de celui-ci, serments solennels, rien n'y fait. Elle porte plainte à l'évêché; l'évêque convoque à la fois l'abbé et la jeune fille et chacun d'eux jure sur le Christ, elle, qu'il est coupable, lui, qu'il est innocent. Enfin elle finit, bien tard, par avouer qu'elle a menti.

Autre exemple : un matin on trouve une jeune domestique ensanglantée dans son lit, les pieds et les mains liés, un mouchoir sur la bouche. Elle déclare que, la nuit, un monsieur en chapeau noir et en redingote a pénétré dans sa chambre, l'a endormie, puis violée; on recherche le coupable, on arrête plusieurs individus que l'on soupçonne de ce crime. Puis la jeune bonne finit par avouer qu'elle a voulu s'amuser.

M. Garnier se demande si cette disposition calomniatrice provient bien réellement de la névrose, si elle est fonction de cette névrose. Cela ne fait pour lui aucun doute.

M. Garnier résume ainsi son importante communication :

« De cet ensemble de faits ou de considérations, il résulte que le plus pressant devoir pour le médecin légiste et pour le magistrat, est de toujours se souvenir de cette aptitude calomniatrice et de cette suggestibilité dangereuse chez l'enfant et l'hystérique. La justice, on le comprend, est fortement impressionnée par la précision des détails et la netteté des affirmations qu'il est habituel de constater en pareil cas. Elle est portée à trouver dans cet exposé d'une forme généralement saisissante une démonstration en faveur de la véracité du dénonciateur. Le magistrat prudent et expérimenté ne s'en laissera pas imposer. Il aura en mémoire des faits, ceux-ci, qu'il importe de méditer.

Il soupçonnera le danger et donnera la parole à l'expert.

On a affaire, là, à des témoins particulièrement redoutables, et on ne saurait trop dire qu'ils sont, en principe, légitimement suspects. S'il est trop absolu de déclarer que leurs allégations sont toujours irrecevables, il faut proclamer bien haut qu'elles ne sauraient être admises, sans un contrôle des plus sévères, pour qu'on veuille se prémunir le plus possible contre ces erreurs judiciaires qui oppriment ensuite si lourdement la conscience humaine. »

A propos du rapport fait dans l'une des dernières séances par M. Cornil sur une observation de M. Vigouroux relative à un cas de **guérison de tumeur du sein par les rayons X**, M. Labbé demande la parole : il trouve extrêmement curieuses les recherches qui sont faites en ce moment sur l'action des rayons de Röntgen sur certaines tumeurs. L'observation de M. Vigouroux est, certes, très intéressante, mais il ne faudrait pas en conclure qu'on possède, avec ce moyen, un traitement efficace des cancers du sein. En lisant attentivement l'observation de M. Vigouroux, on s'aperçoit bien vite qu'il s'agit d'une tumeur bénigne, d'une tumeur adénoïde ou d'un fibrome du sein, variété de tumeur disparaissant souvent spontanément. Encore une fois, dit en terminant M. Labbé, il ne faudrait pas laisser dire à l'Académie de médecine que les rayons X sont un moyen de guérison des cancers du sein.

M. de Nittis fait une communication sur le **glycogène en thérapeutique.**

L'auteur avait déjà signalé le 15 mars 1902, à la Société de biologie, les résultats obtenus en administrant le glycogène aux malades apyrétiques; il a vu depuis, que, en forçant les doses et en administrant par voie sous-cutanée de 10 à 15 centigrammes, on obtient également des succès dans les maladies fébriles. Dans une dothiénentérie, une grippe, une pleurésie, une pneumonie chez un vieillard, la médication, associée au reste du traitement, a visiblement aidé la réaction de l'organisme, a facilité et rendu plus rapide la con-

valescence. M. J. de Nittis propose d'administrer le glycogène dans les maladies même fébriles, chaque fois que le malade est adynamique ou sénile.

La suite de la séance a été consacrée à des lectures de rapports de prix ou autres, rapports de MM. Chauvel, Yvon, Raymond, dont nous n'avons même pas entendu les titres, les places détestables où persiste à nous reléguer M. le secrétaire perpétuel ne s'améliorant nullement au point de vue de l'acoustique.

En raison de la Fête nationale, la prochaine séance aura lieu le mercredi 15 juillet.

REVUE DE LA PRESSE

Recherches nouvelles sur les streptocoques. (Hans Aronson. *Deuts. med. Wochens.*, n° 25, 18 juin 1903, p. 439.) — Dans un précédent travail Aronson avait établi au moyen de l'agglutination et des immunisations qu'il n'existe pas de différences fondamentales entre les streptocoques isolés dans les diverses maladies de l'homme.

Ultérieurement, Moser, s'appuyant uniquement sur l'agglutination, affirma qu'il existe un streptocoque de la scarlatine distinct des autres streptocoques pathogènes de l'homme. Peu de temps après, Meyer, par le même procédé, crut pouvoir isoler une race spéciale de streptocoques trouvée dans le rhumatisme articulaire aigu.

Aronson a donc repris ses recherches. Dans ses premiers travaux, il s'était servi de streptocoques rendus virulents par passage à travers l'organisme de la souris. Dans ses nouvelles recherches, il a opéré sur vingt-sept streptocoques d'origines différentes (scarlatine, rhumatisme, phlegmons, septicémies, etc.), et provenant directement de l'homme, sans passage par la souris. Il a fait ses cultures sur bouillon glucosé. Tantôt le streptocoque troublait uniformément le bouillon, tantôt il poussait en masses conglomérées. Dans le premier cas, l'examen microscopique montrait des chaînettes courtes, dans le second cas de longues chaînes contournées, et cela sans relation avec la provenance du streptocoque.

Les streptocoques, même provenant de septicémies graves, étaient peu virulents pour la souris et le lapin. Contrairement aux affirmations de Meyer, Aronson n'a pu établir de relation entre la provenance d'un streptocoque et les lésions qu'il provoque chez l'animal. Ainsi il n'a pas vu qu'un streptocoque provenant d'un malade atteint de rhumatisme provoque particulièrement des arthropathies et des endocardites.

Pour étudier l'agglutination, l'auteur a inoculé à des chevaux des streptocoques de provenance humaine. Ces inoculations ne provoquaient que des abcès locaux de la fièvre et parfois de légères arthropathies. Il s'est servi des cultures de streptocoques spontanément homogènes ou rendus homogènes par agitation prolongée. Il est arrivé ainsi aux conclusions suivantes :

1° Les streptocoques provenant directement de l'homme sont plus facilement agglutinables que ceux provenant de la souris ;

2° Les streptocoques poussant en amas conglomérés sont bien plus fortement agglutinables que les autres. Les premiers agglutinent parfois jusqu'à 1/20000, tandis que chez les autres l'agglutination ne dépasse pas 1/3000 ;

3° Les streptocoques à virulence exaltée par passage par la souris agglutinent tous à un taux sensiblement égal (1/40 à 1/50). Au contraire on remarque pour les streptocoques venant directement de l'homme des différences individuelles. Ainsi, un même sérum de cheval immunisé agglutine à des taux bien différents deux streptocoques provenant d'une même affection. De plus le sérum d'un cheval immunisé avec un streptocoque d'une provenance déterminée agglutine souvent bien plus fortement un streptocoque d'une autre provenance.

Enfin Aronson a cherché à résoudre le problème suivant : un cheval immunisé par inoculation d'un streptocoque déterminé est-il immunisé contre d'autres streptocoques? Il croit pouvoir répondre par l'affirmative et rapporte un certain nombre d'expériences probantes.

De ses nouvelles recherches comme des premières, Aronson tire la conclusion que rien n'autorise à distinguer différentes sortes de streptocoques, et que celui-ci est incapable de produire une maladie aussi nettement différenciée que la scarlatine. Il repousse également l'existence d'un sérum antistreptococcique spécifique de la scarlatine.

A. LEMIERRE.

A propos des troubles mentaux dans les affections cardiaques. (*Caledonian medic. Journ.*, avril 1903, p. 232.) — Les cas sont nombreux où des symptômes mentaux sont consécutifs à des troubles cardiaques. M. Greenless, auteur de l'article, rappelle que Mickle attribuait certains phénomènes mentaux à des formes définies de cardiopathies. Une telle classification n'est justifiée ni par les observations de Mickle lui-même ni par celles que l'auteur a pu réunir. Bien qu'on ne puisse attribuer aux lésions aortiques, par exemple, un groupe de symptômes en opposition avec les signes mentaux dus aux affections mitrales, il n'en est pas moins certain que le tableau symptomatique est en lui-même suffisamment caractérisé pour mériter l'appellation de psychose cardiaque.

Les lésions affectant le cœur droit semblent provoquer l'apparition de signes d'excitation, d'irritabilité ; le cœur gauche, au contraire, aurait pour apanage la dépression et la démence. La digitale, dans certains cas, paraît avoir une influence favorable sur les troubles mentaux reconnaissant une origine cardiaque.

Les lésions du cœur droit sont, au demeurant, un facteur de psychopathies qu'on ne doit pas négliger, et qui, dans une classification doivent prendre place à côté des psychoses dues à la tuberculose pulmonaire, aux affections ovariennes ou à d'autres lésions somatiques. A. HOUSQUAINS.

QUESTION D'INTERNAT

Paralysies diphtériques, signes et diagnostic.

Définition. — Sous le nom de paralysie diphtérique, on désigne un ensemble de troubles, surtout moteurs, mais aussi sensitifs et vaso-moteurs, survenant ordinairement pendant la convalescence de la diphtérie, frappant *surtout* et *primitivement* le voile du palais, mais pouvant aussi se généraliser.

Symptomatologie. — La P. D. se présente habituellement sous deux formes distinctes : une *limitée au voile*, une *généralisée*.

§ I. FORME LOCALISÉE (syn. : *bénigne*, *précoce*). — C'est la plus fréquente : 103 fois sur 128 cas, Cadet de Gassicourt. Elle débute pendant la convalescence, ordinairement huit à quinze jours après la guérison de l'angine, exceptionnellement plus tôt (du cinquième au onzième jour et même le deuxième jour de la maladie) ou plus tard (un mois après la disparition des fausses membranes).

Son *début* se caractérise par des *troubles généraux* plus ou moins accusés : pâleur, fièvre légère, tachycardie ou ralentissement du pouls, amaigrissement et instabilité mentale chez les enfants (Maingault), et par des *signes locaux* : paresse, hésitation motrice du voile. Le plus souvent, symptômes généraux et locaux sont très atténués et le début est *lent* et *insidieux*.

A la *période d'état*, il faut distinguer trois cas :

A. PARALYSIE TOTALE DES MUSCLES DU VOILE. — I. **Troubles moteurs.** — *a.* S. FONCTIONNELS. — 1. *Troubles de la phonation* : se caractérisent par : *du nasonnement, de la difficulté de parler, surtout longtemps*, et par une *prononciation défectueuse des labiales b* et *p* qui sont prononcées comme *m*.

Ces troubles sont dus à ce que, par suite de la paralysie des péristaphylins et des pharyngo-staphylins, la colonne d'air qui, normalement, passe tout entière par la bouche et va faire vibrer les lèvres, se divise en deux parties : une qui passe par les fosses nasales, où elle retentit sous forme de voix nasonnée et une, affaiblie, qui va heurter les lèvres et ne peut plus prononcer que l'*m* au lieu du *b*. Et en effet les labiales sont mieux prononcées si le malade se bouche le nez avant de parler.

2. *Troubles de la déglutition.* — Ils apparaissent au second temps normalement; à cette période, le voile est soulevé par les péristaphylins internes, tendu par les péristaphylins externes; l'orifice qui fait communiquer les fosses nasales avec la cavité bucco-pharyngo-laryngée est fermé par la contraction simultanée des pharyngo-staphylins et des palato-staphylins; l'orifice supérieur des voies aériennes est fermé par l'épiglotte et par la contraction du constricteur inférieur du pharynx, qui ferme la glotte; l'isthme du gosier est fermé par la contraction des glosso-staphylins. Le bol alimentaire, ne pouvant refluer ni dans les fosses nasales, ni dans la bouche, ni passer dans le larynx, entre dans le pharynx qui s'élève et se contracte pour le saisir.

D'où les troubles suivants, en cas de paralysie du voile : α. L'orifice qui fait communiquer les fosses nasales avec la cavité bucco-pharyngée n'étant plus fermé, *les aliments vont refluer par les fosses nasales et être rejetés par le nez.* Ce sont surtout les liquides chauds qui sont rejetés, parce qu'ils excitent peu la contractilité affaiblie du voile. Plus tard, et surtout en cas de paralysie du pharynx, les aliments solides sont rejetés, eux aussi, par le nez; β. L'orifice glottique n'étant plus fermé, *des parcelles d'aliments peuvent*, à la faveur de l'anesthésie laryngée, *s'engager dans les voies aériennes* et provoquer, soit des accidents immédiats [crises de dyspnée, asphyxie], soit des accidents tardifs [pneumonies de déglutition, Schluck-pneumonies, qui ne sont, en réalité, que des broncho-pneumonies souvent gangréneuses]. Ces troubles expliquent les contorsions auxquelles se livrent les malades pour avaler convenablement.

3. *Troubles de la respiration.* — Ordinairement peu accentués, consistent en : α. *ronflement*, par paralysie des péristaphylins (le voile est descendu et relâché); β. *difficulté de la succion* : normalement, dans l'acte de la succion, le malade fait le vide dans sa bouche, en fermant l'isthme du gosier par la contraction des glosso-staphylins, et respire par le nez. Par suite de la paralysie des glosso-staphylins, la succion est impossible; γ. *impossibilité de souffler une bougie allumée*, de *gonfler ses joues*, de *se gargariser*, de *fumer*, etc.

4. *Troubles de l'audition*, dus à la paralysie des péristaphylins, ordinairement légers.

b. SIGNES PHYSIQUES. — Le voile, normalement, est doué d'une grande mobilité; il s'élève quand le sujet prononce la lettre *a*; au repos, il est dirigé obliquement d'avant en arrière et forme voûte.

En cas de paralysie, il reste immobile et pendant, il ne s'élève plus lorsque le malade prononce la lettre *a*.

II. **Troubles sensitifs.** — Le voile ne réagit plus aux titillations, aux excitations mécaniques; les réflexes nauséeux sont abolis. L'anesthésie sensitive dépasse souvent les limites du voile, frappant le fond du pharynx, les gouttières pharyngo-laryngées, l'orifice supérieur du larynx.

III. **Troubles vaso-moteurs.** — La muqueuse est plus pâle que normalement.

IV. Pendant toute cette période, les **signes généraux** sont peu accusés et se réduisent à un peu de pâleur, à de l'amaigrissement, à de l'inanition.

Les paralysies totales du voile *se terminent* le plus souvent par la guérison complète, guérison qui met de huit à vingt jours à s'effectuer. Quelquefois, elles donnent lieu à des *complications* mortelles (syncope, asphyxie, broncho-pneumonie) ou aboutissent à la *généralisation.*

B. PARALYSIE UNILATÉRALE DU VOILE (syn. *hémiplégie palatine*, Jaccoud) [Colin, Magne, Gée, Acker, Roger, Aubertin et Babonneix]. Cette forme est le plus souvent consécutive à une angine diphtérique unilatérale, « si bien qu'on pourrait admettre comme une loi à peu près constante le rapport topographique qui existe entre l'angine et la paralysie consécutive » (Aubertin et Babonneix).

La paralysie unilatérale se caractérise par les *signes moteurs* suivants : immobilité d'une moitié du voile, déviation de la luette du côté sain, paralysie d'un seul pilier, et par les *troubles fonctionnels* de la paralysie totale. Les autres signes (troubles sensitifs, troubles des réflexes) sont peu accusés; les *signes généraux* sont réduits à leur minimum. Cette forme ne paraît presque jamais aboutir à la paralysie totale du voile (Aubertin et Babonneix).

C. PARALYSIES PARTIELLES DU VOILE [Duchenne (de Boulogne)]. — 1. La *paralysie du palato-staphylin* se traduit, si elle est unilatérale, par la déviation de la luette du côté sain; si elle est double par la chute de la luette sur la langue, ce qui provoque des efforts de déglutition continuels et très pénibles (Duchenne). — 2. La *paralysie des péristaphylins internes* donne lieu, à de l'abaissement du voile, si le voile est au repos, à la déformation de cet organe, pendant sa contraction : le voile ne décrit plus une voûte à concavité inférieure. — 3. Dans la *paralysie des péristaphylins externes*, le voile n'est plus tendu. — 4. La *paralysie des pharyngo-staphylins* se caractérise par des signes variables suivant l'état fonctionnel du voile; au repos, le relief des piliers est diminué, la courbe décrite par ces piliers est plus grande que normalement. Pendant la contraction de l'organe, le mouvement de rideaux qui, à l'état normal, ferme l'orifice de communication entre les fosses nasales et la cavité bucco-pharyngienne, n'a plus lieu : c'est dans ce cas qu'on observe le rejet nasal des liquides. — 5. La *paralysie des glosso-staphylins* donne lieu à des troubles analogues, mais localisés aux piliers antérieurs. Les *signes généraux* sont à peine ébauchés dans cette forme qui aboutit presque toujours à la guérison.

Ainsi, pour les classiques, les paralysies du voile sont ordinairement *précoces* et *bénignes.* A côté de cette forme, M. Deguy pense qu'il faut placer « une forme *précoce et grave* de paralysie du voile, forme symptomatique d'une diphtérie maligne qui se termine en général par la mort ». Cette forme survient du deuxième au cinquième jour après le début de la maladie; elle donne lieu à peu de fièvre, mais, s'accompagne de phénomènes locaux [angine sanieuse, fétide, à tendance ulcéreuse, adénopathie avec péri-adénite] et généraux graves [albuminurie, hypertrophie du foie, dilatation paralytique du cœur, vomissements spontanés]; elle aboutit presque constamment à la mort (v. *Revue. des mal. de l'enf.*, juin 1903). *(A suivre.)*

Hommage au professeur Cornil. — Au moment où le professeur Cornil quitte son service hospitalier de l'Hôtel-Dieu, un groupe de ses élèves a pris l'initiative de lui offrir une médaille.

Les souscriptions sont reçues chez : M. Alcan, éditeur, boulevard Saint-Germain, 108, et M. G. Steinheil, éditeur, rue Casimir-Delavigne, 2. — La souscription sera close le 1er août 1908.

A partir de 25 francs, les souscripteurs recevront une reproduction en bronze de la médaille; à partir de 50 francs, ils auront droit à une reproduction en argent de la médaille.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, Paris.

Précis de gynécologie pratique à l'usage des étudiants et praticiens, par le docteur Camille FOURNIER, professeur à l'École de médecine d'Amiens. 2e édit. revue et augmentée. 1 vol. in-16 de 392 p. avec 149 fig. cart. — Prix : 5 francs.

Les neuro-arthritiques à Plombières, par le docteur Emile HAMAIDE, médecin à Plombières. 1 vol. in-8° de 76 p. — Prix : 2 francs.

LIBRAIRIE O. DOIN
8, place de l'Odéon.

Revue critique sur les lois de la formation des sexes, par le docteur F.-P. GUIARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut, de l'Académie de médecine et des hôpitaux. In-8° de 100 p. — Prix : 2 francs.



N° 80. — SAMEDI 11 JUILLET 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 11 JUILLET 1903. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

De l'agent pathogéne de la dysenterie épidémique aiguë (1).

Par Mlle S. BROÏDO,
Médecin colonial de l'Université de Paris, médecin sanitaire maritime.

III

De ces nombreux bacilles, quel est donc celui qui doit être considéré comme le véritable bacille dysentérique?

Nous avons vu, dès le début, qu'il y avait lieu d'éliminer, comme de valeur spécifique douteuse ou insuffisamment précisée, les bacilles de Klebs, de Korn, d'Ogata. Par contre Chantemesse et Widal ont, dès 1888, donné une description qui cadre parfaitement avec celle donnée plus tard et complétée par plusieurs autres auteurs. C'est ainsi qu'ils ont insisté sur la mobilité à peine perceptible, l'aspect ventru et les extrémités arrondies du bacille, la non-liquéfaction de la gélatine, les cultures peu abondantes et sèches sur pomme de terre, l'absence de formation d'indol et de développement de gaz et la réaction de Gram négative. Ce qui plaide en faveur de la spécificité de ce bacille c'est son absence dans les selles et organes de sujets sains; sa présence dans les selles des dysentériques examinés par Chantemesse et Widal, ainsi que dans les parois du gros intestin et les ganglions mésentériques d'un sujet dont ils ont pu faire de bonne heure l'autopsie; enfin les résultats positifs des inoculations intra-péritonéales ou sous-cutanées, avec présence des mêmes bacilles dans les organes des animaux rendus dysentériques.

Celli, qui arrive progressivement à manier le *bacterium colidysentericum* en culture pure, sans les streptocoques et les proteus avec l'addition desquels il avait opéré dans ses premières expériences, considère son bacille comme identique à celui de Chantemesse et Widal. Il est toutefois difficile d'admettre cette identité, en raison de la différence importante qui distingue les deux bacilles, à savoir : que le bacille de Celli coagule le lait alors que celui de MM. Chantemesse et Widal ne le coagule pas; de plus Celli décrit son bacille comme très mobile, alors que le bacille de Chantemesse et Widal est presque complètement immobile.

Dans la description détaillée donnée à plusieurs reprises par Shiga nous retrouvons la plupart des caractères déjà donnés dès auparavant par Chantemesse et Widal. Mais un nouveau mode de diagnostic bactériologique étant, entre temps, venu enrichir la médecine, Shiga put, dès le début de ses travaux, y recourir. Nous voulons parler de la séroréaction et de la séro-thérapie. Grâce à la séro-réaction positive, en raison aussi des résultats remarquables obtenus par Shiga avec son sérum anti-dysentérique appliqué dans 300 cas, il n'est pas permis de douter de la spécificité de son bacille, et cela malgré le résultat peu probant ou plutôt peu précis de ses essais d'inoculation. Mais, nous le répétons, sauf le caractère des cultures en feuilles de vigne, nous retrouvons dans la description de Chantemesse et de Widal tous les autres caractères morphologiques et biologiques de ce bacille donnés par Shiga.

En ce qui concerne le bacille de Flexner, il présente les plus grandes analogies avec celui de Shiga. D'ailleurs, Flexner lui-même ainsi que ses collaborateurs, Strong, Weder et Duval, constatent cette identité. Ils le considèrent, du reste, comme identique aussi à celui de Kruse, avec une légère différence seulement des cultures sur pomme de terre (étendue plus ou moins grande des colonies). Cette opinion est également partagée par Shiga, mais non par Kruse. La parenté du bacille de la dysenterie du Japon, de Manille, de Porto-Rico et de celui de l'Allemagne paraît à Flexner absolument indubitable, la séroréaction étant positive dans tous ces cas.

La description de Kruse ne diffère de celle donnée par les auteurs précédents que par la forme en feuille de vigne des colonies superficielles des cultures sur gélatine. Se

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 77, p. 781.

basant sur la séro-réaction et sur les cas de dysenterie de laboratoire qu'il a observés, Kruse considère son bacille comme l'agent spécifique de la dysenterie d'Allemagne. Lui qui prétend, et en des termes énergiques, avoir seul droit à la priorité de la découverte du bacille de la dysenterie, vient en réalité avec sa première description trois ans après celle de Shiga et douze ans après celle de Chantemesse et Widal. De même encore pour la sérothérapie : les travaux de Kruse ne paraissent qu'en 1903, alors que déjà en 1901 Shiga donnait les résultats de ses recherches, lesquelles portaient sur un nombre triple (300 cas) et avec un résultat de beaucoup supérieur (50 p. 100 d'abaissement de la mortalité), différence d'autant plus importante qu'en général la mortalité par la dysenterie est au Japon de beaucoup supérieure à celle de l'Allemagne.

Kruse insiste que le sérum doit être bactéricide et non antitoxique, son bacille ne sécrétant pas de toxine. Nous avons vu que Vaillard, Dopter et Shiga sont d'un avis contraire ; c'est aussi l'avis de Martini et Lentz pour lesquels le bacille dysentérique sécrète une toxine très active.

IV

Ainsi donc, quoique arrivant bon dernier dans toutes les questions concernant le bacille dysentérique, Kruse prétend néanmoins, et si bizarre que cela puisse paraître, avoir été le premier à découvrir le bacille dysentérique et la sérothérapie de cette maladie. Dans un article paru dans le *Deutsche med. Woch.* (1903, n° 7), Shiga s'étonne à juste titre de ces prétentions et de ce que Kruse fait si peu de cas de ses travaux à lui, Shiga. Kruse affirme avoir conduit ses recherches sur la séro-réaction indépendamment de celles de Shiga, publiées trois ans auparavant dans le même journal technique le *Centralbl. f. Bacteriologie* où parut plus tard le travail de Kruse. La prétention de Kruse est encore d'autant plus étrange qu'en 1900, quelques mois avant la découverte de « son bacille », il disait dans l'article, déjà mentionné par nous, du *Centralbl. f. allgem. Gesundheitsphege* que l'étiologie de la dysenterie de l'Allemagne était inconnue.

Pour soutenir sa prétention, Kruse affirme que les bacilles de Shiga et le sien ne sont pas tout à fait identiques, malgré leurs *caractères communs suivants* : *absence de spores, de formation d'indol, de fermentation de la gelose glucosée, de coagulation du lait, décoloration par le Gram et même aspect des cultures sur pommes de terre.*

Cette identité des deux races a d'ailleurs été confirmée déjà en 1902 par la commission médicale du ministère de la Guerre de Prusse. La différence, sur laquelle insiste avec tant de complaisance Kruse, porte sur la mobilité que Shiga décrit comme très légère et Kruse comme presque nulle. Or Kruse lui-même, dans un article publié dans l'ouvrage de Flugge (vol. II, p. 338), dit presque textuellement ceci : « Il n'est pas toujours très facile, nous y insistons pour des raisons pratiques, de résoudre la question de la mobilité des bactéries, » et plus loin, p. 361 : « ... on doit être prudent dans l'affirmation de ce caractère. »

Pour justifier ses prétentions, Kruse dit que Shiga n'a pas été assez explicite dans la description de sa technique, non seulement quant à la recherche et aux caractères du bacille, mais même quant à la séro-réaction et à la sérothérapie. En ce qui concerne cette dernière, la statistique de Shiga ne lui aurait pas paru convaincante, et c'est seulement après avoir *lui-même* constaté l'effet du sérum antidysentérique fait par lui-même, qu'il n'eut plus de raison, dit-il, de douter des résultats de Shiga. On comprend parfaitement que pour ne pas se laisser influencer par une idée préconçue, Kruse ait fait momentanément et intentionnellement table rase de ce qui avait été fait avant lui. Mais où l'on cesse de comprendre c'est lorsqu'il persiste dans cette voie et que, ayant déjà obtenu les résultats voulus, il persiste à considérer comme nul et non avenu tout ce qui a été fait avant lui par Shiga, Flexner, Chantemesse et Widal.

En effet dans un article tout récent sur l'historique de la dysenterie épidémique, Kruse conclut que :

1° Le bacille de la dysenterie épidémique a été bien décrit *pour la première fois par lui*, aussi *la priorité de cette découverte lui appartient-elle à lui*, Kruse. Il appelle « son » bacille, *bacillus dysentericus*;

2° Shiga a le mérite d'avoir découvert l'agent pathogène de la dysenterie du Japon il y a quelques années, mais il l'a décrit d'une façon si incomplète qu'il est impossible de l'identifier avec celui de Kruse d'après cette description. Ce n'est que plus tard qu'on a appris que ces deux formes bacillaires sont voisines et peut-être même identiques;

3° A côté de la forme principale de la dysenterie épidémique il existe en Allemagne, d'après Kruse, une forme de dysenterie à fausses membranes, avec épaississement des parois intestinales, provoquée probablement par le bacille pseudo-dysentérique. Nous avons vu en effet que Kruse a pu isoler des selles dysentériques d'aliénés *six* espèces pseudo-dysentériques;

4° Pour Kruse les bacilles soi-disant dysentériques décrits par les auteurs français, italiens et américains n'ont rien à voir avec son bacille de la dysenterie vraie. On ne peut encore rien dire sur leur rôle pathogène en général, car leurs caractères ne sont pas encore bien différenciés (?).

Ces prétentions de Kruse venant après les explications de Shiga (*Deutsche med. Woch.*, 1903), après les articles de MM. Chantemesse et Widal (*Médecine moderne*, 1902, et *Deutsche med. Woch.*, 1903) sont au moins étranges et on se demande comment il peut affirmer sériensement avoir été le premier à découvrir le bacille de la dysenterie.

Dans le même article, fort spirituellement écrit il est vrai, mais très mordant, Kruse semble vouloir nier à Shiga tout droit de découvrir avant lui le bacille de la dysenterie parce que, dit-il, « Shiga était encore dans les langes bactériologiques » quand lui, Kruse, faisait ses recherches sur la dysenterie amibienne en Egypte. On ne voit pas trop pourquoi ni comment le fait que Kruse a bien étudié autrefois la dysenterie amibienne devait empêcher plus tard un autre de découvrir le bacille de la dysenterie épidémique. Le respect des maîtres doit-il donc aller jusqu'à empêcher les élèves de travailler dans le même sillon de crainte de les devancer peut-être? Malgré toute la déférence que nous avons pour le savant et le maître qu'est Kruse, nous n'avons pu nous empêcher de signaler son procédé de polémique qui nous a paru vraiment hors de sa place dans les journaux scientifiques et surtout ne pas être à l'honneur de ceux qui s'y complaisent.

Kruse considère son bacille comme le seul vrai bacille de la dysenterie des épidémies rhénanes, ceux des épidémies dans les asiles d'aliénés étant, d'après lui, des bacilles pseudo-dysentériques et ces épidémies étant de la pseudo-dysenterie.

Cette distinction n'est basée exclusivement que sur des différences minimes au point de vue de la séro-réaction.

Mais dans ces conditions on pourrait facilement établir autant de variétés de bacilles que de malades. Et cependant cliniquement, anatomiquement, morphologiquement, les bacilles soi-disant pseudo-dysentériques et la pseudo-dysenterie des aliénés ne se distinguent en rien de l'autre. D'autre part l'identité des bacilles de Flexner, Shiga, Kruse, Strong a été constatée par les membres de la commission du ministère de la Guerre de Prusse nommée pour étudier l'épidémie observée à Doeberitz, ainsi que par nombre d'auteurs. D'ailleurs il faut bien dire que Kruse finit par reconnaître que « son » bacille ne se distingue de celui de Shiga que par des différences tout à fait secondaires.

Martin et Lentz se sont spécialement occupés de comparer, au point de vue séro-diagnostique, les différentes races dysentériques suivantes : Shiga (Japon), Flexner (Philippines et New-Haven), Kruse (Westphal), quatre races de Doeberitz, Müller (Gratz), Deycke (Constantinople), Pfuhl (Chine), Strong (Manille).

Il résulte de ces recherches qu'on doit constater au point de vue de la séro-réaction deux groupes de bacilles dysentériques, les uns agglutinant à plus de 1 : 400 et les autres à 1 : 25, sans qu'il y ait des représentants de termes intermédiaires.

Or, fait important, les bacilles de Shiga, de Kruse, de Flexner, de New-Haven, de Pfuhl (Doeberitz et Chine) se sont montrés absolument identiques, agglutinant tous à 1 : 400, tandis que les bacilles de Flexner (de Manille), de Strong (de Manille), de Dycke (de Constantinople) et de Kruse, des asiles d'aliénés, semblent être, au point de vue agglutinatif, des espèces différentes, les différences portant sur les récepteurs, les proagglutinoïdes, compléments, etc., et cependant les auteurs qui ont décrit ces bacilles les considéraient comme identiques à celui de Shiga et de Kruse.

Disons, pour terminer ce chapitre, que cette question du pouvoir agglutinatif est encore toute à l'étude, les causes d'erreur étant nombreuses et la technique encore dans la période des tâtonnements. Il est nécessaire de se servir d'un sérum artificiel agglutinant au minimum à 1 : 300. Il faut aussi savoir que le sang normal ou de sujets atteints d'entérite ulcéreuse quelconque agglutine le bacille dysentérique à 1 : 35-60 ; le sérum de convalescents ne doit donc pas servir de critérium pour établir la spécificité d'un bacille.

Si les recherches de Shiga trouvent un appui sérieux dans les données de la séro-réaction, celles de Chantemesse et Widal en trouvent un non moins important dans le fait d'avoir reproduit, par l'injection de la culture pure, des lésions dysentériques typiques et d'avoir vu confirmer leurs recherches en tous points par Vaillard et Dopter. Comme ces auteurs avaient aussi entre leurs mains des échantillons des bacilles de Shiga, de Strong, de Kruse, de Pfuhl et de Müller, ils ont pu comparer tous ces bacilles à celui qu'ils ont isolé et qu'ils considèrent comme absolument identique à celui de Chantemesse et Widal. Or tous ces échantillons se sont montrés identiques au leur propre en tous points : morphologiquement, biologiquement, expérimentalement. De même toutes ces espèces se comportaient à peu près identiquement quant à la séro-action. Il semble difficile de donner une preuve plus péremptoire de l'identité de tous ces bacilles.

Et maintenant que doit-on penser de la question de PRIORITÉ de la découverte du bacille dysentérique? Les faits tels que nous les avons exposés (ayant intentionnellement adopté dans cet exposé, l'ordre chronologique d'apparition des travaux), semble déjà suffisamment parler par eux-mêmes. Nous dirons donc pour nous résumer et ne pas nous répéter que ce sont MM. Chantemesse et Widal qui ont été les premiers à décrire, à caractériser et à spécifier le bacille de la dysenterie, que le microbe étudié ensuite par MM. Celli et Fiocca a été considéré, à tort, comme identique à celui de Chantemesse et Widal, que M. Shiga a appliqué le premier à l'étude du bacille de la dysenterie, la séroréaction et l'épreuve de la sérothérapie, et que M. Kruse a été le premier en Allemagne à étudier le même bacille et à en donner les caractères très complètement. Toutefois, si la question de l'identité de toutes ces races bactériennes semble très simple en apparence il n'en est pas de même lorsqu'on essaie de la résoudre par la séroréaction.

V

Recherche du bacille dysentérique. — Le bacille de la dysenterie peut être recherché dans les garde-robes et l'eau potable soit en recourant au procédé récemment préconisé par Drigolski et Conradi, essentiellement basé sur l'emploi combiné du gélo-diagnostic et de la gélose de Wurtz. On peut également recourir à la technique suivante recommandée par MM. Chantemesse et Widal.

1° *Matières fécales.* — Celles-ci doivent être examinées aussi fraîches que possible, car le bacille spécifique disparaît au bout d'un certain temps dans les garde-robes conservées. Dans les selles fraîches il faut surtout examiner les petits lambeaux grisâtres qui donnent aux selles l'aspect dit frai de grenouille. Un peu de matière est délayée dans de l'eau stérile où les lambeaux deviennent très visibles. On peut encore, pour recueillir les matières suspectes, se servir d'une instrumentation analogue à celle qui est utilisée pour prendre des cultures de germes diphtériques. Dans un gros tube bouché à l'ouate on plonge un gros fil de fer terminé par un petit tampon d'ouate ficelé. Le tout, après avoir été soumis au four à flamber, peut être expédié. Le médecin qui le reçoit peut introduire avec précaution dans l'ampoule rectale du malade l'extrémité de la tige de fer garnie d'ouate et pratiquer une sorte de ramonage de cette ampoule. Après quoi le tube et sa tige sont expédiés à un laboratoire où se fera l'examen. Le coton souillé sera versé dans l'eau peptone, laissé à l'étuve pendant sept ou huit heures et le milieu de culture deviendra un bouillon où l'on cherchera facilement le microbe spécifique.

Avec le lambeau de matière fécale ou avec la culture impure dont nous venons de parler on fait des ensemencements et des dilutions successives dans des tubes de gélose fondue, gélose ordinaire de laboratoire additionnée de 2 p. 100 de lactose et d'une quantité de teinture tournesol sensible (environ un centimètre cube de teinture par tube) : gélose de Wurtz.

La gélose versée dans des plaques de Petri à la façon ordinaire et mise à l'étuve, laisse se développer des colonies qui les unes (coli-bacilles ordinaires) sont roses parce qu'elles ont fait fermenter la lactose, et les autres, en particulier le bacille dysentérique, restent bleues. Il est à remarquer que le bacille de Chantemesse-Widal pousse plus lentement que le coli-bacille. Au bout de vingt-quatre heures, on prend avec un fil de platine les colonies bleues qui sont toujours petites, peu épaisses, transparentes quand elles appartiennent au bacille dysentérique. On les ensemence

dans du bouillon qui permettra de faire l'épreuve décisive par la séro-réaction.

M. Chantemesse a recommandé une méthode de recherche très précieuse qui s'applique respectivement à la fièvre typhoïde, au choléra, à la dysenterie et qu'il a nommée le gélo-diagnostic. Cette méthode consiste à provoquer *avant l'analyse* la multiplication des germes spécifiques dans la matière soumise à l'analyse et ensuite à séparer de la masse les germes spécifiques, en les agglutinant sous l'influence d'un sérum, en les agglomérant en petites masses qui seront plus capables de frapper les yeux que des germes isolés. Pour cela on ensemence un tube d'eau peptone avec la matière qui est soupçonnée contenir le germe en question et on le porte à l'étuve à 37 degrés pendant sept ou huit heures.

Au bout de ce temps la culture est filtrée à travers un papier filtre ordinaire pour arrêter les grumeaux ou pseudo-agglutinations qui se seraient formées. Dans le liquide filtré on verse quelques gouttes de sérum agglutinant (sérum anti-typhique ou anti-dysentérique); au bout d'un quart d'heure on porte au centrifugeur et on centrifuge pendant une minute. Le tube retiré laisse voir au fond un petit amas formé principalement de petites touffes d'agglutination.

On décante le liquide en ne conservant au fond du tube conique que les petits amas. Ceux-ci sont alors délayés dans II ou III gouttes de bouillon et jetés sur un filtre de papier posé à plat sur une table.

Les petits grumeaux sont retenus à la surface de ce filtre : on les recueille en appliquant fermement sur le filtre une surface plane stérile, celle par exemple d'un bouchon de verre. La surface de ce bouchon est alors essuyée en divers points sur la surface d'une boîte de Petri qui a été préalablement recouverte d'une couche solidifiée de gélose lactosée, tournesolée et additionnée de II gouttes d'une solution aqueuse à 3 p. 100 d'acide phénique. Les plaques de Petri sont laissées à l'étuve pendant dix-huit à vingt-quatre heures, et au bout de ce temps l'examen de l'observateur se porte uniquement sur les petites colonies bleues qui subissent alors, pour assurer le diagnostic, l'épreuve du microscope et de la séro-réaction.

2° *Eau potable.* — Un litre d'eau potable dans laquelle on recherche la présence du bacille dysentérique est additionné de 30 grammes de peptone Defresne. On laisse à l'étuve pendant vingt heures, on filtre et ensuite on ajoute du sérum agglutinant et on opère comme dans le cas de l'analyse des matières fécales.

VI

Pour ne pas scinder l'exposé des faits qui se rapportent à un même ordre de microorganismes, nous avons omis jusqu'ici de parler de deux autres agents spécifiques découverts dans la dysenterie : ceux de M. Roger et de M. Lesage.

Les recherches de M. Roger ont porté sur des dysentériques de provenances diverses (pays chauds, Finistère); il a en outre étudié une épidémie dysentérique, qu'il désigne par analogie avec le choléra nostras ou entérite cholériforme, sous le nom de colite dysentériforme.

Dans les premiers cas il a trouvé bien un colibacille spécial, qui forme dans le *bouillon* de petites masses floconneuses *à odeur putride*. Sur gélose, il donne un enduit épais, visqueux; la *gélatine* n'est pas liquéfiée, mais il se forme parfois dans son épaisseur *des bulles de gaz. Le lait est coagulé* en quarante-huit heures, les cultures sur *pomme de terre* sont jaunâtres.

Un centimètre cube de la culture stérilisée, injecté dans la veine d'un cobaye, amène la mort, après diarrhée extrêmement abondante, glaireuse, rarement sanguinolente, et amaigrissement. Le sérum des convalescents agglutine ce bacille, mais il n'agglutine pas les autres variétés de coli. Lorsque l'action de la culture est plus lente, elle provoque la congestion des organes.

Dans la colite dysentériforme, M. Roger a isolé un bâtonnet qui ressemble, dit-il, d'une part au bacille d'Ogata et d'autre part au proteus, mais *s'il liquéfie la gélatine*, comme celui d'Ogata, par contre, *il se décolore par le Gram.* Il se distingue aussi du proteus par divers caractères, et surtout par la façon de se comporter en présence de sérum d'animaux immunisés. Un bacille analogue a été d'ailleurs vu par Lemoine, dans 13 cas. De même Barbier et Tollemer l'ont retrouvé dans une petite épidémie observée à l'hôpital Trousseau. Roger range ce bacille dans le groupe des coli et le considère comme cause de l'entérite dysentériforme, forme importante bénigne de la dysenterie.

La toxine isolée du bacille colidysentérique se distingue, comme celle de Celli, par son action hypothermisante. A petite dose, elle est arrêtée par le foie, alors que, fait important, ce dernier n'arrête point les produits des autres colibacilles; du reste, le foie arrête aussi les bacilles vivants.

Dans ses expériences, faites avec les cultures pures de son bacille colidysentérique, Roger a provoqué des hémorragies multiples, l'épaississement des parois intestinales et des ulcérations typiques à bords décollés. Avec son premier bacille, Roger a pu provoquer une diarrhée fluide très abondante, des modifications de la température par injections de doses variables des toxines de ce bacille, et des congestions viscérales.

Moreul et Rieux ont isolé le bacille de Roger dans l'épidémie du Finistère en 1899 et, en 1900, au cours d'une endémie à Alger. Dans les cas légers, le bacille se trouvait à côté de divers hôtes banaux de l'intestin; dans les cas moyens, il était accompagné de microbes pathogènes divers; enfin dans les cas graves ou mortels, ce bacille était seul présent. Il est analogue au colibacille, il est fusiforme, mesure 3-4 μ, prend bien les couleurs d'aniline, mais pas le Gram. Il est presque aussi *mobile* que le bacille d'Eberth. Dans le bouillon, il forme au bout de cinq à huit heures un dépôt floconneux et dégage une *odeur fétide.* La gélatine n'est pas liquéfiée, il y forme des colonies nacrées, bleuâtres, à bords dentelés. La culture sur la pomme de terre de deux jours est jaunâtre ou brunâtre. Il fait fermenter le sucre, ne donne pas d'indol.

Il forme des agglutines dans le sérum d'animaux sensibles dont le sérum agglutine le bacille colidysentérique, peu l'Eberth et pas le colibacille banal. Ce bacille n'est pas agglutiné par le sérum typhique.

Le sérum d'animaux immunisés contre le colibacille agglutine par le bacille dysentérique de Moreul et Rieux. L'immunisation a pu être obtenue; le sérum des animaux immunisés est préventif et curatif contre la dysenterie, mais non contre la fièvre typhoïde.

Mais l'odeur putride des cultures du premier des bacilles décrites par M. Roger et la coagulation du lait par ce bacille obligent à le considérer comme une variété colibacillaire, nettement distincte du bacille dysentérique de Chantemesse et Widal, Shiga, Kruse. Le bacille colidysen-

térique de Roger se rapproche du bacille de Celli par son action sur le lait et par la toxine hypothermisante que Roger en a isolée. Etant donné les lésions que provoque ce bacille ou ses toxines et le résultat positif de la séro-réaction qu'il a obtenu, M. Roger conclut que ce bacille est probablement l'agent pathogène d'une forme bénigne de dysenterie.

M. A. Lesage, en juillet 1901, à l'hôpital Saint-Mandrier, de Toulon, a pu étudier cent dix cas de dysenterie coloniale de toutes provenances.

Il déclare avoir découvert, dans cette affection, un coccobacille du genre *Pasteurella*. On le trouve dans les formes intenses aiguës et au début de la forme ordinaire de la maladie, soit dans le sang pendant la vie et après la mort, soit dans les matières fécales (lavure de chair, raclure de boyau, crachat dysentérique).

Ce microorganisme mesure 1 à 2 μ; il est souvent entouré d'une auréole claire qui le rend brillant. Il possède une légère mobilité en pirouette.

Le coccobacille se décolore par le Gram, ne coagule pas le lait, ne liquéfie pas la gélatine; sa culture ne dégage aucune odeur; il ne pousse pas sur la pomme de terre. Il est pathogène pour le cobaye, le lapin, le chat, le chien, chez lesquels il provoque la septicémie hémorragique à type intestinal et des foyers caséeux dans le foie. M. Lesage a en outre pu isoler le même coccobacille du pus d'abcès dysentériques du foie.

La présence possible du coccobacille dans le sang (cas aigus), sa présence presque constante dans l'abcès du foie dysentérique et dans les matières fécales (au début), la possibilité de reproduire chez le lapin l'abcès du foie et chez les animaux des lésions analogues aux lésions de la dysenterie humaine, sont des faits importants qui militent en faveur de la spécificité du coccobacille découvert par M. Lesage. En outre, fait non moins important, cet auteur est arrivé à préparer un sérum curatif de la plus haute valeur qui, expérimenté à Toulon à l'hôpital Saint-Mandrier, a fait baisser la mortalité de moitié.

Il semble donc qu'il y ait plusieurs bacilles de dysenteries, puisque aussi bien Moreul et Rieux que Lesage et que Shiga, Kruse et Vaillard et Dopter disent avoir obtenu par leurs sérums spécifiques respectifs des résultats thérapeutiques et que chacun de leurs bacilles n'agglutine que par le sérum de malades correspondants. Il paraît difficile de résoudre cette question aujourd'hui et l'avenir nous montrera si les bacilles de Roger, Moreul et Rieux et le coccobacille de Lesage conserveront leur autonomie, s'ils doivent être considérés comme des agents spécifiques de certaines formes particulières cliniques ou anatomiques de dysenterie comme le bacille de Chantemesse et Widal, Shiga, Kruse l'est pour la dysenterie épidémique, ou bien s'ils rentreront dans le même groupe bactériologique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BESSER. Experimentaler Beitrag zur kenntniss der Rurhr, Th. de Dorpat, 1884. — CELLI. Congrès d'hygiène de Budapest, 1891. — CELLI et FIOCCA. Contributi alle conoscenze sulla vita delle amibe; — Ueber Etiologie der Dysenterie, *Centralbl. f. Bact.*, 1895, n°s 9 et 10, p. 309; *Riforma med.*, 1894, n°s 37 et 68, p. 806; *Centralbl.*, 1894, XV-XVI, p. 329, 470; — Intorno alla biologia delle amoebe, *Bull. del. R. Accad. medica di Roma*, 1894-1895; *Annale dell' Instituto d'igiene di Roma*, 1895; *L'igiene sperim.*, vol. VI, 1896, t. II, p. 203; *Centralbl.*, 1896, Bd XIX, p. 537. — CELLI et VALENTI. Nochmals über die Etiologie der Dysenterie, *Centralbl. f. Bact.*, 1899, Bd. XXV, p. 481. — CELLI. Zur Etiologie der Dysenterie, *Leyden's Fetschrift*. — CHALTIN. *Centralbl. f. in med.*, 1894, II Aug. — CHANTEMESSE et WIDAL. Sur le microbe de la dysenterie épidémique, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894, p. 522, et *La Semaine médicale*, 18 avril 1888; — Ueber der Prioritaet der Entdeckung des Rurhrbacillus, *Deutsch. med. Woch.*, 1903, n° 12, p. 204. — CONRADI. Ueber loesliche durch aseptische Autolyse erhaltere Giftstoffe von Ruhr und Typhusbacillen, *Deuts. med. Woch.*, 1903, n° 2, p. 26. — DEYCKE. Zur Aetiologie der Dysenterie, *Deutsch. med. Woch.*, 1901, n° 1, p. 10 — DRIGALSKI. Untersuchungen (der Dysenterie). Veroeffentlichen aus d. Gebiete des Militaer-Senitätswesens herausgegeben v. d. Kön. Preuss. Krieg ministeriums. Beobachtungen u. Untersuchungen über d. Ruhr, fasc. 20, p. 86, Berlin, 1902. — FLEXNER. On the etiol. of trop. dys., *Bull. of the John Hopkins Hospit.*, october 1900; *Centralbl. f. Bact.*, 1900, n° 19, Bd. XVIII; *The John Hopkins Hospit. Bull.*, 1896, n°s 66-67; A comparative study of dysenterie bacille, *Centralbl. f. Bact.*, 1901, n° 12, Bd XXX. — GALLI-VALERIO (Bruno). Zur Aetiologie und Serumtherapie der menschlichen Dysenterie, *Centralbl. f. Bact.*, 1896, XX, p. 901. — GRIGORIEV (K.). Voprossu omikroorganismach pri krovavom ponossé, *Voïeno-Meditz Journ.*, 1891, LXXI, p. 73. — HAASLER. Ueber Folgeerkrankungen der Ruhr, *Deutsch. med. Woch.*, 1902, n°s 2 et 3. — KLEBS. *Die Allgemeine Pathologie*, 1887. — KORN. Bacteriologischer Befund bei einem Leberabcess, *Centralbl. f. Bact.*, 1892, v. II. — KRUSE. Ueber die Ruhr als Volkskrankeit und ihren Erreger, *Deutsch. med. Woch.*, 1900, n° 40; — Die Ruhrgefar in Deutschland, *Centralbl. f allgem. Gesundheitspflege*, 1900, Bd. XIX, s. 189; — Weitere Untersuchungen über die Ruhr und die Ruhrbacillen, *Deutsch. med. Woch.*, 1901, n°s 23 et 24; — Der jetzige Stand der Dysenterie-frage, *Deutsch. Aerz. Zeit.*, 1902, n° 2; — Die Blutserumtherapie bei der Dysenterie, *Deutsch. med. Woch.*, 1903, n°s 1-3, p. 6 et 49; — Zur Geschichte der Ruhrfortchung und der Variobilitaet der Bakterien, *Deutsch. med. Woch.*, 1903, n° 12, p. 201. — LENTZ. Vergleichende Kulturalle Untersuchungen über die Ruhrbacillen und ruhzänliche Bacterien nebs einigen Bemerkungen über den Lackmus farbstorf, *Zeitschr. f. Hygiene*, Bd. LXI, H. 3. — LESAGE. Contribution à l'étude des abcès du foie d'origine dysentérique, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1902, n° 21, p. 705. — MARCHOUX. *Bull. de la Soc. de biol.*, 4 nov. 1899. — MARTINI et LENTZ. Ueber die Differenzierung der Ruhrbacillen mittels der Agglutination, *Zeits. f. Hyg. u. Infectionskr.*, Bd. XLI, H. 3. — MOREUL et RIEUX. Du bacille dysentérique, sa constance dans la dysenterie, ses caractères différentiels, *C. r. hebd.*, t. LII, 1901. — MULLER (P. T.). Ueber den bacteriologischen Befund bei einer Dysenterie epidemie in Südsteërmark, *Centralbl. f. Bact.*, 1902, Bd. XXXI, n° 558. — NEISSER et WEGHSBERG, *Munch. med. Woch.*, 1901, n° 18. — NEISSER et SHIGA. Ueber freie Recgahoren v. Typhus — u. Dysenterie — baczillen u. ueber das Dysenteritaclin, *Deutsch. med. Woch.*, 1903, n° 4. — OGATA. Zur Aetiologie der Dysenterie, *Centralbl. f. Bact.*, XI, 1892, n°s 9 et 10, p. 264. — ORTH. *Lehrb. der pathol. Anat.*, 1887, t. II. — PEYROT et ROGER. Abcès dysentérique du foie avec amibes, *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 435. — PFUHL. Vergleichende Unter Suchungen über die Holtborkeit der Ruhrbacillen der Typhusbacillen ausserhalb des menschlichen Körpers, *Zeitschr. f. Hyg.*, Bd. XL, H. 3; — Technik. Agglutination (dans la dysenterie). Veroeffentlich. u. d. Gebiete des Militaer-Sanitaetswerens herausgegen v. d. Koen, Preus. Krigesministeriums, Beobachtungen u. Untersuch. ueber d. Ruhr. fasc. 20, p. 65, Berlin, 1902. — QUELMÉ. *Bull. de la Soc. de biol.*, 4 mai 1900. — BOGER. *Presse méd.*, 3 janvier, 3 juillet, 3 nov. 1900; — *Traité des maladies infectieuses*, Masson, 1902, p. 1022. — ROSENTHAL. *Bactériologie de la dysenterie*; — Zur Aetiologie der Dysenterie,

Deuts. med. Woch., 1903, n° 6. — SHIGA. Ueber den Dysenteriebacillus. *Centralbl. f. Bact.*, 1898, Bd. XXIV, p. 817, 870 et 913. — SHIGA KIGOSHI. Ueber den Erreger der Dysenterie in Japon, *Centralbl. f. Bact.*, 1898, t. XXIII, p. 599. — SHIGA. Studien über die epidemische Dysenterie in Japon unter besonderer Berücksichtgung des Bacillus dysenteriae, *Deutsch. med. Woch.*, 1901, nos 43-45; — Bemerkungen zur Jägers, Die in Ostpreussen einheimische Ruhr, eine Amöben-dysenterie, *Centralbl. f. Bact.*, 1902, Bd. XXXII, I Abt., p. 352; — Weitere Studien über den Dysenterie bacillus, *Zeitschr. f. Hyg.*, Bd. XLI, H. 20, p. 355; — Ueber die Prioritaet der Entdeckung der Ruhrbacillus und der Serumtherapie bei der Dysenterie, *Deuts. med. Woch.*, 1903, n° 7, p. 113. — SCHMIEDICKE. Untersuchungen (sur la dysenterie). Veroeffentlich, u. d. Gebiete des Militaer-Sanitaetswesens herausgegeben v. s., *Koen Preuss. Kriegsminist. Beobacht. u. die Ruhr.*, fasc. 20, p. 78, Berlin, 1902. — STRONG et MUSGROVE. Report on the etiology of the dysenteries of Manille. H. I. Report of the Surgeon general of the Army to the Scentary of War for the fiscal year ensed. June 30, 1900, Washington, 1900. — STRONG. Circulares on tropical diseases, n° 2, Manille, 1901. — VAILLARD et DOPTER. Académie de médecine, 19 mai 1903; *Presse méd.*, 23 mai. — VEDDER et DUVAL. The etiology of acute disentery in the United States, *The Journ. of experim. med.*, 1902, vol. VI, n° 2.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(8 JUILLET 1903)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les **affections des voies biliaires**. M. Tuffier fait, à ce sujet, une importante communication sur laquelle nous reviendrons.

M. Lejars fait une série de rapports. Il analyse d'abord une intéressante observation de **gangrène pulmonaire** adressée par M. le docteur Szcypiorski (de Mont-Saint-Martin). Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, ouvrier aux usines de Mont-Saint-Martin, qui, en décembre 1902, fut pris d'une pneumonie gauche. La pneumonie se localisa au lobe supérieur du poumon gauche. La nature des crachats se modifia. Ils devinrent abondants, visqueux, mais jamais ils ne furent fétides. Il se formait évidemment une cavité au sommet du poumon. M. le docteur Szcypiorski fit une incision au niveau de la sixième côte, trouva une plèvre épaissie, l'incisa, arriva sur une vaste cavité remplie d'un magma purulent non fétide; il nettoya cette cavité, draina et referma la plaie. Environ quinze jours après, en pansant le malade, notre confrère attira un vaste bloc sphacélé représentant tout le lobe supérieur du poumon qui s'élimina ainsi, sans présenter aucune fétidité. Le malade succomba quelques jours après en état d'infection putride.

M. Lejars, avec l'auteur de l'observation, insiste sur ce fait que, dans ce cas, ni les crachats, ni le liquide, ni les parties pulmonaires sphacélées et gangrénées n'ont jamais présenté la moindre fétidité. Cet homme, depuis de longues années, respirait les poussières de charbon de l'usine; il est donc rationnel d'admettre que cette anthracosis ancienne a pu être pour quelque chose dans l'absence complète de fétidité des produits de cette gangrène pulmonaire.

Dans un autre travail, M. Szcypiorski appelle l'attention sur les **brûlures par fil électrique incandescent**. Ces brûlures produisent de véritables sections des tissus; elles guérissent très difficilement. Aussi M. Szcypiorski a-t-il eu l'idée, dans plusieurs cas, de traiter ces brûlures comme des plaies ordinaires. Il ouvre donc largement ces plaies, excise toutes les parties atteintes, fait des sutures profondes, réunit les tendons et les muscles coupés, et referme pour obtenir une réunion par première intention. En agissant ainsi, il a obtenu des guérisons rapides.

M. Lejars approuve de tous points la conduite tenue dans ces cas par notre confrère de Mont-Saint-Martin.

M. Terrier a eu souvent l'occasion d'observer, dans son service, des lésions analogues chez les ouvriers électriciens. Il reconnaît que ces plaies restent atones et se cicatrisent très difficilement. Un de ses élèves a fait une thèse sur ce sujet. M. Terrier conclut, comme M. Lejars, que le procédé employé par M. Szcypiorski est incontestablement un excellent procédé.

M. Lejars fait un rapport sur un travail de M. Souligoux relatif au **traitement des pleurésies purulentes chroniques invétérées**. M. Souligoux apporte quatre observations, dont une a été suivie de mort, une seconde de guérison avec fistule et deux autres de guérison complète. Un jeune homme de vingt et un ans avait été atteint de pleurésie purulente en 1898; on lui fit successivement plusieurs opérations d'empyème. Il arriva à Lariboisière, où M. Souligoux intervint à son tour après deux ou trois autres chirurgiens. Il y avait une vaste cavité du côté gauche. M. Souligoux tailla un large lambeau musculo-cutané, réséqua trois côtes et arriva sur une cavité au fond de laquelle était accolé le poumon rétracté. Il chercha à décortiquer ce poumon suivant la méthode de Delorme et arriva à rendre à ce poumon une certaine expansion. Le malade fut amélioré, mais il restait encore une fistule. Dans une seconde intervention, il réséqua deux côtes, décortiqua encore un peu plus de poumon, cureta la cavité. Il fit ainsi quatre opérations successives et arriva à une guérison parfaite. Ce malade a perdu six côtes; il a une dépression énorme de sa paroi thoracique. Mais il est parfaitement guéri.

Dans un second cas, exactement semblable, M. Souligoux ne fit que deux opérations et arriva à appliquer complètement la paroi thoracique contre le poumon, en annihilant complètement la cavité pleurale.

Le procédé employé dans ces cas par M. Souligoux est un procédé composé de ceux de Delorme et d'Estlander. Il insiste avec raison sur la nécessité de multiplier les interventions, de revenir à plusieurs reprises à cette décortication du poumon conseillée par M. Delorme. Cette méthode combinée et successive donne de très bons résultats, ainsi qu'a pu le constater M. Lejars en y recourant lui-même.

Mais il y a des distinctions à faire, d'abord sur la nature de ces pleurésies, ensuite sur l'étendue et la disposition des cavités morbides. Il est bien certain que les pleurésies tuberculeuses ont moins de chances de guérir que les autres, les cavités profondes sont moins facilement accessibles que les cavités plates et en nappe. M. Souligoux a bien soin, dans son travail, d'établir ces distinctions. Il faut aussi tenir compte du degré de virulence de ces cavités pleurales, de l'état général du malade, etc.

Quoi qu'il en soit, c'est là un procédé très recommandable. M. Lejars, chez un malade de cette espèce, a fait huit interventions, a réséqué neuf côtes en plusieurs séances et est arrivé à obtenir une guérison parfaite. Chez ce malade, la paroi thoracique est directement appliquée contre le mé-

diastin; il y a un effacement complet de la cavité pleurale. C'est là la condition même de la guérison.

En résumé, ce procédé repose sur ces trois conditions combinées : destruction de la paroi ouverte, décortication du poumon, effacement de la cavité pleurale.

M. Tuffier approuve complètement la manière de voir de MM. Lejars et Souligoux. Il faut, en effet, pour guérir les empyèmes arriver à constituer une véritable symphyse pleurale. Aussi M. Tuffier a-t-il depuis longtemps renoncé à l'opération en une seule séance. Il faut chaque fois chercher l'obstacle et chaque fois vaincre cet obstacle. C'est donc à des opérations multiples et successives qu'il faut avoir recours. M. Tuffier ajoute qu'il faut tenir compte de la nature de la pleurésie. Il est bien certain, dit-il, que les tuberculeux donnent moins de chances de guérison.

M. Terrier a observé un cas identique à celui de M. Souligoux; il s'agissait du neveu d'un médecin qui avait été opéré d'un empyème à Vichy. Il était resté une fistule. M. Terrier est intervenu trois fois chez ce jeune homme, chaque fois réséquant de nouvelles côtes. Il est ainsi arrivé à diminuer considérablement la cavité thoracique, et après les accidents les plus graves, une guérison complète a pu être obtenue. Cette guérison est d'autant plus surprenante qu'il s'agissait d'un tuberculeux.

M. Lucas-Championnière a eu recours, l'un des premiers, à ces larges résections costales, mais il en a été un peu découragé par les récidives trop fréquentes qu'on observe, surtout chez les tuberculeux, on n'obtient que des améliorations passagères. Il n'en est plus de même dans les pleurésies à pneumocoques. Il faut ajouter que ces opérations sont généralement très bien supportées, même par des tuberculeux.

M. Peyrot fait exactement les mêmes réserves que M. Lucas-Championnière auquel, d'ailleurs, il a rendu justice dans les travaux qu'il a écrits sur ce sujet.

Arrivons aux présentations :

M. Rochard présente un jeune homme qu'il a guéri d'une **fracture de la rotule** par simple rapprochement.

M. Peyrot a obtenu la guérison, sans suture, d'une fracture comminutive de la rotule. Il s'agit d'un malade qu'on avait mis au repos. Ce malade fut oublié pendant quelques jours, car on s'était proposé de lui suturer ses fragments rotuliens multiples. Bien lui a pris d'être ainsi oublié, car il a parfaitement bien guéri sans opération.

M. Poirier, sur le conseil de M. Delbet, a traité un malade atteint de **tic douloureux de la face** par la résection, non pas du ganglion de Gasser, mais bien du ganglion sympathique cervical, résection infiniment plus simple et plus facile. Le malade est très amélioré.

Il est malheureusement à craindre que cette amélioration ne soit que passagère à en juger par un cas semblable de M. Delbet dans lequel la récidive s'est reproduite à la suite de la résection du ganglion sympathique cervical. Nous pensons, avec M. Delbet, que dans ce cas la récidive est due à la régénération des nerfs.

M. Walther montre une petite **tumeur de l'ombilic** qu'il a extraite chez un jeune homme de dix-huit ans. C'est un adénome ombilical greffé sur un diverticule de Mœckel.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(2 JUILLET 1903)

M. Cestan étudie une forme particulière de sarcomatose du système nerveux, la **neurofibrosarcomatose** qu'individualisent son allure clinique et son type histologique. Les malades présentent les signes de tumeur cérébrale avec titubation cérébelleuse et surdité bilatérale. La marche de l'affection est rapide. A l'autopsie, on trouve des nodules sarcomateux englobant les nerfs de la base, les racines médullaires, généralisés parfois au cerveau et à la moelle. Au surplus, les nerfs périphériques sont aussi infiltrés par la néoplasie. C'est une sarcomatose primitive de tout le système nerveux central et périphérique; sur le même sujet, le type histologique du sarcome varie avec le point observé, fibro-sarcome, type globo-cellulaire, etc. Enfin, l'auteur établit, par des rapprochements cliniques, par l'examen comparé des nerfs de la maladie de Recklinghausen, la parenté de cette dernière affection avec la neurofibrosarcomatose; le point de départ du processus histologique est semblable dans les deux affections, mais dans la neurofibromatose ou maladie de Recklinghausen, il est bénin, fibreux, dans la neurofibrosarcomatose, il est malin, diffus, sarcomateux.

M. Babinski rappelle que le chatouillement de la plante des pieds peut déterminer, dans les lésions du faisceau pyramidal, non seulement l'extension du gros orteil, mais aussi un **mouvement d'abduction des orteils** avec écartement. Parfois ce dernier phénomène se produit seul, le gros orteil restant immobile; il acquiert alors une certaine valeur diagnostique qui permet d'incriminer une altération de la voie motrice.

M. Babinski présente en outre trois malades atteints d'une **variété spéciale de paralysie radiale**; elle se caractérise par une abolition du réflexe du triceps, une atrophie légère de ce muscle, des douleurs spontanées et provoquées le long du trajet du nerf radial, pendant que la force motrice n'est pas atteinte. Ce tableau est donc tout à fait différent de celui de la paralysie radiale par compression. L'origine de cette paralysie est encore assez obscure, cependant, au dire de M. Marie, elle serait assez fréquente.

MM. Marie et Crouzon ont constaté sur plusieurs malades spasmodiques organiques le **Tibialisphœnomene** de Strumpell; on trouvera dans la thèse de M. Chadzinski tous les détails sur le procédé à suivre pour mettre en évidence ce phénomène.

MM. Marie et Guillain apportent un cas de lésion des olives bulbaires analogues aux faits déjà présentés par MM. Raymond, Thomas et Cestan. Ces lésions consistent en une **pseudo-hypertrophie des olives** avec sclérose et démyélinisation des fibres péri et intra-olivaires. Ces lésions n'ont pas déterminé de dégénération secondaire nettement appréciable à l'exception de la double dégénération du faisceau de Heling; les auteurs ne peuvent se prononcer sur l'origine de ces lésions qui ne sont pas des lésions de myélite, syphilitique ou autre localisées aux olives.

M. Heitz a examiné **le plexus cardiaque et les pneumogastriques de 12 tabétiques**. Chez 10, existait une raréfaction des fibres à myéline, grosses et petites, quelquefois très accusée, quelquefois légère. Le degré de la lésion est habi-

tuellement proportionnel à l'état des racines postérieures du renflement cervical et des cordons sympathiques. Il a également rencontré, 4 fois sur 9 cas, une lésion semblable, mais discrète, des pneumogastriques.

Il n'y a aucun rapport entre les altérations du plexus cardiaque et le développement des aortites, si fréquentes dans le tabes; mais les lésions des nerfs expliquent très bien l'absence habituelle de douleurs et de tous symptômes fonctionnels, ce qu'on a appelé la latence des aortites des ataxiques.

M. Gilbert Ballet décrit les lésions rencontrées dans le cerveau d'un malade affecté de **surdité verbale avec paraphasie, agraphie et cécité verbale consécutives**. L'écorce de la première temporale gauche était macroscopiquement intacte, mais au-dessous de cette écorce, à la partie moyenne de cette première temporale, il y avait un petit foyer de ramollissement. Il s'agit donc d'une aphasie sensorielle produite par une lésion sous-corticale.

L'examen histologique de la substance grise, d'où provenaient les fibres ramollies (partie moyenne de la première temporale) a permis de constater une atrophie notable des cellules de l'écorce. Cette atrophie des cellules du cerveau, sous l'influence de la lésion des fibres qui en émanent, avait déjà été mise en relief par les constatations de Von Monakov, Ceni Dotto et Gusateri, par les recherches expérimentales de MM. G. Ballet et M. Faure et par les observations anatomo-pathologiques de M. Marinesco (Soc. méd. des hôpit., 24 mars 1899) en ce qui concerne les grandes cellules pyramidales de la zone motrice. La nouvelle observation de M. Ballet montre que les choses se passent dans la temporale comme dans les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobule paracentral.

MM. Gilbert Ballet et Paul Bloch présentent une malade âgée de dix-sept ans qui, depuis l'âge de douze ans, est affectée d'une façon intermittente de **secousses myocloniques des membres supérieurs et inférieurs**. Ces secousses se produisent toujours dans la matinée ou la nuit, quand la malade se lève pour uriner. La malade en a pleine conscience, ces secousses ne s'accompagnent jamais de perte de connaissance. La nature de cette myoclonie a longtemps été méconnue : elle est devenue évidente quand, il y a quelques mois, la jeune fille a été prise la nuit d'une crise épileptique franche.

Ces secousses chez les épileptiques ne sont pas très rares dans l'intervalle, à la veille ou à la suite des accès (Herpin, Delasiauve, Féré, Russel, Reynold, Seppili, Lugaro, Maurice Dide, etc.), bien que leur importance et leur fréquence aient été passées sous silence dans beaucoup de descriptions de l'épilepsie, même récentes. Mais le fait qui ressort nettement de l'observation des auteurs et d'autres cas cités par M. G. Ballet, c'est la possibilité de l'apparition de la myoclonie longtemps avant les manifestations classiques de l'épilepsie, fait qu'il importe de connaître au point de vue du diagnostic de la nature de certaines secousses myocloniques, qui sont d'ailleurs, comme les autres formes du mal comitial, heureusement influencées par les bromures.

MM. Dupré et Camus communiquent une très intéressante observation de **méningisme avec puérilisme mental paroxystique**. Le méningisme s'est affirmé par l'allure clinique, l'hyperthermie (41 degrés), le strabisme interne, l'apparition épisodique du signe de Babinski, cependant que le cytodiagnostic a été négatif et que la malade a guéri. Le puérilisme mental s'est affirmé par le retour à la vie mentale de l'enfance, goûts, instincts, langage, etc., qui a duré huit jours.

Enfin, la sœur de la malade est morte de méningite tuberculeuse, il existe dans la famille une lourde hérédité tuberculeuse, c'était là autant de difficultés de diagnostic. Ces faits prouvent combien doit être réservé le pronostic du méningisme, syndrome révélateur de la vulnérabilité particulière de l'écorce cérébrale et de l'aptitude de son appareil méningo-vasculaire aux ensemencements microbiens. L'étude de ce cas prouve combien peuvent être intenses, en l'absence de toute lésion saisissable, les réactions cérébrales qui caractérisent le méningisme, y compris la courbe thermique la plus fidèlement simulatrice de l'évolution thermique des méningites.

M. Dupré présente un malade fort curieux par l'**évolution lente d'un mal de Pott sous-occipital**, chez un homme âgé de quarante-trois ans. Le début de l'affection remonte en effet à l'âge de quatre ans, peu à peu ont apparu une soudure de la colonne cervicale, une atrophie linguale à douze ans, des troubles poiéto-spasmodiques et ataxiques des membres supérieurs sans anesthésie cutanée à l'âge de vingt-sept ans, enfin des signes de paralysie spasmodique organique sans troubles des sphincters à l'âge de trente-sept ans.

C'est donc là une observation intéressante par l'origine lointaine et traumatique, la nature et l'évolution lente et irrégulière des accidents qu'on doit rapporter à la compression de la moelle cervicale par des lésions progressives de pachyméningite chronique.

REVUE DES THÈSES

Essai d'étude sur les accidents de la suralimentation (1), par M. le docteur Mathieu Colombani. (Th. de Paris, 1903.)

Dans cette intéressante thèse inspirée par M. Robin, l'auteur montre que le régime doit être établi d'après les pertes réelles de l'organisme, il doit fournir les éléments nécessaires à l'entretien de l'équilibre nutritif. On peut fixer, non pas une ration minima, mais une ration moyenne représentée par 1g25 à 1g50 d'albumine et par 35 ou 40 calories par kilogramme de poids, ce qui paraît exagéré à l'auteur.

Dans l'alimentation habituelle, ces quantités sont généralement dépassées; la consommation d'albumine prédomine surtout. Systématiquement on pratique la suralimentation chez les tuberculeux et les hypersthéniques; elle réussit dans certains cas, dans d'autres elle provoque des manifestations morbides diverses.

La suralimentation donne lieu :

a. A des troubles gastriques dus à la non-transformation et à la difficulté d'élimination des aliments, principalement azotés; à la dyspepsie hypersthénique par excitation prolongée de la fonction stomacale.

b. A des troubles intestinaux : l'acidité des matières fécales des hypersthéniques est une cause d'irritation de la muqueuse intestinale. Cette irritation, lorsqu'elle se localise au côlon transverse ou à l'S iliaque, provoque l'entérite muco-membraneuse, et l'appendicite lorsqu'elle siège au cæcum et à l'appendice vermiculaire.

c. A des troubles hépatiques : la suractivité fonctionnelle du foie, conséquence de l'hypersthénie gastrique, entraîne la congestion et l'hypertrophie de l'organe et cause des lésions épithéliales ou interstitielles. La fonction glycogé-

(1) J. Rousset, éditeur.

génique de la cellule hépatique exagérée produit la glycosurie dyspeptique qui aboutit quelquefois au diabète sucré.

d. A des troubles néphrétiques : une partie de l'albumine alimentaire qui échappe à la digestion, introduite dans le torrent circulatoire, excrétée par le filtre rénal, occasionne l'albuminurie dyspeptique. L'irritation prolongée de la fonction du rein engendre parfois la néphrite.

e. A des troubles nerveux : l'exagération des échanges dans le système nerveux chez les dyspeptiques hypersthéniques est la cause fréquente de la neurasthénie.

f. A des troubles cutanés : les dermatoses symptomatiques sont en rapport étroit avec le mauvais état fonctionnel des organes de l'économie.

La surnutrition, si la fonction des organes hépatique et gastrique est énergique, produit :

a. La goutte et la gravelle par la surproduction d'urée avec augmentation énorme d'acide urique, par la suracidification du sang et la précipitation de l'acide urique; la lithiase biliaire par la précipitation dans un milieu acide de la cholestérine.

b. L'obésité par la transformation et l'utilisation complète des matériaux hydro-carbonés.

c. Le diabète par l'abus des féculents, des viandes et du sucre.

Rhumatisme tuberculeux. Arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse, par le docteur J. Levet. (Th. de Lyon, 1903.)

La tuberculose, au même titre que les autres maladies infectieuses, donne naissance à une variété de pseudo-rhumatisme qui a été appelée par M. Poncet « rhumatisme tuberculeux ».

Le rhumatisme tuberculeux peut revêtir diverses formes : aiguë, subaiguë, chronique déformante, qui ont déjà été décrites par différents auteurs.

A côté de ces formes, doit prendre place une forme que nous appelons « arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse ».

L'arthrite ankylosante rhumatismale tuberculeuse mono, polyarticulaire, a une prédilection marquée pour les grandes articulations : genou, hanche, coude, etc., elle peut, dans son évolution, simuler diverses variétés de rhumatismes chroniques qui pourraient donner le change, si on n'en recherchait la cause.

Des observations de ce genre ne sont certainement pas rares. L'auteur en a réuni sept dans notre thèse.

Le diagnostic, dans la période rhumatismale proprement dite, sera fait avec tous les rhumatismes : vrai ou faux; dans la période ankylosante, avec toutes les affections qui peuvent retentir sur les articulations et y donner lieu à de l'ankylose.

L'anatomie pathologique, encore peu connue il est vrai, ne présente rien en elle-même de bien particulier. Elle semble ne pas se différencier de celles d'autres rhumatismes infectieux ou pseudo-rhumatismes.

Le traitement doit être général et local. Général contre la tare tuberculeuse. Local : soit contre l'arthrite, soit contre l'ankylose, suivant les diverses périodes. Ce traitement doit toujours s'inspirer de l'état général du malade.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Métrites et fausses métrites (1), par J.-A. Doléris, accoucheur de l'hôpital Boucicaut.

Le livre du docteur Doléris sur les métrites et les fausses métrites renferme les principes élémentaires de la gynécologie courante, celle que tout médecin est appelé à observer journellement et qu'il doit nécessairement connaître. C'est l'A B C de la pratique gynécologique.

L'auteur ne s'est pas borné à des notions cliniques distribuées suivant un plan doctrinal et didactique. Son ouvrage est composé d'une suite de mémoires dans lesquels la recherche scientifique, la discussion, la controverse même animent singulièrement l'exposé et en rendent la lecture attrayante. Un certain nombre de ces mémoires sériés sont bien connus et la réimpression en a été réclamée. D'autres sont récents et complètent utilement les premiers; ce sont notamment la conséquence des traitements gynécologiques sur la grossesse et l'accouchement, les recherches sur les scléroses utérines.

La note dominante du livre c'est la démarcation nette entre la métrite, maladie à substratum infectieux, et les troubles divers qui ne sont pas la métrite, mais qu'on confond souvent avec elle, tels que la congestion, la subinvolution, les hyperplasies de la ménopause, l'endométrite exfoliatrice, etc. Cela est le point de doctrine nouveau et autour duquel le groupement nosologique s'établit naturellement.

Chaque affection est étudiée dans ses moindres détails, de sorte que le livre renferme et résume les plus importants chapitres de la pathologie utérine.

Le traitement, avec les procédés les mieux appropriés à chaque espèce, est conçu et exposé au point de vue médical aussi bien qu'au point de vue chirurgical.

La thérapeutique des affections utérines se trouve ramenée à des méthodes simples, sûres, sériées et logiquement déduites des considérations scientifiques rigoureuses discutées dans l'ouvrage.

L. G.

Précis de gynécologie pratique (1), par le docteur C. Fournier, professeur à l'École de médecine d'Amiens.

M. Fournier a réuni dans ce livre les leçons cliniques qu'il a faites; il a surtout cherché à être pratique, comme il le dit dans sa préface, aussi a-t-il supprimé toutes les discussions inutiles, pour ne laisser que les faits indispensables.

Après quelques chapitres très clairs où l'auteur expose les méthodes d'examen en gynéologie, les petites opérations journalières, il arrive aux affections plus graves nécessitant des interventions plus sérieuses.

Chaque chapitre contient des figures simplifiées, des sortes de schéma, sur lesquelles on peut bien se rendre compte de la maladie étudiée; M. Fournier passe rapidement en revue les principaux symptômes et expose ensuite le meilleur traitement à employer.

Signalons les chapitres consacrés aux métrites, aux salpingites et au rapport de l'obstétrique avec la gynécologie.

Tout cela est exposé d'une façon très claire, très méthodique et nous sommes sûrs que ce petit livre rendra de grands services aux praticiens comme aux étudiants.

ET. LE SOURD.

L'alcoolomanie, son traitement par le sérum anti-éthylique (2), par les docteurs Sapelier et Dromard.

Dans ce livre, les auteurs exposent un certain nombre d'idées personnelles sur l'alcoolisme et montrent qu'il est un type spécial d'alcoolisme — c'est l'alcoolomanie — dont la maladie peut être guérie par l'emploi du sérum anti-éthylique. L'alcoolomane est l'individu qui boit chaque jour peu ou beaucoup d'alcool, sans se griser ou en se grisant uniquement parce qu'il en a acquis le besoin et l'habitude, et qui ne présente pas encore de lésion organique ou de tare

(1) Gr. in-8° avec 50 fig. dans le texte. Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine

(1) 1 vol. in-16 de 392 p. avec 149 fig. cart. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

(2) In-18 jésus. Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

psycho-physiologique. Seuls, ces individus sont justiciables du traitement par les injections de sérum. Ce dernier est du sérum provenant de chevaux soumis à l'absorption quotidienne de doses modérées d'alcool.

Sous l'influence de ce sérum et en quelques semaines, les auteurs de cet ouvrage auraient vu leurs malades se transformer complètement et abandonner l'abus de l'alcool.

P. RAVAUT.

L'image mentale (1), par le docteur Jean PHILIPPE.

Ce livre est une étude de nos images mentales considérées non comme des souvenirs ou des inventions, mais comme des représentations, des *images* au sens primitif du mot.

Le premier chapitre est consacré à l'analyse de la simple image représentative, des éléments qui la composent et du rapport entre eux de ces éléments; dans un second chapitre, le docteur Philippe étudie comment ces éléments, en tant que résidus des perceptions qui ont donné naissance à l'image, tendent à diminuer pour réduire le nombre de nos images mentales des objets de chaque groupe à mesure que l'expérience quotidienne augmente le nombre des représentations qui leur correspondent. Enfin le dernier chapitre est consacré à suivre l'évolution de quelques représentations qui se modifient et évoluent vers un type déterminé à mesure que se modifie leur ambiance mentale. Chacun de ces chapitres est suivi de quelques-unes des observations sur lesquelles l'auteur s'est appuyé pour ses recherches : documents donnés *in extenso* pour servir de référence constante au texte de l'ouvrage.

Cette étude dégage, par l'observation interne et l'expérience, un ensemble de faits suffisants pour bien mettre en lumière la mobilité vivante de nos images. Et comme elles sont, par cette mobilité même, une des multiples expressions de la vie de l'esprit (l'une des plus faciles à étudier et à prendre sur le vif), on trouvera là un bon exemple de ce que le docteur Philippe appelle avec raison la véritable physiologie de l'esprit. On se borne trop, même aujourd'hui, à étudier nos fonctions mentales au repos : le philosophe, le médecin, l'éducateur doivent s'efforcer de saisir l'esprit en pleine activité s'ils veulent en comprendre la vie, les fonctions et les maladies et surprendre les secrets de sa croissance et de ses énergies.

L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Toulouse.* — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Duverger, Voivenel, Clermont, Chalot, Andrieu, Badie, Levrat, Maffre, Baudet, Chazazac, Lafon, Lafour, Gardey, Lévêque, Arnaud, Mutel, Dufaur.

Le XVIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 19 octobre 1903, sous la présidence de M. Charles Périer, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Tumeurs de l'encéphale; rapporteur : M. Duret, de Lille;

2° Exclusion de l'intestin; rapporteur : M. Hartmann, de Paris.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

(1) 1 vol. in-16 avec grav. (*Biblioth. de philos. contemp.*) Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Ier Congrès national contre l'alcoolisme. — Le Ier Congrès national contre l'alcoolisme s'ouvrira du 26 au 29 octobre 1903, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

PROGRAMME. — *Première partie. Inventaire* : I. Situation actuelle de l'alcoolisme ; — II. Etat actuel de la lutte contre l'alcoolisme.

Deuxième partie. Le plan de campagne : I. Action des pouvoirs publics : 1° L'Etat : *a.* Action législative; *b.* Action administrative; — 2° Les départements et les communes.

II. Action de l'initiative privée : 1° Corps médical; — 2° Clergés des divers cultes; — 3° Commerce, industrie, agriculture; — 4° Syndicats; — 5° Sociétés de prévoyance et d'assistance, œuvres de jeunesse; — 6° La femme.

III. Organisation de la lutte : Fédération des forces anti-alcooliques; — Comité permanent.

Toutes les communications relatives aux travaux du Congrès doivent être adressées, avant le 1er août, à M. Riémain, 18, rue de la Cerisaie, Paris (IVe).

Les adhésions et cotisations doivent être transmises à M. Ferrand, trésorier, 68, rue Ampère, Paris (XVIIe).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la vingt-sixième semaine 837 décès, au lieu de 876 pendant la semaine précédente (moyenne 918).

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 10).

La variole a causé 1 décès (moyenne 2).

La rougeole a causé 22 décès (chiffre identique à la moyenne); la scarlatine, 6 décès (moyenne 4); la coqueluche, 5 décès (moyenne 10); la diphtérie, 10 décès (moyenne 9); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 119, au lieu de 93 pendant la précédente semaine (moyenne 58).

La diarrhée infantile a causé 26 décès de 0 à 1 an, au lieu de 25 pendant la semaine précédente (moyenne 83).

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 114 décès au lieu de 101 pendant la semaine précédente (moyenne 106). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 8); bronchite chronique, 14 (moyenne 13); pneumonie, 25 (moyenne 22); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 69 (moyenne 63), dont 14 sont dus à la congestion pulmonaire et 42 à la broncho-pneumonie. En outre, 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 170 décès; la méningite tuberculeuse, 20; la méningite simple, 15; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La nature syphilitique et la curabilité du tabès et de la paralysie générale, par L.-E. LEREDDE. 1 vol. in-8° cavalier de 137 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, C. Naud.

Contributo alla cura dell' ernia crurale strozzata, per il dottor Rodolfo PENZO, chirurgo primario, libero docente incaricato della Patologia speciale e Propedeutica chirurgica nella R. Università di Padova. — Milano, casa editrice dottor Francesco Vallardi, corso Magenta, 48.

Contributo allo studio dell' influenza delle lesioni nervose sulla guarigione delle fratture, per il dottor Rodolfo PENZO, chirurgo primario, libero docente incaricato della Patalogia e Propedeutica chirurgica nella R. Università di Padova. — Padova, r. stab. Prosperini, 1903.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 81. — MARDI 14 ET JEUDI 16 JUILLET 1903. 76e ANNÉE. MARDI 14 ET JEUDI 16 JUILLET 1903. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

LE FOIE CHEZ LES DYSPEPTIQUES

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Dans un précédent article, nous avons exposé quelle est la technique dont nous nous servons habituellement pour l'examen du foie. Tous les malades qui se présentent à nous avec une affection gastro-intestinale sont depuis environ dix ans soumis à cette exploration. Peut-être sera-t-on curieux de savoir à quels résultats nous a amenés cette observation prolongée. Il ne nous est pas possible de donner des conclusions qui s'appuient sur l'ensemble des 8 ou 10000 malades qui nous sont ainsi passés entre les mains. Toutefois quelques élèves du service ont fait à plusieurs reprises des relevés partiels. Ces relevés portent sur un nombre de malades tel que, suivant toute probabilité, les erreurs résultant d'un hasard de série se trouvent écartées (1).

Nous considérerons successivement les dimensions verticales du foie et son abaissement.

Sur les 560 cas dont J. Mayeur a relevé les fiches, la moitié environ présentaient des dimensions verticales du foie que l'on peut considérer comme normales; c'est-à-dire qu'elles étaient comprises entre 8 et 10 centimètres. Il est bon du reste de faire remarquer à ce propos que, comme nous prenons comme point de repère supérieur, non pas la matité relative, mais la matité absolue, nos chiffres se trouvent inférieurs à ceux qu'admettent la plupart des auteurs. C'est ainsi, par exemple, qu'il faut augmenter nos chiffres environ de 2 centimètres pour les comparer à ceux que Frerichs indique comme représentant les dimensions verticales du foie à l'état normal.

Dans 91 cas, c'est-à-dire environ 10 p. 100 des cas, les dimensions verticales du foie ont été supérieures à la normale.

Dans 115 cas, les dimensions étaient au-dessous de la normale (20 p. 100).

M. Cruet donne, sur les 756 cas dont il a relevé les observations, 76 petits foies sur 756, c'est-à-dire environ 1 fois sur 10.

Il en résulte que, chez des dyspeptiques, ou plus exactement encore, chez des gastropathes de tout ordre, le foie est au moins tout aussi souvent petit que gros.

Les circonstances susceptibles de favoriser l'augmentation de volume du foie ont paru le plus souvent extrinsèques à la gastropathie. Chez un bon nombre de gastropathes à gros foie, on pouvait relever soit de l'alcoolisme, soit une affection cardiaque ou de l'albuminurie qui, mieux encore que la gastropathie, semblaient rendre compte de l'augmentation de volume du foie. Dans les cas où ni l'alcoolisme ni quelque cardiopathie, ni des fièvres intermittentes antérieures ne pouvaient entrer en ligne de compte, on a pu assez souvent noter quelque trouble intestinal marqué : diarrhée, alternative de diarrhée et de constipation, entérite, entéro-colite, et nous avons l'impression que l'intestin a plus d'influence que l'estomac sur l'augmentation du volume du foie chez les dyspeptiques.

Le foie, chez ces malades, est dans la grande majorité des cas ou de dimensions verticales normales ou inférieures à la normale.

Le foie petit est loin d'être une rareté en dehors de toute présomption de cirrhose atrophique. Ces cas méritent de nous arrêter plus particulièrement, non seulement parce qu'ils sont peu connus, mais aussi parce que, dans le plus grand nombre des cas, il est possible de déterminer la circonstance qui a amené la diminution momentanée du volume du foie.

Ils sont peu connus; en effet, l'opinion commune, courante, c'est que le foie est augmenté de volume chez la plupart des dyspeptiques. Quant à la cause de la diminution de volume

(1) J. MAYEUR. *Technique et résultats de l'examen extérieur du foie chez des dyspeptiques d'après 560 cas observés à l'hôpital Andral*, Th. de Paris, 1900. — M. CRUET. *Modifications subies par le foie sous l'influence de l'alimentation insuffisante du foie chez les dyspeptiques*, Th. de Paris, 1902.

du foie, c'est dans la très grande majorité des faits l'insuffisance de l'alimentation, l'inanition relative.

Beaucoup de dyspeptiques — en laissant de côté les gastropathes atteints d'une lésion matérielle grave de l'estomac — s'alimentent très insuffisamment. Aux uns l'appétit manque totalement; d'autres ont la peur des malaises consécutifs à l'ingestion des aliments.

Ils diminuent de plus en plus leur alimentation et la restreignent assez souvent dans des proportions considérables. Ils ne tardent pas à maigrir, ils perdent 10, 15, 20, 30 kilos de leur poids. Eh bien, il est désormais certain pour nous que le foie est un des organes qui subissent le plus rapidement et de la façon la plus marquée les conséquences de l'alimentation insuffisante. Les cellules hépatiques perdent leur graisse et leur glycogène. La réduction de la masse du sang contribue sans doute aussi à diminuer le volume d'un organe qui, sous l'influence des alternatives de congestion et de décongestion, peut subir les alternatives de dilatation et de rétraction qu'on observe dans le foie des cardiaques.

Du reste l'expérimentation a montré depuis longtemps à Chossat que le foie perd dans la mort par l'inanition une proportion considérable de son poids. Cette proportion est du reste plus élevée que celle des autres organes. La perte totale du poids du corps étant de 40 p. 100, celle des muscles de 42,20 p. 100, celle du foie est, d'après Chossat, de 52 p. 100. M. Cruet en expérimentant sur des cobayes a trouvé que le foie à l'état normal est la vingt-deuxième partie du poids total de l'animal, il n'en représente plus que la trente-cinquième partie chez le cobaye mort en inanition.

L'observation clinique démontre que le foie diminué de volume sous l'influence d'une alimentation insuffisante s'accroît rapidement lorsque l'alimentation est reprise. On le voit ainsi gagner 2 et 3 centimètres en l'espace d'une ou deux semaines.

Il y a là une notion clinique importante. En dehors de la cirrhose, de l'infantilisme, de l'atrophie sénile, la diminution du volume du foie doit immédiatement faire penser à l'alimentation insuffisante chez les dyspeptiques. Elle lui sert à la fois de témoin et de mesure. Une diminution marquée de ce volume indique ainsi nettement la nécessité de remontrer l'alimentation, de faire cesser l'inanition. Plus le foie est petit, plus l'indication est urgente, et ce point de repère est véritablement important, particulièrement dans l'anorexie nerveuse.

Un autre fait souvent relevé chez les dyspeptiques inanitiés est l'abaissement du foie, que M. Cruet a noté 95 fois chez 756 dyspeptiques; 18 fois, il y avait simplement mobilité respiratoire exagérée, et 77 fois, abaissement complet. Cet abaissement était le plus souvent de deux à trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes; mais il peut atteindre jusqu'à quatre et même cinq travers de doigt. Dans ce dernier cas, le foie est presque complètement tombé au-dessous du rebord thoracique. Cet abaissement s'est montré plus fréquent chez l'homme que chez la femme (44 cas d'abaissement chez l'homme, contre 33 chez la femme). Il y a donc là quelque chose de très différent de ce qui s'observe pour le rein descendu, 10 fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

L'abaissement du foie paraît indépendant du volume *apparent* de l'organe. Il se produit surtout chez les personnes chez lesquelles il y a eu un amaigrissement marqué de l'abdomen. Il semble que le foie, moins bien soutenu par la masse graisseuse et intestinale, s'abaisse, ou sans doute, ainsi que l'a indiqué J.-L. Faure, bascule en tournant comme sur une charnière au niveau de l'insertion de la veine porte à son bord postéro-inférieur.

Le mouvement de bascule ainsi produit fait comprendre que les dimensions exactes du foie puissent être d'une appréciation plus difficile chez les personnes amaigries. En même temps que le foie tombe, il paraît s'éloigner de la paroi thoraco-abdominale. Il y a là une cause d'erreur dont il faut savoir tenir compte dans l'appréciation du volume réel du foie.

Quoi qu'il en soit, apparente ou réelle, la diminution du volume du foie révélée par la hauteur de la matité au-dessus du bord inférieur n'en indique pas moins dans le plus grand nombre des cas l'amaigrissement et l'alimentation insuffisante. La conclusion clinique et l'indication thérapeutique restent dans le même sens et c'est là le point essentiel.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(10 JUILLET 1903)

Dans une très longue communication, pleine de faits intéressants, mais difficile à résumer à cause des chiffres et des équations nombreuses qui s'y rencontrent, M. A. Robin résume l'ensemble de ses travaux sur l'**analyse des urines** en insistant surtout sur les rapports **d'échange et sur la valeur des coefficients urinaires**; on trouve, dans ce travail, étudiés les rapports de l'urée au rendu total, de l'azote de l'urée à l'azote total, de l'azote des extractifs à l'azote total, de l'acide urique à l'urée, des chlorures au rendu total, de l'acide sulfurique total à l'acide sulfurique du soufre neutre, de l'acide phosphorique du phosphore organique à l'acide sulfurique total, de l'acide phosphorique total à l'azote total, de la chaux, de la magnésie, de la potasse, de la soude à l'azote total... M. Robin estime que l'étude du chimisme respiratoire doit compléter la connaissance de ces rapports et de ces coefficients urinaires.

M. Bernard (du Val-de-Grâce) présente un malade soigné au Val-de-Grâce pour une **angine insignifiante, apyrétique**, et qui fut pris brusquement un soir d'une violente douleur iliaque avec du collapsus. Le lendemain, le membre inférieur gauche se montra tuméfié et douloureux comme dans la phlegmatia alba dolens et des plaques de sphacèle y apparurent. Quelques semaines plus tard, les progrès de la gangrène nécessitèrent l'amputation. Il est difficile dans un cas semblable de faire le diagnostic entre la phlébite et l'artérite. A l'origine la gangrène fut, en tout cas, purement veineuse.

M. Poncet (de Lyon) étudie à nouveau le **rhumatisme tuberculeux**. Il résume les travaux déjà parus sur ce sujet et revient sur l'étude cytologique, étiologique, clinique de cette variété de rhumatisme. Cette fois surtout, c'est la description des arthrites à forme plastique et ankylosante qu'il entreprend en apportant l'histoire d'un malade âgé de trente-trois ans, sans antécédents, qui souffrait depuis quatre ans de douleurs progressives dans la colonne vertébrale, dans les hanches, amenant peu à peu l'immobilité de toutes ces articulations et la rigidité du tronc et du membre inférieur. M. Poncet fit le diagnostic de rhumatisme tuberculeux; car, si le malade ne présentait pas de lésions bacillaires, il réagissait à la tuberculine. Ce fait est suffisant pour affirmer la tuberculose.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

L'angine diphtérique. (M. Cruchet. *Arch. de méd. des enfants*, juin 1903.) — Nos conceptions sur la nature des angines à fausses membranes se sont singulièrement modifiées au cours de ces dernières années. Grâce aux recherches bactériologiques, nous savons maintenant que, contrairement à l'opinion de Bretonneau et de Trousseau, les angines pseudo-membraneuses ne relèvent pas toutes de la diphtérie, qu'un certain nombre d'entre elles sont causées par des microbes très différents du bacille de Löffler. L'angine diphtérique ne peut plus donc être considérée que comme une variété, d'ailleurs importante, des angines à fausses membranes.

M. Cruchet n'accepte pas ces résultats fondés uniquement sur les méthodes de laboratoire, et, de la bactériologie, il en appelle à la clinique. Pour lui, toute angine à fausse membrane est une angine diphtérique, quelle que soit l'espèce microbienne trouvée dans l'exsudat : « La diphtérie, qui ne se comprend pas sans fausse membrane, est due à l'action de micro-organismes divers : parmi ceux-ci le bacille de Klebs et ses analogues sont de beaucoup les plus fréquents, mais le streptocoque, le staphylocoque, le coli-bacille, le tétragène, le bacille de Friedländer peuvent également être mis en cause. »

Ainsi la diphtérie perd toute spécificité étiologique : d'entité morbide définie, elle devient symptôme et même syndrome, conclusion hardie, mais que justifient insuffisamment les raisons cliniques invoquées par l'auteur.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Traitement de l'invagination intestinale par la pression hydraulique. (*Quarterly med. Journ.*, fév. 1903, p. 120.) — Bien que la tendance actuelle, en cas d'intussusception, soit de faire la laparotomie immédiate, G. Wilkinson pense que, chez les très jeunes enfants tout au moins, on doit essayer d'abord le moyen dont il s'agit et qui consiste à distendre le côlon au moyen d'une solution saline. D'ailleurs, si la laparotomie devient nécessaire, la distension préalable du côlon n'a pas d'inconvénient, car elle ne détermine pas de choc pouvant aggraver l'opération ; bien plus, elle facilite certainement la réduction, et on peut alors se contenter de faire à la paroi une simple boutonnière admettant l'index. Cette opération, méritant à peine le nom de laparotomie, permet de contrôler et de compléter l'action de la colonne liquide injectée.

L'auteur cite quatre observations ayant trait à des enfants de quatre à quatorze mois et présentant des signes très nets d'occlusion intestinale par intussusception. Après avoir administré du chloroforme, il pratiqua chez chacun d'eux une injection rectale avec la solution saline normale à la température de 37 degrés environ. L'appareil employé consiste en un entonnoir de verre muni d'un tube de caoutchouc terminé par une canule. L'injection doit se faire lentement, sans secousse, à une pression de 75 centimètres à 1 mètre au maximum. La pression est maintenue pendant un certain temps, une demi-heure, une heure et plus, jusqu'à ce que la tumeur formée par la portion invaginée ait cédé à l'action du liquide accumulé dans le côlon.

Les quatre cas ont eu une issue favorable, bien que dans trois d'entre eux les conditions ne fussent pas propices : dans l'un, en effet, les symptômes existaient depuis quarante heures ; dans l'autre, ils dataient de quatre-vingt-quatre heures ; dans le troisième, l'extrémité de l'intestin invaginé était perçue à proximité de l'anus. Malgré ces circonstances, la laparotomie ne fut pas nécessaire et les malades ont parfaitement guéri.

A. HOUSQUAINS.

MÉDECINE LÉGALE

Les certificats chirurgicaux pour les accidents du travail. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai 1903, p. 398.) — La question de certificats chirurgicaux pour les accidents du travail n'intéresse pas seulement la médecine légale et la partie purement scientifique de notre art, elle offre encore une grande importance déontologique pour tous les praticiens. Aussi nous a-t-il paru utile de résumer ici la leçon que M. Mauclaire vient de consacrer à cet intéressant sujet.

Dès votre installation, dit M. Mauclaire, vous serez peut-être sollicité par les compagnies d'assurances comme médecin attitré. N'acceptez que si la rémunération est suffisante. Mais vous devenez, par là même, suspect à l'ouvrier victime de l'accident, qui peut refuser d'être soigné par vous et choisir un autre confrère. Quoi qu'il en soit, la chose capitale, c'est la rédaction du certificat d'origine. Il est indispensable de le rédiger avec le plus grand soin : « Il vous faudra décrire le siège, les dimensions, la direction, la forme des ecchymoses, des écorchures, des éraflures, des plaies, indiquer si ce sont des plaies par instrument piquant, tranchant ou contondant. En cas de mort, il faut toujours songer à la possibilité d'un suicide. En somme, d'une façon générale, donner le plus de détails possible... En outre éviter autant que possible l'emploi des termes techniques dont le public simpliste nous reproche l'abus, et que les juges ou les avocats ne peuvent pas interpréter toujours exactement... Dans la colonne ayant trait aux suites de la blessure, ne mettez *jamais* que la guérison est certaine : on a vu survenir soit un delirium tremens mortel, soit une infection tétanique après un traumatisme des plus insignifiants en apparence ; dites que la guérison peut survenir en tant de jours, réserves faites pour les complications... Pour ce qui est de l'époque à laquelle il sera possible de juger les résultats définitifs de l'accident, ne soyez pas trop magnanimes, car quelques malades ont tendance à doubler la durée de l'incapacité admise dès le début. »

Le deuxième certificat, dit *certificat capacitaire*, est des plus délicats à remplir ; il faudra constater et apprécier le degré d'incapacité de travail et les rapports que les lésions observées ont avec le traumatisme invoqué. Il faut surtout ne jamais faire de certificats de complaisance. Comme l'a dit M. Lucas-Championnière dans un article publié ici même (*Gaz. des hôpit.*, 9 déc. 1902) : « Soyez toujours honnêtes, ou récusez-vous ! »

En ce qui concerne l'évaluation de l'incapacité fonctionnelle, M. Mauclaire conseille de classer les symptômes en deux groupes : les symptômes objectifs, faciles à constater par l'examen physique, les troubles fonctionnels, que le malade dit éprouver, mais que l'on ne peut vérifier. Le certificat doit être aussi précis que possible, mais, recommandation capitale, « ne parlez même pas de l'indemnité à allouer. C'est en effet au juge à se reporter aux tables d'incapacité pour fixer l'indemnité... Je vous le répète, ne parlez même pas au blessé de son indemnité. »

Une question souvent difficile à résoudre, c'est celle qui consiste à apprécier le rapport exact entre l'accident invoqué et l'affection actuellement présentée par le blessé. Faut-il, par exemple, considérer les risques professionnels comme des accidents de travail ? Non, à vrai dire. « Toutefois, l'ouvrier invoque toujours le traumatisme, et les juges lui donnent souvent raison pour se conformer à l'esprit de la loi. » De même, le traumatisme peut-il être cause d'ostéomyélite, de tuberculose ostéo-articulaire, pulmonaire et méningée, de pneumonie, de mal de Pott, d'arthrite blennorragique, peut-il aggraver des lésions syphilitiques tertiaires, faire apparaître un néoplasme, etc. ? Il y a là tout un chapitre très intéressant, qui a trait au rôle des maladies préexistantes au traumatisme et aggravées par lui. Malheureusement, la loi étant muette sur le sujet des indemnités à verser

en pareil cas, il est difficile de préciser la conduite à tenir dans une circonstance de ce genre, et les choses finissent le plus souvent par une transaction entre la Compagnie et l'ouvrier.

Si une complication est survenue, il faut la signaler dans la rédaction du certificat, mais « vous aurez bien soin d'indiquer si la maladie intercurrente observée est bien sous la dépendance de l'accident lui-même ».

La question des accidents nerveux post-traumatiques est une des plus importantes. Il est difficile de la traiter complètement en quelques lignes. Indiquons seulement la nécessité d'isoler les blessés atteints de ces accidents pendant toute la durée du traitement et rappelons que quelques-uns de ces malades se trouvent très améliorés, consciemment ou inconsciemment, aussitôt qu'ils ont touché leur indemnité.

Parfois le blessé refuse de se laisser soigner : il faut noter le fait sur le certificat. Un arrêt de la cour de Lyon diminua l'indemnité parce que l'ouvrier refusait de subir une iridectomie. Mais le patron n'est pas fondé à invoquer l'insuffisance du traitement médical choisi par la victime (Tribunal civil de Valenciennes, 6 juillet 1900).

La simulation peut donner lieu à de graves difficultés. « Si l'accidenté l'accepte par écrit, ainsi que les avoués des deux parties (P. Brouardel), n'hésitez pas à employer la chloroformisation soit pour rechercher un diagnostic, soit pour dépister une simulation. »

Au moment de la rédaction du certificat capacitaire, on peut éviter de se prononcer, si l'on hésite, la rente étant revisable pendant trois ans. En cas de décès, l'autopsie est nécessaire pour délivrer un certificat aussi précis que possible.

M. Mauclaire termine son intéressant article par ces quelques considérations :

« D'après ce qui précède, vous pouvez juger combien est important le rôle que vous aurez à remplir dans les localités où vous exercerez ; souvent vous serez pris pour arbitre et, malgré vous, comme « juges » en ce qui concerne l'application de la loi sur les accidents du travail. Il en sera de même en ce qui concerne les règlements de santé, puisque la nouvelle loi sur la santé publique (loi du 15 février 1902) est devenue applicable depuis quelques semaines.

Cette situation vous procurera quelques avantages et bien des désillusions; néanmoins, étant donné l'importance du rôle social que vous serez appelés à remplir, efforcez-vous de faire votre profession avec *art*, *science* et *conscience*. »

L. BABONNEIX.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique post-opératoire. T. I : *Thérapeutique générale* (1), par C. ANGELESCO.

L'auteur a voulu par cet ouvrage combler une lacune de la science médicale : celle des soins post-opératoires à donner aux malades. Il montre qu'ainsi on risque de compromettre le succès d'une opération habilement faite.

Le premier volume ne traite que de la thérapeutique post-opératoire commune à toutes les interventions, celle spéciale à chaque opération devant faire le sujet d'un deuxième livre.

M. Angelesco commence à passer en revue tous les accidents qui peuvent survenir après l'administration d'anesthésiques locaux ou généraux, et il insiste tout particulièrement sur les complications après chloroforme et après la cocaïne lombaire.

Il consacre un chapitre spécial à la conduite à tenir après des plaies opératoires aseptiques ou septiques.

(1) Bucarest, imprimerie de l'*Indépendance roumaine*.

Les hémorragies post-opératoires sont minutieusement étudiées avec leur cause; les multiples moyens qu'on a conseillés pour les arrêter sont passés en revue et appréciés tour à tour.

Nous devons enfin attirer l'attention sur une portion du livre, consacrée aux complications infectieuses : septicémie, tétanos, érysipèle.

M. Angelesco expose en détail la thérapeutique qu'on a essayé de leur opposer, et qui trop souvent malheureusement ne donne que bien peu de résultats.

ET. LE SOURD.

Le traitement de la constipation (1), par le docteur FROUSSARD.

Il n'est pas toujours aisé de traiter convenablement un malade atteint de constipation, car cette affection, en apparence si banale, peut relever de nombreuses causes. C'est ce que nous montre d'une façon originale l'auteur de ce petit livre. Aussi la thérapeutique n'en est-elle pas aussi simple que l'on pourrait le croire, car il faut craindre l'abus trop fréquent des purgatifs et recourir à l'hygiène, au massage, à l'hydrothérepie et même à l'électrothérapie. Il faut savoir user de toutes ces ressources selon la nature et la cause de la constipation en présence de laquelle l'on se trouvera, et éviter autant que possible l'emploi des médicaments; aussi la lecture de ce livre sera-t-elle aussi utile au médecin qu'au malade lui-même.

P. RAVAUT.

QUESTION D'INTERNAT

Paralysies diphtériques, signes et diagnostic (2).

§ II. FORME GÉNÉRALISÉE (syn. : *grave*, *tardive*). — Cette forme débute généralement par le voile; elle envahit alors successivement les muscles du pharynx, du larynx, des yeux, les membres inférieurs, puis les membres supérieurs. Elle peut aussi être primitive.

A. **Paralysie des muscles du pharynx.** — Elle s'associe souvent à la paralysie du voile et contribue encore à favoriser les progrès de l'inanition.

B. **Paralysie des muscles du larynx.** — Les troubles moteurs frappent : *a*, tantôt le *nerf laryngé externe*; ils donnent alors lieu à de la dysphonie par paralysie du crico-thyroïdien (muscle tenseur de cordes vocales); *b*. tantôt le *nerf laryngé inférieur*. Ils peuvent se localiser aux constricteurs de la glotte, d'où dysphonie, aphonie, ou aux dilatateurs, d'où dyspnée continue avec paroxysmes, tirage, mort rapide. Ces troubles moteurs se doublent presque constamment de *troubles sensitifs* : anesthésie des voies aériennes supérieures, avec toutes ses conséquences.

C. **Paralysie des muscles de l'œil.** — I. La MUSCULATURE EXTERNE est assez rarement atteinte. On note quelquefois du strabisme (paralysie d'un droit externe ou interne), ou du ptosis, par paralysie de la troisième paire. — II. La MUSCULATURE INTERNE est plus souvent touchée. Les *troubles pupillaires* (mydriase, inégalité pupillaire), dus à la paralysie du sphincter irien, sont beaucoup moins fréquents que les *troubles de l'accommodation*, dus à la paralysie du muscle ciliaire : difficulté de voir les objets rapprochés, de lire, etc. — III. L'AMBLYOPIE, qui peut aller jusqu'à la cécité (V. Trousseau, *Cliniques*, t. I), relève vraisemblablement d'une névrite optique d'origine toxique. — IV. La PARALYSIE TOTALE des musculatures externe et interne donne lieu à une ophtalmoplégie totale, externe et interne. « L'œil paraît alors figé dans de la cire » (Hutchinson).

(1) *Actualités médicales.* Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 79, p. 805.

Quel que soit leur siège, ces paralysies oculaires de la diphtérie présentent des *caractères communs* : apparition brusque, fugacité, inconstance, caractère parcellaire. Par ces caractères, elles se rapprochent des paralysies tabétiques; elles s'en éloignent par l'absence d'atrophie nacrée de la papille et du signe d'Argyll-Robertson.

D. La **paralysie des membres inférieurs** prend ordinairement l'aspect d'une paraplégie incomplète (*type paraplégique* de Jaccoud). — I. TROUBLES MOTEURS : le plus souvent localisés aux muscles de la région antéro-externe de la jambe. La marche est difficile, incertaine, surtout dans l'obscurité. Dans le décubitus dorsal, il existe une véritable ataxie. *Les troubles ataxiques l'emportent sur les troubles paralytiques.* — II. TROUBLES SENSITIFS : *souvent très accusés.* Les malades croient marcher sur du coton; ils éprouvent un sentiment de pesanteur dans les jambes, de froid aux extrémités (Trousseau). L'anesthésie ne remonte généralement pas jusqu'à la racine du membre. — III. TROUBLES TROPHIQUES : *le plus ordinairement absents*, ce qui distingue la P. D. d'une foule d'autres paralysies (paralysies alcooliques, diabétiques, saturnines, etc.). Jamais il n'y a d'atrophies musculaires ni de rétractions fibro-tendineuses tardives (exceptions : cas de Larue et d'Eulenburg). — IV. RÉFLEXES TENDINEUX *diminués ou abolis.* — V. TROUBLES SPHINCTÉRIENS : inconstants, tardifs, sauf l'anaphrodisie. — VI. RÉACTIONS ÉLECTRIQUES : variables, le plus souvent, réaction partielle de dégénérescence.

E. La **paralysie des membres supérieurs** peut être *généralisée* ou *localisée*. Localisée, elle peut revêtir le *type Aran-Duchenne* (paralysie des petits muscles des mains), le *type Remak* (paralysie des extenseurs de la main et des doigts), le *type Erb-Duchenne* (paralysie des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur, long supinateur).

Comme aux membres inférieurs, la paralysie est rarement complète; elle se double de troubles sensitifs et ataxiques plus ou moins accusés.

F. **Autres paralysies des muscles de la vie de relation.** — I. MUSCLES DU COU. La paralysie du trapèze et du sterno-mastoïdien se traduit par la chute de la tête sur la poitrine. — II. La paralysie des *muscles du dos* donne lieu à des déformations en rapport avec la paralysie. — III. La PARALYSIE FACIALE peut être uni ou bilatérale. Dans ce second cas, si elle vient compliquer une paralysie du voile, du larynx, du pharynx et de la langue, elle donne lieu au *syndrome glosso-labio-laryngé* : immobilité absolue du visage, écoulement continuel de la salive hors de la bouche, langue pendante, animée de mouvements fibrillaires. Le malade ne peut ni parler nettement, ni souffler, ni siffler.

G. **Paralysies cardio-respiratoires.** — Attribuées à une paralysie des *origines* (Duchenne) ou du *tronc* (Gulat, Suss, etc.) du pneumogastrique, ces paralysies se caractérisent par des troubles respiratoires et cardiaques, isolés ou associés.

I. TROUBLES RESPIRATOIRES. — Attribués à la paralysie des muscles de Reisessen à laquelle se joint celle du diaphragme et des intercostaux, ils consistent en une dyspnée extrême, continue, avec redoublements paroxystiques, avec dépression abdominale et dilatation thoracique pendant l'inspiration [*le malade avale scn diaphragme*, Duchenne (de Boulogne)].

II. TROUBLES CARDIAQUES. — Ils présentent trois formes (Hénoch) : une à début brusque et précoce, une à début brusque, mais tardif, une à début lent et tardif. Les deux premières formes aboutissent presque fatalement à la mort, la troisième guérit quelquefois. Ces troubles consistent en angoisse précordiale, ataxie cardiaque, tachy ou bradycardie, tendance au collapsus et à la syncope.

III. L'association des troubles cardiaques et des troubles pulmonaires constitue la FORME BULBAIRE (Duchenne), qui donne lieu à des crises plus ou moins fréquentes. Chacune est annoncée par une immobilité spéciale du malade, des troubles respiratoires (inspiration lente et pénible, voix saccadée); gastro-intestinaux [anorexie, nausées, vomissements, douleurs épigastriques (Cadet de Gassicourt)], cardiaques (palpitations, angoisse précordiale). A la période d'état, ce qui domine, ce sont les troubles cardiaques et respiratoires précédemment décrits. La mort est la terminaison presque fatale de ces crises.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. — La paralysie généralisée dure longtemps, des semaines et des mois, mais se termine habituellement par la guérison : le voile, pris le premier, est le dernier à reprendre ses fonctions. La mort est la conséquence d'une complication (inanition, broncho-pneumonie, troubles bulbaires).

PRONOSTIC. — Généralement bénin pour les formes localisées (sauf pour les cas étudiés par Deguy), plus grave, mais nullement fatal, pour les formes généralisées, à moins qu'elles ne se compliquent de troubles bulbaires.

DIAGNOSTIC. — Il n'est évident que dans les cas de diphtérie antérieure, bactériologiquement diagnostiquée. On connaît en effet quelques cas de paralysie du voile dus à une angine non diphtérique (Bourges, Barbier, Martin, etc.).

I. Le diagnostic des *paralysies limitées au voile* est le plus souvent évident. Il est cependant classique de signaler l'*hystérie* parmi les causes d'erreur possibles.

II. Certaines formes de *paraplégie diphtérique* que caractérisent les troubles parétiques et sensitifs des membres inférieurs, les troubles sphinctériens, l'abolition des réflexes, l'ataxie, l'anaphrodisie, associés à quelques troubles oculaires (diplopie, amblyopie), pourraient faire penser au tabes (*paralysies pseudo-tabétiques*). Mais, dans la diphtérie, il n'y a pas les antécédents spécifiques, les douleurs fulgurantes, le signe d'Argyll, l'atrophie nacrée de la papille qui caractérisent le tabes. De plus, l'évolution des deux maladies est toute différente.

III. Le diagnostic des *autres formes de paraplégie diphtérique* peut encore se poser avec les paralysies alcoolique, saturnine, diabétique, etc. Rappeler brièvement les caractères différentiels.

IV. Le *syndrome glosso-labio-laryngé* peut être dû : *a.* à des *lésions centrales*, corticales, ou sous-corticales : la maladie débute alors par un ictus, donne lieu à une double hémiplégie, avec phénomènes spasmodiques consécutifs; à des troubles psychiques très accusés (rire et pleurer spasmodiques, aphasie, gâtisme); elle ne se complique ni d'atrophie, ni de modifications des réactions électriques des muscles paralysés (*paralysie pseudo-bulbaire*); *b.* à des *lésions périphériques*, portant soit sur le noyau (sclérose latérale amyotrophique, atrophie Aran-Duchenne, syringomyélie), soit sur les nerfs eux-mêmes qui président aux mouvements de la langue, des lèvres, et du larynx. Dans ce cas, atrophie et réaction de dégénérescence des muscles atteints, pas de troubles psychiques. Les paralysies glosso-labio laryngées de la diphtérie rentrent dans cette catégorie et se reconnaissent facilement par les anamnestiques et l'évolution.

V. Peut-on distinguer les troubles résultant de la *paralysie du pneumogastrique* de la *myocardite diphtérique*? On admet que l'existence de troubles digestifs (douleurs gastriques, vomissements, etc.) caractérise la première de ces deux complications, et leur absence, la seconde. Cette proposition est un peu théorique, et, le plus souvent, troubles bulbaires et myocardite sont associés (v. Boutin, Th. de Paris, 1903).

VI. Rappeler en terminant qu'il faut distinguer les accidents décrits habituellement sous le nom de paralysie diphtérique des *hémiplégies* que l'on observe quelquefois au cours de la diphtérie, et qui sont dues à une embolie partie de l'endocarde malade (*thrombose de la pointe*, Marfan et Deguy).

PRATIQUE MÉDICALE

Nouveau traitement de l'ozène.

Les travaux de Lœwenberg sur la nature bactériologique de l'ozène, confirmés et développés par Perez dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, montrent que l'ozène est susceptible d'un traitement anti-microbien.

En conséquence, on vient de faire un produit appelé « Arhine » résultant de la combinaison de trois puissants antiseptiques organiques choisis *ad hoc*, et se présentant sous l'aspect d'une poudre sans odeur, non caustique et non toxique. Il suffit de priser cette poudre trois à cinq fois par jour. L'odeur fétide disparaît très vite, en quelques jours.

En continuant ce traitement si simple, l'ozène disparaît peu à peu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Commission permanente de préservation contre la tuberculose. — Il est institué près le ministère de l'Intérieur une commission chargée de prendre l'initiative auprès du gouvernement des mesures administratives et législatives propres à prévenir l'extension de la tuberculose. Cette commission prendra le nom de commission permanente de préservation contre la tuberculose.

Nous relevons parmi les membres de cette commission les noms de MM. les docteurs Debove, Grancher, Auclair, Maurice de Fleury, Lesage, Savoire, Peyrot, Bouchard, Lannelongue, Henri Monod, Proust, Chantemesse, Brouardel, A.-J. Martin, Vaillart, Huchard, Kelsch, Nocard, Albert Robin, Duclaux, Roux, Metchnikoff, Armaingaud, Talamon.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre : armée active. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin-inspecteur Robert.

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Poignon.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Aubert, Bourdon, Gorsse et Julié.

M. le médecin-major de première classe Uciani.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Arragon, Bilouet, de Casaubon, Guerchet, Jamot, Farganel, Pradet, Léorier, Lépagnez, Le Roy, Munschina, Pouillaude.

MM les médecins-majors de deuxième classe Barrière, Bouquet de Jolinière, Bourdin, Cot, Dalphin, Goudal, Hutre, Jacquin, Manoha et Nabona.

Réserve et territoriale. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Redard.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Chambrelent, Hubert et Saint-Ange.

M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale Bénard,

M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale Meslier.

Université de Bordeaux. — *Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.* — Le Conseil de la Faculté mixte de médecine et de Bordeaux, par application de l'arrêté ministériel du 16 février 1903, a décidé que les docteurs en médecine, français ou étrangers, désireux de suivre les cours organisés dans les services spéciaux, seraient tenus de payer un droit de 50 francs par trimestre.

Le cours de laryngologie, otologie et rhinologie, placé sous la direction du docteur Moure, a lieu les lundis, mardis, jeudis et vendredis matin, de neuf heures à onze heures (annexe Saint-Raphaël, près l'hôpital Saint-André). Le samedi est exclusivement réservé aux opérations.

Ce cours, essentiellement pratique, comprend : 1° des démonstrations cliniques sur les malades;

2° Des démonstrations techniques faites avec des pièces anatomiques ou anatomo-pathologiques;

3° Les indications et le manuel opératoire de toutes les interventions de petite et de grande chirurgie applicables à la spécialité;

4° Enfin, les docteurs en médecine faisant partie du cours sont eux-mêmes exercés à la pratique des opérations de petite chirurgie.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, place d'Aquitaine, à Bordeaux.

Un nouvel acide : l'acide pleurétique. — A propos de la maladie du Pape, nous relevons dans un grand journal du matin la phrase suivante :

« Le Pape qui meurt et ressuscite généralement plusieurs fois par jour est resté tranquille, ni mieux ni plus mal, dans le lucide affaissement où il s'anéantit peu à peu... La Ville-Éternelle a tout à fait repris son impassibilité et, sans la sollicitude des gazettes qui l'instruisent, le passant ne se douterait pas que deux cents millions d'hommes regardent vers ce morne Vatican un peu de vie se dissoudre dans un peu d'acide pleurétique. »

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursions en Dauphiné.* — La Compagnie P.-L.-M. offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : la Grande-Chartreuse, les gorges de la Bourne, les Grands-Goulets, les massifs d'Allevard et des Sept-Laux, la route de Briançon et les massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec prix et conditions, figure dans le Livret-Guide officiel P.-L.-M., qui est mis en vente au prix de 50 centimes dans les gares de son réseau, ou envoyé contre 85 centimes en timbres-poste adressés au service central de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Saturnisme. Etude historique, physiologique, clinique et prophylactique, par G. Meillère, docteur ès sciences, docteur en médecine, chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine, pharmacien des hôpitaux, membre de la Société de biologie, prix Orfila (toxicologie) 1835. 1 vol. in-8° de 280 p., avec fig. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Sous le titre de : **Du choix d'une station sulfureuse dans les Pyrénées françaises**, M. le docteur Henri Lamarque, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Bordeaux, publie les leçons du cours libre de thérapeutique hydrologique et climathérapie qu'il a professé à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-18 de 152 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traitement de l'œsophagisme, par le docteur S. Dubois (de Saujon). Communication faite au Congrès international de Madrid, le 29 avril 1903. In-8° de 32 p. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 82 — SAMEDI 18 JUILLET 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 18 JUILLET 1903. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES DE LA SALPÊTRIÈRE

LE SYNDROME PROTUBÉRANTIEL SUPÉRIEUR

Par le professeur RAYMOND
et M. R. CESTAN, ancien chef de clinique.

Depuis notre communication du 10 janvier 1901 à la Société de neurologie, nous avons recueilli une troisième observation anatomo-clinique de paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires. Dans ce nouveau cas, nous avons observé un syndrome tout à fait analogue à celui offert par nos deux premiers malades et cette similitude d'aspect nous avait autorisés à conclure, du vivant du malade, à une similitude de lésions et de localisation. L'autopsie ayant confirmé notre diagnostic, il paraîtra intéressant, à l'aide de ces trois faits anatomiques, de préciser le tableau clinique que nous avons observé.

Ce syndrome, dans sa physionomie générale, consiste en une paralysie alterne. Le type classique de paralysie alterne supérieur, ou syndrome de Weber, ou mieux encore syndrome pédonculaire, se caractérise par une hémiplégie sensitivo-motrice de la face et des membres du type cérébral, c'est-à-dire intéressant seulement le facial inférieur, associée à une paralysie complète ou parcellaire de la troisième paire du côté opposé. Le type classique de paralysie alterne inférieure, ou syndrome de Millard-Gubler, ou mieux encore syndrome protubérantiel *inférieur*, se caractérise par une hémiplégie sensitivo-motrice des membres, associée à une paralysie atteignant d'une part le moteur oculaire externe avec strabisme interne, d'autre part le facial avec tous les caractères de la paralysie faciale d'origine nucléaire ou tronculaire.

Les auteurs signalent aussi la possibilité d'autres syndromes suivant que la voie sensitive est atteinte (type sensitif de la paralysie alterne), que les deux noyaux de la sixième paire sont intéressés, etc., ils insistent même sur la variabilité du tableau, paralysie en X, en V, en λ renversé, dont on trouvera plusieurs exemples dans nos différentes leçons cliniques professées à la Salpêtrière. Cependant, le polymorphisme du tableau n'exclut pas la possibilité de la fixité de certains types. C'est ainsi que chez nos trois malades, le tableau symptomatique était d'une exactitude et d'une similitude fort précises ; chez nos trois malades, ce tableau a été déterminé par le développement d'un tubercule solitaire au niveau de la calotte protubérantielle, dans cet espace relativement vaste qui s'étend entre les noyaux de la troisième et de la sixième paire. Ainsi a été créé un complexus symptomatique qui n'était ni le syndrome de Weber ni le syndrome de Millard-Gubler, et qui soulève des problèmes intéressants de physiologie.

La description que nous allons donner s'applique à la première phase de la maladie. C'est à ce moment-là en effet que l'aspect des malades est le plus caractéristique ; plus tard le tableau perd sa netteté primitive par l'adjonction de signes nouveaux dus à la marche extensive du tubercule.

Chez nos trois malades voici le syndrome que nous avons noté au début.

La figure du malade a son aspect normal, d'une part sans paralysie faciale, d'autre part sans strabisme interne ou sans ptosis. L'orbiculaire des paupières a conservé sa mobilité, la paralysie du facial inférieur fait même défaut à la première période ; elle peut survenir plus tard, mais toujours avec une faible intensité. Les yeux à l'état de repos sont en position médiane, d'apparence normale, sans strabisme interne. Mais on constate très nettement une paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires ; cette paralysie atteint les deux mouvements vers la droite et vers la gauche, avec toutefois une prédominance fréquente sur l'un des côtés.

Les globes oculaires ne peuvent atteindre l'angle externe et dans cette position on constate des secousses de nystagmus paralytique, atteignant simultanément le droit externe d'un côté et le droit interne du côté opposé. Cependant le mouvement de convergence se fait normalement sans nystagmus ; la paralysie du droit interne est donc une paralysie du mouvement associé d'adduction d'un œil avec le mouve-

ment simultané d'abduction de l'autre œil. L'élévation et l'abaissement des globes oculaires ont conservé leur ampli-



Fig. 1.

tude, mais on aperçoit alors quelques secousses nystagmiformes. Les pupilles sont égales et réagissent fort bien à l'accommodation et à la distance; le releveur de la paupière n'est pas paralysé. Déjà, nous voulons insister sur la différence de ce syndrome, d'une part avec le syndrome de Millard-Gubler parce qu'au repos le globe oculaire de nos malades est en position médiane, sans strabisme interne, preuve que le noyau ou les fibres d'émergence de la sixième paire ne sont pas détruits, d'autre part avec le syndrome de Weber parce qu'il n'existe pas de paralysie des branches de la troisième paire. Ainsi donc les paralysies oculaires se caractérisent par une paralysie des mouvements associés de



Fig. 2.

la bilatéralité et par des secousses nystagmiformes dans l'élévation et l'abaissement des globes oculaires.

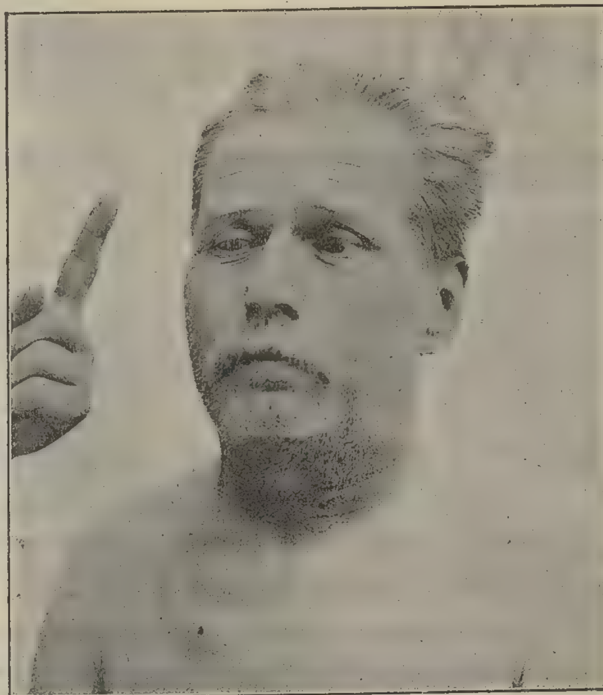


Fig. 3.

Le fond de l'œil est variable, l'examen dénote soit un aspect normal soit une névrite œdémateuse; nous y reviendrons plus loin. A ces troubles oculaires s'associe une hémi-



Fig. 4.

plégie sensitivo-motrice du bras et de la jambe. Elle siège du côté opposé à l'œil le plus atteint dans son mouvement associé d'abduction. Elle épargne ou intéresse très légèrement le facial inférieur. Au surplus, la paralysie motrice est plus apparente que réelle, elle ne consiste pas en effet en une grosse perte de la force musculaire; la force segmentaire du bras est bien conservée; car la main serre avec force, et le malade résiste bien aux mouvements de flexion et d'extension des segments, de même la démarche ne ressemble pas à celle de l'hémiplégie. Au surplus, on ne constate pas d'atrophie musculaire; les réflexes osseux et tendineux sont exagérés; la trépidation spinale peut faire défaut, le réflexe cutané plantaire peut être normal ou en extension; bref l'état de la mobilité est variable. Et cependant les manœuvres volontaires sont profondément troublées.

Au repos, il existe en effet un tremblement statique à grande oscillation de la main et du pied avec mouvement athétosiforme des doigts de la main; ce tremblement s'exagère dans les mouvements volontaires; enfin l'ataxie cinétique est augmentée par l'occlusion des paupières. La main du malade étant étendue horizontale, on la voit animée d'oscillations lentes, de grande amplitude, en même temps que les doigts s'étendent et se fléchissent par de lents mouvements athétosiformes. C'est avec des oscillations qui augmentent par l'occlusion des paupières que le malade peut mettre le doigt au bout du nez; bien souvent, il n'atteint pas le point de repère proposé; ainsi se manifeste un mélange d'athétose, de tremblement statique et intentionnel, d'incoordination motrice.

Des modifications semblables s'observent au niveau du membre inférieur. La démarche est caractéristique, car le malade est essentiellement un asynergique. Cette démarche est mal assurée, les pas inégaux, avec latéropulsion allant jusqu'au vertige. Parfois même, le malade peut présenter le tableau caractéristique décrit par M. Babinski sous le nom d'asynergie cérébelleuse. Il ne sait plus modifier son centre d'équilibre pour dégager dans la marche la jambe oscillante, et il est atteint soit de rétropulsion soit de latéropulsion. Enfin la parole est saccadée, lente, légèrement bredouillée, très analogue à celle de la sclérose en plaques.

A ces troubles moteurs se superposent des troubles de la sensibilité toujours très accentués. Parfois, ils affectent la forme de la paralysie alterne sensitive atteignant le trijumeau d'un côté, le bras et la jambe du côté opposé; souvent ils épargnent complètement la face. Au point de vue subjectif, c'est une sensation de froid, de piqûre, de fourmillement à l'extrémité des doigts, qui persiste sans variation, et est ressentie très douloureuse par les malades. Au point de vue objectif, on peut constater, une perte du sens articulaire atteignant les petites articulations de la main et du pied, une hypoesthésie cutanée à tous les modes, plus prononcée à l'extrémité qu'à la racine du membre et dont la limite supérieure est toujours difficile à délimiter, enfin une perte plus ou moins complète du sens stéréagnostique.

Tels sont les traits principaux de cette paralysie alterne : d'une part paralysie des mouvements de la latéralité des globes oculaires, d'autre part hémiplégie des bras et des jambes atteignant très légèrement la force motrice et se manifestant au contraire par des troubles de la fonction de mobilité volontaire (tremblement, incoordination, mouvements athétosiformes, asynergie cérébelleuse) et des troubles très profonds de la sensibilité subjective et objective (fourmillements, anesthésie cutanée et articulaire des extrémités, perte du sens stéréognostique).

Mais le tableau que nous venons de tracer perd bientôt sa netteté primitive par l'adjonction de signes nouveaux que le tubercule se soit étendu soit dans le sens transversal comme l'indiqueront l'accentuation de la paralysie motrice, l'apparition de troubles sensitifs dans le territoire du trijumeau, la diminution de l'acuité auditive, soit dans le sens vertical comme l'indiqueront un strabisme interne unilatéral ou bilatéral par lésions de la sixième paire, une paralysie faciale plus ou moins prononcée à caractère périphérique.

Il sera même possible d'observer une polyurie avec glycosurie, de la tachycardie, et le malade succombera aux progrès de l'affection après un temps variable.

La physionomie du syndrome se modifie ainsi progressivement malgré tout traitement par l'adjonction de signes nouveaux, mais au début il s'est présenté à nous avec les caractères que nous lui avons assignés plus haut. C'est sur cette phase initiale que nous avons voulu insister, car nous avons vu qu'elle correspondait à une localisation particulière du tubercule.

Chez nos trois malades, en effet, nous avons trouvé un gros tubercule ainsi placé. Il a eu son point de départ dans la calotte protubérantielle immédiatement en arrière de la couche des fibres sensitives, au-dessous de l'entrecroisement de Wernekink, au-dessus du genou du facial. Il a



Fig. 5.

donc épargné les noyaux et de la troisième et de la sixième paires, il est donc internucléaire. Peu à peu ce tubercule augmente, envahit en avant la couche des fibres sensitives, pousse un prolongement inférieur qui peut finalement intéresser la sixième et la septième paires. Mais cette extension est assez bien arrêtée par les faisceaux blancs compacts des pédoncules cérébelleux; l'entrecroisement du pédoncule cérébelleux supérieur vient ainsi lui fermer en quelque sorte la voie d'accès de la calotte pédonculaire; et en effet chez nos trois malades, nous notons que le tubercule, qui a pourtant son diamètre maximum au niveau du tiers supérieur de la protubérance, ne dépasse pas le sillon pédonculo-protubérantiel, tandis qu'il a poussé des prolongements inférieurs très effilés qui descendent fort bas, jusqu'au noyau de Burdach dans un cas. Pour expliquer cette intégrité du pédoncule, on peut certes invoquer peut-être des modifications de la vascularisation, mais il nous paraît plus logique d'admettre que c'est la commissure de Wernekink qui a été l'obstacle à la propagation vers le pédon-

cule cérébral. Nous voyons en effet très nettement que le même rôle peut être attribué aux fibres du pédoncule cérébelleux moyen qui, par leur intrication, protègent la voie motrice pyramidale contre l'envahissement de l'inflammation tuberculeuse. Né dans la calotte de la protubérance, le tubercule, bridé par les pédoncules cérébelleux supérieur et moyen, reste dans cette même région. Ainsi s'explique la fixité du type clinique que nous avons observé. La physiologie pathologique est facile à établir.

La parésie motrice volontaire, les modifications des réflexes tendineux du côté de l'hémiplégie sont toujours minimes. En effet, nous venons de dire que la voie pyramidale était protégée contre l'envahissement tuberculeux par le pédoncule cérébelleux moyen; au surplus, la méthode de Marchi et la méthode du picro-carmin en masse nous ont montré que les voies motrices médullaires ne présentaient pas une dégénérescence très appréciable.

L'hémiplégie est donc surtout sensitive. Au point de vue objectif, nous signalerons la perte du sens articulaire, la perte du sens stéréognostique, car il est intéressant de noter que ces troubles peuvent être causés par des lésions protubérantielles. Au point de vue subjectif, nous soulignerons l'existence de sensations pénibles, de fourmillements, de picotements dans l'extrémité des doigts. Des sensations analogues avaient été ressenties chez les malades d'Heubner, Ramey, Krafft-Ebing, Blocq et Marinesco, malades atteints de tubercules du pédoncule cérébral. Ces troubles sont évidemment sous la dépendance d'une altération de la couche des fibres sensitives protubérantielles, d'abord irritées par la néoplasie tuberculeuse qui s'infiltre peu à peu à travers les fibres nerveuses pour provoquer leur démyélinisation et finalement leur destruction.

Les pédoncules cérébelleux sont toujours atteints; ainsi s'explique l'apparition des troubles d'asynergie. Les troubles choréo-athétosiques peuvent relever de trois causes différentes. On peut admettre qu'ils sont dus à l'irritation de la voie motrice par le fait du tubercule; on expliquerait ainsi les troubles de dysarthrie présentés par nos malades. Mais on ne peut s'empêcher de supposer que les lésions des pédoncules cérébelleux doivent avoir une grande part dans les troubles de dysarthrie et de la motilité ; on ne peut aussi s'empêcher de supposer que les troubles de la sensibilité caractérisés par la perte du sens articulaire contribuent singulièrement à l'apparition de l'incoordination motrice, de telle sorte que, chez nos trois malades, nous trouvons réunies toutes les causes qui, prises chacune isolément, peuvent déterminer ces modifications de la motilité volontaire.

En résumé, nous croyons qu'une hémiplégie ainsi faite : force segmentaire et réflexes tendineux et cutanés peu touchés, motilité volontaire troublée par des mouvements choréo-athétosiques, incoordination motrice, asynergie, dysarthrie, troubles de la sensibilité subjectifs et objectifs très prononcés, est caractéristique d'une lésion simultanée de la voie sensitive et de la voie cérébelleuse, c'est-à-dire de la calotte de la protubérance ou du pédoncule, puisque c'est à ce niveau qu'une seule lésion peut intéresser les voies sensitives et cérébelleuses, tout en épargnant la voie motrice.

Une semblable hémiplégie peut par suite s'observer dans le syndrome de Weber, ainsi que nous en avons publié un exemple dans les *Archives de neurologie* (août 1902), et dans le syndrome Millard-Gubler, voire même dans le syndrome bulbaire inférieur. M. Babinski a pu établir le siège différent de la lésion, bulbaire ou pédonculaire, suivant que les troubles d'asynergie atteignaient, dans la lésion bulbaire, le côté de la lésion, dans la lésion pédonculaire, le côté opposé à la lésion, différence qui tient à l'entrecroisement des pédoncules cérébelleux supérieurs. Mais dans nos cas, la lésion, d'abord médiane, peut se développer excentriquement d'une manière bilatérale et inégale, elle peut atteindre aussi bien les pédoncules cérébelleux supérieurs que les pédoncules moyens, de telle sorte qu'il nous a été difficile d'établir si les troubles d'asynergie étaient du côté de la lésion. Mais pour fixer notre topographie exacte de la lésion en hauteur, pour établir en un mot le niveau précis où la calotte protubérantielle était atteinte, nous avions les renseignements fournis par l'examen des yeux.

Cet examen nous a montré une paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires. Au repos l'œil était en position médiane, sans strabisme intense ; le noyau de la sixième paire n'était donc pas lui-même altéré ; d'ailleurs, pour confirmer cette notion, nous citerons l'absence de paralysie faciale à caractère périphérique, absence qui nous démontre l'intégrité du genou du facial, qui affecte des rapports de contiguité si intime avec le noyau de la sixième paire ; au surplus, preuve péremptoire, chez deux malades l'examen histologique a confirmé l'intégrité de la sixième paire ; chez la troisième malade, un strabisme interne avait apparu à la période terminale et nous avons vu en effet que le tubercule avait détruit les fibres de sortie émanées du noyau de la sixième paire.

L'examen clinique et histologique a vérifié aussi l'intégrité absolue du noyau et du tronc de la troisième paire. Nous signalerons même l'intégrité histologique de la quatrième paire, refoulée mais non détruite par la marche extensive du tubercule. Les paralysies oculaires avaient donc une origine extra-nucléaire, de par la clinique et de par l'examen histologique.

Les exemples publiés des paralysies associées de la latéralité des globes oculaires sont maintenant bien nombreux et il est classique, à cette occasion, de citer les travaux français de Foville, de Gubler, de Desnos, de Ferréol, de Duval et Laborde, de Graux, de Parinaud. M. Grasset a revisé ces faits dans la *Revue neurologique* du 15 juillet 1900. L'un de nous a consacré à leur étude plusieurs leçons cliniques; nous indiquerons aussi notre communication à la Société de neurologie de 1901, suivie ensuite des faits de MM. Pechin et Allard.

En somme, tous ces auteurs ont établi que, dans le syndrome de Millard-Gubler, à la paralysie de la sixième paire, s'associait une paralysie du droit interne du côté opposé, constatable seulement dans le regard de latéralité, la convergence restant au contraire parfaitement intacte. « Il existe sur le plancher du quatrième ventricule, écrit Graux, un point qui, lorsqu'il est lésé, donne naissance à une déviation spéciale et caractéristique de l'appareil oculaire et réciproquement. Ce symptôme ne correspond qu'à la lésion dont nous parlons, de sorte que, lorsqu'il existe, on peut affirmer, à coup sûr, une lésion au niveau du noyau de la sixième paire. » Les expériences de MM. Duval et Laborde avaient apporté une confirmation physiologique et histologique; ces auteurs admettent que le noyau de la sixième paire envoie des fibres au noyau du droit interne du côté opposé; que ces fibres suivent le faisceau longitudinal postérieur et très vraisemblablement entrent directement dans

le tronc de la troisième paire pour aboutir au tronc du droit interne. Ce muscle recevrait donc une double innervation, de la troisième paire d'une part, de la sixième paire d'autre part.

Les exemples cliniques sont nombreux de lésions *nucléaires* de la sixième paire ayant déterminé une paralysie associée par la latéralité du droit interne du côté opposé. Mais il ne nous a pas paru que les auteurs aient bien montré la possibilité d'observer ce syndrome dans des lésions *extra-nucléaires*. Nous n'insistons pas sur le strabisme provoqué par les lésions attaquant les fibres de la sixième paire après leur origine. « Dans les paralysies périphériques, le droit interne du côté de la lésion est paralysé et il y a souvent un spasme du droit interne du côté opposé » (Parinaud). C'est donc un résultat, strabisme interne de l'œil du côté opposé, qui est exactement l'inverse des faits que nous rapportons. Ces faits, qui intéressent les fibres de la sixième paire, après leur origine nucléaire, ne viennent donc pas en discussion ; ils peuvent au contraire éclairer le diagnostic.

Mais dans les trois faits que nous rapportons, la lésion est située dans la calotte de la protubérance, entre les noyaux de la sixième et de la troisième paire. Voilà la localisation qui a déterminé une paralysie des mouvements associés de latéralité avec intégrité des noyaux moteurs des yeux.

On pourrait bien supposer que cette intégrité du noyau de la sixième paire n'est qu'apparente, que le voisinage d'une tumeur peut déterminer des troubles de vascularisation, voire même des lésions d'intoxication, puisque cette tumeur est dans l'espèce un tubercule, que par suite nos faits sont tout à fait analogues comme mécanisme au syndrome de Millard-Gubler caractérisé par la destruction du noyau de la sixième paire. Nous n'admettons pas cet argument. Si la sixième paire peut être intéressée à distance par les toxines tuberculeuses, pourquoi n'en serait-il pas de même pour la septième paire, or chez nos malades nous ne constatons pas de paralysie faciale périphérique. D'autre part, dans un de nos cas, apparaît à la fin un strabisme interne, c'est-à-dire une lésion de la sixième paire et dans ce cas l'examen histologique montre en effet que les fibres de la sixième paire ont été atteintes directement.

Cette objection étant écartée, on peut formuler quelques hypothèses. Des travaux récents ont démontré l'existence de centres corticaux des muscles des yeux, les uns occipitaux, en rapport avec la sphère visuelle corticale, les autres antérieurs, frontaux. Pilz aurait même suivi chez le chien, par la méthode de Marchi, les fibres qui naissent de ces centres; elles se rendraient aux tubercules quadrijumeaux antérieurs, centres coordinateurs des mouvements des globes oculaires. Nos faits ne rentrent pas dans ce groupe; la lésion n'a pas dépassé le sillon pédonculo-protubérantiel; les tubercules quadrijumeaux antérieurs sont parfaitement intacts au point de vue histologique. Certes, il est de toute évidence qu'il faut que les noyaux des sixième et troisième paires soient unis par des fibres d'association et que cette association doit même échapper à notre volonté. On pourrait bien admettre des fibres issues des tubercules quadrijumeaux et se rendant d'une part à la troisième paire, d'autre part à la sixième paire. Mais dans cette hypothèse, on explique difficilement comment une lésion, située à une certaine distance au-dessous des tubercules quadrijumeaux et de la troisième paire, ait pu déterminer une paralysie du droit interne; il faut, par suite, admettre des fibres ascendantes de la sixième paire vers la troisième paire. Au surplus, il est fort probable que cette voie ascendante n'est pas la seule, qu'il doit exister encore des fibres descendantes, que les noyaux moteurs des yeux doivent entrer en relation avec les noyaux de la branche vestibulaire de la huitième paire, avec les noyaux du facial, du spinal. N'est-ce pas, en effet, au niveau de l'extrémité céphalique, organe essentiel de direction, de protection, de perception du monde extérieur, que toutes les diverses parties, œil, oreilles, muscles de la face et du cou, doivent être réunies dans une synergie parfaite par des voies réflexes très courtes. Ces fibres d'union doivent très vraisemblablement emprunter les voies de la calotte sans qu'il nous soit encore possible, malgré les très intéressants travaux modernes, en particulier ceux de Pawlow, d'établir le rôle exact dévolu à chaque faisceau. Dès lors, pourquoi ne pas admettre qu'une lésion développée dans ce lieu de passage qu'est la calotte protubérantielle, ait déterminé des troubles de la motricité des yeux, tout en épargnant les noyaux eux-mêmes des nerfs oculaires? Nous voyons donc que dans nos faits ont été détruites les fibres d'union qui unissent la sixième paire à la troisième paire, et que ces fibres d'union ont une marche ascendante. Leur point de départ serait donc le noyau de la sixième paire, leur lieu d'arrivée serait le noyau du droit interne. Nous ne croyons pas, en effet, que ces fibres parviennent jusqu'au muscle droit interne, car dans nos trois faits, le tronc de la troisième paire nous a paru normal; les fibres établiraient simplement des relations de noyau à noyau. Au surplus, nos cas ne nous permettent pas, à cause de la lenteur de leur évolution, d'être affirmatifs sur ce point, mais nous avons en cours des expériences destinées à élucider ce point spécial.

Il est intéressant de signaler dans nos faits la variabilité des résultats de l'examen du fond de l'œil. Avec une lésion de même nature, de même grosseur, de même localisation, de même durée, nous avons eu cependant deux fois un fond d'œil normal, une seule fois une névrite optique œdémateuse. La thèse de M. Raviart sur les tubercules du pédoncule cérébral renferment des faits semblables, c'est-à-dire des tubercules volumineux n'ayant pas déterminé une névrite optique œdémateuse; telles sont les observations de Ross, de Mendel, de Krafft-Ebing, de Greiwe, de Raviart. Il faut conclure de ces renseignements que l'absence de névrite optique œdémateuse n'autorise pas à éliminer du diagnostic la présence de tubercules, même volumineux.

Ainsi se trouvent expliqués les signes observés chez nos trois malades : d'une part, troubles sensitivo-moteurs des membres; d'autre part, paralysies oculaires. La distance qui sépare les noyaux des sixième et troisième paires est assez considérable. Il était donc utile de rechercher le syndrome capable de déceler la lésion de la partie supérieure de la protubérance. Nous savons bien que la quatrième paire y prend son origine, mais la paralysie déterminée par sa destruction est toujours difficile à déceler; d'autre part, elle est masquée par les autres troubles de l'équilibre oculaire que nous avons étudiés plus haut. En réalité, en effet, ce qui distinguera la lésion de la partie supérieure de la protubérance, c'est la paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires. Ainsi ce syndrome est différent du syndrome de Weber, qui se caractérise par des lésions directes des branches de la troisième paire (strabisme externe); il est différent aussi du syndrome de Millard-Gubler, qui se caractérise par une lésion directe de la sixième paire

(strabisme interne), associée très souvent à une paralysie faciale du type tronculaire. D'autre part, la lésion de la calotte protubérantielle se manifeste par un maximum de troubles sensitifs, un minimum de perte de la force motrice, cependant que la motilité est fortement troublée par de l'asynergie et des mouvements choréo-athétosiques. Trois fois, nous avons observé ce syndrome avec une parfaite netteté et trois fois l'autopsie a confirmé notre diagnostic topographique. On peut donc décrire un syndrome de la calotte de la partie supérieure de la protubérance, ou *syndrome protubérantiel supérieur*, qui a sa place à côté du syndrome de Weber ou *syndrome pédonculaire*, et du syndrome de Millard-Gubler ou *syndrome protubérantiel inférieur*.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(15 juillet 1903)

La séance a été fort courte ; une communication intéressante a été faite par M. Monnier, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph. Il s'agit d'une **gastrotomie pour l'extraction de 25 corps étrangers, dont 8 cuillères à café**. Nous voilà loin de l'unique fourchette qui a fait tant de bruit il y a quelque trente ans. Voici, résumée, la curieuse observation de M. Monnier.

« Un jeune homme de vingt-deux ans, paraissant en avoir seize, d'intelligence très obtuse, entre dans le service de médecine du docteur Leroux à l'hôpital Saint-Joseph pour des troubles épileptiformes anciens : du melæna, sans aucun trouble gastrique, une douleur assez vive, permanente, dans l'hypocondre gauche, accompagnée d'une sensation de crépitation, ayant été observés et le diagnostic de corps étranger de l'intestin porté, ce malade passe dans notre service chirurgical infantile. Opération le 25 juin dernier. Une incision qui permet d'arriver sur l'angle colique gauche montre l'état de vacuité de l'intestin et, au contraire, la présence de corps métalliques dans l'estomac volumineux. Prolongation de l'incision suivant la ligne L. Labbé. Gastrotomie de 2 centimètres à 2 centimètres et demi; extraction de 25 corps; 8 cuillères à café de 8 à 15 centimètres; 1 dos de fourchette avec trois doigts; 1 patte-fiche de 12 centimètres; 2 pointes aiguës de 14 à 7 centimètres; 1 aiguille de 6 centimètres; 1 lame de couteau de 5 centimètres; 1 dent de peigne en corne de 8 centimètres; 1 clef de 4 centimètres, etc. Le tout, noir et oxydé, pèse 230 grammes.

Il a fallu pour les extraire d'abord une pince à polype, puis une pince longuette de Péan, tant l'estomac est vaste.

Ces corps sont dans une disposition perpendiculaire à la grande courbure et situés dans la grosse tubérosité. Pas de lésions ulcératives appréciables de la muqueuse.

Fermeture de l'estomac par trois plans de sutures à la soie. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Suites aussi bonnes que possible, pas de vomissements. Température 38°2 pendant trois soirs à cause d'une collection sous-cutanée.

Alimentation progressive. Aujourd'hui vingtième jour, état général excellent. Guérison peut être considérée comme faite, car le malade mange de la viande depuis sept jours.

Ce jeune homme avoue, après l'opération, avoir commencé à ingérer ces corps il y a six mois, mais il ne sait en combien de temps.

C'est là un cas de gastrotomie peut être unique pour des corps étrangers aussi nombreux et aussi vulnérants, et néanmoins aussi bien tolérés par l'estomac. »

Le reste de la séance a été occupé par la lecture qu'a faite M. Terrier du rapport sur les travaux adressés pour le **prix Alvarenga.**

Parmi les présentations, signalons une série de brochures adressées par M. Armengaud (de Bordeaux), la plupart ayant trait à des **questions d'hygiène** et présentées avec beaucoup d'éloges, par M. Huchard.

M. Bouchard a appelé l'attention de l'Académie sur une nouvelle méthode d'**exploration des organes internes par le diapason**, méthode imaginée par M. Mignon (de Nice).

Cette méthode consiste à écouter les différences de son d'un diapason appliqué sur diverses régions.

Pour étudier la résonnance d'un organe, on place, auprès du diapason, la tige d'un phonendoscope, qui permet d'apprécier avec précision les variations du son.

Pour reconnaître les différences de transmission du son par les organes, on place l'oreille ou le phonendoscope à une certaine distance du diapason et l'on constate la transmission des tissus placés entre les deux.

La résonnance est d'autant plus grande que les tissus sont moins denses, les organes vides étant beaucoup plus sonores que les organes pleins. La transmission, au contraire, se fait d'autant mieux que les tissus sont plus denses.

Après la séance, le docteur Mignon a fait, devant des membres de l'Académie, des démonstrations de sa méthode, qui s'applique surtout à la tête, aux poumons et au système osseux.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(15 juillet 1903)

M. Hartmann fait un rapport sur une observation de **volumineuse tumeur de la loge rénale gauche** récemment communiquée par M. Souligoux. Il s'agissait d'un homme jeune encore qui avait considérablement maigri et qui portait, dans l'hypocondre gauche, une volumineuse tumeur dure, mate, bosselée, que M. Souligoux pensa être une tumeur rétro-péritonéale. Il fit une incision sur le muscle droit du côté gauche, reconnut aussitôt, en effet, qu'il s'agissait d'une tumeur rétro-péritonéale, l'énucléa assez facilement de la poche qui la contenait, enleva quelques parties secondaires, isolées, marsupialisa la poche et referma. La tumeur pesait plus de 9 kilogs. Il s'agissait d'un lipo-myxo-sarcome, une de ces variétés de tumeur de la capsule adipeuse du rein.

M. Hartmann approuve la conduite tenue, dans ce cas, par M. Souligoux, qui a incisé le péritoine postérieur en dehors du côlon.

M. Hartmann fait un second rapport sur un cas de M. Basstoff (de Smyrne) relatif à un **polyadénome multiple du gros intestin** chez un enfant nouveau-né. C'est là un fait rare.

M. Monod fait un rapport sur un travail de M. Vanverts (de Lille) sur la meilleure voie d'accès pour l'**ablation de la rate.** M. Vanverts distingue deux cas : l'un dans lequel la rate est distendue ou hypertrophiée au point de se rapprocher sensiblement de la paroi abdominale; l'autre dans lequel la rate est normale et cachée dans la cage thoracique. Au premier cas convient l'incision verticale classique. Pour le second cas, M. Vanverts fait observer que la rate, à l'état normal, suit une direction transversale beaucoup plus qu'une direction verticale, et que, conséquemment, il convient d'aller à sa recherche par une incision transversale avec destruction

d'une partie du squelette thoracique. M. Monod se demande si cette complication opératoire ne comporte pas un certain danger. C'est aux faits à vérifier ou non cette hypothèse.

M. Quénu rappelle que l'opérateur qui veut pratiquer une splénectomie doit avoir soin de se placer à droite du malade. Cette position facilite beaucoup la recherche et l'ablation de la rate.

M. Legueu fait une communication sur un **nouveau procédé de traitement des fistules recto-vaginales.**

Ce procédé s'applique uniquement aux fistules haut situées, difficilement accessibles. M. Legueu les attaque, à la fois, par le vagin et par le périnée; il ouvre, pour ainsi dire, une voie périnéo-vaginale. Dans le cas où il a eu recours à ce procédé, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-sept ans qui se trouvait atteinte d'une fistule recto-vaginale haute et large, consécutive à une opération de pyo-salpinx pratiquée par un interne; la vulve était étroite, le vagin rétréci et la fistule très haute et très large; la muqueuse rectale faisait hernie du côté du vagin.

Voici le procédé auquel eut recours M. Legueu : il fit, sur le périnée, une incision à concavité antérieure, comme pour la périnéorraphie; il décolla, dans toute sa hauteur, l'espace recto-vaginal, puis il sectionna le vagin également dans toute sa hauteur. Il se créa ainsi un accès très facile sur la fistule haute et put alors facilement faire le dédoublement des deux muqueuses; il ferma la fistule par trois ou quatre points de suture, sutura les deux lambeaux vaginaux, sutura le périnée et obtint une réunion par première intention.

Voilà le fait intéressant que nous communique M. Legueu; après quoi il discute les divers procédés auxquels on pourrait avoir recours pour traiter une pareille fistule et s'applique à démontrer que la modification qu'il propose d'apporter aux autres procédés, c'est-à-dire l'adjonction de la section du vagin dans toute sa hauteur ou procédé de dédoublement, constitue un réel progrès et rend relativement facile la cure de ces fistules recto-vaginales, hautes, habituellement très difficiles à fermer.

A ce propos, M. Félizet rappelle un procédé qu'il a proposé et qui a été l'objet d'un rapport de M. Segond. Il avait proposé de faire une incision prérectale, de décoller la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule, de créer ainsi deux fistules, l'une vagino-périnéale, l'autre vagino-rectale, de fermer cette dernière et d'abandonner l'autre, c'est-à-dire la vagino-périnéale, à elle-même, sa fermeture se faisant alors spontanément. Dans un cas, ce procédé a donné à M. Felizet un très bon résultat.

M. Reclus, dans un cas non pas de fistule recto-vaginale, mais bien de fistule vésico-vaginale haute, a eu recours, avec succès, à un moyen proposé par MM. Chaput et Nélaton, c'est-à-dire à la section de la paroi latérale ou des parois latérales du vagin. Cette manœuvre lui a singulièrement facilité le traitement de cette fistule.

M. Routier, dans un cas de fistule recto-vaginale très haute, très difficilement abordable par en bas, a fait la laparotomie, la malade étant renversée, et a pu très facilement séparer le vagin du rectum, suturer la fistule rectale et laisser le vagin ouvert pour faire un drainage. Dans ce cas l'opération a été très facile et le résultat parfait.

M. Segond rappelle la curieuse observation qu'il a publiée et dans laquelle il s'agissait d'une femme qui avait gardé seize ans un pot de pommade dans son vagin. Il en était résulté une vaste fistule recto-vaginale très haut située. Pour la guérir, M. Segond eut recours au procédé du store, c'est-à-dire qu'il a abaissé au-devant de la fistule la paroi antérieure du rectum. Ce procédé, ajoute-t-il, est d'une simplicité, d'une facilité parfaites et M. Segond ne doute pas qu'il n'eût donné un très bon résultat dans le cas de M. Legueu qui a eu recours à un procédé beaucoup plus compliqué.

M. Segond fait observer à M. Reclus que le procédé de débridement latéral du vagin est peut-être applicable au traitement des fistules vésico-vaginales, mais ne saurait l'être à celui des fistules recto-vaginales. En outre, dans le cas de M. Reclus, il s'agissait d'une femme qui avait subi l'hystérectomie. Cela change complètement les conditions de traitement de ces fistules.

M. Legueu défend son procédé et déclare qu'il le considère comme simple et facile.

Dans la précédente séance, M. Bazy a parlé du **danger de baser sur l'examen bactériologique seul le diagnostic et les indications opératoires dans la tuberculose rénale.** Il rapporte l'histoire d'un malade qui était venu pour lui demander son avis au sujet d'une néphrectomie qu'on lui avait proposée à la suite d'un cathétérisme urétéral, cathétérisme qui avait démontré la présence de bacilles tuberculeux dans l'urine du rein gauche. M. Bazy jugea cette intervention inopportune, d'une part parce que, même en admettant que le rein fût tuberculeux, il n'y avait aucune indication opératoire (douleurs, hématuries, etc.), d'autre part parce que des examens répétés de l'urine, faits dans son service, n'avaient d'ailleurs pas permis de retrouver le bacille de Koch. Ces urines contenaient bien une sorte de pseudo-bacille tuberculeux, offrant tous les caractères morphologiques et la réaction vis-à-vis des colorants du véritable bacille, mais les inoculations de ce bacille au cobaye restèrent toujours négatives.

Le malade suivit un traitement médical, et actuellement il est en bonne santé, exerce sa profession avec toute l'activité désirable, a bon appétit, pas de fièvre et ne souffre en aucune façon.

Tout porte donc à croire que ce jeune homme n'est pas tuberculeux ou, s'il l'a été, qu'il ne l'est plus. Ainsi se trouvent donc justifiées les réserves que M. Bazy a cru devoir faire au sujet des indications opératoires dans la tuberculose rénale et des indications diagnostiques que peut fournir l'examen de l'urine.

M. Tuffier revient sur la **lithiase du cholédoque et la cholédocotomie.** Il étudie successivement le diagnostic des obstructions calculeuses du cholédocoque et la conduite à tenir en pareil cas.

Le diagnostic de l'obstruction du cholédoque par calcul lui paraît souvent difficile, non seulement avant, mais pendant, et quelquefois même après l'intervention. Avant l'opération, le diagnostic peut se poser entre un calcul et une tumeur comprimant le chodécoque; en général on s'appuiera, pour l'établir, sur des crises antécédentes de coliques hépatiques qui plaident en faveur d'un calcul. Le signe de Courvoisier-Terrier (augmentation de volume de la vésicule dans le cancer, ratatinement dans la lithiase du cholédoque) n'est pas un signe constant.

M. Tuffier cite aussi des observations où tout indiquait une rétention biliaire par obstruction ou compression du

cholédoque et où cependant, au cours de l'opération, il fut impossible de déterminer la nature ou même le siège de l'obstacle.

Enfin, même à la suite de l'intervention, il est des cas où, les pièces en mains, on a pu hésiter entre une sclérose ou un cancer de la tête du pancréas.

Abordant la thérapeutique opératoire des calculs du cholédoque, M. Tuffier se déclare partisan de la cholédocotomie toutes les fois que cette opération ne rencontre pas de difficultés — provenant des lésions locales ou de l'état général du malade — capables de la rendre particulièrement grave. Dans le cas contraire, il a recours à la cholécystentérostomie ou même à la simple cholécystotomie. M. Tuffier cherche en effet, toujours avant tout, à faire le refoulement du calcul du cholédoque dans la vésicule, opération plus simple et moins grave que la cholédocotomie, qui lui a donné une mort.

Quant à la question de la suture ou de la non-suture du canal après la cholédocotomie, M. Tuffier, s'il préfère en général la non-suture, pense cependant que lorsque le canal est bien abordable, souple et facile à amener sous l'aiguille, il ne faut pas hésiter à faire la suture.

DÉCLARATION D'AVORTEMENTS

ENLÈVEMENT D'EMBRYONS

Nous sommes heureux de pouvoir publier le texte de la circulaire qui donne satisfaction aux conclusions prises dans les Sociétés d'arrondissement à propos de la déclaration des fœtus et des embryons (1).

« Paris, le 18 juin 1903.

LE PRÉFET DE LA SEINE

A monsieur le maire du ... arrondissement.

Un incident qui s'est produit récemment dans une des mairies de Paris a appelé mon attention, ainsi que celle de M. le procureur de la République, sur la procédure actuellement suivie pour la déclaration d'avortements et les enlèvements d'embryons.

Cette procédure, vous le savez, est la suivante : la famille ou le médecin-accoucheur fait à la mairie une déclaration qui, après avoir été vérifiée par le médecin de l'état civil, est transcrite sur un registre *ad hoc* appelé le « registre des embryons » ; puis l'inhumation a lieu dans les formes ordinaires, ou bien, si la famille le désire, une voiture spéciale, ne rappelant en rien la forme du corbillard, est envoyée à domicile pour l'enlèvement de l'embryon et son transport au cimetière. Si simple et si discrète qu'elle soit, elle ne donnait cependant pas satisfaction aux personnes qui voulaient rester complètement inconnues. Elle implique, en effet, l'indication du nom et du domicile de la mère. Aussi arrive-t-il parfois, que, dans la crainte de divulgation, aucune déclaration n'est faite à la mairie, et que le produit embryonnaire est jeté dans les water-closets ou dans un endroit désert.

M. le procureur de la République pense, comme moi, que pour rendre moins fréquentes ces pratiques qui sont fâcheuses, à tous les égards, il conviendrait de faciliter, dans la mesure où cela est légalement possible, les déclarations d'avortement et les enlèvements d'embryons. Il m'a adressé à ce sujet une lettre dont j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux les passages principaux :

« La question me paraît devoir être envisagée successivement sous les deux formes suivantes :

Quelles déclarations un officier de l'état civil est-il en droit d'exiger d'un médecin qui a assisté à un avortement?

Quelles mesures convient-il de prendre, dans les cas d'accouchement prématuré, pour que l'inhumation des produits embryonnaires ait lieu sans divulgation du nom et de l'adresse de la victime de l'accident?

Sur le premier point, il ne me paraît pas y avoir lieu de déroger aux règles actuellement en usage, qui ont été édictées, par interprétation du décret du 4 juillet 1806, dans les circulaires des 26 novembre 1868, 14 janvier 1869, 28 janvier 1875 et 26 janvier 1882 après accord intervenu entre votre préfecture et le parquet de la Seine.

Malgré les critiques auxquelles a donné lieu la circulaire du 26 janvier 1882, ses prescriptions doivent être maintenues et appliquées.

La tenue du registre spécial, sorte de livre de police, où sont transcrits les certificats des médecins concernant les embryons ayant de six semaines à quatre mois de gestation, a une utilité qui a été nettement indiquée dans la circulaire du 15 janvier 1869.

Mais dans ce certificat délivré par le médecin-accoucheur, ou dans la déclaration faite par lui à la mairie, celui-ci sera-t-il tenu d'indiquer le lieu d'accouchement et le nom de la personne qui a reçu ses soins? Cette question, non résolue dans les circulaires précitées, a préoccupé quelques municipalités : j'estime que l'officier de l'état civil ne peut contraindre l'homme de l'art à donner ces indications, lorsque ce dernier invoque le secret professionnel.

C'est dans ce sens que, relativement aux déclarations de naissance, s'est prononcé le tribunal de la Seine par jugement en date du 30 décembre 1875, contrairement, d'ailleurs, à l'opinion de divers commentateurs, notamment à celle de Messier (*Traité des actes de l'état civil*) et à celle de Coin-Deslile. Le tribunal a jugé que, dans ce cas, deux principes étaient en lutte ; d'un côté, l'obligation de se conformer aux dispositions de l'article 57, Code civil; de l'autre, l'obligation du secret professionnel imposé aux médecins (art. 371, Code civil), et il a décidé que le second devait faire tempérer dans une certaine mesure l'application du premier.

Dans le cas actuel, cette solution me semble d'autant plus justifiée, que l'article 57, Code civil, est inapplicable.

Les maires auront toutefois le devoir d'exiger de la part du médecin l'affirmation que l'accouchement prématuré a bien eu lieu sur le territoire de leur arrondissement. Et ce n'est que dans le cas où le secret professionnel serait expressément invoqué qu'ils se borneront à mentionner les déclarations du médecin après l'avoir invité préalablement à justifier de son identité et de sa qualité.

En ce qui concerne l'enlèvement des embryons, les prescriptions contenues dans la circulaire du 26 janvier 1882 me paraissent pouvoir être complétées.

J'estime, comme vous, qu'il y aurait utilité à désigner un lieu où les médecins, qui auraient assisté à un accouchement prématuré, pourraient être admis à déposer les produits embryonnaires, après avoir fait à la mairie la déclaration ci-dessus spécifiée; c'est dans ce lieu que ces embryons seraient soumis à l'examen du médecin de l'état civil. »

Je vous prie, monsieur le maire, de vouloir bien donner les ordres pour que les médecins ayant assisté à un accouchement prématuré puissent, conformément à l'avis ci-dessus exprimé, et sous les réserves qui viennent d'être indiquées, se borner, s'ils le jugent nécessaire, à faire et à signer une déclaration ne mentionnant ni le nom, ni l'adresse de la personne accouchée. La même faculté paraît devoir être accordée aux sages-femmes sous les mêmes réserves.

En ce qui concerne le dépôt des embryons, j'estime qu'il

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 23, p. 225.

pourrait être effectué dans les conditions suivantes : le déclarant aurait à déposer lui-même les produits embryonnaires dans une caisse spéciale, à dimensions très restreintes, et n'ayant en aucune façon la forme d'une bière, qui serait placée par les soins des pompes funèbres dans un local de la mairie à déterminer.

Le médecin de l'état civil serait immédiatement appelé à faire la vérification et l'Administration des pompes funèbres serait, aussitôt après, invitée à procéder à l'enlèvement de la boîte et à son remplacement.

Cette procédure sur les détails de laquelle M. Chalamet, inspecteur des pompes funèbres, à Lobau, vous donnera verbalement, sur votre demande, toutes les explications utiles, est la seule pratique et ne paraît devoir soulever aucune objection sérieuse. En effet, outre que les dépôts dont il s'agit seront rares, leur durée sera toujours très courte (quelques heures à peine). D'autre part, ils ne nécessiteront l'intervention du personnel de la mairie que pour l'indication au médecin où à la sage-femme de l'endroit où ils devront être effectués. Enfin, il ne sera pas impossible, même dans les mairies les moins spacieuses, de trouver un local, fût-ce en sous-sol, dans lequel pourra être placée la petite boîte qui leur sera destinée.

Vous voudrez bien, monsieur le maire, m'accuser réception, etc.

Le préfet de la Seine,
Signé : L. de Selves.

Pour copie conforme :
Le directeur des Affaires municipales,
A. Menant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Nîmes.* — Un concours pour des places d'élèves internes sera ouvert le mercredi 2 décembre prochain.

Les élèves devront se faire inscrire avant le 1er novembre au secrétariat des hôpitaux de Nîmes.

Écoles de médecine. — *Tours.* — Un concours s'ouvrira le 18 janvier 1904, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Albert Robin (de Paris).

Au grade d'officier. — M. le docteur A. Poncet (de Lyon).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Launois, Vaquez, Souques, Marie, Carron de La Carrière, Millée et Maestrati (de Paris), de Lavarenne (de Luchon), Jaurès (de Dourgne), Tarrade (de Châteauneuf), Graux (de Contrexéville).

MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active Cahen, Darricarrère et Marchand.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Abelous (de Toulouse), Antheaume et Barbarin (de Paris), Brault (d'Alger), Broussolles (de Dijon), Bruyant (de Clermont), Byasson (de Guéret), Chambrelent (de Bordeaux), Delaunay (de Poitiers), Devic (de Lyon), Duguet et Duplay (de Paris), Gros (de Clermont), Hache (de Reims), Lafont (de Paris), Meunier (de Paris), Massé (de Toulouse), Perrier (de Valleraugues), Philippeau (de Paris), Planchard (de Clermont), Pollosson (de Lyon), Rauzier, Vallois et Vires (de Montpellier).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Achard (de Paris), André (de Nancy), d'Astros (de Marseille), Auboyer (de Roanne), Audebert (de Toulouse), Auvray et Barié (de Paris), Berquet (de Calais), Bert (de Lyon), Bezançon, Brault, Aug. Broca et André Broca (de Paris), Cibert (de Grenoble), Citerne (de Nantes), Collinet (de Paris), Courmont (de Lyon), Déjerine (de Paris), Delagenière (de Tours), Delanglade (de Marseille), Fontagny (de Dijon), Goueffon (d'Orléans), Grynfelt (de Montpellier), Guibbaud (de Tours), Guitteau (de Poitiers). Gyoux (de Bordeaux), Hartmann (de Paris), Hoche (de Nancy), Hyvernaud (d'Orléans), Jeanbrau (de Montpellier), Jeanne (de Rouen), Kirmisson (de Paris), Labarrière (d'Amiens), Labatut (de Bordeaux), Lambret (de Lille), Langlois (de Paris), Le Damany (de Rennes), Lepage (de Paris), Lepetit (de Clermont), J. Lucas-Championnière (de Paris), Luton (de Reims), Lyons (de Cotignac), Marion (de Paris), Michel (de Nancy), Nicolas (de Lyon), Piquand (de Verneiges), Pouget (de Lambesc), Salva (de Grenoble), Sauvage (de Poitiers), Schwartz et Serveaux (de Paris), Soulard (de Bordeaux), Sourdille (de Nantes), Teissier (de Paris), Thézée (d'Angers), Thoinot et J. Tissot (de Paris), Tourrou (de Bordeaux), Vallée (de Lille), Vaquez (de Paris), Villard (de Lyon), Wallich et Walther (de Paris) et M. Gatineau, chirurgien-dentiste à Paris.

— Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Cordon (des Ponts-de-Cé).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Barthelat (de Paris), Baudon (de Coucy-le-Château), Charvillat (de Clermont-Ferrand) et Paul Tissier (de Paris).

Guerre. — Sont promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-inspecteur. — MM. les médecins principaux de première classe Pierrot et Catteau.

— Par décret du 12 juillet 1903, les officiers du corps de santé militaire et du corps de santé des troupes coloniales dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et par décision du même jour ont reçu les affectations ci-après :

Corps de santé militaire. — *Au grade de médecin principal de première classe.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe Février, maintenu à l'hôpital militaire de Nancy; — Brisset, maintenu médecin-chef de l'hôpital militaire Villemanzy à Lyon; — Colnenne, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire d'Alger; — Billot, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Verdun; — Carayon, maintenu à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Massonnaud, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers; — Lambert, maintenu provisoirement aux salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; — Comte, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême; — Troussaint, maintenu provisoirement à l'hôpital militaire de Marseille; — Bassompierre, maintenu médecin-chef de l'hôpital militaire d'Oran.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Kraus, maintenu au 158e d'infanterie; — Sudre, maintenu au 32e d'infanterie; — Simon, maintenu au 138e d'infanterie; — Delporte, maintenu au 114e d'infanterie; — Nabona, maintenu au 68e d'infanterie; — Bassères, désigné pour le 31e d'infanterie; — Duco, maintenu au 66e d'infanterie; — Messerer, désigné pour le 109e d'infanterie; — Jacquin, pour le 150e d'infanterie; — Ferrand, pour le 28e d'infanterie; — Goudal, pour le 154e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Sandras, désigné pour l'École militaire préparatoire d'infanterie de Montreuil-sur-Mer; — Taste, pour le 3e zouaves; — Rouffiandis, pour le 14e d'infanterie; — Jodry, maintenu au 46e d'infanterie; — Le Bihan, maintenu au 137e d'infanterie; — Baron, maintenu au 106e d'infanterie; — Viry, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Ehrmann, maintenu au 43e d'infanterie; — Picon, désigné pour le 103e d'infanterie; — Canel, maintenu au 6e d'ar-

tillerie; — Julia, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

Corps de santé des troupes coloniales. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — MM. les médecins-majors de première classe Garnier, nommé chef du service de santé à la Martinique; — Arami, maintenu au cadre de l'Indo-Chine.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Hagen et Bouyssou, maintenus au cadre de l'Indo-Chine; — Conan, maintenu en service hors cadres au Soudan; — Buisson, maintenu au 2e d'infanterie coloniale; — Lasnet, maintenu en service au ministère de la guerre; — Devaux, maintenu au 7e d'infanterie coloniale.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Féraud, maintenu en service à la Guyane; — Pichon, maintenu au cadre de l'Indo-Chine; — Sauzeau de Puyberneau, maintenu en service hors cadres au Dahomey; — Guillon, maintenu au 3e d'infanterie coloniale; — Dupuy, maintenu au 4e d'infanterie coloniale; — Martin, maintenu au 21e d'infanterie coloniale; — Ferris, maintenu au cadre de Madagascar; — Andrieux, maintenu au cadre de l'Indo-Chine; — Creignou, maintenu au 7e d'infanterie coloniale; — Rapin, maintenu au 1er d'artillerie coloniale; — Marmey, maintenu au 22e d'infanterie coloniale; — Chaze, maintenu au 2e d'infanterie coloniale; — Guiol, maintenu au 3e d'artillerie coloniale.

Mutations. — Ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Billet, nommé sous-directeur de l'école d'application du service de santé militaire et médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris; — Darricarrère, directeur du service de santé de la division d'Alger; — Mareschal, désigné pour l'état-major du gouvernement militaire et place de Paris.

MM. les médecins-majors de première classe Bergounioux, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers; — Vuillemin, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Epinal; — Loup, désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris; — Mickaniewski, pour l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé; — Ferry, pour l'hôpital militaire de Versailles; — Bayvel, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte du Havre; — Baratte, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Etienne; — Rouget, pour le 64e d'infanterie; — Petit, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Epinal; — Adriet, pour le 102e d'infanterie; — Février, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Vannes; — Lalitte, pour le 155e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Esprit, désigné pour le 2e d'artillerie (batteries alpines); — Barbière, pour le 1er dragons; — Sicard, pour le 16e escadron du train des équipages militaires; — Dettling, pour l'école normale de gymnastique de Joinville-le-Pont; — Masson, pour le 11e d'artillerie; — Crépet, pour le 7e cuirassiers; — Dellac, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Maffre, pour le 21e chasseurs à cheval; — Fohanno, pour le 131e d'infanterie; — Moneger, pour le 19e dragons; — Lair, pour le 12e bataillon de chasseurs à pied; — Hotchkiss, pour le 1er d'infanterie; — Huber, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Schneider, pour l'École supérieure de guerre; — Bailby, pour le 3e d'artillerie; — Montagné, pour le 26e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Chaudoye, désigné pour le 3e chasseurs d'Afrique; — Miécamp, pour le 2e chasseurs d'Afrique.

— Par décision ministérielle, en date du 13 juillet 1903, M. le médecin-inspecteur Pierrot, nouvellement promu, est nommé directeur du service de santé du 1er corps d'armée à Lille, et M. le médecin-inspecteur Gentil, également nouvellement promu, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Marine. — Par décret du 11 juillet 1903, M. le médecin principal de la marine en retraite Maurin a été nommé au grade de médecin principal de réserve et affecté au port de Toulon.

Hommage à la mémoire de Bœckel. — L'inauguration du monument érigé à la mémoire du professeur Eugène Bœckel, chirurgien en chef de l'hôpital civil, a eu lieu à Strasbourg, jeudi après midi, à quatre heures, dans la cour de l'hôpital. Outre la famille du professeur Bœckel, le comité de souscription et les auteurs du monument, le sculpteur Marzloff et les architectes Muller et Messler, assistaient encore à la cérémonie le maire de Strasbourg, les membres de la commission des hospices civils, les délégués de l'Association française de chirurgie et de l'Association des anciens internes des Facultés de Strasbourg et de Nancy, ainsi que des représentants des Facultés de médecine de Paris, Nancy et Genève, et le corps enseignant de la Faculté de Strasbourg, ainsi qu'une foule nombreuse d'anciens internes, élèves et amis du professeur Bœckel.

Des discours ont été prononcés successivement par MM. le docteur Lentz (de Metz), président de la commission du monument, qui a remis celui-ci à la commission des hospices civils; Eisen, qui a reçu le monument au nom de cette commission; le docteur Schlumberger (de Mulhouse), qui a parlé au nom de ses confrères alsaciens et des anciens internes du professeur Bœckel; le docteur Ganzinotti (de Nancy), représentant l'Association des anciens internes de Strasbourg et Nancy; le professeur Auguste Reverdin (de Genève), l'un des plus anciens élèves d'Eugène Bœckel; le professeur Le Dentu (de Paris), délégué de l'Association française de chirurgie, et le docteur L. Lévy, au nom des médecins de l'hôpital. M. le docteur Jules Bœckel a remercié les souscripteurs et les nombreux orateurs au nom de la famille.

Une nouvelle variété de carcinome. — MM. Cornil et Ranvier distinguent : 1° le carcinome fibreux; 2° le carcinome encéphaloïde; 3° le carcinome lipomateux; 4° le carcinome muqueux; 5° le carcinome mélanique. A ces variétés, il faut en ajouter une autre, un peu imprévue il est vrai, et que nous révèle en ces termes un de nos confrères du matin : « La *Patria* insiste, à propos de la maladie, sur ce fait que le pape est carcinome. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aubé et Lemaignen (de Rouen).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets simples et d'aller et retour pour Chamonix [Mont-Blanc]. (Chemin de fer électrique du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix.)* — Il est délivré, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des billets simples permettant de se rendre à Chamonix par le chemin de fer électrique du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix.

Des billets d'aller et retour pour Chamonix sont également délivrés à Paris, Lyon, Marseille, ainsi que dans toutes les gares situées dans un rayon de 300 kilomètres de Chamonix. La durée de validité de ces billets d'aller et retour varie de 2 10 à jours, suivant l'importance du parcours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de biologie, par Félix Le Dantec, chargé du cours d'embryologie générale à la Sorbonne, 1 fort vol. in-8° raisin, avec 101 fig. dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Félix Alcan.

Précis d'hématologie et de cytologie, par H. Georges. 1 vol. in-18 cart. de 250 p. avec 14 fig. dans le texte et 4 pl. en chromolithographie, hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

HERNIE TRAUMATIQUE

VARIÉTÉ PARA-INGUINALE

Par M. GUERMONPREZ (de Lille).

Avec la législation actuelle sur les accidents du travail, tout devient prétexte pour devenir rentier, et il est très naturel de rencontrer des gens de bonne foi pour donner à l'ouvrier le bénéfice de tout ce qui est douteux entre la maladie et la blessure.

De toutes les infirmités, aucune n'a été plus discutée que la hernie, pour faire la part de l'effort et celle de la prédisposition. Ce ne sont cependant pas les dissertations qui pourront jamais supplanter les bases de la méthode d'observation : les faits seront toujours les seules bases incontestées. Aussi bien, pour savoir si une hernie est ou n'est pas une blessure, il faut commencer par connaître la hernie traumatique comme on connaît celle qui ne l'est pas. Pour la seconde, il est banal de rencontrer des faits authentiques. Pour la première, les complaisances foisonnent, les possibilités sont admises, les démonstrations font absolument défaut.

Sans doute, les hernies ventrales sont connues; leur origine traumatique n'est ni contestable ni contestée; mais elles sont si loin des lieux d'élection des hernies spontanées que la confusion n'est pas possible.

Le vrai problème consiste à faire la distinction, lorsque la hernie se trouve dans la région inguinale. On le serre de près lorsque la hernie prend le masque de la hernie commune.

Faute de documents, les auteurs écartent la discussion sur ce point. Il n'en est que plus précieux de connaître le fait suivant, qui a été amené par M. le docteur Dispa (de Roubaix) au Service spécial de chirurgie des accidents du travail de Lille.

Pour juger de l'état de l'opinion médicale, on peut lire ce passage du livre de M. Brouardel sur *La profession médicale au commencement du* XXe *siècle* (Paris 1903, p. 159-161) : « Une des questions les plus controversées, au moment de l'application de la loi (du 9 avril 1898) a été celle des hernies. La hernie est-elle un accident du travail? Il est *certain* que la hernie se manifeste *d'ordinaire à l'occasion* d'un effort; celui-ci peut être *peu violent*; tel est l'effort qui accompagne la toux, l'éternuement, la défécation. Il s'agit, dans ces cas, de malades qui ont *un canal inguinal large* et qui, parfois, présentent même *une pointe de hernie, qui peut passer inaperçue pendant un temps plus ou moins long*. Un jour, au cours du travail, alors qu'ils portent un fardeau, ils sentent une gêne dans la région inguinale, s'aperçoivent de la présence d'une tuméfaction plus ou moins douloureuse, et, de bonne foi, ils en rapportent la production à l'effort qu'ils viennent de faire. Avec M. Berger, dont j'avais demandé l'avis, j'ai examiné un malade porteur d'une hernie inguinale gauche, accompagnée d'une pointe de hernie du côté opposé; ces deux hernies étaient certainement dues à une défectuosité organique; elles appartenaient à la variété que l'on a appelée hernie de faiblesse, par opposition aux hernies dites *de force, occasionnées, elles, par un effort très considérable*. Dans ce dernier cas, la hernie ne se produit pas d'ordinaire par les anneaux inguinal ou crural; c'est la paroi qui cède; et on a bien plutôt une éventration qu'une hernie véritable. L'effort dans la hernie de faiblesse a été l'occasion de la sortie d'une hernie imminente. La jurisprudence, en Allemagne et en France, varie quelque peu sur ce point. En Allemagne, les tribunaux disent : le malade, même s'il avait une pointe de hernie, travaillait sans difficulté; aujourd'hui, il ne peut plus donner la même somme de travail; il y a donc, pour l'ouvrier, diminution de sa valeur, et une réparation pécuniaire lui est due. En France, après quelques hésitations, on semble disposé à ne pas admettre la hernie de faiblesse comme constituant un accident du travail. » — Et c'est tout ce qu'en écrit M. Brouardel.

On verra comment un fait précis renseigne bien davantage.

P..., ouvrier teinturier, quarante-trois ans et demi, demeure à Tourcoing, Blanc-Seau. Il aurait été blessé le 18 selon l'ouvrier, le 19 selon la déclaration patronale, en mai 1903. On n'est pas d'accord sur la date; mais il paraît certain que l'accident est authentique et qu'il a consisté en une

compression inopinée (fig. 1). L'ouvrier était adossé à une colonne, lorsque l'angle d'un wagonnet de fer l'a atteint dans la région inguinale du côté droit au moment où ce wagonnet

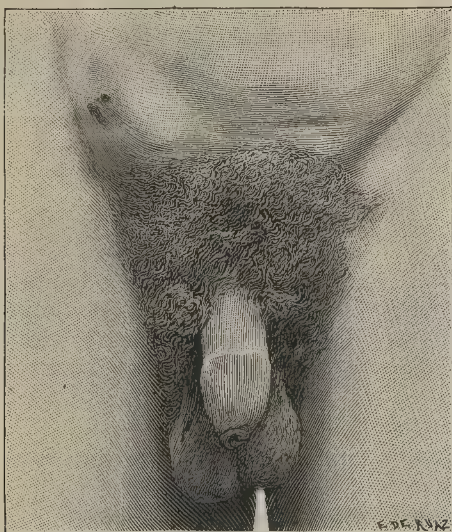


Fig. 1. — *Hernie traumatique para-inguinale du côté droit avec une ecchymose et deux excoriations* (d'après photographie).

descendait un plan incliné. C'est un ouvrier qui parle peu la langue française, conserve son habitude de parler le flamand; et, peut-être timide, il ne veut pas venir seul à Lille. Sa femme l'accompagne le jeudi 21 mai 1903. Elle parle de fièvre, de long séjour au lit pendant une journée entière, d'une visite de M. le docteur Carrette (de Roubaix), etc. Il faut une certaine temporisation avant d'obtenir des renseignements de valeur réelle; encore prend-on le soin de ne les accueillir qu'après avoir constaté les signes physiques et apprécié leur importance démonstrative.

Quand on examine l'homme pendant la station debout, il paraît présenter une hernie inguinale interstitielle banale

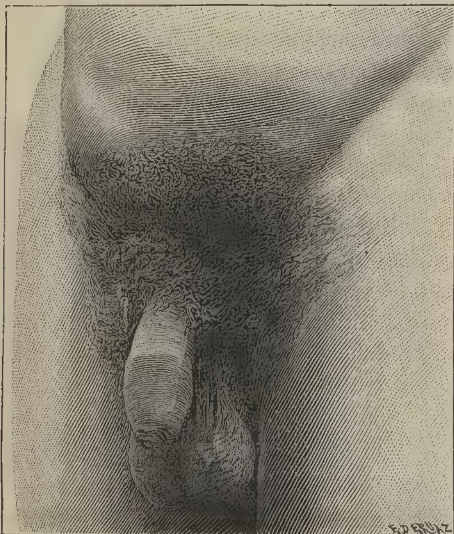


Fig. 2. — *La même hernie vue de trois-quarts. L'ecchymose est du côté opposé de la saillie herniaire* (d'après photographie).

du côté droit (fig. 2). Une coïncidence confirme cette première impression : il y a de grosses varices de la cuisse, du jarret et du mollet de ce même côté droit, tandis qu'il n'en existe pas sur le côté opposé; mais une simple impression ne saurait suffire pour apprécier s'il y a ou non quelque prédisposition aux dystrophies dans les parties molles de ce côté droit. Il est nécessaire de rechercher la précision pour tous les détails.

Dans le décubitus dorsal, la hernie se réduit spontanément et complètement (fig. 3). Quand, de cette attitude, l'ouvrier



Fig. 3. — *Le blessé fait l'effort de se mettre sur son séant. La hernie ne fait issue que partiellement* (d'après photographie).

passe à la station assise, on voit les muscles de l'abdomen se contracter; mais la hernie ne sort presque pas (fig. 4). Replacé dans le décubitus dorsal, l'homme est sollicité de tousser, et la hernie, loin de se reproduire avec impétuosité, sort d'autant moins que le décubitus se rapproche davan-



Fig 4. — *Dans le décubitus dorsal la hernie est spontanément réduite. On ne voit que l'ecchymose sans aucune saillie de tumeur herniaire.*

tage de la rectitude; elle sort un peu par la secousse de la toux lorsque l'ouvrier a la tête fléchie et les genoux relevés et écartés. D'emblée, la hernie se reproduit lorsque l'homme se met dans la station debout. Par précaution, l'exploration des signes physiques est précédée d'un nettoyage savonneux, qui élimine les obscurités surajoutées par les vêtements mouillés en conséquence de la profession de teinturier; et on élimine aussi les colorations qui résultent d'un topique médicamenteux, probablement composé de teinture d'arnica et d'eau de Goulard. On discerne ainsi une récente morsure de sangsue, précisément au centre d'une ecchymose partiellement noire et jaune dans une étendue de 5 centimètres environ. Il n'y a pas de bosse sanguine, et le tissu sous-cutané ne paraîtrait pas autrement altéré, si on ne faisait pas l'exploration pendant le décubitus dorsal; dans ces conditions, on reconnaît par comparaison que le côté droit présente un épaississement de cette couche anatomique : les plis cutanés sont moins profonds et moins nombreux.

L'exploration de l'anneau herniaire est un peu pénible, mais on réussit avec quelques ménagements. Le doigt qui explore le trajet inguinal n'arrive pas à l'anneau herniaire. Au

contraire, l'exploration directe permet d'y pénétrer d'emblée et aussi facilement que dans les hernies ombilicales. L'ouvrier subit sans peine l'exploration bimanuelle (fig. 5);

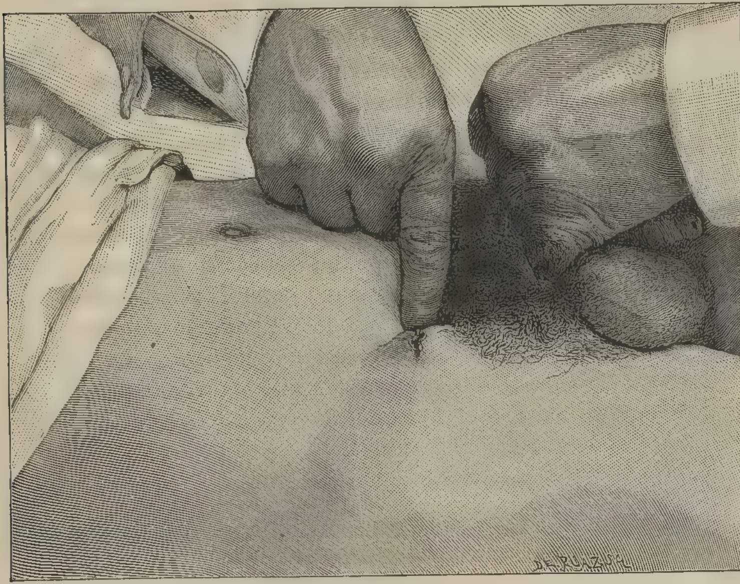


Fig. 5. — *L'auriculaire de la main gauche du chirurgien est dans le trajet inguinal. L'index de la main droite est dans l'orifice de la hernie traumatique para-inguinale* (d'après une photographie).

tandis que le doigt auriculaire de la main droite occupe le trajet inguinal jusqu'à son orifice péritonéal, l'index gauche, et même le médius avec lui, pénètrent dans l'orifice herniaire. Entre les deux, on sent l'impossibilité de rencontrer une communication. Pour les séparer, il existe une épaisseur de tissu fibreux, dont l'étendue peut être évaluée à 12 millimètres environ. L'anneau, loin d'être circulaire, est presque rectiligne, tout au plus fusiforme. Situé au-dessus de l'arcade crurale, plus vertical que celle-ci, il longe la portion inférieure du bord externe du muscle droit antérieur droit de l'abdomen; sa longueur est d'environ 4 centimètres. Son bord inféro-externe, très nettement caractérisé, est mince, aponévrotique, souple, sans aucun épaississement qui ressemble à un bourrelet. Son bord supéro-interne, moins tendu, moins aponévrotique, présente une épaisseur plus appréciable sans aucun épaississement en bourrelet. — Il faut une exploration attentive, délicate et renouvelée, pour apprécier ce que sont les modifications des couches musculaires. Le muscle droit antérieur du côté droit est épaissi, comme au début d'une myosite. Les muscles oblique et transverse sont au contraire ramollis, comme atteints de stupeur.— En pénétrant par l'anneau herniaire, on palpe aisément la branche horizontale du pubis; puis, se dirigeant au dehors, on tâte directement le pouls de l'artère iliaque externe; mais on ne rencontre nulle part les éléments anatomiques si connus du cordon. Le contenu de la hernie ne paraît jamais présenter les caractères de l'épiplocèle. L'entérocèle y est seule; mais les caractères varient suivant les circonstances. On y remarque parfois des mouvements péristaltiques de l'intestin comme on a coutume de l'observer, lorsque l'intestin est devenu très superficiel sous les téguments.

De ces constatations, faites conjointement par MM. Guermonprez et Dispa, il résulte : 1° qu'il n'y a pas de caractères de la hernie inguinale commune ni d'aucune autre hernie spontanée; 2° qu'il existe les caractères d'une hernie ventrale para-inguinale et de nature traumatique, imputable à l'accident de mai 1903.

La description qui précède se rapporte à la situation au quatrième jour. L'exploration relatée a déterminé chez le blessé une réelle fatigue; et ce n'est que le septième jour qu'il se présente pour la seconde fois.

Le 24 mai 1903, il est survenu plusieurs modifications de détail. L'ecchymose est devenue d'un jaune grisâtre; sa dimension est réduite à 3 centimètres. Au centre même de cette ecchymose, on trouve une mince croûte, encore un peu adhérente : c'est le dernier vestige de l'excoriation produite par l'instrument vulnérant. — L'anneau de la hernie est désormais plus nettement caractérisé. Moins étendu en longueur, il est devenu plus large : il est long de 3 centimètres et large de presque 2. Son pourtour est devenu plus épais; il se constitue en bourrelet, surtout aux extrémités : il en est ainsi sur la lèvre supéro-interne aussi bien que sur le bord inféro-externe. — Le volume de la hernie semble avoir quelque peu augmenté. — La paroi abdominale a perdu partiellement les saillies de sa configuration anatomique : la consistance des muscles obliques et transverse du côté droit est devenue plus dure que celle des congénères; celle du muscle droit antérieur n'est pas modifiée depuis trois jours. On fait un bandage en spica de l'aine avec des feutres appropriés sur la région herniaire; le blessé en éprouve un soulagement immédiat. Le bandage est conservé jour et nuit pendant les premières quarante-huit heures de son application; puis il est supprimé chaque soir et réinstallé le matin, avant même de quitter le lit. On apporte à confectionner ce bandage des soins particuliers, pour fixer (par quelques points de couture) les spires de la bande un peu plus haut que de coutume sur les circulaires du ventre. Par cet artifice, les circulaires de la cuisse dérapent moins complètement dans le pli de l'aine et la hernie est contenue avec une meilleure exactitude.

Le quinzième jour, 1er juin 1903, le résultat obtenu dépasse toutes les espérances, même les plus optimistes. — C'est pendant la station debout, que le bandage est supprimé; et la hernie ne reparaît pas plus que si elle était réellement réduite et contenue. — L'ouvrier teinturier est ensuite replacé sur le lit d'exploration; on provoque le geste de s'asseoir et on voit encore apparaître un peu de la saillie herniaire. On s'abstient de provoquer la toux, ou l'effort de pousser; on se prive donc de la satisfaction de savoir si la réduction est apparente ou réelle. — La palpation démontre la consistance dure, lardacée des tissus musculo-aponévrotiques au niveau du traumatisme. Cette modification occupe une étendue notablement moindre que celle de l'anneau herniaire.

Les tissus circonvoisins sont souples et mobilisables les

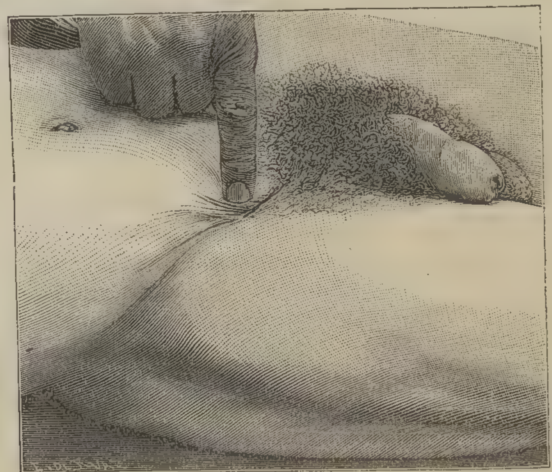


Fig. 6. — *Pendant la période de la guérison, la peau adhère à la couche musculo-aponévrotique* (d'après photographie).

uns sur les autres; ceux de la région herniaire sont, au contraire, adhérents entre eux depuis la peau jusqu'à la séreuse (fig. 6). — On le voit pour la peau, lorsqu'on provoque le

déplacement de celle-ci, soit en la poussant, soit en la pinçant : il n'y a aucun doute quand on fait la comparaison entre le côté droit et le côté gauche, avec le soin de choisir des portions parfaitement symétriques, de diriger le pli exactement dans le même sens, et de faire l'exploration à deux mains, c'est-à-dire sur les deux côtés à la fois, de façon à observer tous les détails de la symétrie de ce mode d'exploration. Au niveau de l'arcade crurale, la similitude est exactement la même pour les deux côtés; il en est de même sur le trajet du canal inguinal; mais il y a un contraste indéniable dans la portion para-inguinale, qui répond précisément au traumatisme. — C'est là aussi que se voit la petite plaque pigmentée qui succède à la chute de la croûte. Il n'y a plus aucune teinte ecchymotique.— Qu'on s'y prenne dans une direction ou dans une autre, qu'on pousse la peau ou qu'on la soulève, c'est toujours au même endroit que l'adhérence est constatée, c'est au centre même du traumatisme.

Le chirurgien met à profit cette indication pour explorer encore la région par la palpation; il n'y a réellement plus d'orifice herniaire; la paroi est reconstituée sans discontinuité. — L'état général est bon; mais le patient explique obscurément ce qu'il appelle de l'affaiblissement; il est ennuyé et surtout fatigué d'être longtemps assujetti à observer l'attitude horizontale. Il a passé une grande partie de ses journées dans le décubitus dorsal; il s'y est tenu sur un banc organisé sous une tonnelle dans son jardin; cette inaction prolongée lui devient pénible, parce qu'elle contraste avec l'activité des allées et venues de son métier dans l'atelier de teinture.

Le vingt-deuxième jour (8 juin 1903) la hernie demeure réellement réduite et maintenue par la paroi abdominale elle-même. Quand le blessé se trouve couché sur le dos et et qu'on lui fait accomplir le geste de s'asseoir, il n'y a plus la moindre apparence d'issue des viscères. Il en est de même pendant que l'homme quitte son séant pour s'allonger sur le dos. Il en est de même encore pendant la station debout. Quand on mène l'inspection comparative jusque dans les détails les plus précis, on retrouve un dernier vestige de la différence; du côté sain, il existe une dépression entre le ligament de Poupart et le bord externe du muscle droit antérieur; du côté blessé, cette dépression ne se voit pas. Après l'inspection, c'est la palpation qui montre les modifications réparatrices dans la région de la hernie para-inguinale et le mode de l'évolution curative de l'orifice. La peau n'adhère plus à la couche aponévrotique : ce qui reste de cette adhésion temporaire, c'est une souplesse moins parfaite que dans la région symétrique. — La couche aponévrotique présente trois ou quatre nodosités distinctes à la place de l'orifice herniaire; l'une d'entre elles est plus longue; chacune est de consistance dure comme celle d'une récente cicatrice sous-cutanée; sa forme est allongée, avec une extrémité large, et une autre amincie, filiforme. La direction de cette nodosité répond exactement à celle des fibres aponévrotiques de la région et à celle de leurs entrecroisements. Il n'y a donc plus d'orifice para-inguinal de cette hernie. — Au pourtour de ce siège du traumatisme et dans une étendue de plusieurs centimètres, la couche aponévrotique présente une consistance moins souple : c'est par comparaison seulement, qu'on apprécie la valeur toute relative de ce signe. Il en est de même pour la consistance des muscles : on ne trouve qu'une simple nuance pour différencier les deux côtés : c'est le côté blessé, qui est le plus ferme. — Il est donné les indications pour frictionner, matin et soir, le côté droit de la paroi abdominale. Le bandage n'est plus maintenu à partir de cinq heures du soir; il est, en outre, simplifié par la diminution du nombre et de la consistance des feutres. Le 12 juin (vingt-sixième jour), les constatations sont renouvelées conjointement avec M. le docteur Jules Moreau (de Bruxelles), qui se trouve être transitoirement au Service spécial : la guérison paraît être acquise et conservée.

De ce fait, il convient de conclure : 1° la hernie para-inguinale peut être de nature traumatique; 2° on peut faire la preuve objective de cette origine, même au septième jour, par la constatation de l'ecchymose et de l'excoriation; 3° dès que le blessé se place dans le décubitus dorsal, la réduction de la hernie s'effectue spontanément; elle est d'emblée complète; 4° l'anneau de cette hernie traumatique n'est pas le même que celui de la hernie inguinale commune; 5° le trajet de la hernie para-inguinale n'est ni incurvé, ni oblique; il est direct; 6° l'évolution spontanée du processus peut aboutir à la guérison, si aucune complication n'intervient pendant les premières semaines; 7° pendant les phases de l'oblitération de l'orifice herniaire, on peut observer l'adhérence de la peau à l'aponévrose, puis les nodosités cicatricielles qui succèdent aux ruptures sous-cutanées des plans fibreux de la paroi abdominale.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(17 JUILLET 1903)

Sous le titre de : cancer de l'estomac à forme hépato-gangréneuse, MM. Gilbert et Lippmann décrivent une forme particulière et encore inédite du cancer de l'estomac.

Le début brusque et solennel marqué par une violente douleur épigastrique, des vomissements et une diarrhée noirs et fétides; la voussure très accusée de l'hypocondre droit et de l'épigastre, manifestement due à l'hypertrophie du foie; la sonorité à la percussion de la région proéminente de cette tuméfaction, contrastant avec la matité du reste de la tumeur; la dépression rapide de l'état général et la cachexie précoce; l'hypothermie continue jusqu'à la mort; la marche précipitée enfin de l'affection : tels sont les traits dominants et essentiels du tableau clinique.

A l'autopsie, le foie et l'estomac sont intimement unis. Une perforation au niveau de la paroi antérieure du canal pylorique, envahi par le carcinome, conduit dans une caverne gangréneuse du volume d'un œuf de dinde, creusée dans le parenchyme hépatique, aux dépens du lobe gauche du foie.

Les parois de la caverne sont le siège de lésions diverses et d'intensité variable. C'est ainsi que, histologiquement, l'on observe successivement une zone profonde de gangrène, une zone moyenne de nécrose et de cirrhose, une zone superficielle de tissu vivace. Ces différentes couches sont envahies à divers titres par de nombreux germes, anaérobies pour la plupart, plus spécialement massés à la limite de séparation des deux zones de gangrène et de nécrose.

Cette étude anatomo-clinique, basée surtout sur une observation personnelle et sur trois autres cas autrefois signalés, est suivie d'un chapitre de physiologie pathologique dans lequel les auteurs démontrent le rôle prépondérant joué dans la production de tels accidents par les microbes et plus spécialement par les germes anaérobies.

M. Rouget (du Val-de-Grâce) présente un malade atteint de lèpre nerveuse. Un traitement intensif par l'huile de Chaulmoogra (200 gouttes par jour en lavement) semble avoir donné une amélioration plus apparente que réelle. En effet, les troubles de la sensibilité, qui, l'an dernier, étaient limités exclusivement aux taches érythémato-pigmentées, empiètent

actuellement sur les parties de peau saine avoisinante. La dissociation de la sensibilité (conservation de la sensibilité au tact, perte de la sensibilité à la chaleur et à la douleur) a fait place à une anesthésie complète. Enfin, le nerf cubital, qui l'an dernier paraissait normal, est actuellement augmenté de volume. En dépit de ces symptômes nouveaux, les lésions tégumentaires semblent rétrocéder, du moins *de visu*.

MM. Galliard et d'Œlsnitz présentent un homme âgé de trente-deux ans, admis, il y a un mois et demi, à Lariboisière, avec des symptômes de **compression des racines rachidiennes cervicales**, raideur du cou accompagnée de douleurs irradiées aux membres supérieurs, puis impotence fonctionnelle atteignant successivement les membres supérieurs gauche et droit et due à une parésie localisée aux muscles fléchisseurs. La ponction lombaire a donné issue à un liquide de couleur jaune ambré conservant cette coloration après centrifugation et dont le dépôt était uniquement formé de lymphocytes.

Ce malade a été soumis d'abord au traitement salicylé, puis aux injections de benzoate de mercure. Il est considérablement amélioré.

MM. Chauffard et Boidin rapportent l'étude complète d'un cas d'**infection charbonneuse** survenue chez un mégissier. On constata d'abord un œdème localisé des paupières au niveau de l'œil gauche. La porte d'entrée était révélée par la présence, à l'angle externe de la paupière supérieure, d'une petite vésicule blanchâtre, affaissée, comme piquée à son centre d'une pointe grisâtre. L'œdème envahit bientôt toute la face, gagna le cou et le thorax. Le malade mourut au septième jour; on put déceler la présence de la bactéridie dans le sang. Le traitement consista en injections locales de solution iodo-iodurée et de solution phéniquée à 1 p. 1000. On injecta aussi par voie sous-cutanée des doses quotidiennes de 40 à 75 centimètres cubes d'un sérum anticharbonneux fourni par l'Institut Pasteur.

M. Béclère rapporte l'observation d'un cas de **filaire** chez un de ses malades et s'explique sur le procédé nouveau d'extraction du parasite qu'il a imaginé. Une première partie de l'animal put être extraite avec une allumette. Mais l'animal résistait et ne pouvait être extrait que par fragments. C'est alors que M. Béclère eut l'idée de l'endormir avec du chloroforme. Il put une première fois en extraire environ 0,45 centimètres de longueur; dans une deuxième séance où l'anesthésie put être plus prolongée, on put extraire le dernier fragment. Le ver avait en tout 0,85 centimètres de longueur.

MM. Achard, Grenet et Thomas étudient l'**élimination comparée du bleu et de l'iodure de potassium**. Ils ont repris cette étude en injectant simultanément aux malades en deux régions symétriques la même dose de bleu et d'iodure (5 centigrammes), et en étudiant, pour chaque corps, à la fois le taux de l'élimination et sa durée. Or, les courbes d'éliminations dressées ensuite démontrent que le plus souvent il y a une grande ressemblance entre celle du bleu et celle de l'iodure. De plus les règles énoncées par MM. Bard et Bonnet ne semblent pas se vérifier. Ainsi, dans les néphrites épithéliales, le bleu et l'iodure n'ont pas présenté de différence dans un cas, et, dans deux autres, l'élimination de l'iodure a été supérieure à celle du bleu, sans qu'il y ait exagération pour le bleu, comme l'admettent, en général, les auteurs lyonnais. Dans la néphrite interstitielle l'élimination peut être semblable ou différente pour les deux substances, et les différences ne sont pas toujours de même sens, chez un même malade, à différentes époques.

M. Vaillard, au nom du docteur Lafforgue, présente un mémoire sur le **typhus récurrent dans le nord de l'Afrique**. En examinant le sang d'un malade atteint de malaria et dans le but d'y rencontrer des hématozoaires l'auteur y découvrit les spirilles d'Obermaier.

M. Queyrat présente deux malades : l'un est atteint de **syphilide nigricante**; l'autre de **syphilide pigmentaire généralisée**.

MM. Vaquez et Aubertin présentent un malade atteint d'un **souffle dû à une compression du tronc brachio-céphalique**.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière [6e série] (1), par le professeur Raymond.

La plus grande partie des cliniques professées par M. Raymond, en 1900, concerne les *atrophies musculaires progressives*. Étudiant d'abord la nosologie générale de ces amyotrophies, l'auteur nous montre par quelles phases a passé leur étude; il nous rappelle que, dans une première période, l'atrophie musculaire progressive était considérée comme une maladie autonome, due à une lésion des grandes cellules radiculaires des cornes antérieures. A cette théorie uniciste succède bientôt la doctrine dualiste; à l'atrophie myélopathique du type Aran-Duchenne on oppose l'atrophie myopathique, que les études ultérieures divisent en un certain nombre de variétés distinctes.

Ainsi se sont créées de multiples formes d'atrophies musculaires, formes que M. le professeur Raymond étudie magistralement dans les leçons intitulées : *Atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne; — Paralysies pseudo-hypertrophiques; — Atrophie du type Leyden-Mœbius et du type Zimmerlin; — Atrophie de la forme juvénile d'Erb; — Atrophie du type Landouzy-Déjerine; — Atrophie du type Charcot-Marie; — Névrite interstitielle hypertrophique et progressive; — Atrophie du type Werdnig-Hoffmann*. Pour chacune de ces formes, l'auteur ne se contente pas de décrire ses caractères anatomiques et cliniques; il indique et discute leurs rapports réciproques, montre les relations de la névrite interstitielle hypertrophique avec l'atrophie Charcot-Marie, et signale, dans l'atrophie du type Werdnig-Hoffmann, la forme de transition qui permet de relier les deux grands groupes d'amyotrophies progressives, les myélopathies et les myopathies.

Comme les myopathies, en effet, l'atrophie Werdnig-Hoffmann présente le caractère familial; comme elles, elle débute dans le jeune âge, frappe d'abord les muscles de la cuisse et du bassin et s'accompagne de pseudo-hypertrophie. Mais elle se rapproche aussi des myélopathies par l'évolution rapide et progressive de l'atrophie, par l'existence de tremblements fibrillaires et de phénomènes bulbaires, par la constatation nécropsique de lésions médullaires, de telle sorte qu'on peut légitimement la considérer comme la forme de transition, si longtemps cherchée, entre les deux groupes d'amyotrophies progressives. Et ainsi l'on se trouve ramené à la doctrine uniciste : « Ainsi se trouve reconstituée l'unité de doctrine qui exclut l'hypothèse d'une ligne de

---

(1) Gr. in-8º de 650 p., avec 117 fig. dans le texte. Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

démarcation infranchissable séparant les diverses modalités cliniques de l'atrophie musculaire progressive. »

Deux leçons très étudiées de M. Huet sur l'*électro-diagnostic* et l'*électro-thérapeutique* des atrophies musculaires progressives viennent heureusement compléter les considérations théoriques exposées par M. Raymond; elles sont suivies de cliniques sur la *sclérose latérale amyotrophique*, sur les *paralysies associées des yeux*, sur l'*hémianopsie*, la *syringomyélie*, le *cancer vertébral*, les *affections de la queue de cheval*. Un cas intéressant de *polynévrite généralisée d'origine blennorragique* termine ce volume, que caractérisent, comme les précédents, l'élévation de vues, la précision et la clarté.

L. BABONNEIX.

Chirurgie des aliénés (1), par les docteurs Lucien PICQUÉ, chirurgien en chef des asiles de la Seine, et Jules DAGONET, médecin en chef de l'Asile clinique Sainte-Anne.

M. Picqué, avec la collaboration de M. Dagonet et de plusieurs de ses élèves, MM. Mallet, Paon, Peronne, Macé, vient de faire paraître un second volume sur ce sujet.

La chirurgie des aliénés comporte bien des questions, et M. Picqué les a toutes abordées, les a toutes étudiées avec le soin et la conscience qu'il apporte à tout ce qu'il fait.

C'est d'abord la question si délicate de l'intervention chez les aliénés, envisagée au point de vue légal, question remise à l'ordre du jour par M. Maurel dans son discours de rentrée à la Cour d'appel de Bordeaux, et en discussion actuellement à la Société de médecine légale; c'est encore la question des psychoses post-opératoires, de la neurasthénie post-opératoire, question qui intéresse tous les chirurgiens et qui a déjà été discutée à la Société de chirurgie; les faits observés par M. Picqué démontrent l'importance des tares héréditaires dans la production de ces troubles. C'est, en troisième lieu, l'étude du défaut de rapport entre les lésions organiques diverses et certains troubles fonctionnels variables selon la réaction psychique du sujet, d'où une grande délicatesse dans les indications et les contre-indications opératoires; c'est encore l'étude de nombreux faits prouvant l'action bienfaisante de la chirurgie sur certains délires, les rapports qui existent entre les maladies génito-urinaires de l'homme et certains états psychiques; l'influence bienfaisante des opérations gynécologiques sur certaines formes de délire, l'importance de l'infection chirurgicale dans certaines formes de psychoses. Comme on le voit, ce n'est rien moins que l'étude complète des rapports de la chirurgie et de l'aliénation mentale qu'a entreprise M. Picqué, étude jusqu'ici peu faite, difficile, délicate et engageant plus que toute autre la responsabilité et la conscience du chirurgien.

Enfin, ce volume contient une étude détaillée des pavillons de chirurgie de l'asile Sainte-Anne, et de quelques opérations techniques de chirurgie générale.

Le rôle de chirurgien d'asile, tel que le conçoit M. Picqué, devient considérable, car il doit lui-même pratiquer toutes les opérations, porter son activité sur toutes les branches de la chirurgie, s'initier à la psychiatrie, connaître particulièrement tout ce qui est relatif à l'hospitalisation des aliénés. Ce n'est, en résumé, qu'en envisageant, en même temps, la chirurgie de l'aliéné aux points de vue légal, administratif, scientifique et philanthropique, que le chirurgien d'asile répondra le mieux aux vœux de l'administration, en même temps qu'il donnera satisfaction à ses aspirations scientifiques et humanitaires.

M. Picqué a toutes les qualités requises pour accomplir scrupuleusement ce programme qu'il a lui-même si bien tracé.

A. BROCHIN.

(1) Gr. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. MORLAT. Infantilisme et insuffisance surrénale. — M. ESMONET. Contribution à l'étude du testicule dans quelques infections. Orchites expérimentales. — M. LŒPER. Le mécanisme régulateur de la composition du sang. — M. ROUX. Le diviseur vésical gradué et ses applications dans les hématuries. — M. RÉGERAT. De l'emploi de l'adrénaline en chirurgie urinaire. — M. DUFOUR. Contribution à l'étude des sténoses pyloriques d'origine biliaire. — M. PILLON. Contribution à l'étude de la rougeole ecchymotique. — M. FONTANIE. De l'hématurie rénale dans les néphrites chez les enfants. — M. DE VÉZEAUX DE LAVERGNE. Gangrènes typhiques chez l'enfant; étude d'ensemble. — M. ISELIN. Quelques considérations sur les résections costales et les opérations thoracoplastiques dans les empyèmes chroniques fistuleux. — M. LENORMANT. Le prolapsus du rectum, causes et traitement opératoire. — M. FARGIN-FAYOLLE. Contribution à l'étude des hernies de la vessie. — M. LINARD. Cryoscopie du pus. — M. SAHUT. Essai sur la tuberculose de la diaphyse des os. — M. HUGUIER. Sur les mesures exactes en radiothérapie. — M. GRIMBERT. Diagnostic des bactéries par leurs fonctions biologiques. — M. CARRAYROU. Etude clinique et anatomo-pathologique sur la maladie de Parkinson. — M. MASMONTEIL. La méthode épidurale dans les incontinences d'urine sans lésions vésicales. — M. LENOUENE. Du traitement chirurgical des néphrites. — M. RICHARD. Sur un cas d'appendicite subaiguë avec volumineuse tumeur inflammatoire latéro-cæcale, d'apparence néoplasique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Orléans.* — Un concours pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire sera ouvert le mardi 15 décembre prochain, à deux heures et demie.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire.

Marine. — Par décision ministérielle du 17 juillet 1903, M. le médecin principal Girard (Joseph-Ferdinand), sous-directeur à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux, a été inscrit d'office au tableau de concours pour le grade d'officier de la Légion d'honneur (application de l'art. 12 du décret du 14 août 1902).

— M. le médecin de première classe Berriat, du port de Cherbourg, actuellement en service à Toulon, est désigné pour embarquer sur le croiseur cuirassé *Gueydon*, en essais à Lorient.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la vingt-septième semaine 836 décès, au lieu de 837 pendant la semaine précédente (moyenne 918).

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 10).

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 2).

La rougeole a causé 5 décès au lieu de 22, chiffre identique à la moyenne; la scarlatine, 3 décès (moyenne 4); la coqueluche, 6 décès (moyenne 7); la diphtérie, 9 décès (moyenne 9); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 105, au lieu de 119 pendant la précédente semaine (moyenne 58).

La diarrhée infantile a causé 33 décès de 0 à 1 an, au lieu de 26 pendant la semaine précédente (moyenne 83).

En outre, 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 119 décès au lieu de 114 pendant la semaine précédente (moyenne 106). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (moyenne 13); bronchite chronique,

11 (moyenne 13); pneumonie, 24 (moyenne 22); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 73 (moyenne 63), dont 24 sont dus à la congestion pulmonaire et 29 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 194 décès; la méningite tuberculeuse, 24; la méningite simple, 14; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès.

Clinique ophtalmologique (cours de vacances sous la direction du professeur F. DE LAPERSONNE). — MM. Rochon-Duvignaud, Monthus et Scrini ont commencé aujourd'hui à la clinique de l'Hôtel-Dieu une série de conférences, avec examens cliniques, recherches de laboratoire et exercices de médecine opératoire.

Ce cours aura lieu tous les jours à deux heures et durera trois semaines.

Programme du cours. — I. Pratique de l'examen ophtalmologique et de la skiascopie; — II. Pathologie des voies lacrymales; — III. Chirurgie des paupières; — IV. Les infections conjonctivales. Bactériologie des conjonctivites; — V. Les kératites; — VI. Les iridocyclites; — VII. Cataractes; — VIII. Diagnostic des altérations du fond de l'œil; — IX. Traumatismes de l'œil et leurs conséquences; — X. Glaucomes; — XI. Strabisme; — XII. Correction des vices de réfraction.

Le droit à verser est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis de midi à trois heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Royer-Collard (de Saint-Symphorien), ancien magistrat; Giresse, médecin-directeur du Sanatorium du Canigou (Pyrénées-Orientales).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets de vacances à prix réduits.* — La Compagnie P.-L.-M. émet, du 15 juillet au 15 septembre, des billets d'aller et retour collectifs de vacances de 1re, 2e et 3e classes, au départ de Paris pour toutes les gares situées sur son réseau. Ces billets sont délivrés aux familles d'au moins trois personnes effectuant un parcours simple minimum de 500 kilomètres ou payant pour ce parcours. Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples (pour les deux premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Ces billets sont valables jusqu'au 1er novembre.

Lorsqu'un billet de vacances ne comprend que trois voyageurs, ceux-ci sont tenus de voyager ensemble à l'aller et au retour; lorsque le billet de vacances comprend plus de trois voyageurs, trois d'entre eux au moins sont tenus de voyager ensemble à l'aller et au retour, les autres ont la faculté de voyager isolément, sous certaines conditions.

Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs compris dans un billet collectif de vacances, et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément, à moitié du prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre Paris et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

Ces voyages isolés pourront être faits dans des voitures de la classe du billet collectif ou d'une classe inférieure.

Arrêts facultatifs. Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance à la gare P.-L.-M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'anesthésie localisée par la cocaïne, par le docteur Paul RECLUS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. petit in-8° avec 59 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

HOTEL-DIEU DE LYON

RHUMATISME TUBERCULEUX PRIMITIF

Par le docteur Maurice MAILLAND.

Le rhumatisme tuberculeux est primitif ou secondaire. Il est primitif lorsqu'il constitue la première manifestation de la tuberculose chez des sujets antérieurement sains ou considérés comme tels. Il est secondaire lorsqu'il se montre chez des tuberculeux avérés, médicaux ou chirurgicaux, pendant l'évolution où à la suite d'autres lésions tuberculeuses bien nettes.

Dans ses premières communications à l'Académie de médecine, M. le professeur Poncet avait surtout en vue les formes secondaires; il cherchait alors à démontrer l'existence de ce pseudo-rhumatisme et, pour ce faire, il était dans l'obligation de prendre les faits les plus simples et de s'appuyer sur les associations cliniques les plus évidentes. Il leur donna le nom de rhumatisme tuberculeux secondaire, par opposition précisément aux formes de rhumatisme tuberculeux primitif, dont il signalait, dès le début, plusieurs observations consignées dans la thèse de son élève Egmann (1). Elles sont, comme leur nom l'indique, la première manifestation de l'infection tuberculeuse. « Vous verrez, dit-il dans une de ses cliniques (2), des polyarthrites aiguës apparaissant au cours d'une tuberculose chirurgicale et surtout de la phtisie pulmonaire (*rhumatisme tuberculeux consécutif ou secondaire*), mais vous noterez aussi le rhumatisme articulaire aigu comme premier signe de l'infection bacillaire, soit qu'il existe quelque part un foyer latent, jusque-là non diagnosticable, d'où sont parties les toxines, soit encore que l'imprégnation tuberculeuse ait été articulaire d'emblée (*rhumatisme tuberculeux primitif*) et qu'elle ait été due à une diffusion rapide des bacilles ou de leurs toxines, sans localisations tuberculeuses antérieures. »

L'intérêt n'est évidemment pas le même dans les deux cas. Le rhumatisme tuberculeux secondaire, greffé sur des lésions bacillaires reconnues auparavant, équivaut à un symptôme surajouté, à une complication, si l'on veut, dont la nature peut prêter à discussion, mais qui ne change en rien le diagnostic de tuberculose porté antérieurement et ne modifie pas sensiblement l'état du malade.

Le rhumatisme tuberculeux primitif a une tout autre signification; étant le premier indice d'une infection bacillaire en germe et encore ignorée, sa valeur séméiologique peut être considérable, car, si l'on en reconnaît bien les caractères, il devient un signe révélateur important de la tuberculose au début et, à ce titre, mérite d'attirer particulièrement l'attention. Ceci ne veut pas dire que cette infection latente doive toujours et dans tous les cas se manifester ni que le pseudo-rhumatisant soit irrémédiablement voué à des lésions plus graves dans la suite. Un foyer bacillaire en développement peut très bien se cicatriser et guérir complètement sans se manifester par des symptômes apparents. La pratique des autopsies révèle chaque jour des lésions tuberculeuses des poumons guéries, qui n'ont jamais été soupçonnées pendant la vie.

Lorsque le rhumatisme tuberculeux résulte d'une imprégnation articulaire directe, le processus infectieux peut également s'épuiser dans la jointure sous forme d'hydarthrose ou de rhumatisme chronique, sans aboutir aux lésions classiques de la tuberculose spécifique. M. V. Griffon en publiait récemment une belle observation, avec preuve expérimentale à l'appui (1); nous en avons observé nous-même plusieurs exemples. Il ne faut pas cependant se hâter de proclamer la guérison définitive, car l'expérience montre que de tels malades, considérés comme guéris, reviennent fréquemment, dans la suite, porteurs de lésions tuberculeuses indubitables.

Le rhumatisme tuberculeux primitif est l'indice certain

(1) EGMANN. *Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux ou pseudo-rhumatisme infectieux à marche aiguë, d'origine bacillaire*, Th. de Lyon, 1901.

(2) A. PONCET. *Gaz. des hôpit.*, 20 janvier 1903.

(1) V. GRIFFON. Un cas de pseudo-rhumatisme tuberculeux primitif; étude cytoscopique; preuve expérimentale, Société médicale des hôpitaux de Paris, 18 juin 1903.

qu'un développement tuberculeux, encore latent, se fait dans l'organisme, soit dans un viscère ou une séreuse, soit au siège de l'arthropathie pseudo-rhumatismale, qui est alors la manifestation initiale d'une arthrite bacillaire future. Sans doute, il est des cas où le processus infectieux annoncé avorte et n'atteint pas le stade des lésions spécifiques, mais les observations sont trop peu démonstratives pour en tenir compte; aussi doit-on, en pratique, considérer comme candidat à la tuberculose plus virulente tout sujet atteint d'un rhumatisme que l'on soupçonne de nature bacillaire. De là, ressort la nécessité de connaître ce rhumatisme et surtout de savoir dépister la tuberculose, le plus tôt possible, lorsqu'elle se présente sous ce masque.

Le rhumatisme tuberculeux primitif peut se terminer de différentes façons, mais son mode de début est assez uniforme. Il s'annonce par des accidents rhumatismaux aigus ou subaigus dont il est difficile, souvent même impossible au début de reconnaître la nature véritable. Les symptômes sont ceux d'une synovite rhumatismale mono, mais surtout polyarticulaire. Parfois, comme dans un rhumatisme vrai généralisé, les articulations sont prises en grand nombre. Ce pseudo-rhumatisme est insidieux; il présente une grande fixité dans ses localisations, disparaît lentement en laissant le plus souvent des traces de son passage; il ne revient pas à la première articulation malade, ainsi que le fait souvent le vrai rhumatisme. Il occupe volontiers deux ou trois articulations, rarement plus; il est *oligo-articulaire*.

La fièvre est peu marquée, mais l'état général est vite altéré et il est curieux de noter que l'amaigrissement général est presque la règle. Les complications viscérales n'existent pas ou bien sont sous la dépendance de la tuberculose elle-même et non de l'arthropathie. Disons enfin que la polyarthrite aiguë tuberculeuse ne se généralise pas au même degré que le vrai rhumatisme, elle est moins mobile que celui-ci et se résout plus difficilement; elle n'est pas sensible au salicylate de soude.

Cette première période, d'une longueur indéterminée, se fait tantôt en plusieurs attaques successives, séparées par des périodes d'accalmie, tantôt en une seule, pendant laquelle les accidents se suivent sans interruption. La durée ne dépasse pas quelques jours dans certains cas, dans d'autres elle persiste des semaines et des mois, puis l'affection se termine par un des trois modes suivants :

1° Les arthropathies rhumatismales disparaissent, tandis que se manifestent des symptômes de tuberculose dans un viscère ou dans une séreuse. Dans ces cas, la première période est, en général, assez courte; les phénomènes rhumatoïdes s'amendent progressivement sans aucune amélioration dans l'état général, la fièvre persiste, l'amaigrissement continue après la disparition des arthrites, le malade tousse et le pseudo-rhumatisant devient un tuberculeux pulmonaire, le plus souvent.

2° Le rhumatisme articulaire prend les caractéres d'une arthrite fongueuse, d'une tumeur blanche. L'affection persiste dans deux ou trois jointures. Les grandes articulations, la hanche, le genou surtout, sont le plus souvent atteints.

Les lésions, plus ou moins aiguës, plus ou moins douloureuses, ont une marche variable. Il n'est pas rare, dans des formes relativement bénignes, de voir de telles arthrites, marcher plutôt vers l'ankylose, et ne suppurer que longtemps après leur apparition, à la suite d'irritations répétées, d'un surmenage local, etc. (arthrites réchauffées).

3° La tuberculisation ne se fait pas; le rhumatisme devient chronique. Les petites jointures, celles des mains et des pieds surtout, souvent intéressées dans cette forme, se fixent en mauvaise position et présentent l'aspect typique du rhumatisme chroniqne déformant. Lorsque les grandes articulations sont prises, leurs lésions se rapprochent plutôt de celles de l'arthrite sèche ou de l'arthrite ankylosante plastique. Tout peut se limiter enfin à une hydarthrose banale ou même à de simples phénomènes inflammatoires promptement guérissables.

Ces trois types existent rarement à l'état pur, mais on peut grouper autour d'eux toutes les observations.

Il est clair, que si le diagnostic de tuberculose probable est porté dès le début, avant l'apparition des accidents nettement spécifiques, on peut espérer, par un traitement énergique et précoce, sinon prévenir ces accidents, du moins mettre le malade dans les conditions les plus favorables pour les surmonter. Ce diagnostic précoce, qui doit permettre de reconnaître la tuberculose chez un sujet porteur de lésions d'apparence rhumatismales, offre des difficultés évidentes mais non insurmontables.

En présence d'un rhumatisme d'allure infectieuse, dont il est impossible de déterminer la cause, il faut toujours penser à la tuberculose, quand bien même rien, en apparence, ne permet de la soupçonner. On recherchera tout d'abord dans les antécédents personnels du sujet, et fréquemment son passé pathologique révélera quelque accident tuberculeux avéré, plus ou moins accusé. L'histoire pathologique des ascendants et des collatéraux fera l'objet d'une enquête minutieuse. On contrôlera les données de la clinique par les ressources que nous offre le laboratoire : l'inoculation au cobaye d'un liquide retiré par une ponction aseptique est presque indispensable; on y joindra la recherche des bacilles dans ce liquide, son étude cytologique et cystoscopique. Appliquant l'expérimentation au malade lui-même on aura recours, s'il le faut, à la séro-réaction par le procédé d'Arloing et Courmont, et aux injections de tuberculine. Ce dernier mode d'investigation nous a donné de précieux renseignements en diverses circonstances. Employé avec prudence, suivant la méthode indiquée récemment par Guinard (1), il peut être considéré comme sans dangers.

Grâce à l'emploi simultané ou successif de ces différents procédés, on arrive à déceler la tuberculose latente révélée par le rhumatisme tuberculeux primitif, dont la valeur séméiologique apparaît évidente, à la seule condition d'y penser et de savoir le reconnaître.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(22 JUILLET 1903)

M. Robin a présenté un travail fort intéressant de M. Jaubert sur un nouveau procédé de **fabrication de l'oxygène** qui, par sa simplicité, par l'absence de tout danger et par le peu de frais qu'il entraîne, constitue une véritable révolution pour les emplois aujourd'hui si multiples de l'oxygène.

M. Jaubert a cherché à supprimer tous les inconvénients de la fabrication actuelle et du transport coûteux de l'oxygène, en utilisant certains peroxydes, ou corps à réactions analogues pour la préparation industrielle de l'oxygène, de façon à faciliter son transport à l'état latent dans un corps

(1) GUINARD. *Lyon méd.*, 1902.

solide susceptible de le restituer à froid, sous la simple action de l'eau. En somme, il a cherché à appliquer à l'oxygène le mode de préparation qui a fait le succès de l'acétylène, réaction de l'eau à froid sur un corps solide.

M. Jaubert appelle **oxylithes** ces corps qui sont préparés en grand par l'industrie électro-chimique sous forme de poudre ou d'agglomérés de toutes dimensions. Quand on verse de l'eau sur un morceau d'oxylithe, l'oxygène se dégage immédiatement d'une façon tumultueuse. On comprend le grand intérêt qui s'attache à ces documents et les conséquences pratiques importantes qu'on en peut tirer.

Des explications que nous donne l'auteur de ce travail il résulte que l'oxylithe est le produit donnant l'oxygène le meilleur marché. Les grands avantages du procédé de M. Jaubert peuvent se résumer ainsi :

1° Pas de fortes pressions, donc pas de perte par fuites;

2° Extrême facilité de produire le gaz;

3° Possibilité d'avoir toujours en réserve un volume connu d'oxygène;

4° Aucun danger à redouter;

5° Aucune difficulté de manipulation;

6° Pas de frais accessoires;

7° Oxygène chimiquement pur, tel qu'il n'est obtenu par aucun autre procédé.

M. Jaubert passe ensuite en revue les nombreuses applications de l'oxygène ainsi obtenu, applications industrielles, applications médicales, applications hygiéniques.

On comprendra, d'après cet exposé, l'importance du rôle des oxylithes, qui mettant l'oxygène à la portée pratique de tous, résolvent des problèmes jusqu'ici insolubles. Ainsi un nouvel essor est donné à l'industrie de l'oxygène, dont le développement était forcément limité à cause des graves inconvénients des bouteilles ou tubes de gaz comprimés.

De nombreuses et récentes applications montrent l'avenir réservé aux oxylithes, dans les industries chimiques et métallurgiques. Les oxylithes nous réservent sans doute encore des surprises, car de nombreux débouchés s'offrent à elles chaque jour.

Le reste de la séance a été occupé par des rapports :

M. Hervieux a fait un rapport sur les **vaccinations**;

M. Sevestre sur le **prix Roger**;

M. Landouzy a fait le rapport sur les **travaux des stagiaires aux eaux minérales**;

M. Bourquelot a lu le rapport sur des demandes en autorisation d'exploiter des **sources minérales**;

M. Chauvel a fait un rapport sur une présentation faite récemment par M. Nimier (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 64, p. 647).

M. Kermorgant a analysé un travail de M. Thiéry sur l'**hygiène dans la marine de guerre**.

Encore une séance et l'Académie entrera en vacances pour deux mois. Espérons que M. le secrétaire perpétuel profitera de ces loisirs pour compulser quelques-unes des lettres adressées au bureau et qu'il retrouvera ainsi la pétition qui lui a été adressée par les membres de la Presse pour obtenir, de lui, un meilleur sort.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnés de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

MÉDECINE PRATIQUE

La médication apéritive.

Pour M. Lemoine, qui vient de consacrer un très intéressant ouvrage à la *Technique et* aux *indications des médications usuelles* (1), les apéritifs doivent être divisés en deux classes : les apéritifs minéraux et les apéritifs végétaux.

Les *apéritifs minéraux* forment la classe la moins nombreuse. Ils sont représentés par quelques sels de potasse et par l'acide vanadique et ses composés.

L'*acétate de potasse* est soluble dans l'eau en toutes proportions : on le prescrit à la dose de 1 à 10 grammes par jour dans une infusion amère (centaurée, houblon, quassia amara).

Le *sulfate de potasse* jouit de propriétés apéritives et laxatives : il se prescrit à la dose de 1 à 6 grammes par jour dans une infusion amère, comme le précédent.

Les *persulfates alcalins* résultent de la combinaison de l'anhydride sulfurique avec un métal alcalin : sodium, baryum, potassium, lithium. Introduits en thérapeutique par Nicolas (de Lyon), Garel, Milian, Rigot, ils sont indiqués dans tous les cas où il existe de l'anorexie; ils sont contre-indiqués dans les tuberculoses fébriles, à évolution rapide, et aussi dans la phtisie pulmonaire à la dernière période.

L'*acide vanadique* produit, à doses très faibles, de très heureux effets : augmentation de l'appétit, du poids et des forces. On peut l'employer en thérapeutique à la dose de 1/2 milligramme par jour; on peut aussi lui substituer le vanadate de soude en solution aqueuse, à la dose de 4 à 5 milligrammes par jour pendant trois jours par semaine. L'acide vanadique et le vanadate sont indiqués contre l'anorexie de la tuberculose, de la chloro-anémie et des états cachectiques en général.

Un des meilleurs apéritifs est le *bouillon de bœuf*, le vulgaire bouillon gras. Pris froid, dégraissé, une heure avant les repas, il excite la sécrétion du suc gastrique et, par suite, l'appétit. On peut renforcer aussi son action en lui ajoutant un peu de peptone en poudre.

La *glycérine neutre* est encore recommandée par M. Lemoine qui a retiré de bons résultats de l'emploi de la formule suivante :

Sirop de quinquina.........	200 grammes.
Glycérine neutre............	100 —
Teinture de badiane........	5 —

Les *apéritifs végétaux* constituent la classe la plus nombreuse. De ces apéritifs, le plus connu est le *quinquina* : « Le quinquina, ou du moins son écorce, dit justement M. Lemoine, constitue pour le public l'apéritif idéal. C'est le vin de quinquina qui, pendant près d'un siècle, a constitué l'apéritif thérapeutique le plus employé. A mon avis, sa réputation est usurpée. Je crois que jamais on ne doit employer comme apéritif un produit contenant du vin ou de l'alcool pur au risque de créer des habitudes d'alcoolisme d'autant plus dangereuses que le médecin aura été en quelque sorte leur instigateur, et, d'autre part, on ne stimule pas l'appétit. Aussi je proscris formellement le vin de quinquina sous toutes ses formes. »

Cela ne veut pas dire qu'il faille, dans tous les cas, se priver des propriétés thérapeutiques du quinquina. Il faut, au contraire, les utiliser, mais seulement sous deux formes, le sirop de quinquina et la quinine. On prescrira, par exemple :

Sirop de quinquina..........	300 grammes.
Phosphate de soude.........	10 —

Une cuillerée à soupe dans un peu d'eau, une heure avant le repas.

(1) Paris, Vigot éditeur, 1903

Ou encore :

Sirop de quinquina.......... 150 grammes.
Teinture de noix vomique.... 2 —
Teinture de badiane......... 3 —

Une cuillerée à café dans un peu d'eau.

Les sels de quinine doivent être administrés dans un sirop qui corrige leur amertume, comme dans les formules suivantes :

Bromhydrate de quinine......... 1 gramme.
Sirop d'écorces d'oranges amères. 150 —

Une cuillerée à café dans un peu d'eau une heure avant les repas.

Ou encore :

Chlorhydrate de quinine..... 1 gramme.
Teinture de noix vomique.... 2 —
Teinture de badiane......... 3 —
Sirop de quinquina.......... 150 —

à la même dose et de la même façon.

Ce sont là des apéritifs excellents, surtout si on les fait prendre dans une petite tasse d'infusion très chaude de houblon et de quassia amara. L'*absinthe*, à petites doses, détermine des phénomènes d'excitation de la muqueuse digestive, stimule l'appétit et favorise la digestion : elle s'emploie de différentes façons : en poudre, à la dose de 1 à 2 grammes ; en tisane à 5 p. 100 ; en teinture, à la dose de 5 à 20 grammes ; en extrait aqueux à la dose de $0^{g}50$ à 2 grammes ; en huile essentielle, à la dose de $0^{g}25$ à 1 gr. On l'associe souvent à d'autres stomachiques pour composer des vins ou des élixirs stomachiques :

Extrait d'absinthe........... 5 grammes.
Extrait de gentiane......... 2 —
Eau de menthe.............. 100 —
Vin de malaga.............. 400 —

Une cuillerée à soupe dans un peu d'eau avant le repas.

L'*asperge* jouit de propriétés analogues : ces propriétés sont dues à l'asparagine, que l'on prescrit à la dose de $0^{g}40$ à $0^{g}80$ par jour en pilules ; elle est aussi diurétique.

La *petite centaurée* est à la fois apéritive et tonique ; elle agit à la façon des amers en stimulant les fonctions digestives ; elle se prescrit en poudre à la dose de 2 à 10 grammes, en infusion à 10 p. 1 000, sous forme d'extrait à la dose de 2 à 4 grammes.

La *chicorée* est également apéritive et tonique. On la prescrit sous forme d'extrait à la dose de 1 à 5 grammes, de sirop à la dose de 10 à 15 grammes, d'infusion de feuilles à 10 p. 1 000, d'infusion de racines à 20 p. 1 000.

Le *colombo* est un stomachique puissant et un tonique renfermant plusieurs principes actifs ; on l'emploie sous forme de poudre, de $0^{g}50$ à 2 grammes ; d'extrait, de $0^{g}10$ à 1 gramme ; de teinture, de 2 à 8 grammes ; d'infusion à 10 p. 100, de vin de 100 à 250 grammes. On l'associe souvent à d'autres apéritifs, comme dans la formule suivante :

Teinture de colombo............ 10 grammes.
Teinture de noix vomique........ 2 —
Sirop d'écorces d'oranges amères. Q. s. pour 50 gr.

Une cuillerée à café dans un peu d'eau avant les deux principaux repas.

La *gentiane* n'est plus guère employée aujourd'hui que comme excitateur des fonctions gastriques dans les dyspepsies torpides. Elle se prescrit sous des formes multiples : extrait, 20 centigrammes à 2 grammes ; poudre, de 50 centigrammes à 5 grammes ; teinture, de 5 à 20 grammes ; vin et sirop, 20 à 100 grammes. Elle entre dans la composition des pilules de Moscou :

Extrait de colombo...... } *ââ* 10 grammes.
— gentiane...... }
— quassia....... }
Fiel de bœuf............ }
Poudre de gentiane...... Q. s.

à diviser en 20 pilules de 20 centigrammes : une avant les repas.

La gentiane sert encore à composer des vins et des élixirs stomachiques.

La *germandrée* était jadis très employée comme apéritif, soit en infusion, à 10 à 20 grammes pour 1000, soit sous forme d'extrait à la dose de 2 à 4 grammes.

Le *houblon* se prescrit en infusion à 10 p. 1000, en sirop à la dose de 20 à 100 grammes, sous forme d'extrait à la dose de 20 centigrammes à 2 grammes. Ses fleurs contiennent une poussière jaune, dite lupulin, qui s'administre dans les mêmes circonstances que le houblon à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes.

La *noix vomique* agit surtout sur les fibres musculaires lisses de l'estomac, soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux. Comme stomachique, on emploie la teinture de noix vomique à la dose de v à x gouttes, ou la poudre de noix vomique à la dose de 2 à 5 centigrammes. M. Lemoine recommande les deux modes d'administration suivants :

Teinture de gentiane..... } *ââ* 10 grammes.
— colombo..... }
— noix vomique. 5 —

xv gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas.

Poudre de noix vomique.............. $0^{g}05$
Extrait de gentiane.................. $0^{g}10$
Poudre de gentiane. Q. s. pour une pilule.

F. s. a. 10 semblables : 1 à 2 par jour.

La racine de *quassia amara* jouit de propriétés stomachiques, grâce à la présence d'un principe amer, la quassine. Le quassia amara agit à la fois sur les sécrétions gastro-intestinales et sur la sécrétion biliaire ; elle détermine une augmentation très réelle de l'appétit et régularise les selles, grâce à son action sur la fonction biliaire. C'est un médicament très précieux qui s'emploie sous forme de poudre, de 1 à 3 grammes ; de macération, 5 grammes par litre ; d'extrait, de 10 à 50 centigrammes ; d'infusion, 5 grammes par litre ; de vin, de 30 à 100 grammes. Elle sert à préparer des tisanes amères, des élixirs et des vins stomachiques :

Teinture de quassia...... } *ââ* 50 grammes.
— colombo..... }
Sirop de quinine......... 1 litre.

un verre à vin avant chaque repas.

La quassine amorphe se prescrit à la dose de 5 à 15 centigrammes, la quassine cristallisée de 10 à 15 milligrammes sous forme de pilules.

Chacun des apéritifs précédents est indiqué lorsque les fonctions digestives, et particulièrement l'appétit, sont perturbées : dans les maladies consomptives, et en particulier la tuberculose, l'anorexie des névroses, le surmenage, les affections chirurgicales entraînant l'immobilité pendant un grand espace de temps, les affections gastro-intestinales s'accompagnant d'hypopepsie et d'atonie gastrique. Pour agir au mieux, les apéritifs doivent être donnés une heure avant le repas, dans une boisson très chaude, boisson dont la quantité ne dépassera pas 100 grammes, si l'on tient à ne pas fatiguer inutilement l'estomac. L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement des affections du cœur par l'exercice et le mouvement (1), par le docteur Fernand LAGRANGE, lauréat de l'Institut, médecin-consultant à Vichy.

La Suède et l'Allemagne sont les deux pays où l'on s'est le plus occupé de ce sujet et où ont pris naissance les deux méthodes de traitement qui dominent toute la thérapeutique « mécanique » des affections du cœur. L'une de ces méthodes, créée par l'école suédoise et par les continuateurs de Ling, ne veut obtenir que les effets *locaux* de l'exercice; l'autre, imaginée par Œrtel (de Munich), ne vise que la recherche de ses effets *généraux*. Tous les systèmes de traitement présentés comme des innovations depuis Ling et Œrtel ne sont en réalité que des imitations.

M. Lagrange pense que les deux systèmes peuvent être combinés et, réunis, produire les meilleurs effets. De nombreuses observations personnelles lui ont permis de mettre la question à son point en précisant autant que possible toutes les indications et, aussi, les contre-indications du traitement. Il explique la double action de la cure d'exercice, d'une part sur les conditions hydrauliques de la circulation, d'autre part sur le fonctionnement des centres nerveux cardio-vasculaires. C'est d'abord par la « remise en marche » de l'appareil circulatoire qu'agit le traitement par le mouvement, bien plus que par une modification des parties constituantes de cet appareil; c'est ensuite par une action régulatrice, due aux impressions sensitivo-motrices, que provoque l'exercice dans les centres nerveux : en un mot, par la *rééducation* de l'appareil circulatoire.

L. GAYARD.

Entre aveugles : Conseils à l'usage des personnes qui viennent de perdre la vue (2), par le docteur Emile JAVAL, directeur honoraire du laboratoire d'ophtalmologie de l'École des hautes-études, membre de l'Académie de médecine.

On sait que, par une cruelle ironie du sort, le docteur Javal, le savant oculiste bien connu, a perdu la vue subitement il y a trois ans. Depuis ce temps, il a consacré toute son énergie et son ingéniosité à rechercher les moyens de continuer à s'occuper activement et le présent volume contient l'exposé des très intéressants résultats qu'il a obtenus.

Nous ne pouvons faire mieux pour donner une idée exacte de cet excellent petit volume que de publier la préface écrite par l'auteur :

« Ayant perdu la vue brusquement à un âge relativement avancé (je venais d'entrer dans ma soixante-deuxième année), un de mes premiers soins fut de m'enquérir de ce qu'il fallait faire pour vivre le moins mal possible avec mon infirmité. Ma surprise fut grande de ne trouver nulle part un ensemble de renseignements à cet égard. C'est qu'en effet, les préoccupations des amis des aveugles, ou *typhlophiles*, se sont concentrées, soit sur l'éducation et l'instruction des jeunes aveugles, soit sur la charité à organiser en faveur des aveugles indigents.

Ce qui explique encore l'absence de documents tels que j'eusse voulu les rencontrer, c'est que la privation brusque et complète de la vue est un malheur peu fréquent. Les adultes dont la vue s'éteint peu à peu s'habituent graduellement à se tirer d'affaire plus ou moins bien. Les uns se résignent bientôt à se laisser vivre dans leur coin, et à disparaître du monde des vivants; les autres, plus énergiques, mais très peu nombreux, continuent, dans la plus large mesure possible, leur existence antérieure, avec le secours des yeux d'autrui. Sans remonter jusqu'à Homère, on a vu Huber, devenu aveugle à l'âge de dix-sept ans, assisté d'un domestique fidèle, continuer les travaux de Réaumur sur les mœurs des abeilles; Augustin Thierry, aveugle à trente ans, ne pas abandonner ses recherches historiques et dicter ses *Récits des temps mérovingiens*; Milton, perdant la vue à cinquante ans, dicter à sa fille son célèbre poème du *Paradis perdu*; Rodenbach jouer un rôle important dans le parlement belge; Fawcett, devenu aveugle à vingt-cinq ans, remplacer, d'abord grâce à une remarquable collaboration familiale, sa carrière d'avocat par celle d'écrivain, se faire élire membre de la Chambre des communes et devenir directeur général des postes. Ces exemples, et d'autres moins illustres suffisent à prouver que la cécité, saisissant l'homme en pleine activité, ne le condamne pas à l'inaction, surtout, si la perte de la vue étant graduelle, il peut s'accommoder, graduellement aussi, à la nouvelle situation qui lui est faite.

C'est par une expérience prolongée que les personnes qui entourent un aveugle apprennent à lui éviter les difficultés avec un dévouement parfois admirable, dévouement dont je voudrais contribuer à diminuer le fardeau.

J'expose, dans les pages qui vont suivre, les résultats de mon expérience et de mes recherches : je sollicite l'indulgence des personnes compétentes, car je ne suis qu'un « parvenu de la cécité ».

La dépense empêchera beaucoup de mes compagnons d'infortune de mettre à profit une bonne partie de mes conseils. Comme mon travail ne sera évidemment pas lu par les aveugles, mais par leur entourage, rien n'oblige à leur en faire connaître tous les chapitres : chacun en prendra ce qu'il pourra. J'écris pour la famille de l'aveugle; c'est à elle d'éviter à son protégé le regret de ne pouvoir se procurer des auxiliaires coûteux, tels que le tricycle-tandem ou le phonographe.

C'est peut-être plus spécialement à mes confrères en oculistique qu'il appartient d'extraire de ce volume les conseils qu'ils trouveront utile de faire profiter leurs clients malheureux. J'ai rencontré plus d'un aveugle qui parlait en termes très amers des soins qu'il avait reçus dans la dernière période de sa maladie.

Je supplie donc mes confrères de résister à la tendance — qu'on dit humaine et que je dis barbare — de leur laisser de l'espoir, en les amusant par des injections de strychnine, des séances d'électrisation ou des traitements internes inutiles et dont l'emploi, même s'il est fait gratuitement, n'est pas pour augmenter la considération de celui qui les applique. Donner, par un traitement de complaisance, une consolation à un incurable, c'est l'empêcher d'organiser sa vie en prévision de l'échéance fatale. Il me paraît plus humain de faire pour ces aveugles ce que j'eusse voulu qu'on eût fait pour moi-même, et de les préparer peu à peu à leur sort. Si, par exemple, on prévoit que le patient sera condamné un jour à recourir à l'écriture Braille, n'est-ce pas un devoir d'utiliser le peu de vue qui lui reste pour lui enseigner les premiers éléments de ce procédé?

Plus particulièrement destinées à servir aux hommes de professions libérales qui viennent de faire le « saut dans le noir », les pages qui suivent n'auraient jamais été écrites sans le malheur qui m'a frappé, et si, comme je l'espère, elles servent à adoucir quelque infortune analogue à la mienne, le sort m'aura donné une précieuse consolation. »

Université de Montpellier : Cinq conférences sur la tuberculose (1).

Dans ces conférences, MM. Rodet, Grasset, Baumel, Forgue, Carrier, professeurs à l'École de Montpellier, « n'ont prétendu ni étaler leur science, ni faire des savants. Leur ambition

(1) In-8°, avec graphiques dans le texte et une carte coloriée hors texte. Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-16 avec frontispice. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

(1) Montpellier, Imprimerie G. Firmin, Montagne et Sicardi, 1903.

s'est bornée à exposer avec le plus de précision et de simplicité possible les notions essentielles que tout homme doit posséder sur la tuberculose. » Ils ont donc étudié successivement le *bacille de Koch*, le *terrain*, la *tuberculose infantile*, la *tuberculose en chirurgie*, le *traitement et la prophylaxie de la tuberculose*. Condensées en quelques pages très claires et très agréables, ces leçons plairont autant aux lecteurs qu'elles ont plu aux auditeurs. L. BABONNEIX.

Le massage abdominal (1), par le docteur M. DE FRUMERIE; préface de M. le professeur GILBERT.

Pratiqué pour la première fois par un élève d'Hippocrate, le médecin Praxagoras, le massage abdominal sort enfin, grâce à M. de Frumerie, de l'injuste oubli où il était resté depuis des siècles. Dans une courte monographie, qui fait naturellement suite à celles qu'il a déjà publiées sur le massage, M. le docteur de Frumerie nous expose aujourd'hui la technique, les indications et les contre-indications, les effets physiologiques de cette nouvelle méthode. M. le professeur Gilbert, dans une élogieuse préface, présente au grand public médical ce petit livre, dont la lecture initiera le praticien aux manipulations, encore mal connues, du massage abdominal. L. BABONNEIX.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. GILLET. Tuberculose pulmonaire consécutive à un traumatisme d'origine thoracique (étude médico-légale). — M. DENIS. Le pouls et la tension artérielle dans la diphtérie. — Mlle HIRSCHHORN. Virulence du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse. — M. ISAY. Traitement de la syphilis pendant la grossesse par l'huile grise. — M. ESCANDE. Contribution à l'étude clinique des avortements et en particulier des avortements criminels. — M. GRIVOT. Contribution à l'étude de la paralysie faciale otitique. — M. GALITSIS. Des éruptions qui surviennent au cours de la diphtérie traitée par le sérum de Roux. — M. BOUTIN. Des vomissements comme symptômes précurseurs de la mort rapide à la période de convalescence de la diphtérie. — M. IRIBARNE. Essai sur l'adénite aiguë mastoïdienne. — M. DAVERNE. Sur quelques observations d'ostéomyélite vertébrale aiguë. — M. VION. La taille hypogastrique. — M. LE MEUR. Des paralysies unilatérales du palais. — M. SALLE. Des phlébites dans la chlorose. — M. GARREAU. Les pneumonies à point de côté abdominal; les pseudo-appendicites pneumoniques. — M. SORRE. Des modifications à apporter à la loi des enfants du premier âge. — M. GIRAUD. Psittacose. — M. MORISSON. Le son amphorique. — M. GINNER. De la parotidite aiguë dans les états cachectiques et les affections chroniques. — M. SAUTRIAU. Contribution à l'étude des kystes traumatiques. — M. DEVAUX. De la brièveté du cordon. — M. MAROGER. Contribution à l'étude de la grossesse extra-membraneuse. — M. MARY. Appendicite et affections utéro-annexielles. — M. ARDILOUZE. De l'hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Nantes.* — M. le docteur Léquyer est nommé, après concours, médecin suppléant.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour le clinicat d'ophtalmologie s'est terminé par les nominations suivantes : M. le docteur Scrini, chef de clinique; M. le docteur Poulard, chef de clinique adjoint.

(1) In-18 jésus avec 8 pl. démonstratives en similigravure. Prix : 2 francs. — Paris, Vigot frères.

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — Sont nommés : chefs de clinique médicale : M. le docteur Grenier de Cardenal; chefs de clinique chirurgicale : MM. les docteurs Bouvier et Duvergey.

Distinctions honorifiques. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le professeur Cornil (de Paris) et M. le docteur Cazeaux (de Langoiran).

Au grade de chevalier. — M. le professeur Charpy (de Toulouse); MM. les docteurs Beveraggi (de Belgodère), Brissay (de Rio-de-Janeiro) et Gallice (de Langeac); MM. les médecins-majors de deuxième classe des troupes coloniales Brussati et Cognacq.

Au titre étranger : M. le docteur Rivière, sujet britannique.

— Les récompenses suivantes ont été décernées pour services rendus à la mutualité :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Bardy (de Belfort), Legros (de Rochefort), Martin (de Trézy) et Rétali (de Sannois).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Dromain (de Paris) et Frottier (du Havre).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Barberin (de Tarascon), Birot (de Lyon), Boutequoy (de Châtillon-sur-Seine), Brohon (de Paris), Capron (de Biache-Saint-Vaast), Dudon (de Bordeaux), Guibbaud (de Lyon), Hacque (d'Angers), Mérieux (d'Asfeld), Muller (de Paris), Naudeau (de Saint-Georges-sur-Cher) et Nédergang (de Belfort).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Adoul (de Marseille), Audemard (de Lyon), Aviérinos (de Marseille), Baude (d'Arras), Cochet (de Lille), Faure (de Lyon), Marion (d'Arles), Martin (de Neufchâteau), Mollet (de Bougival), Ribetou (de Bayonne) et Salvador (de Lyon).

Ier Congrès national contre l'alcoolisme. — Le Ier Congrès national contre l'alcoolisme s'ouvrira du 26 au 29 octobre 1903, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

A ce congrès sont conviées toutes les sociétés anti-alcooliques et toutes les personnes et toutes les collectivités convaincues des ravages de l'alcoolisme et de la nécessité de les arrêter.

La cotisation des membres du Congrès est fixée à 10 francs, et à 5 francs pour les instituteurs et les membres des sociétés anti-alcooliques. Elle donne droit à un exemplaire du compte rendu de ses travaux.

PROGRAMME. — *Première partie. Inventaire* : I. Situation actuelle de l'alcoolisme ; — II. Etat actuel de la lutte contre l'alcoolisme.

Deuxième partie. Le plan de campagne : I. Action des pouvoirs publics : 1° L'Etat : *a.* Action législative ; *b.* Action administrative ; — 2° Les départements et les communes.

II. Action de l'initiative privée : 1° Corps médical ; — 2° Ciergés des divers cultes ; — 3° Commerce. industrie. Agriculture ; — 4° Syndicats ; — 5° Sociétés de prévoyance et d'assistance, œuvres de jeunesse ; — 6° La femme.

III. Organisation de la lutte : Fédération des forces anti-alcooliques ; — Comité permanent.

Toutes les communications relatives aux travaux du Congrès doivent être adressées, avant le 1er août, à M. Riémain, 18, rue de la Cerisaie, Paris (IVe).

Les adhésions et cotisations doivent être transmises à M. Ferrand, trésorier, 68, rue Ampère, Paris (XVIIe).

Anatomie pathologique. — Des conférences et démonstrations pratiques d'histologie pathologique auront lieu du 1er septembre au 31 octobre 1903, au laboratoire d'anatomie pathologique.

Septembre : M. Poulain. Tube digestif, cœur, vaisseaux, du mardi 1er au mardi 22 inclus, à deux heures. — M. Decloux. Rein, du mercredi 2 au lundi 14 inclus, à deux heures. — M. Nattan-Larrier. Foie, pancréas, du mercredi 16 au mercredi 30 inclus, à deux heures. — M. Milian. Peau, du jeudi 24 septembre au samedi 3 octobre inclus, à deux heures.

Octobre : M. Dominici. Hématologie, du vendredi 2 octobre au mercredi 14 inclus, à deux heures. — M. Letulle. Poumons, plèvres, médiastin, du mardi 6 octobre au samedi 31 inclus, à deux heures. — M. Brault. Tumeurs, du vendredi 16 octobre au

vendredi 30 inclus, à deux heures. — M. Riche. Système nerveux, du lundi 5 octobre au mercredi 21 inclus, à dix heures du matin.

L'ensemble du cours comprend huit sections.

Pour l'ensemble du cours, le droit à verser est de 120 francs.

Pour quatre sections, au choix, le droit est de 60 francs.

Des certificats d'assiduité pourront être délivrés aux auditeurs qui en feront la demande.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Les auditeurs devront toujours être munis de leur carte avec l'indication des sections qu'ils auront choisies.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de vacances.* — Un cours complet de technique clinique et un cours pratique de technique de laboratoire auront lieu sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, à l'époque des vacances, avec le concours de MM. les docteurs Gandy, Griffon, Nattan-Larrier, Lœper, Gouraud, Bonnier, Déhu et Lacaille, chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants, et de M. Crouzon, interne du service.

Ces deux cours, comportant chacun dix-huit leçons, constitueront un exposé complet des méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen d'un malade et des procédés de recherches bactérioscopiques, cytoscopiques, hématoscopiques, etc., appliquées au diagnostic clinique. Ils auront lieu, du 21 septembre au 10 octobre, tous les jours, sauf le dimanche, le cours de clinique le matin de dix heures à onze heures et demie, le cours de laboratoire l'après-midi à trois heures.

On peut s'inscrire séparément pour l'une ou l'autre de ces deux séries de leçons. Les droits à verser sont de 60 francs pour le cours de technique clinique, de 100 francs pour le cours de technique de laboratoire.

Les docteurs et étudiants français et étrangers qui désirent suivre ces leçons devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le programme détaillé des leçons sera affiché prochainement.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bouglé, chirurgien des hôpitaux de Paris, décédé à la Ferté-Imbault.

Guide professionnel et technique à l'usage des membres des sociétés d'assistance aux malades et aux blessés des armées de terre et de mer, par le docteur SAGRANDI, médecin-major de l'armée. Un vol. in-18. avec 31 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les troubles de l'estomac chez les tuberculeux pulmonaires.

Par le docteur E. DU PASQUIER (du Havre),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La fréquence des troubles gastriques au cours de la phtisie pulmonaire est un fait observé dès longtemps, et dont l'importance capitale apparaît, par suite des entraves apportées à l'alimentation du phtisique et de l'infériorité qui en résulte dans la lutte de l'organisme contre le microbe envahisseur. Aussi ce sujet a-t-il fait naître de très nombreux travaux dans la littérature médicale.

I

Historique. — Le vomissement fut le premier symptôme qui attira l'attention des auteurs anciens et Morton en 1737 en signale l'importance dans une phrase restée classique : « La disposition à vomir jointe à la toux est un des signes pathognomoniques les plus certains de la toux phtisique. »

Bayle (1810) ne fit que reproduire l'opinion de Morton.

Baumes, dans son *Traité de la phtisie pulmonaire*, créa la forme de la phtisie gastrique qui serait le plus souvent, suivant lui, consécutive aux troubles digestifs.

Puis Broussais (1821), appliquant à l'estomac des phtisiques sa doctrine exclusive de l'organicisme, attribue à des lésions de gastrite tous les phénomènes dyspeptiques observés dans la phtisie.

Laënnec étudia peu les troubles de l'estomac des tuberculeux et signala seulement la tuberculose larvée à forme dyspeptique, mais son immortelle découverte de l'auscultation, apportant une précision jusqu'alors inconnue, vint éclairer d'un jour nouveau tout ce chapitre de la pathologie.

Louis (1) [1826] fut le premier à faire une étude sérieuse des troubles gastriques dans la phtisie, mais son travail, très complet au point de vue clinique, a beaucoup perdu aujourd'hui de sa valeur pour l'anatomo-pathologie, car la plupart des lésions décrites par l'auteur ont été reconnues comme le résultat d'altérations cadavériques de la muqueuse stomacale.

Andral reprit les idées de Broussais et fit revivre la gastrite des phtisiques, aiguë ou chronique.

Cruveilhier fut le premier à démontrer l'erreur de Louis confondant le ramollissement cadavérique de la muqueuse avec des lésions de gastrite.

Aussi ses successeurs, négligeant de plus en plus l'anatomie pathologique, reconnue infidèle, ont tendance à rapporter au système nerveux la principale influence dans les troubles gastriques des tuberculeux.

L'important mémoire de Bourdon (2) [1852] conclut nettement dans ce sens et attribue la dyspepsie des bacillaires à des troubles fonctionnels, ayant pour origine les rameaux pulmonaires du pneumogastrique et pour aboutissant les filets gastriques de ce nerf. L'auteur insiste en outre sur la fréquence des troubles gastriques dès le début de la tuberculose pulmonaire et sur leur importance au point de vue du diagnostic précoce.

Brinton (1858), qui dans son *Traité des maladies de l'estomac* consacre un chapitre à la « phtisie gastrique », considère également les troubles gastriques des tuberculeux « comme une sorte de névralgie des branches du pneumogastrique et du grand sympathique » à point de départ pulmonaire.

Avec Beau la dyspepsie prend une place capitale dans la pathologie et devient l'origine à peu près exclusive de la pthisie.

Avec Wilson Fox, Loquin (1872), l'anatomie pathologique attire de nouveau l'attention, mais les résultats obtenus sont encore faussés par les altérations cadavériques.

Puis parurent une foule de travaux sur les vomissements des phtisiques, où se trouve discutée surtout la pathogénie de ces vomissements, plusieurs théories différentes se trouvant en présence pour les expliquer.

La théorie de la compression nerveuse par les ganglions trachéo-bronchiques tuméfiés ou enflammés, appuyée sur les observations d'Albers (de Bonn), de Legroux, de Potain,

(1) LOUIS. *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, 1843.
(2) BOURDON. Soc. méd. des hôpit., 1852.

fut soutenue surtout par Guéneau de Mussy et par Barély qui la systématisèrent à l'excès, voulant faire dériver tous les troubles gastriques dans la phtisie de l'adénopathie trachéo-bronchique. Varda dans sa thèse adopte les mêmes idées.

Un des plus brillants défenseurs de cette théorie nerveuse fut le professeur Peter (1), qui lui consacra une importante leçon ayant pour titre « Pneumogastrique et tuberculisation pulmonaire », mais il élargit considérablement la doctrine de l'irritation du nerf vague par les ganglions, car il admet, pour expliquer les vomissements du début, l'irritation des filets nerveux terminaux par les granulations tuberculeuses.

Au contraire Arnozan dans sa thèse (1879) soutient la théorie mécanique du vomissement des phtisiques, par compression de l'estomac sous le diaphragme brusquement contracté.

Germain Sée se fait l'ardent défenseur de cette théorie, car il repousse absolument l'origine réflexe du vomissement, pour lui le vomissement est « complètement indépendant de la dyspepsie, ce n'est pas l'estomac qui vomit, son rôle est effacé, passif ».

La découverte du bacille de Koch n'apporte pas grande lumière à la dyspepsie des tuberculeux et la discussion s'éternise sur la pathogénie du vomissement.

Letulle, Lacroix, Lescarret défendent la théorie nerveuse; Simonneau, Cazeneuve soutiennent la théorie mécanique.

Bouchard (2) et son élève Legendre (3) signalent la fréquence de la dilatation d'estomac dans la phtisie et en font plutôt une cause qu'un effet de la tuberculisation.

Enfin Marfan (4) publie en 1887 un travail des plus importants sur *Les troubles et lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire*, où il met au point les lésions anatomo-pathologiques de la muqueuse stomacale chez les tuberculeux, lésions qu'il rapporte à une gastrite chronique intertubulaire débutant par la surface de l'espace interglandulaire.

Les travaux plus récents de Schwalbe (5) et de Rousseff (6) sont venus confirmer ces recherches sans rien y ajouter d'important.

Mais jusqu'alors, réduite aux seuls signes cliniques trop variables suivant les sujets, ou aux recherches anatomo-pathologiques qui n'embrassent que l'aboutissant ultime des lésions organiques, l'étude des troubles de l'estomac présentait de nombreuses incertitudes.

Bientôt les progrès de la chimie biologique mettant à l'ordre du jour le chimisme gastrique, un nouveau moyen se présentait à étudier le fonctionnement de l'estomac au point de vue de la sécrétion des sucs digestifs.

De nombreux auteurs se lancèrent dans cette voie et publièrent quantité de travaux dont les conclusions sont souvent contradictoires. Mais certains de ces travaux portent sur un nombre de cas vraiment trop restreint pour avoir une valeur réelle, de plus beaucoup d'auteurs ont voulu généraliser à tous les tuberculeux les résultats obtenus, sans tenir compte des différentes périodes d'une maladie à évolution lente, susceptible de durer parfois des années avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation qui retentissent assurément sur l'état gastrique.

Rosenthal (1) déclare que l'acide chlorhydrique libre manque toujours pendant la digestion chez les phtisiques.

Schetty (2) assure que la production d'acide chlorhydrique n'est nullement diminuée, parfois même exagérée, la fonction motrice restant ordinairement normale.

Au contraire Klemperer (3) trouve toujours un affaiblissement plus ou moins marqué de la motricité et distingue la dyspepsie initiale accompagnée d'hyperchlorhydrie, de la dyspepsie terminale caractérisée par une notable insuffisance de la sécrétion gastrique.

Immermann (4) signale de l'hyperchlorhydrie ou une sécrétion normale dans la plupart des cas de tuberculose, même avec une fièvre élevée.

Hildebrand (5) s'attache à démontrer que la sécrétion d'acide chlorhydrique dans la phtisie pulmonaire présente des rapports étroits avec la fièvre, et est d'ordinaire rigoureusement parallèle à la température, variant en sens inverse.

Brieger (6) s'élève contre des conclusions aussi absolues, et trouve que l'influence de la fièvre des tuberculeux sur la sécrétion gastrique est très variable et ne peut être établie exactement. Dans un travail très sérieux et très complet il affirme que, dans la tuberculose avancée, la sécrétion gastrique est plus ou moins insuffisante dans 74,4 p. 100 des cas, abolie dans 9,6 p. 100, normale chez 16 p. 100.

Dans les cas moyens, il y aurait insuffisance sécrétoire plus ou moins marquée dans 60 p. 100 des cas, abolition chez 6,6 p. 100, état normal chez 33 p. 100.

Au début, la sécrétion serait aussi souvent normale qu'altérée.

Einhorn, Chelmonski, Bordoni, Grusdew n'apportent aucun éclaircissement à la question.

Bernstein (7) affirme que, en règle générale, il y a diminution de la quantité d'acide chlorhydrique libre et que la sécrétion est moins active pendant les périodes fébriles que dans l'apyrexie.

Marfan (8), complétant ses recherches antérieures par des examens du suc gastrique, conclut que « affaiblissement du pouvoir digestif et affaiblissement de la motricité stomacale, tel est le substratum de la dyspepsie vulgaire des phtisiques ». Il signale en outre le syndrome hyperpeptique comme type de la dyspepsie prétuberculeuse.

Pour Hayem (9) la tuberculose pulmonaire est très fréquemment précédée d'une gastropathie latente de forme quelconque, qui commande la forme des troubles gastriques, car la bacillose n'aurait pas au début d'influence nette sur les phénomènes digestifs; plus tard apparaîtrait la gastrite appartenant à la forme mixte vulgaire.

Soltau Fenwick, dans son ouvrage *The dyspepsia of phtisis* (10), distingue : une dyspepsie prémonitoire de la tuberculose, une dyspepsie initiale et une dyspepsie terminale,

(1) Peter. *Clinique médicale*, 1879, leçon 54e.
(2) Bouchard. Soc. méd. des hôpit., 13 juin 1884.
(3) Legendre. Th. de Paris, 1886.
(4) Marfan. Th. de Paris, 1887.
(5) Schwalbe. *Arch. f. path. Anat.*, 1887, vol. LXVII, p. 316.
(6) Rousseff. Th. de Genève, 1890.

(1) Rosenthal. *Berlin. klin. Woch.*, 1889, p. 207.
(2) Schetty. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, vol. XLIV, 2e fasc., p. 219.
(3) Klemperer. *Berlin. klin. Woch.*, 1889, p. 221.
(4) Immermann. *VIII Congress f. innere Med.*, 1889.
(5) Hildebrand. *Deutsch. med. Woch.*, 1889, p. 292.
(6) Brieger. *Deutsch. med. Woch.*, 1889, p. 269.
(7) Bernstein. *Inaug. dissert.*, Dorpat 1889.
(8) Marfan. Congr. de la tubercul., 1891.
(9) Hayem. Congr. de la tubercul., 1893.
(10) Londres, 1894.

mais insiste peu sur la formule chimique de la sécrétion stomacale des tuberculeux, à laquelle il n'attache, dit-il, qu'une minime importance.

Plus récemment les recherches de Croner, de Neumann, de Boardman Reed n'aboutissent à ancun résultat précis.

Albert Robin (1), dans son traité sur *Les maladies de l'estomac*, consacre un chapitre spécial aux retentissements gastriques de la phtisie pulmonaire, et distingue la dyspepsie initiale, hypersthénique, celle qui survient au cours de la maladie, hyposthénique, et enfin la gastrite chronique qui termine la scène.

Signalons encore une communication récente de MM. Albert, Robin et Du Pasquier (2) sur la sécrétion gastrique dans la phtisie.

Enfin, dans une thèse parue dernièrement (3), nous exposons tout au long le résultat de nos recherches personnelles, portant sur quatre vingt-quatre tuberculeux à différentes périodes; on y trouvera également une bibliographie détaillée de la question.

II

Etude clinique. — Dyspepsie pré-tuberculeuse. — Très fréquents au début et au cours de la tuberculose, les troubles gastriques peuvent aussi se montrer, comme signe prémonitoire, avant tout phénomène de localisation pulmonaire, et constituent dans ce cas une dyspepsie vraiment pré-tuberculeuse. Ils sont le premier signe résultant de l'envahissement tuberculeux de l'organisme, et signalent l'éclosion des tubercules, avant que leur développement permette de les reconnaître par l'auscultation du poumon.

Ces faits n'avaient pas échappé à la sagacité des cliniciens anciens qui signalèrent surtout la fréquence des phénomènes douloureux, qualifiés alors de gastralgie, dans cette forme de dyspepsie pré-tuberculeuse, et par la suite l'examen clinique du suc gastrique vint prouver qu'il s'agissait le plus souvent d'hyperchlorhydrie (ou hypersthénie, ou hyperpepsie).

Klemperer, Marfan, Hayem, Neumann ont observé des cas d'hypersécrétion chlorhydrique précédant de peu l'apparition de la bacillose pulmonaire, et nous-même, au cours de nos recherches, nous avons rencontré trois fois cette forme de dyspepsie dans la pré-tuberculose.

Il faut rapporter sans doute ces troubles sécrétoires à une excitation réflexe des rameaux gastriques de la dixième paire, partie des filets pulmonaires de ce nerf, irrités par l'éclosion du tubercule.

Certains auteurs ont invoqué l'action des toxines tuberculeuses, d'autres l'affaiblissement de la motricité stomacale qui, facilitant la stase alimentaire, amènerait l'irritation sécrétoire des glandes gastriques.

Mais à côté de ces cas où l'hypersthénie apparaît subitement, et sans cause apparente, suivie après peu de temps des premiers signes d'une tuberculose commençante, il existe un autre ordre de faits, où un long passé gastrique, datant souvent de plusieurs années, a précédé l'éclosion de la bacillose, et n'a fait alors que préparer le terrain au bacille de Koch, en facilitant la déchéance de l'organisme; la tuberculose est alors le résultat de la dyspepsie longtemps prolongée, et les troubles gastriques sont la cause et non l'effet de la tuberculisation du poumon. La clinique seule et l'étude des dates pourront permettre cette distinction.

Il peut arriver enfin que l'éclosion des tubercules vienne réveiller une dyspepsie ancienne et provoquer le retour de troubles gastriques améliorés depuis un certain temps.

Première période de la tuberculose. — Pendant cette période, au moment de la germination et de la conglomération des tubercules, les troubles de l'estomac sont des plus fréquents et ont été minutieusement étudiés au point de vue clinique, par nombre d'auteurs. Marfan (1), en particulier, a décrit en détail, le « syndrome gastrique initial de la phtisie pulmonaire », apparaissant en général en même temps que les premiers symptômes pulmonaires, et insiste sur les troubles de l'appétit, les sensations douloureuses pendant la digestion (pesanteurs, tension, douleur vraie), les renvois âcres et acides, la toux gastrique, les vomissements et l'inertie stomacale.

Les troubles de l'appétit ne nous ont pas semblé aussi fréquents que l'ont dit certains auteurs. Il existe, dans quelques cas, de l'anorexie plus ou moins marquée, certaines perversions de l'appétit qui est parfois irrégulier, capricieux, mais le plus souvent nous avons trouvé l'appétit normal et même exagéré quelquefois.

Les malades se plaignent souvent de sensations pénibles post-cibum, ce sont des pesanteurs, des aigreurs, des sentiments de malaise, de tension épigastrique, du ballonnement, fréquemment accompagnés de renvois gazeux abondants et plus ou moins fétides, de régurgitations acides. La douleur vraie est plus rare; elle survient en général de trois à cinq heures après le repas, comme une sensation de déchirure, de brûlure au creux épigastrique, et se calme souvent par l'ingestion de quelques aliments ou de paquets alcalino-terreux.

Le vomissement marque parfois la fin de ces crises douloureuses, mais exceptionnellement; il est le plus souvent consécutif aux quintes de toux qui surviennent plus intenses après le repas, le soir surtout, constituant la « toux émétisante » de Pidoux. Alors les tuberculeux « toussent parce qu'ils ont mangé, et vomissent parce qu'ils toussent », disait Peter, et ce caractère du vomissement est un des signes pathognomoniques les plus importants du début de la bacillose pulmonaire, ainsi que l'avait déjà signalé Morton en 1737. Ce vomissement survient sans nausées, ni aucune des sensations pénibles habituelles. Les matières vomies sont en général des débris alimentaires non encore digérés, car il sont rejetés le plus souvent peu après le repas.

Il est exceptionnel à cette période de voir le tuberculeux vomir le matin à jeun, ou en dehors des quintes de toux.

Le fonctionnement de l'intestin au stade initial de la phtisie pulmonaire est assez fréquemment normal, mais la constipation n'est pas rare.

Il existe encore un certain nombre de signes souvent isolés, et passant facilement inaperçus qui pourront à un clinicien exercé indiquer la souffrance de l'estomac; ce sont des crises d'oppression après le repas, des bouffées congestives de la face, des accès de tachycardie au moment de la digestion, parfois une hypersécrétion pharyngée réflexe, occasionnant un crachottement spécial pendant la période digestive [Grancher (2)], ou bien une anorexie particulière le

(1) A. Robin. *Les maladies de l'estomac*, Paris, 1900, p. 851.
(2) A. Robin et Du Pasquier. Soc. de biol., 13 juin 1903.
(3) Du Pasquier. *Les troubles gastriques dans la tuberculose pulmonaire chronique*, Paris, 1903.

(1) Marfan. Th. de Paris, 1887.
(2) Grancher. Traitement de la tuberculose pulmonaire, *Bull. méd.*, 1896

matin au réveil, des migraines, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, etc., tous symptômes qui sont sous la dépendance d'un mauvais fonctionnement de l'estomac et doivent attirer l'attention de ce côté.

La langue des tuberculeux au début est ordinairement nette, rosée, humide, et se recouvre exceptionnellement d'un enduit saburral.

A l'examen par la percussion et la palpation, l'estomac fréquemment distendu par des gaz pendant la digestion, reprend à jeun ses dimensions normales. Il est souvent quelque peu inerte et clapotant et c'est cette inertie momentanée qui a souvent été confondue avec la dilatation, car il est reconnu aujourd'hui que la dilatation vraie de l'estomac est tout à fait exceptionnelle.

Il n'est pas rare de trouver le foie légèrement augmenté de volume et débordant les fausses côtes d'un à deux travers de doigt, à cette période de l'évolution tuberculeuse.

Tous les tuberculeux, au début, ne souffrent pas de l'estomac, mais un grand nombre d'entre eux ont une sécrétion plus ou moins altérée.

L'étude du chimisme gastrique chez ces malades nous a montré que dans la majorité des cas la caractéristique chimique de la dyspepsie initiale est l'hyperchlorhydrie. Nous avons trouvé en effet chez 69 p. 100 des tuberculeux examinés à la première période une exagération de la sécrétion chlorhydrique. Fréquemment ces troubles sécrétoires sont accompagnés de fermentations anormales des aliments ingérés, et le produit de ces fermentations est l'acide lactique le plus souvent et quelquefois l'acide butyrique.

Deuxième période. — La période de ramollissement de la phtisie pulmonaire, considérée au point de vue gastrique, est un stade de transition entre l'hypersthénie fonctionnelle du début et la gastrite chronique qui termine habituellement la scène; et, suivant que les tuberculeux franchissent plus ou moins rapidement l'étape intermédiaire, ils peuvent présenter, à ce moment, de l'hypersthénie, de l'hyposthénie ou les signes initiaux de la gastrite chronique.

On peut donc voir persister les troubles gastriques du début, mais souvent aussi on les voit s'amender au moment où l'estomac, passant de l'excitation fonctionnelle à l'hypofonctionnement, présente une sécrétion à peu près normale.

Beaucoup de malades mangent et digèrent parfaitement, néanmoins un certain nombre se plaignent de l'estomac et attirent l'attention du médecin de ce côté. Ils ont souvent encore des malaises digestifs analogues à ceux du début, exceptionnellement des douleurs vraies. L'appétit est parfois conservé mais souvent diminué ou perverti. Beaucoup de malades témoignent un dégoût marqué pour les viandes et pour les graisses. Quelquefois aussi, se mettant à table avec un appétit excellent, ils sont rassasiés après quelques bouchées et ne peuvent absorber qu'une faible quantité de nourriture.

Les vomissements surviennent encore souvent après la toux, et quelquefois le matin à jeun, composés alors d'un liquide filant et visqueux, dépourvu de particules alimentaires.

Au point de vue chimique, nous avons trouvé la sécrétion de l'estomac très variable à cette période, néanmoins l'hyposthénie nous a paru plus fréquente, témoignant l'affaiblissement graduel du fonctionnement gastrique.

Période cavitaire. — Les troubles de l'estomac au dernier stade de la tuberculose pulmonaire sont essentiellement caractérisés par l'insuffisance de la fonction gastrique, qu subit, comme toutes les autres fonctions de l'économie, l'influence de la cachexie et de la déchéance profonde de l'organisme, aboutissant à la gastrite chronique.

Les phénomènes dyspeptiques à ce moment sont presque constants, et caractérisés surtout par la diminution de l'appétit, allant souvent jusqu'à l'anorexie absolue, limitée parfois au dégoût pour les viandes et les graisses. Le malade éprouve quelquefois aussi cette fausse faim que nous avons notée plus haut, et qui lui fait repousser la nourriture qu'il désirait cependant, après y avoir à peine touché.

Après le repas ce sont des sensations de plénitude, de tension, des crises d'oppression, des éructations gazeuses, des régurgitations de liquide plus ou moins fade, rarement acide.

L'ingestion alimentaire provoque parfois la toux et celle-ci peut amener le vomissement, mais cette variété de vomissement est moins fréquente qu'au début, et ce que l'on observe plutôt à la période cavitaire, c'est le vomissement indépendant de la toux, précédé de nausées et de diverses sensations pénibles. Il survient dans certains cas au début de la digestion, mais quelquefois aussi plus tardivement, cinq, six, sept heures après le repas, lorsque l'estomac finit par se décharger des aliments qu'il n'a pu parvenir à digérer.

L'état de la motricité gastrique est très variable, mais un signe à peu près constant c'est la douleur à la pression du creux épigastrique, traduisant la souffrance des tuniques de l'estomac.

La langue dans ces cas est souvent rouge, sèche, dépouillée, état analogue à celui qui précède l'apparition du muguet ; et de fait l'oïdium se développe fréquemment dans la bouche de ces malades. D'autres fois un enduit saburral plus ou moins épais revêt la surface médiame de la langue qui reste rouge à la pointe et sur les bords. L'haleine est ordinairement fétide.

La fréquence de la diarrhée accompagnant la gastrite chronique a été notée par tous les auteurs, qu'il s'agisse d'une entérite banale ou de lésion tuberculeuse de l'intestin. D'après Rousseff (1), il y aurait là une relation de cause à effet, le bacille de Koch se greffant sur l'intestin à la faveur seulement des lésions stomacales qui lui permettent de traverser l'estomac sans être détruit par le suc gastrique.

Le chimisme gastrique présente, lui aussi, quelques caractères distinctifs. A première vue déjà le contenu de l'estomac, peu abondant, est épais, glaireux et mélangé de mucus filant et visqueux. Ce caractère est souvent difficile à apprécier chez les tuberculeux à cause de l'abondante expectoration qu'ils ont déglutie, le suc gastrique est alors un mélange plus ou moins épais de crachats verdâtres et purulents et de débris alimentaires.

L'examen chimique montre l'absence complète de l'acide chlorhydrique libre (anachlorhydrie) et une forte diminution de l'acide chlorhydrique combiné aux albuminoïdes. Les fermentations anormales sont fréquentes. La pepsine est toujours fortement diminuée, et le Lab ordinairement absent, lorsqu'il existe des lésions de gastrite chronique. Mais celle-ci n'est nullement constante et souvent il n'existe que de l'insuffisance sécrétoire ou hyposthénie.

Nous avons négligé jusqu'ici l'influence de la fièvre sur les troubles gastriques des tuberculeux, c'est que cette

(1) Rousseff. Th. de Genève, 1890.

influence nous paraît, d'après nos recherches, peu marquée, du moins lorsqu'il s'agit de fièvre intermittente et modérée, car lorsqu'elle est élevée, continue et prolongée, la fièvre peut amener une diminution de la capacité digestive, et supprimer la sécrétion chlorhydrique. Mais en général elle laisse intact le fonctionnement de l'estomac, et ce fait correspond bien avec cette remarque classique de Lasègue : « Tout maladequi mange et digère bien tout en ayant la fièvre est un tuberculeux. »

Les opinions des différents auteurs sur ce sujet sont des plus variables.

Hildebrand (1) affirme que la fièvre fait constamment disparaître l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique et que les variations de cet acide sont rigoureusement parallèles (en sens inverse) à celles de la température, au point que dans les cas de fièvre rémittente vespérale on trouverait le matin de l'acide chorhydrique libre dans le contenu de l'estomac, et le soir on constaterait son absence.

En abaissant à la normale à l'aide de l'antipyrine la température d'un tuberculeux fébrile, cet auteur est parvenu à faire reparaître dans le suc gastrique l'acide chlorhydrique libre, qui disparut ensuite de nouveau par le retour de la fièvre. La température limite de l'apparition d'acide chlorhydrique serait de 37° 8.

Les recherches ultérieures n'ont pas confirmé ces propositions trop absolues.

Edinger Gluzinski, Volfram, Brieger, Bernstein, Immermann ont observé des cas de tuberculose fébrile avec sécrétion normale d'acide chlorhydrique; Marfan, Fenwick, Croner, concluent que la fièvre n'exerce aucune influence sur les troubles gastriques. Nos recherches personnelles nous ont conduit au même résultat.

III

Interprétation des faits. — On voit donc que, sans pouvoir tracer de règle absolue, on observe cependant dans la majorité des cas chez les tuberculeux une sorte de cycle gastrique, allant de l'hypersécrétion au début, jusqu'à l'abolition complète de la fonction gastrique, et à la gastrite chronique qui termine habituellement la scène.

En effet, après une première période d'excitation fonctionnelle sous la dépendance probable de l'irritation du pneumogastrique par les lésions pulmonaires, il se produit, en même temps que l'état général fléchit, une certaine fatigue de l'organe, impuissant désormais à continuer sa sécrétion exagérée. Alors entre en scène l'hypochlorhydrie, qui se montre fréquemment à la période de ramollissement des tubercules.

Pendant la phase de transition, le suc gastrique peut présenter quelque temps une composition normale, et c'est à cette période qu'on peut voir s'amender les troubles subjectifs du début, ainsi que l'ont signalé de nombreux auteurs (Marfan, Fenwick, Riegel) à mesure que s'atténue l'hypersthénie initiale. Mais bientôt, accompagnant la déchéance profonde de l'organisme, survient l'épuisement glandulaire, l'acide chlorhydrique et les ferments solubles disparaissent de la sécrétion gastrique, au trouble fonctionnel fait suite la lésion organique et bientôt se trouve constituée la gastrite chronique qui doit être considérée comme la terminaison naturelle de l'hypersthénie du début, ainsi que l'affirme Albert Robin (1), comme la déchéance définitive des glandes gastriques surmenées par une sécrétion excessive.

Plusieurs autres théories ont été émises pour expliquer l'origine de la gastrite chronique. Certains auteurs ont voulu voir dans la gastrite des phtisiques le résultat des médicaments irritants pour la muqueuse gastrique, créosote, arsenic, vins fortifiants, composés iodés, etc. D'autres ont invoqué l'alcoolisme, l'influence vague de la fièvre, de l'anémie, du marasme, des toxines tuberculeuses. Quelques-uns accusent les produits de fermentation anormale d'irriter la muqueuse stomacale et de provoquer à la longue son inflammation chronique.

On pourrait faire rentrer d'après Marfan la gastrite des phtisiques « dans le groupe général des gastrites infectieuses, à côté de celles qui s'observent dans la variole, la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde », l'origine de l'infection se trouvant dans les cavernes pulmonaires où pullulent des germes microbiens de toute sorte.

Mais une autre hypothèse qu'émet encore Marfan, c'est celle « d'une gastrite de cause externe, se développant sous l'influence d'un topique irritant », constitué par certaines substances chimiques contenues dans les crachats déglutis. Cette irritation de la muqueuse gastrique par les produits d'expectoration a été admise de tout temps par un grand nombre d'auteurs et peut assurément être mise au rang de cause adjuvante.

Mais quelle est l'origine de l'excitation sécrétoire qui marque habituellement le début de la tuberculose pulmonaire? De nombreuses interprétations ont été successivement données par différents auteurs.

Klemperer, qui trouve un affaiblissement de la motricité gastrique chez tous les tuberculeux au début, prétend que la stase alimentaire irritant les glandes de la muqueuse stomacale provoquerait par suite l'hypersécrétion chlorhydrique.

D'autres auteurs ont invoqué l'action des toxines tuberculeuses sur l'estomac.

Marfan attribue à l'anémie le syndrome gastrique initial de la phtisie pulmonaire.

Enfin et c'est l'hypothèse qui nous paraît la plus séduisante, on pourrait rattacher l'hyperchlorhydrie du début à l'excitation réflexe du pneumogastrique, qui, irrité au niveau des lésions pulmonaires, transmettrait cette irritation à ses rameaux gastriques, et provoquerait ainsi l'hypersécrétion glandulaire.

Les effets de ce trouble sécrétoire sur l'ensemble de la nutrition du tuberculeux sont des plus intéressants et ont nettement été mis en lumière par les remarquables travaux d'Albert Robin (2).

Il y a le plus souvent, dans l'hypersthénie gastrique, élimination exagérée par les urines des phosphates terreux et des matières ternaires, conséquence de la mauvaise digestion des féculents; les matières ternaires faisant fonction d'acide entraînent toujours pour passer dans l'urine à l'état de sels une certaine proportion de matières minérales hors de l'économie, et contribuent ainsi à spolier l'organisme de son minéral. Le coefficient de déminéralisation est donc, d'ordinaire, plus élevé que normalement chez les hypersthéniques, et le plasma sanguin (Albert Robin) subirait une diminution correspondante en matières minérales.

(1) Hildebrand. *Deuts. med. Woch.* p. 292.

(1) A. Robin. *Les maladies de l'estomac*, p. 890.
(2) A. Robin. Loc. cit., p. 208.

Or, l'appauvrissement du sol minéral de l'organisme, sa faible teneur en phosphore et en matériaux calcaires en particulier, constituent précisément, comme l'ont démontré Albert Robin (1) et Gaube [du Gers (2)] le terrain par excellence de la tuberculose, celui où le bacille de Koch germe le plus volontiers et se développe le plus rapidement.

L'hypersthénie gastrique, qu'elle soit pré-tuberculeuse, ou survienne seulement au stade initial de la phtisie, a donc pour effet de préparer le terrain au bacille tuberculeux, et de faciliter son développement et sa victoire sur l'organisme.

IV

Anatomie pathologique. — Ces modifications sécrétoires, du début, qui ne sont que des troubles fonctionnels sans lésion anatomique, ne fournissent aucun document à l'anatomie pathologique, et celle-ci se réduit pour l'estomac des tuberculeux à l'étude de la gastrite terminale, et aux cas exceptionnels de tuberculose stomacale.

Si nous avons laissé de côté jusqu'ici cette question des lésions tuberculeuses de l'estomac, c'est qu'elles sont d'une excessive rareté, malgré l'opinion de Lebert et d'Eppinger, et que leur histoire clinique n'existe pour ainsi dire pas. Parfois une brusque hématémèse est venue révéler la présence d'une ulcération tuberculeuse de la muqueuse gastrique, ou bien une douleur violente, en broche, nettement localisée, a pu en éveiller l'idée, mais dans la plupart des cas, la tuberculose de l'estomac constitue seulement une trouvaille d'autopsie, dont aucun signe clinique ne permet pendant la vie de soupçonner l'existence.

Sur le cadavre on trouve dans ce cas une ulcération de forme variable, siégeant de préférence au niveau de la grande courbure ; ses bords sont épais, infiltrés; son fond jaunâtre et granuleux répond à la sous-muqueuse,et parfois à la musculeuse; autour de l'ulcère sont des granulations tuberculeuses, enchâssées dans la muqueuse qu'elles soulèvent légèrement. Presque toujours les ganglions correspondants ont subi la dégénérescence caséeuse.

La gastrite terminale des phtisiques n'est nullement une inflammation spécifique de nature tuberculeuse. L'étude des lésions histologiques, en effet, fort différentes de la tuberculose, permet d'écarter cette hypothèse,de plus les recherches pour découvrir le bacille dans l'épaisseur de la muqueuse sont toujours restées négatives (Marfan).

A l'examen macroscopique l'état mamelonné de la muqueuse gastrique attire le premier l'attention; il résulte de l'épaississement de la muqueuse, et est assez habituellement étendu à toute la surface du ventricule, d'autres fois il est disposé en larges plaques situées soit vers le grand cul-de-sac, soit vers la grande courbure. On observe plus rarement l'état aréolaire de la muqueuse stomacale, et exceptionnellement des végétions polypiformes et des érosions punctiformes.

Le microscope montre que la gastrite des phtisiques est, comme le dit Marfan (3) « une gastrite intertubulaire dans laquelle le processus phlegmasique est interstitiel, et dans laquelle l'épithélium de revêtement ou glandulaire ne subit que des altérations consécutives. C'est une gastrite qui débute par la surface de l'espace interglandulaire. » De là les altérations du tissu conjonctif gagnent en profondeur, il se produit une infiltration de cellules rondes dans l'espace interglandulaire et dans la zone sous-glandulaire, puis les cellules des glandes enserrées par l'hyperplasie conjonctive, s'altèrent à leur tour, en particulier les cellules à pepsine, qui perdent leurs granulations protoplasmiques et passent à l'état d'élément épithélial vulgaire non différencié.

Enfin survient la dégénérescence muqueuse ou l'atrophie des glandes, et, suivant la prédominance de l'une ou de l'autre de ces lésions, la gastrite revêt la forme muqueuse ou la forme atrophique.

(1) A. Robin. *Arch. gén. de méd.*, 1895.
(2) Gaube. *Arch. gén. de méd.*, 1894.
(3) Marfan. Loc. cit., p. 108.

V

Diagnostic. — Le diagnostic de troubles gastriques chez les tuberculeux est en général des plus simples. On ne se laissera pas induire en erreur par les vomissements de la méningite tuberculeuse, dont tous les autres signes méningés permettront le diagnostic ; de même les vomissements porracés et repétés qui accompagnent parfois la péritonite tuberculeuse n'égareront pas le clinicien, en présence des symptômes de réaction péritonéale. Nous n'insisterons pas non plus sur les vomissements réflexes de la tuberculose pharyngo-laryngée, sur ceux de l'adénophatie trachéo-bronchique dus à la compression du pneumogastrique par les ganglions hypertrophiés. L'absence de toute sensation douloureuse du côté de l'estomac, l'intégrité de l'appétit, la facilité de la digestion permettront de reconnaître la cause réelle de ces vomissements.

Il n'en est plus de même quand les troubles gastriques précèdent l'apparition des symptômes pulmonaires, au cas de dyspepsie pré-tuberculeuse. Il s'agit alors de dépister la tuberculose commençante chez un malade qui se plaint uniquement de l'estomac, et le problème est toujours difficile, en l'absence de phénomènes d'auscultation assez nets pour assurer le diagnostic. L'examen du suc gastrique sera souvent d'une grande utilité, en particulier pour distinguer la pré-tuberculose de la chlorose. La chlorotique est en effet ordinairement hypochlorhydrique, tandis que l'hypersthénie est la règle dans la période prémonitoire de la bacillose.

En général on devra donc se défier d'une dyspepsie hypersthénique survenant brusquement et sans cause apparente, et redouter l'apparition de la bacillose après ce signe avant-coureur.

Il est important également de pouvoir apprécier l'état de l'estomac chez un tuberculeux à une période quelconque de sa maladie, et certains signes peuvent donner quelques renseignements sur l'état de la sécrétion gastrique. La conservation d'un bon appétit, par exemple, indique plutôt une sécrétion normale ou exagérée, tandis que l'anorexie accompagne ordinairement l'hypochlorhydrie ; la langue saburrale et les malaises au début de la digestion sont en général le fait des fermentations anormales, les douleurs tardives sont dues le plus souvent à l'hypersthénie, de même la constipation ; la diarrhée est ordinairement conséquence de l'hyposthénie; mais il n'y a là rien d'absolu, et les réactions subjectives sont trop variables d'un sujet à l'autre pour qu'on puisse, à l'aide des seuls signes cliniques, parvenir dans tous les cas à un diagnostic de certitude.

En dernière analyse l'examen du suc gastrique, après repas d'épreuve, restera donc le meilleur moyen d'apprécier l'état des fonctions de l'estomac dans la tuberculose pulmonaire.

VI

Pronostic. — L'existence et la persistance des troubles gastriques exerce une influence considérable sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire car, comme le dit Daremberg (1), « l'estomac est la place forte des phtisiques et l'alimentation leur moyen de défense. » Nous avons vu plus haut comment l'hypersthénie provoquant la déminéralisation du sol organique prépare le terrain au bacille de Koch, et on comprend facilement comment toute dyspepsie entravant l'alimentation, entraîne la déchéance rapide de l'organisme et s'oppose à la réparation des pertes subies dans la lutte contre le germe tuberculeux.

Il s'en faut cependant que l'existence de quelques troubles fonctionnels de l'estomac implique à coup sûr un pronostic fatal, car les symptômes dyspeptiques sont susceptibles de rétrocéder, et peuvent souvent bénéficier de rémissions plus ou moins prolongées, mais la guérison dans ces cas sera plus laborieuse et l'état de l'estomac commandera toujours l'évolution des lésions pulmonaires.

Le pronostic sera plus réservé au cas de gastrite chronique, car les lésions de la muqueuse ne permettent plus d'espérer le réveil de la fonction gastrique, cependant on a observé des rémissions même dans ces cas désespérés, car l'intestin peut suppléer parfois à la déchéance de l'estomac. On peut donc dire en réalité qu'en cas de troubles gastriques chez les tuberculeux le pronostic dépend en grande partie de l'intégrité plus ou moins complète du fonctionnement intestinal.

VII

Thérapeutique. — Toute l'importance du traitement des troubles gastriques au cours de la tuberculose pulmonaire découle de l'influence néfaste qu'ils exercent sur l'évolution de la maladie. « Entourez de soins pieux les fonctions de l'estomac des tuberculeux, » disait Peter, sage conseil qu'on pourrait compléter par cette phrase de Grancher : « L'estomac est pour le tuberculeux le laboratoire de la guérison. »

La thérapeutique de ces cas n'a rien de spécial à la tuberculose et doit être variable, appropriée à la formule chimique de la dyspepsie.

L'hypersthénie du début est justiciable des modérateurs gastriques, opium, belladone, picrotoxine, solanine, etc., et des poudres de saturation alcalino-terreuses. Le régime lacté absolu pourra rendre service dans les cas sérieux, mais le plus souvent il suffira de prescrire le régime mixte habituel de l'hyperchlorhydrie.

Contre l'hyposthénie au contraire on aura recours aux excitants de l'estomac, et c'est dans ce cas qu'on pourra esssayer la longue série des médicaments apéritifs ; parmi les meilleurs, citons le persulfate de soude, les strychniques, le condurango, l'arsenic, le métavanadate de soude. Le régime tiendra également une place importante dans le traitement (laitages, œufs, viandes rôties ou bouillies, légumes en purée, poissons, cervelles et autres aliments riches en phosphore).

Dans la gastrique chronique il est bon de faire prendre aux malades des ferments digestifs, pepsine, pancréatine, maltine, associés parfois à une faible dose d'acide chlorhydrique ; les sucs gastriques artificiels, gastérine, gastricine, etc., pourront faciliter la digestion. Quelquefois le lavage de l'estomac à jeun peut rendre service en débarrassant la cavité gastrique des crachats purulents que le malade a déglutis, et en produisant sur la muqueuse une excitation salutaire. On a vu sous son influence l'appétit renaître et la digestion s'améliorer.

Il faut toujours faire passer le traitement gastrique avant toute autre médication puisque c'est l'état de l'estomac qui commande le pronostic, et on peut avec cette seule thérapeutique obtenir une amélioration considérable de la lésion pulmonaire par le relèvement de l'état général.

Quelques indications spéciales peuvent résulter des vomissements répétés consécutifs aux quintes de toux. Le but dans ce cas sera de calmer l'excitation des filets du pneumogastrique au niveau de l'estomac et on y parviendra par les préparations opiacées, la cocaïne, la picrotoxine, etc., prises avant les repas, ou par la révulsion au creux épigastrique (vésicatoires, pointes de feu). Germain Sée préconisait la teinture d'iode (V-VI gouttes avant les repas), d'autres ont vanté l'eau chloroformée, la strychnine, le lavage d'estomac, etc.

Non moins utile que la thérapeutique sera la prophylaxie des troubles gastriques, qui commande avant tout de respecter l'estomac des tuberculeux et d'être toujours très réservé pour l'introduction des médicaments par la voie gastrique.

A la première période surtout où l'estomac est d'ordinaire en hyperfonction, il faut s'abstenir rigoureusement d'administrer par la voie buccale tous les médicaments excitant la sécrétion, tels que l'arsenic sous toutes ses formes, les innombrables vins toniques de quinquina, kola, coca, etc., la créosote et ses dérivés dont on a depuis longtemps signalé les méfaits. Au contraire, à ce moment l'huile de foie de morue, le tannin pourraient être utiles comme modérateurs gastriques, outre leur excellente influence sur la nutrition générale.

A une phase plus avancée, tous les médicaments condamnés au début peuvent avoir leur utilité pour réveiller la sécrétion de l'estomac, et rendent alors de réels services.

Une alimentation substantielle et nullement exclusive est le meilleur régime à prescrire aux tuberculeux en l'absence d'indications spéciales venant de l'état gastrique. Loin d'exagérer l'alimentation carnée, il faut leur faire absorber une forte proportion d'aliments ternaires, graisses, sucre, féculents, qui seuls, comme l'ont montré les expériences de Voit, permettent l'intégration des molécules d'albumine dans les tissus, pour réparer les pertes subies par l'organisme. La suralimentation forcée, parfois appliquée systématiquement à tous les tuberculeux, peut être des plus nuisibles, en particulier chez les hypersthéniques du stade initial, où l'ingestion répétée d'aliments trop abondants aboutit au surmenage de la muqueuse, en stimulant à tout propos la sécrétion glandulaire.

Au contraire, au moment où l'activité des glandes commence à défaillir, il peut être bon de les exciter par des stimulations répétées et c'est dans ces cas qu'une suralimentation rationnelle et non excessive donnera ses plus beaux résultats.

Signalons enfin l'excellente influence du changement d'air, et en particulier du climat d'altitude, sur le fonctionnement de l'estomac. Le résultat en est d'ordinaire un réveil de l'appétit, et une amélioration des fonctions digestives, qui sont pour beaucoup dans la vogue actuelle des sanatoria de montagne.

---

(1) Daremberg. *Traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris, 1892.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(22 juillet 1903)

M. Martin (de Rouen) adresse une observation d'appendicite avec présence d'anneaux de tænia dans l'appendice.

M. Chaput a la parole pour clôturer la discussion sur le **cloisonnement du bassin** après les grandes interventions abdominales. Il répond successivement à MM. Pozzi et Routier, puis il s'applique surtout à réfuter l'argumentation de M. Quénu, qui avait cherché à démontrer que la péritonisation du bassin était très antérieure aux premiers travaux de M. Chaput sur ce sujet. Or M. Chaput établit, de la façon la plus nette, que le premier travail français sur la péritonisation est le sien et que ce travail a précédé de deux ans les travaux auxquels a fait allusion M. Quénu.

M. Hartmann déclare que ses recherches personnelles confirment de tous points les assertions de M. Chaput.

Dans une précédente séance, MM. Picqué et Toubert ont communiqué une observation d'**otite moyenne suppurée avec suppuration parotidienne sans mastoïdite**. Ces auteurs considéraient, dans ce cas, la suppuration cervicale comme consécutive à la suppuration de la caisse. C'est là en effet, dit M. Sébileau, une chose banale, mais il n'a jamais vu d'adénite parotidienne suivie d'otite moyenne sans mastoïdite. M. Sébileau a donc examiné de plus près l'observation de MM. Picqué et Toubert et il est arrivé à cette conviction que la suppuration cervicale n'a pas été la conséquence de l'otite moyenne suppurée. En outre, M. Picqué s'est basé sur l'extrême abondance de la suppuration de la caisse, dans ce cas, pour l'indication de la trépanation de l'apophyse mastoïde. M. Sébileau trouve au contraire que cette abondance de la suppuration de l'oreille était bien plutôt une contre-indication qu'une indication à la trépanation mastoïdienne. M. Sébileau discute ainsi cette observation dans tous ses détails et arrive à des conclusions tout à fait opposées à celles de MM. Picqué et Toubert tant au point de vue du diagnostic et de la marche des accidents qu'au point de vue des indications thérapeutiques.

M. Broca partage d'une façon générale la manière de voir de M. Sébileau. Pour lui, quand la suppuration de l'oreille est très abondante, il y a concurremment de la mastoïdite ou, pour mieux dire, de la cellulite mastoïdienne. Quand on intervient, dans ces cas, il ne faut pas se contenter d'ouvrir l'antre, il faut ouvrir toutes les cellules mastoïdiennes. Maintenant M. Broca a vu des malades atteints de rétention mastoïdienne très bien guérir sans aucune intervention et avec la simple désinfection du foyer à l'aide de la glycérine phéniquée et de l'emploi de la douche d'air.

M. Reynier est d'avis, comme M. Sébileau, qu'on ne peut pas conclure de l'abondance de la suppuration à l'existence d'une mastoïdite. Il est d'avis aussi que, quand on intervient sur la mastoïde, il faut toujours l'ouvrir le plus largement possible. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point.

Mais, contrairement à M. Sébileau, M. Reynier serait assez partisan de la trépanation de l'apophyse mastoïde dans les cas d'otite moyenne. En effet, il n'y a pas, pour lui, d'otite moyenne importante sans retentissement sur la mastoïde; il peut n'y avoir pas de suppuration mastoïdienne, mais il y a toujours certainement plus ou moins de cellulite. Il est un fait d'observation sur lequel tient à insister M. Reynier, c'est que, lorsqu'on ouvre dans ces cas la mastoïde, même sans qu'il y ait de pus, le rétablissement de l'ouïe se fait beaucoup mieux. Si M. Reynier avait une otite moyenne suppurée, il demanderait qu'on lui ouvrît l'apophyse mastoïde.

M. Sébileau déclare que, si jamais M. Reynier lui demandait ce service, il le lui refuserait, considérant l'ouverture de la mastoïde comme une chose grave et qui ne doit être pratiquée qu'en cas d'absolue nécessité. Or pour lui, du moment que le malade vide bien sa caisse par une abondante suppuration, il n'est pas nécessaire de le trépaner.

M. Hartmann fait un rapport sur un travail intéressant de MM. Maillé et Richon relatif au traitement de l'**amyotrophie réflexe**. Suivant ces auteurs on a singulièrement abusé, dans ce traitement, du massage, de la mobilisation et de l'électrisation. Ils s'appliquent à démontrer que, dans ces cas, le massage et la mobilisation aggravent le plus souvent les lésions. L'électrisation statique convient aux cas légers d'amyotrophie.

M. Lucas-Championnière reconnaît que le massage et la mobilisation faite d'une façon inopportune aggravent les troubles de l'amyotrophie réflexe. Toutefois la contracture n'est pas pour lui une contre-indication au massage et à la mobilisation; question de dosage, question de variété de massage, car qui dit massage ne dit pas massage toujours brutal. Il y a, en effet, massage et massage. La discussion sera reprise ultérieurement sur cette question.

M. Reclus, en son nom et au nom de son interne, M. Chevassu, fait une communication sur les **tumeurs branchiales** développées dans la région cervicale. Il cite trois observations. Dans la première, il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans qui portait une tumeur dans la région cervicale gauche, tumeur bien limitée, fixe, immobilisée, dure, bosselée, dont l'évolution avait été fort lente; l'âge et le sexe du malade, l'immobilisation et le siège de la tumeur en arrière du maxillaire firent porter le diagnostic de branchiome. M. Reclus fit une longue incision et trouva la tumeur adhérente à tous les tissus. Il dut couper et lier successivement l'artère carotide primitive, la jugulaire interne, le nerf grand sympathique, le pneumogastrique, le grand hypoglosse; trente-six heures après l'opération, le malade eut un ictus apoplectique, avec aphasie, hémiplégie droite; il tomba dans le coma. Ces phénomènes disparurent peu à peu, puis survint ensuite de l'épilepsie jacksonienne. Cependant le malade finit par se remettre, mais il y eut un commencement de récidive qui nécessita une seconde intervention. Le malade va bien maintenant, mais la seconde opération ne date que de très peu de temps. L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Seconde observation : un homme de soixante ans, même tumeur, évolution plus rapide, mêmes symptômes, mêmes adhérences, même intervention; suites bonnes; récidive six mois après, il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un homme de quarante-sept ans; tumeur adhérente à la glande sous-maxillaire, ligature de l'artère faciale, suites bonnes, pas de récidive un an après l'opération. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur mixte.

Après ces trois observations, M. Reclus fait l'historique de la question; il rappelle que Verneuil avait fait, de ces tumeurs, des épithéliomas secondaires à des ulcérations de nature épithéliale, cachées ou méconnues dans un coin de la cavité buccale. Volkmann le premier a bien décrit ces

tumeurs, a démontré qu'il s'agissait de branchiomes et qu'elles étaient primitives. M. Reclus fait observer que le diagnostic en est assez facile; ces tumeurs, en effet, n'apparaissent que chez des hommes âgés de vingt-cinq à soixante ans; leur siège, leurs adhérences à tous les tissus permettent de les reconnaître assez aisément.

Quel traitement doit-on leur appliquer? Quand il s'agit de tumeurs mixtes, il faut les enlever, mais quand il s'agit d'épithéliomas vrais, y a-t-il réellement avantage à opérer, quand on est amené à sectionner l'artère carotide primitive, la jugulaire, le grand sympathique, le pneumogastrique, le grand hypoglosse, etc., et que l'on risque de rendre les malades aphasiques, hémiplégiques. Dans un récent article sur cette question, M. Debove déclarait qu'il y avait, pour ces cas, une limite que la chirurgie ne devait pas franchir. Faut-il ou non franchir cette limite? telle est la question que M. Reclus pose à ses collègues.

M. Faure appelle l'attention de la Société sur une question qu'il a déjà plusieurs fois soulevée, dans divers congrès, d'ailleurs sans aucun succès. Il s'agit du **traitement de la paralysie faciale par l'anastomose du nerf facial avec le nerf spinal.** M. Faure a pratiqué deux fois cette opération, la première fois en 1895, la seconde fois en 1901. Les deux fois, cette opération lui a donné de très bons résultats. Elle a d'ailleurs trouvé plus de faveur à l'étranger qu'en France, car M. Faure a pu en recueillir une dizaine d'observations.

Il énumère les avantages très sérieux de cette anastomose spino-faciale, et déclare que c'est là une opération facile, bénigne et efficace. Aussi espère-t-il être, cette fois, mieux écouté et plus entendu que les premières fois qu'il a publié ces faits et voir ses collègues le suivre dans la pratique de cette opération.

De nombreuses présentations ont été faites :

M. Schwartz présente un malade qui, à la suite d'une chute, s'était fait une **luxation de la clavicule en haut.** M. Schwartz a fait une incision et appliqué une agrafe de Tacoën qui maintient parfaitement les fragments.

M. Tuffier craint bien que cette agrafe n'amène une raréfaction osseuse. Quand on introduit ainsi dans les os des corps étrangers il faut que ceux-ci soient aussi petits que possible.

M. Tuffier présente un malade qui présentait tous les signes d'un rein mobile. Il fait une incision lombaire pour fixer le rein. Il trouve celui-ci à sa place et la tumeur, prise pour un rein mobile, n'était autre qu'un **épithélioma pédiculé sur le lobe inférieur du foie.**

M. Pozzi présente un **bouton anastomotique** imaginé par M. Bonnier. Ce bouton diffère de ceux de Murphy et de Chaput en ce qu'il présente un calibre beaucoup plus large. Ce bouton peut avoir son utilité, mais M. Pozzi, comme la plupart des chirurgiens et M. Chaput lui-même, ont abandonné ces boutons pour la simple suture.

M. Walther présente un cas intéressant. Il s'agit d'un **kyste hydatique du poumon** qui a été facilement diagnostiqué, grâce surtout à de très bonnes radiographies sur lesquelles on voit très nettement les limites parfaitement rondes et régulières du kyste. D'ailleurs il avait été diagnostiqué, même avant les radiographies, par M. Béclère. Le kyste occupait presque toute l'étendue du côté gauche; le cœur était tout à fait refoulé à droite. D'ailleurs le malade a été présenté à la Société médicale des hôpitaux par M. Béclère (voy. séance du 26 juin 1903).

M. Walther a opéré ce kyste en suivant rigoureusement la méthode moderne pour les kystes hydatiques du foie; incision, résection de 5 centimètres de la quatrième côte; évacuation du liquide, ablation de la poche, réunion sans drainage. Le malade, opéré depuis quelques jours, va bien.

M. Tuffier a eu un cas analogue, mais comme il y avait du pus, il a dû drainer.

M. Walther a fait la laparotomie chez une femme qui présentait tous les caractères d'un fibrome utérin. Or c'était une **rate adhérente à la face antérieure de l'utérus.**

M. Segond a aussi opéré une tumeur d'apparence utérine qui n'était autre qu'un cancer du foie.

CORRESPONDANCE

Bordeaux, le 19 juillet 1903.

A propos de l'angine diphtéritique.

Monsieur le directeur,

Certains passages de l'article, analysé dans le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 14-16 juillet dernier, ont sans doute échappé à l'œil critique de M. Babonneix, car votre aimable collaborateur me fait défendre une opinion qui diffère quelque peu de la mienne.

Permettez-moi de rapidement compléter les citations déjà données par le journal.

« Toute angine à fausse membrane, me fait dire M. Babonneix, est une angine diphtérique, quelle que soit l'espèce microbienne trouvée dans l'exsudat » : oui, mais à condition — ce qui modifie complètement le sens de la phrase — que cette angine à fausse membrane réponde à l'angine diphtérique telle qu'on la comprend cliniquement depuis Bretonneau, et comme j'en donne la description dans mon mémoire (p. 335); c'est ce qui est écrit en propres termes dans les lignes qui précèdent immédiatement celles citées par M. Babonneix : « Du moment, dis-je, qu'un autre microbe..., en plus de la formation de la fausse membrane, peut entraîner tous les signes cliniques de la diphtérie, y compris la paralysie et même le croup, je me demande pourquoi il y a diphtérie dans un cas et pas dans les autres » (p. 334).

Au reste, l'esprit dans lequel est conçu cet article me semble suffisamment exprimé dans ses prémisses et ses conclusions. « Ç'a été l'erreur de certains esprits modernes, dis-je au début (p. 321), de croire qu'à tel enchaînement de phénomènes morbides toujours le même, correspondait nécessairement tel agent bactérien toujours le même, qu'on baptisa de « spécifique ». N'est-il point démontré à notre époque, que telle maladie est le plus souvent fonction d'agents variables, soit toxiques, soit infectieux? Ne sait-on pas que la cirrhose atrophique n'est pas seulement alcoolique, mais saturnine, butyrique ou tuberculeuse, que la pleurésie comme la péricardite ou la néphrite sont dues à une foule de microorganismes divers? »

Et je conclus (p. 339) : « Dans ces dernières années, beaucoup à la suite de la bactériologie, on s'est laissé entraîner à classer les affections par familles microbiennes : on a vu les pleurésies, ou les méningites, ou les péritonites, etc., décrites avec des symptômes différents suivant les microbes qu'on y rencontrait. La création de groupes comme les pseudo-tétanos ou comme les pseudo-diphtéries ne sont pas d'autre nature : c'est le demantèlement d'un cadre symptomatique admis de tout temps, à juste raison au profit de microorganismes qui ne sont peut-être pas aussi spécifiques qu'on le prétend généralement. Pour nous, nous considé-

rons toutes ces classifications comme essentiellement... pathogéniques : ce n'est point qu'elles n'aient leur intérêt et même leur utilité, mais elles ne sont pas à leur place, du moment qu'elles prétendent suppléer les classifications symptomatiques. »

Ainsi je n'ai jamais voulu dire, comme le pense M. Babonneix, que la diphtérie « devient symptôme et même syndrome » : à moins — tout est possible — que M. Babonneix considère les cirrhose atrophique, pleurésie, péricardite, néphrite, méningite, péritonite... comme autant de « symptômes et même syndromes », ce qui me paraîtrait une conclusion singulièrement plus « hardie » que celle qui m'est attribuée.

En vous priant d'excuser la longueur de cette lettre, je reste, mon cher confrère, votre bien cordialement.

RENÉ CRUCHET

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour l'admission en 1903 à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire. — Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 15 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français ; 2° avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1903 ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins (1) ; 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel et de la mobilisation), avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont :

Avant d'entrer à l'école : 1° acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ; 3° certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ; 4° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ; 5° indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de médecin stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Aussitôt après l'admission à l'école : l'engagement spécial prévu par le décret du 5 juin 1899 de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du § 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

Les médecins stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'École d'application du service de santé militaire, sur le pied de 3096 fr. par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade de médecin aide-major ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce dernier grade.

Les médecins stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés médecins aides-majors de deuxième classe. Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

Distinctions honorifiques. — Ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecins principal de première classe Chavasse ; M. le médecin principal de la marine Girard et M. le médecin en chef des chemins de fer de l'État Redard.

Marine. — M. le médecin de première classe Casanova, du port de Brest, est désigné pour embarquer immédiatement sur le *Dupuy-de-Lôme* (escadre du Nord).

Statistique — Le service de la statistique municipale a compté pendant la vingt-huitième semaine 870 décès, au lieu de 836 pendant la semaine précédente (moyenne 918).

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 10).

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 2).

La rougeole a causé 10 décès au lieu de 5, chiffre identique à la moyenne ; la scarlatine, 6 décès (moyenne 4) ; la coqueluche, 2 décès (moyenne 7) ; la diphtérie, 9 décès (moyenne 9) ; le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 97, au lieu de 105 pendant la précédente semaine (moyenne 58).

La diarrhée infantile a causé 40 décès de 0 à 1 an, au lieu de 33 pendant la semaine précédente (moyenne 83).

En outre, 27 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 99 décès au lieu de 119 pendant la semaine précédente (moyenne 106). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 8) ; bronchite chronique, 7 (moyenne 13) ; pneumonie, 24 (moyenne 22) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 62 (moyenne 63), dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire et 22 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 203 décès ; la méningite tuberculeuse, 25 ; la méningite simple, 17 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — Pendant la période des vacances, M. Mauclaire, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel Dieu. Il commencera ce cours le mardi 28 juillet 1903, à neuf heures et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

École d'infirmières et d'infirmiers. — La distribution des récompenses aux élèves de l'École d'infirmières et d'infirmiers de la Salpêtrière aura lieu le 28 juillet, à quatre heures.

P.-L.-M.-Suisse-Italie ; *b.* Monuments romains et villes du moyen âge du réseau P.-L.-M. ; *c.* Chamonix-Mont-Blanc ; *d.* Savoie-Suisse ; *e.* Dauphiné ; — Éditées en langue française et anglaise : *f.* Littoral de la Méditerranée ; *g.* Saison thermale.

L'envoi de ces documents est fait par la poste sur demande adressée au Service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris (XIIe arrond.), et accompagnée de 0 fr. 85 en timbres-poste pour le *Livret-guide-horaire P.-L.-M.* ou de 0 fr. 35 pour chacune des autres publications énumérées ci-dessus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'extirpation du cancer du sein, par le docteur Mériel, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse, ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie, chef des travaux de médecine opératoire, lauréat de l'Académie de médecine (1901), membre de la Société anatomique. 1 vol. in-8° avec 38 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

De l'examen de l'œil au point de vue de l'aptitude au service militaire, par le docteur Barthélemy, médecin-major de deuxième classe. Un vol. in-18 avec 65 fig. et 13 pl. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

L'alimentation lactée chez le nouveau-né, par le docteur L. Butte, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, lauréat de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine, préface par le docteur Porak, membre de l'Académie de médecine, accoucheur en chef de la Maternité de Paris. Un vol. in-18 de XII-184 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, Librairie scientifique et littéraire F.-R. de Rudeval et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE 17

N° 86. — MARDI 28 JUILLET 1903. 76e ANNÉE. MARDI 28 JUILLET 1903. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

TUMEUR INFLAMMATOIRE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

Par le docteur ABADIE, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Sous l'influence d'une inflammation chronique, les glandes salivaires sont susceptibles de présenter un accroissement de volume qui, par sa consistance dure, par l'absence de phénomènes réactionnels manifestes, enfin par le retentissement simultané possible sur les ganglions lymphatiques voisins, en impose pour une tumeur. Küttner, dans les *Archives de Langenbeck* (1898), rapproche cinq cas qu'il lui a été donné d'observer, et grâce auxquels le premier il a pu a tirer l'attention sur de pseudo-tumeurs de la glande sous maxillaire d'origine inflammatoire. L'observation suivante en est un nouvel exemple :

OBSERVATION. — R..., militaire, âgé de vingt-quatre ans, entre en janvier 1902 à l'Hôpital suburbain, dans le service de M. le professeur Forgue, pour une tumeur de la région sous maxillaire droite. A ce niveau, il y a huit mois, quelques phénomènes douloureux passagers et peu intenses marquent le debut d'une petite tumeur un peu dure et sensible au toucher, dont le développement reste lent mais progressif. Quatre mois plus tard, sans aucun phenomène aigu, sans qu'il y ait eu d'abord un accroissement sous tension de la tumeur, puis une diminution de son volume, du *pus* s'écoule sous la langue. Depuis lors, cet écoulement purulent est continu. R..., sujet robuste, n'a eu d'autres maladies qu'une fièvre typhoïde: il y a à peine un an.

Actuellement, il existe au niveau de la glande sous-maxillaire droite, au-dessous de la peau sans altération aucune et normalement mobile, une tumeur regulière, dure, ovoïde à grand axe parallèle au rebord du maxillaire qu'elle dépasse légèrement, du volume d'un œuf de pigeon. Elle n'est le siège d'aucun phénomène douloureux spontané, et reste peu sensible à la pression.

Seul, le suintement continu du pus dans la bouche est une gêne véritable pour le malade. Son origine est facile à trouver : soit spontanément, soit par reflexe sous l'influence d'une excitation sapide, soit enfin et surtout par pression médiate sur la tumeur sous maxillaire, du pus sourd goutte à goutte ou jaillit par véritables éjaculations de l'orifice du canal de Wharton; pus jaunâtre et abondant. Une pipette introduite dans le canal de Wharton permet d'en recueillir très facilement; soumis à l'examen bactériologique par examen direct et par cultures, ce pus est reconnu stérile.

S'agit-il d'une tumeur en dégénérescence kystique ou d'une localisation exceptionnellement rare de la tuberculose?

Le 9 janvier, M. le professeur Forgue procède à l'ablation rapide de la glande après analgésie à la cocaïne à 1/100; le clivage est facile; il n'existe pas d'adhérences; le pédicule postéro supérieur est lié par un catgut; section. Réunion par première intention au bout de dix jours.

L'*examen de la pièce* est pratiqué par M. le professeur Bosc (cahier V, n° 141). La glande est du volume d'un gros marron; elle est arrondie, légèrement lobulée, surtout en certains points où la lobulation est plus nette et les lobules plus saillants. Elle est entourée d'une capsule très mince; elle est dure dans son ensemble.

A la coupe, la surface de section présente de grandes travées conjonctives, disposées en arbres qui constituent comme des nervures autour desquelles le tissu parenchymateux se dispose en festons, comme dans une feuille de fougère. Cette coupe ressemble encore à une coupe de cervelet. Le tissu conjonctif est dur, blanchâtre. Les lobules sont gris rosé et forment un tissu induré. La capsule, très mince, se continue avec les arborisations conjonctives.

Un fragment est mis dans du Roule.

Examen microscopique. — Le *tissu de la glande* est formé en certains points par de larges espaces conjonctifs denses bordés de cellules allongées à prolongements multiples, rares par endroits. Ces travées conjonctives à capillaires épaissis et peu abondants, enserrent des espaces renfermant des acini séparés par des bandes plus étroites de tissu conjonctif adulte, mais surtout par des infiltrations diffuses ou en amas de cellules embryonnaires. Ces amas embryonnaires peuvent former des nodules considérables qui entraînent la disparition complète du tissu glandulaire. Il existe donc un *processus de cirrhose allant avec un processus d'infiltration embryonnaire diffuse et nodulaire.* Les acini ont une lumière dilatée, tapissée par des cellules augmentées de volume, souvent proliférées ou en dégénérescence mu-

queuse et contenant des globules blancs polynucléaires dans un exsudat muqueux.

Les *canaux excréteurs* sont entourés d'une bande conjonctive épaisse et renferment davantage de globules blancs, au point que leur lumière dilatée en est parfois remplie.

Dans les parties où se fait l'infiltration embryonnaire diffuse, les cellules embryonnaires dissocient progressivement la membrane basale, puis les cellules acineuses qui finissent par disparaître totalement. Ces placards d'infiltration sont constitués par des cellules à gros noyau, arrondies ou polygonales, qui remplissent des espaces conjonctifs dilatés. A mesure que l'infiltration embryonnaire s'accroît, le tissu conjonctif n'est plus constitué que par un fin réticulum gorgé de petites cellules rondes. On aboutit ainsi à des formations nodulaires dont la partie centrale renferme des cellules d'aspect épithélioïde, des capillaires à paroi épaissie et une large zone périphérique lymphocytique. Au voisinage des acini, dont la lumière renferme le plus de globules blancs, on trouve des leucocytes polynucléés assez nombreux mélangés aux cellules rondes embryonnaires, avec désintégration de la trame conjonctive interstitielle.

La *recherche des bacilles de Koch* par la coloration des coupes au Ziehl ne donne aucun résultat positif.

L'interprétation de ce cas nous semble présenter un intérêt réel.

Cliniquement, il semblait qu'on eût affaire à une tumeur de la glande sous-maxillaire. Le début presque insidieux, à peine marqué par quelques douleurs de date imprécise, l'évolution insensible mais continuellement progressive, l'absence de tous phénomènes inflammatoires actuels, la dureté même de la glande constituaient des présomptions suffisantes. La présence de pus, même abondant, pouvait également s'expliquer; il devait y avoir dégénérescence kystique de la tumeur sans doute sarcomateuse, avec fonte purulente par infection secondaire, bien que la stérilité du pus vînt relativement écarter cette dernière hypothèse.

Les calculs salivaires s'accompagnent parfois de tuméfaction de la glande avec émission du pus; et dans quelques cas, bien rares, les phénomènes douloureux sont absents; mais ici, on chercha en vain la présence de tout calcul.

Restait donc, d'après les descriptions classiques, un seul diagnostic à discuter : celui de tuberculose de la glande sous-maxillaire avec fonte caséeuse. Nous nous trouvions en face d'une lésion rare entre toutes, puisque seul, un cas se présente dans la science avec toutes les preuves d'authenticité : celui d'Aievoli (1) auprès duquel il faut placer deux observations d'O'Zoux (2).

Et malgré son caractère exceptionnel, c'est à ce diagnostic qu'un premier examen anatomique de la pièce semblait devoir rallier. De tumeur il ne saurait être question : il ne s'agit manifestement ni d'adénome, ni de sarcome, ni d'épithéliome. Et par contre il existe un processus de cirrhose et d'infiltration embryonnaire, des formations nodulaires à cellules centrales épithélioïdes entourées de nombreux lymphocytes qui marquent une inflammation chronique. Laquelle invoquer avec le plus de vraisemblance, si ce n'est la tuberculose?

De preuves précises, il n'en existe cependant aucune : le pus était stérile; aucune inoculation n'a été faite; de bacilles de Koch sur les coupes, point! Enfin, il n'y a même pas la signature histologique des cellules géantes si nettement observées au niveau de la parotide par Bockhorn, Stubenrauch, Legueu et Marien, Le Bec (Parent), Paoli (1), Küttner (2), Lecène (3) et dont l'absence impose à Claude et Bloch (4) une hésitation légitime, alors même que le pus a fourni une inoculation positive.

C'est alors que la lecture du mémoire succinct de Küttner (5) nous a conduit à rapprocher notre cas des cinq cas analogues qu'il a observés. Il s'agit bien du même aspect clinique trompeur, des mêmes lésions de cirrhose, d'inflammation interstitielle chronique entraînant l'augmentation de volume de la glande sous-maxillaire. Dans une des tumeurs enlevées, Küttner a également observé un petit abcès; dans une autre, un foyer granuleux stérile.

La pathogénie de semblables lésions, la voie suivie par l'infection nécessitent un plus grand nombre de faits pour être élucidées. Chez notre malade, il faut noter l'existence toute récente d'une fièvre typhoïde au moment où les premiers symptômes apparurent; peut-être y a-t-il eu infection éberthienne par la voie sanguine, infection entraînant des lésions à évolution lente, une suppuration tardive, comme on l'observe fréquemment au niveau du système osseux, dans le tissu cellulaire. Par contre, Küttner invoque une infection par la voie ascendante, d'origine buccale : chez un de ses malades, une angine avait précédé le début de la tumeur.

Intéressants par eux-mêmes, ces faits de « tumeur inflammatoire » de la glande sous-maxillaire, de *sous-maxillite chronique*, présentent encore de l'importance au point de vue de la pathogénie des calculs salivaires. Ces derniers s'accompagnent assez fréquemment de lésions de la glande; de Closmadeuc notait déjà que la sous-maxillaire était presque le double de celle du côté opposé; Pilliet, avec infiniment plus de précision, a bien décrit un processus scléreux qui présente tous les caractères d'une sclérose de nature infectieuse. Or ces lésions ne semblent être nullement consécutives à la rétention mécanique du liquide sécrété; il y faut voir bien plutôt la cause même de la production du calcul. Richet et son élève Moreau, puis Terdjaniantz assignent bien une cause inflammatoire à la lithiase salivaire; mais pour eux, l'inflammation porterait sur les conduits salivaires, bientôt suivie d'un rétrécissement du canal excréteur. L'origine doit être reportée plus loin, dans la glande même; il y a infection légère de la glande entraînant soit une modification chimique de la salive, soit une altération cellulaire qui sert d'amorce à la formation du calcul; le calcul rentre ainsi dans la première classe des calculs secondaires.

Des présomptions cliniques en peuvent d'ailleurs être retrouvées dans plusieurs observations anciennes. Maintes fois, la saillie manifeste du calcul dans le plancher buccal est précédée par une période de durée variable, mais toujours longue, où les seuls symptômes sont de siège sous-maxillaire : vagues douleurs et tumeur. Il en est ainsi dans les observations de Dourlens (1837), de Després (1872), etc.;

(1) Aievoli. *Il Policlinico*, 1895, p. 6. — Résumée in th. de Parent, Paris 1898.
(2) O'Zoux. *Archives clin. de Bordeaux*, 1897.

(1) Bockhorn, etc., Paoli. Rapporté in th. de Parent, Paris 1898.
(2) Kuttner. *Handbuch der praktischen Chirurgie*, 1901.
(3) Lecène. *Rev. de chir.*, 1901, XXIII, p. 524.
(4) Claude et Bloch. Sténonite à bacille de Koch au cours d'une tuberculose pulmonaire, *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 30.
(5) Kuttner. Uber entzündliche Tumoren der Submaxillarspeichildrüse, *Arch. f. klin. Chir.*, 1898, t. VII, p. 873.

le cas rapporté par Terrier (1) en 1874 est plus probant encore : pendant deux ans le malade accuse seulement une tumeur sous-maxillaire à marche lente, sans gêne notable; depuis six mois, une saillie se forme dans la bouche, accompagnée d'un abondant écoulement de pus; un calcul est émis qui pèse seulement 2g16. Puis, une tuméfaction sus-hyoïdienne se forme; une quantité de pus baigne le plancher de la bouche, et l'on est conduit à l'ablation presque totale de la glande sous-maxillaire; or l'on trouve un maigre calcul, dernier débris du premier spontanément évacué. N'y a-t-il pas là, durant toute la première période, semblant précéder la formation du calcul, une phase où le tableau clinique se rapproche singulièrement des cas de Küttner et du nôtre? Un fait rend plus sensible encore la filiation des lésions : dans un cas, Küttner a observé, au niveau d'une tumeur inflammatoire de la sous-maxillaire, un calcul gros comme une cerise et qu'il considère non comme causal, mais comme secondaire.

Les lignes suivantes de Hartmann sont également pleines d'intérêt : « La sclérose de la glande, écrit-il, peut même exister en l'absence de toute gêne permanente au cours de la salive, à la suite d'un processus aigu du canal de Wharton, par exemple. C'est ainsi que, chez un malade du service de M. Terrier, nous avons observé une induration scléreuse de la glande sous-maxillaire, consécutive à un phlegmon du plancher buccal, peut-être déterminé par l'introduction d'un corps étranger dans le canal de Wharton. L'examen histologique, fait par M. Pilliet, de la glande extirpée par M. A. Broca, montra des lésions identiques à celles de la lithiase (2). »

Notons encore que, dans nombre d'observations, la fièvre typhoïde est signalée dans les antécédents du malade.

Ces remarques, jointes aux faits de sous-maxillites chroniques, nous paraissent confirmer le rôle pathogénique, vrai dans plusieurs cas mais non exclusif, de l'infection chronique de la glande sous-maxillaire vis-à-vis des calculs salivaires.

SUR UN CAS DE DILATATION DITE IDIOPATHIQUE DU GROS INTESTIN

AVEC DILATATION DE LA VESSIE

Par le docteur Le Roy des Barres, professeur à l'École de médecine d'Hanoï.

Le cas dont nous allons rapporter l'observation est malheureusement incomplet, car il manque l'histoire clinique du malade et l'examen histologique des pièces. Il s'agit d'un enfant du sexe masculin, qui fut apporté mourant au Lazaret des pesteux, et qui succombait quelques instants après son entrée. Il fut impossible de retrouver la famille et par suite d'obtenir des renseignements sur l'état antérieur.

Avant l'ouverture de l'abdomen, nous avions été frappé du ballonnement énorme qu'il présentait surtout à sa partie inférieure.

L'examen extérieur du cadavre ne montrait aucune malformation. Laissant de côté tout ce qui a rapport avec l'infection pesteuse à laquelle l'enfant a succombé, nous ne décrirons que ce qui intéresse les lésions intestinales et vésicales.

L'abdomen ouvert, on aperçoit trois sacs, deux volumineux, latéraux, un médian n'occupant que la partie inférieure de l'abdomen et ne remontant pas jusqu'à l'ombilic.

Les deux sacs latéraux ont le volume d'un estomac d'adulte, et sont disposés verticalement, presque parallèlement, ils se continuent en haut par un angle aigu et s'écartent en bas pour loger le sac médian qui est la vessie. Malgré l'angle aigu supérieur, le passage des matières de l'un des sacs dans l'autre paraît se faire très facilement. Le sac droit passe au-devant du foie et se loge entre lui et la paroi thoracique, le sac gauche recouvre complètement l'estomac.

Les connexions de l'anse intestinale dilatée sont les suivantes : la partie gauche se recourbe en arrière et en dehors pour se continuer avec le côlon ascendant, la partie droite se courbe en arrière et en dedans, plonge derrière la vessie et se continue sur la partie médian du sacrum avec le rectum.

Le côlon ascendant est normal; le rectum est perméable, mais réduit à l'état de cylindre aplati, étroit, mais facilement dilatable. Le passage du rectum à l'anse dilatée est brusque. Il est insensible pour le côlon ascendant. C'est le côlon pelvien qui est le siège de la dilatation.

Le mésocôlon pelvien est développé à la partie moyenne où il atteint presque 20 centimètres.

Le mésorectum existe assez développé, les mésocôlons descendant et ascendant ont 4 à 5 centimètres environ.

Le mésocôlon pelvien n'est pas épaissi d'une façon manifeste; les artères et les veines coliques sont très allongées mais relativement grêles.

Le tablier épiploïque est très mince, contenant très peu de graisse, et réduit à une petite lame refoulée à la partie supérieure de l'abdomen.

L'appendice est long de 15 centimètres.

L'intestin grêle ne présente aucune particularité. Les ganglions mésentériques sont énormes, mais atteints d'adénite pesteuse, comme le montre l'examen bactériologique. L'anse dilatée mesurée en place a une longueur de 55 centimètres.

Sa contenance est de près de 3 litres. L'anse était remplie de matières fécales surtout composées de produits herbacés, dont le poids atteignait environ 5 kilogs. La paroi de l'anse dilatée est très épaisse, 4 millimètres environ.

Le péritoine est peu épaissi, mais l'hypertrophie de la couche circulaire est notable. La sous-muqueuse et la muqueuse sont surtout épaissies. Les plis de la muqueuse ont disparu; mais à part un peu de rougeur, on ne note aucune autre particularité. Les tuniques des autres parties de côlon et du rectum sont macroscopiquement normales.

La vessie remonte jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic; elle est fusiforme, le sommet pointu correspond à l'ouraque; mais ce dernier est oblitéré. Le cul-de-sac abdomino-vésical n'existe pas. Le canal de l'urètre est perméable, et laisse facilement passer une sonde n° 13.

Les orifices des uretères sont normaux. Le reste de l'appareil urinaire ne présente aucune anomalie.

La paroi vésicale est normale et paraît un peu hypertrophiée. La muqueuse est saine, et lisse.

L'étude histologique des parties hypertrophiées de l'intestin et de la vessie n'a pas pu être faite, les pièces recueillies, ayant été mal conservées, n'étaient plus utilisables pour des coupes. Malgré cela, cette observation nous a paru

(1) Terrier. Calcul salivaire volumineux ayant donné lieu à l'ablation presque totale de la glande sous-maxillaire, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1874, t. III, p. 349.

(2) Hartmann. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. V, p. 273 (note).

intéressante à publier pour plusieurs raisons : la rareté relative des cas de dilatation idiopathique du gros intestin, et surtout la coexistence d'une dilatation vésicale. Cette dilatation vésicale, qui s'accompagnait d'une légère hypertrophie, ne saurait être en rapport avec un obstacle au cours de l'urine, siégeant dans le canal urétral, ni même au niveau du col de la vessie, puisqu'une bougie d'un bon calibre y passait facilement.

Il ne saurait s'agir non plus d'une dilatation paralytique, puisque les tuniques au lieu d'être amincies étaient au contraire hypertrophiées. Il est plus vraisemblable d'admettre un obstacle au libre cours de l'urine, de cause externe, et peut-être la compression produite par ces deux anses intestinales dilatées sur la partie inférieure de la face postérieure de la vessie. Mais la forme de la vessie, qui est ovoïde et qui remonte jusqu'à l'ombilic en s'amincissant comme si l'ouraque ne s'était pas oblitéré complètement, ne permet-elle pas d'interpréter ainsi les faits : ectasie congénitale du côlon pelvien, dilatation secondaire de la vessie par obstacle apporté à son évacuation? Cette dilatation a conservé la forme ovoïde de la vessie du nouveau-né.

Sommes-nous en présence d'une dilatation congénitale, ou cette dilatation est-elle une disposition acquise? Rien ne peut nous faire admettre une théorie de préférence à l'autre dans ce cas particulier. La forme de la dilatation de la vessie montre simplement que la dilatation existait certainement dans les premiers mois après la naissance.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(24 JUILLET 1903)

Une très intéressante communication de MM. Merklen et Heitz nous met au courant du **réflexe cardiaque d'Abrams et de ses modifications suivant l'état du cœur et de son enveloppe.** On sait que Abrams a donné le nom de réflexe cardiaque à la réduction de la matité et du volume du cœur que détermine l'excitation mécanique de la région precordiale. Ce phénomène peut se provoquer soit par une friction énergique avec un morceau de caoutchouc ou de gomme à effacer, soit par le tapotage donné à l'aide du bord cubital de la main. La réduction de la matité cardiaque peut atteindre le quart et même plus. Ce réflexe s'obtient d'autant plus facilement que le sujet a un pannicule adipeux plus mince et une musculature thoracique peu développée. Ce réflexe est très net chez les neurasthéniques cardiaques, mais il est surtout intéressant à considérer dans l'hyposystolie et dans l'asystolie. Son absence, qui est rare, est un élément de diagnostic et de pronostic. Il manque : 1° dans la péricardite avec épanchement; 2° dans la symphyse péricardique; 3° dans l'asystolie irréductible due à la dégénérescence ulcéreuse du myocarde. Il est important de noter que cette absence du réflexe cardiaque n'a de valeur qu'autant qu'elle est persistante.

Il y a longtemps d'ailleurs que l'empirisme a fait son profit de l'excitabilité de la région précordiale et de son utilité thérapeutique. Les frictions, le massage vibratoire, les révulsifs font en somme partie des traitements traditionnels des maladies du cœur. L'application de la vessie de glace peut être considérée comme un équivalent de la digitale; mais il faut savoir — MM. Le Gendre, Comby, Merklen l'ont observé — que cette application, pour être utile, doit être intermittente.

M. Simonin étudie la **pancréatite ourlienne**. Les auteurs classiques mentionnent à peine l'existence d'une pancréatite ourlienne, ou la considèrent même comme une simple conception logique de pure hypothèse. Les remarquables travaux de Klippel et Carnot ont cependant montré que les maladies infectieuses les plus variées étaient capables de provoquer des lésions plus ou moins étendues et durables au niveau du pancréas, aussi bien que dans le foie, la rate ou les reins.

L'examen de 652 malades ourliens, traités depuis cinquante trois mois dans le service de M. Simonin au Val-de-Grâce, lui a révélé dix fois la localisation de l'agent infectieux sur la glande salivaire abdominale. De l'étude détaillée de ces observations découlent les conclusions suivantes :

1° Le pancréas, glande acineuse, peut être le siège de poussées fluxionnaires au cours des oreillons. Cette localisation paraît toutefois assez rare, ou tout au moins peut-on affirmer qu'elle ne s'extériorise par des symptômes que d'une façon exceptionnelle;

2° La pancréatite ourlienne succède le plus souvent d'une façon rapide aux fluxions des glandes salivaires. Elle est rarement précoce ou tardive;

3° Elle débute assez brusquement par un orage fébrile, et s'affirme par le syndrome plus ou moins accusé de la pancréatite aiguë, c'est-à-dire par des douleurs épigastriques d'une violence parfois extrême, des nausées, des vomissements répétés et tenaces, de la diarrhée sans glycosurie ni ictère. Sa durée, courte, n'a jamais dépassé sept jours;

4° Il s'agit vraisemblablement d'une infiltration œdémateuse interstitielle molle de la glande, comparable à celle constatée dans les parotides, avec compression passagère du plexus cœliaque et des ganglions semi-lunaires placés en arrière de l'organe enflammé;

5° Les fonctions du pancréas, qu'il s'agisse des sécrétions digestives ou de la glycolyse, ne paraissent en aucune façon amoindries, ni au cours de la crise, ni dans les années ultérieures. La résolution de l'inflammation est rapide, complète et définitive, ce qui semble exclure l'idée d'une lésion parenchymateuse ou interstitielle de quelque gravité.

MM. Widal et Froin rapportent une observation de **kyste hydatique du poumon**, qui a été annoncée puis suivie par des phénomènes cliniques très particuliers sur lesquels il est nécessaire d'insister. Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, cohabitant avec deux chiens, qui, après avoir souffert d'une congestion pulmonaire à droite, a été pris, en pleine santé, d'une hémoptysie qui dura trois jours. Après ce crachement de sang, d'autres crachements de sang survinrent, peu abondants, mais journaliers. A l'examen, on put alors constater une voussure très marquée de la base de la poitrine à droite, accompagnée d'une diminution des vibrations à ce niveau, d'une matité complète allant jusqu'à la pointe de l'omoplate. Une ponction fit évacuer 2 centimètres cubes d'un liquide clair eau de roche, sans crochets. La radiographie montra à la base du poumon droit une zone obscure en dôme, se confondant en bas avec l'ombre du foie et remontant en haut jusqu'au voisinage de l'angle de l'omoplate. On fit l'opération et l'on découvrit un kyste du poumon gros comme les deux poings.

Il faut remarquer que les seuls signes cliniques apparents de ce kyste furent une hémoptysie quotidienne sans fièvre, et sans expectoration purulente.

M. Queyrat présente un malade porteur de deux **chancres syphilitiques**, l'un situé à la lèvre, l'autre sur le prépuce. Il montre aussi des planches en couleur qui prouvent la fréquence de ces chancres doubles. Il nomme ces chancres ainsi situés des chancres bipolaires, parce qu'ils siègent « aux deux pôles de la vie génitale » : la langue et la verge!

A signaler encore le fait rapporté par M. Gouget d'un malade entrant à l'hôpital pour des **adénopathies généralisées** et chez qui l'examen du sang révéla les modifications portant sur les globules rouges réduits à 2500000, les globules blancs atteignant 128000, et sur la formule leucocytaire accusant la prédominance des lymphocytes et des mononucléaires, les polynucléaires étant réduits à 3 p. 100. Trois jours après son entrée, il présenta un chancre syphilitique caractéristique des bords de la langue, et l'apparition, trois semaines plus tard, d'une roséole papuleuse, vint confirmer le diagnostic. La leucémie paraît avoir agi en déterminant une modification particulière de l'éruption. Celle-ci, au bout de douze à quinze jours, présenta dans ses papules un centre pâle, puis se formèrent des vésicules, qui suppurèrent en certains endroits.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'enfance (1), 2e édit. publiée sous la direction de MM. J. Grancher et J. Comby. (Tome Ier.)

La première édition du *Traité des maladies de l'enfance* publiée en 1897 est déjà épuisée. Ce succès d'une œuvre considérable, et qui n'occupait pas moins de 5 grands volumes in-8°, a montré combien ce traité didactique des maladies de l'enfance était utile, et a imposé aux directeurs et collaborateurs de ce traité le devoir de publier une deuxième édition plus complète encore et plus au point que la première.

Le premier tome de cette seconde édition qui paraît aujourd'hui est consacré aux maladies infectieuses, aux maladies générales de la nutrition et aux intoxications. Il débute par une *préface* dans laquelle le professeur Grancher expose les merveilleux résultats de l'antisepsie et de l'asepsie médicales, et par quelques considérations de M. J. Comby sur la *physiologie* et l'*hygiène de l'enfance*. Le groupe des maladies infectieuses commence par la *diphtérie*, affection qui, dans ces dernières années, a suscité d'importants travaux : MM. Sevestre et Martin ont donc complété leur article de 1897 par l'exposé des recherches de M. Marfan et de ses élèves, travaux relatifs aux associations microbiennes dans la diphtérie, à la thrombose de la pointe, aux accidents de la convalescence. Ils développent longuement les indications et les résultats de la sérothérapie, nous donnant ainsi un véritable traité de la diphtérie.

La *scarlatine* est étudiée par M. Moizard; à son excellent article de la première édition, M. Moizard a eu le soin d'ajouter les quelques notions précisées depuis lors, et particulièrement celles relatives aux angines et aux otites; M. Comby a rédigé les chapitres *rougeole*, *rubéole*, *variole*, *varicelle*, *oreillons*, *coqueluche*, *fièvre ganglionnaire*, *fièvre éphémère*, M. Dauchez, l'article *vaccine et vaccination*. La *grippe* a été étudiée par M. Gillet, la *fièvre typhoïde* par M. Méry. Dans cet article, notre maître s'est efforcé de donner, de cette affection, un tableau plus conforme à la réalité que celui qui en avait été quelquefois tracé; il insiste sur les complications nerveuses, cardiaques, ostéo-articulaires et même intestinales que l'on observe fréquemment chez l'enfant, montrant ainsi que « pour être d'un pronostic certainement plus favorable que chez l'adulte, la fièvre typhoïde n'en reste pas moins une maladie des plus sérieuses pouvant présenter la plupart des complications habituelles ». Le *typhus exanthématique* et la *fièvre récurrente* ont été décrits par M. Walberg, la *maladie de Weil* et l'*infection putride* par Baginski, la *suette miliaire* par Hontang, la *malaria* par Concetti, la *fièvre jaune* par Moncorvo fils. Les articles relatifs au *choléra asiatique*, à la *peste*, à la *morve*, à l'*actinomycose*, à la *rage*, au *tétanos*, au *rhumatisme articulaire aigu*, à l'*érysipèle*, à la *syphilis*, au *pian*, à la *tuberculose*, articles dus respectivement à MM. Duflocq, de Brun, Delcourt, Comby, Gillet, Renaut, Barbier, Rénon, Gaston, Jeanselme, Aviragnet, terminent la première partie du volume.

La seconde partie comprend les maladies de la nutrition. On sait la fréquence, chez les enfants, des *manifestations arthritiques*. Ces manifestations, sur lesquelles M. Comby a tant de fois attiré l'attention, sont l'objet d'un magistral article de cet auteur. M. Leroux décrit le *diabète sucré*, qui est beaucoup moins rare qu'on ne le pense chez l'enfant, et qu'il faut savoir diagnostiquer de bonne heure. M. Audéoud s'est chargé des *maladies du sang* et M. Barbier des *purpuras*. Comme dans la première édition, Barlow étudie la maladie qui porte son nom; M. Comby nous donne une série d'articles des plus intéressants sur le *rachitisme*, l'*achondroplasie*, la *dysostose cléido-cranienne* et l'*ostéo-psathyrasis*; M. Apert parle de l'*infantilisme*. Le chapitre sur les *intoxications*, dû à MM. Comby, Variot et Monti, termine le volume.

Rédigé avec soin par les auteurs les plus compétents, imprimé avec le luxe irréprochable auquel depuis longtemps, nous a habitués la librairie Masson, le nouveau *Traité des maladies de l'enfance* retrouvera auprès des lecteurs le succès qu'avait obtenu la première édition; il fait le plus grand honneur à ceux qui ont assumé la tâche difficile et délicate de diriger sa publication, à MM. J. Grancher et J. Comby.

L. BABONNEIX.

La pratique des autopsies (1), par M. le docteur Letulle; 136 dessins d'après nature, par C. Reignier.

« Les opérations dont l'ensemble constitue une autopsie cadavérique complète n'ont pas de règle absolue. La manœuvre enseignée de nos jours à Paris dans les hôpitaux civils s'est transmise de génération en génération, depuis plus d'un siècle, par simple tradition orale. »

Aussi M. Letulle a-t-il pensé à réunir tous les renseignements utiles, toutes les méthodes opératoires qui permettent de mener à bien une autopsie et de tirer de cette autopsie tout le profit possible. Il s'est proposé, en un mot, d'écrire un véritable traité de médecine opératoire des autopsies cadavériques.

Le livre commence par quelques *indications préliminaires*. En quelques pages, M. Letulle définit l'autopsie et défend sa nécessité. On sait en effet que parfois l'autopsie a pu sembler un abus de pouvoir exercé par la Société contre l'individu. Cette opinion n'est plus admissible aujourd'hui, et les auteurs les plus autorisés ont depuis longtemps démontré que l'autopsie est un acte nécessaire, tant au point de vue social qu'au point de vue médical et scientifique. Les seules objections qu'on peut dresser contre elle sont les dangers qu'elle fait courir à la collectivité ou à l'individu. Ces dangers peuvent être réduits au minimum si l'on suit les règles méthodiques indiquées par l'auteur.

Pour faire une bonne autopsie, il ne suffit pas de savoir la technique; il faut encore et surtout être bien outillé.

(1) In-8°. Prix : 22 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8°. Prix : broché 10 francs, cartonné 12 francs. — Paris, C. Naud.

La première des conditions à réaliser est celle d'un *local* favorable. Le pavillon des morts doit être isolé, éloigné des autres services hospitaliers, mais en communication souterraine avec eux; il doit contenir un amphithéâtre, une salle d'autopsie convenablement orientée et éclairée, un laboratoire, un musée et des archives. Quelle que soit sa disposition, le local doit pouvoir être facilement désinfecté; son asepsie, en tout temps, doit être parfaite.

Le *dispositif expérimental* présente peut-être encore plus d'importance. Il comprend une boîte à autopsie entièrement métallique, différents réceptacles en verre et enfin les instruments nécessaires aux recherches bactériologiques que l'on peut avoir à faire.

Ce n'est pas tout. Avant de commencer une nécropsie, il faut encore se rappeler les *dimensions* et le *poids* des principaux organes du corps humain. M. Letulle condense tous les renseignements dont on peut avoir besoin à ce sujet en quelques pages qui précèdent immédiatement la description de l'autopsie proprement dite.

Les *premières phases de l'autopsie* comportent l'examen extérieur du cadavre, l'ouverture du corps, l'éviscération totale d'emblée, que M. Letulle recommande avec raison, et enfin l'examen extemporané des organes et des cavités du corps après l'éviscération.

Il est difficile d'analyser les pages consacrées aux *autopsies partielles*. L'autopsie du cœur, des poumons, des différentes parties du tube digestif sont clairement décrites et illustrées par des dessins très artistiques dus à M. Reignier. L'autopsie des centres nerveux était particulièrement difficile à exposer. L'auteur a réussi à en donner une technique simple et méthodique, et que comprendront facilement tous les étudiants.

Les *autopsies spéciales* (nouveau-né, autopsies médico-légales, etc.) terminent ce livre que M. Letulle présente modestement comme un simple précis de technique. La *Pratique des autopsies* est mieux qu'un recueil de procédés et de méthodes, c'est une œuvre originale et utile qui contribuera certainement à répandre dans le public médical le goût de l'anatomie pathologique que M. Letulle connaît si bien et qu'il sait si bien faire aimer. L. BABONNEIX.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. GAGHET. Septicémies phlébitiques d'origine buccale. — M. COUSIN. De l'imprégnation de la mère (télégonie), d'après les données actuelles de la zootechnie. — M. COLOMBANI. Des accidents de la suralimentation. — M. CAREL. Le lait stérilisé : résultats obtenus par son emploi au moment du sevrage, dans l'allaitement mixte, dans l'allaitement artificiel, chez les nourrissons de la classe ouvrière de Paris. — M. KOUYOUMDJIAN. Le phlegmon ligneux du cou. — M. PONROY. Traitement des fractures du maxillaire inférieur par la bande élastique. — M. LAFITE-DUPONT. De l'insertion vicieuse du cordon ombilical. — M. PICARD. De la puerpéralité chez les femmes âgées de moins de seize ans. — M. POUSSIN. De la gastro-entérostomie en Y. — M. GLAIS. Des ouvertures spontanées de l'ascite. — M. DUPLAN. Contribution à l'étude physiologique et clinique de l'éther éthylique de l'ac. para-amido-benzoïque. — M. SELLERIN. Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse (syndrome de Dercum). — M. LAURENT. De la balnéation dans les maladies aiguës de l'enfance. (*Revue générale.*) — M. CECCONI. Erythèmes pellagreux et érythèmes pellagroïdes. — M. GUINSBOURG. Grands kystes du rein. — M. GUITARD. De la méthode ambulatoire dans les traumatismes osseux du membre inférieur. — M. GRABIÉ. Contribution à l'étude de l'inversion utérine récente puerpérale (ligaments d'arrêt). — M. GILLET. Etude sur le tic douloureux de la face. — M. GUÉRIN. Alcoolisme et tachycardie. — M. JANVIER. Phlébo-sclérose sténosante des veines superficielles des membres. — M. TRÉMOLIÈRES. Contribution à l'étude de la granulie à forme hémorragique. — M. DE MONTIGNY. Etude clinique sur l'angine de Vincent. — M. GREZE. Des rapports de la rougeole avec la tuberculose. — M. LAMBLIN. Prolapsus de la muqueuse de l'urètre chez les petites filles. — M. PHILIPPET. Les prétextes invoqués contre l'allaitement maternel. — M FIGUIERA. Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse. — M. PETRIAT. De l'extirpation du cancer du rectum par la voie sacro-périnéale. — M. CHAPOTIN. Les pseudarthroses du col du fémur. — M. AGUINET. De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques. — M. UTEAU. De l'anurie au cours des néoplasmes pelviens. — M. CHRÉTIEN. De la perception stéréognostique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin principal Quédec est désigné pour embarquer sur le *Suffren*, en remplacement de M. le docteur Mercié, nommé médecin de la division de l'escadre de la Méditerranée.

M. le médecin principal Magnon-Pujo est désigné pour servir à la prévôté du 5e dépôt des équipages de la flotte, en remplacement de M. le docteur Touchet.

Exposition internationale d'hygiène théorique et appliquée (l'hygiène dans l'alimentation, le vêtement, l'habitation, le travail et l'éducation). — Le 30 août prochain s'ouvrira à Versailles, sous le patronage de la municipalité, une exposition internationale d'hygiène, accompagnée de conférences démonstratives et d'un Congrès.

Nous relevons dans la longue liste du Comité d'honneur les noms de MM. Barbet, président de la Société des amis des arts; les docteurs Félix Brémond, P.-E. Christen, Gérard-Encausse, Foveau de Courmelles; MM. Em. Gautier, André Guillaume; l'architecte Hector Guimard; le docteur Adrien Loir, collaborateur de Pasteur; MM. Ed. Lefebvre, maire de Versailles; Th. Louvart, Gabriel Linas; le docteur Monin; M. Alfred Naquet, ancien sénateur; notre confrère H. de Parville; M. Rabot, président du conseil d'hygiène; les docteurs François Raspail, petit-fils du grand chimiste, O. Tabary, etc.

L'hygiène sociale y tiendra pour la première fois la place que son rôle lui assigne. Le Comité recevra avec reconnaissance tous les documents intéressant les questions d'hygiène, tels que photographies, plans, dessins, projets, etc.

Toutes les communications concernant la participation des dispensaires, sanatoria, hôpitaux marins, sociétés anti-alcooliques, etc., doivent être adressées dans le plus bref délai à M. le docteur Tabary, secrétaire du groupe II, à Paris, avenue Rapp (VIIe).

Rapports entre le nez et l'appareil génital de la femme. — Libov a signalé dans le *Wratch*, en 1902, les rapports entre l'appareil génital de la femme et le nez. Fliess a le premier constaté qu'au moment des règles la muqueuse du nez est hyperémiée et tuméfiée au niveau des cornets inférieurs et du tubercule de la cloison, et il a désigné ces régions sous le nom de « régions génitales du nez ». D'après Fliess, on peut observer des hémorragies au niveau de ces régions génitales du nez, au moment des époques menstruelles. Ces rapports entre le système génital et le nez furent confirmés plus tard par Schiff. Si les règles normales peuvent déjà exercer une telle influence, cette dernière doit être encore plus marquée lorsque les règles sont modifiées sous l'influence des affections de l'appareil génital.

Se basant sur ces rapports si étroits, on proposa un nouveau mode de traitement de certaines affections gynécologiques. C'est ainsi que Fliess démontre nettement que, dans bon nombre de cas, on arrive par la cocaïnisation des « régions génitales du nez » à arrêter complètement les douleurs dans le bas-ventre et la région sacrée au moment des règles (dysménorrhée) : la cocaïni-

sation de l'extrémité antérieure du cornet inférieur fait cesser les douleurs dans le bas-ventre, et la cocaïnisation du tubercule de la cloison, celles de la région sacrée. L'influence de la cocaïnisation des régions déterminées de la muqueuse du nez a surtout été notée dans la dysménorrhée qui ne dépend pas d'altérations pathologiques des organes génitaux. Ces constatations ont été contrôlées par d'autres auteurs (Schauta, Chrobak, etc.).

En contrôlant ce mode de traitement de la dysménorrhée sur un grand nombre de malades, Jaworski et Swanicki ont trouvé que l'heureux effet des séances de cocaïnisation persiste de quelques heures à plusieurs jours et qu'un traitement plus prolongé peut même donner la guérison complète. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 19 juillet 1901.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations médicales — clinique et thérapeutique, par le docteur Huchard, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. 3e *édition*. 1 vol. in-8° de 620 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

UN CAS D'OBSESSION SCRUPULEUSE

S'AJOUTANT A UN DÉLIRE ÉROTIQUE (1)

Par H. Piéron,
Préparateur à l'Ecole des hautes-études.

La question des obsessions est l'objet d'un mouvement très considérable qui a abouti à l'unification générique de toutes les formes d'idées fixes. Les cadres factices où l'on prétendait enfermer les phobies aux noms helléniques sont brisés, et l'on hésite entre le nom de dégénérescence ou de scrupule.

Toutes les diverses formes d'obsessions arrivent dans les cas réels à se mêler et à se compliquer au point qu'il soit parfois difficile de comprendre, dans un de ces délires polymorphes, ce qu'il recouvre d'essentiel.

Nous allons tâcher d'exposer un cas de ce genre, où, grâce à une analyse psychologique persistante, nous avons pu, chez une femme peu explicite, démêler, au milieu d'un délire complexe, au cours d'une histoire embrouillée, un courant dominateur nettement scrupuleux ayant abouti à des pseudo-hallucinations de rouge.

Nous apporterons ainsi une bien modeste contribution à la question de la maladie du scrupule, magistralement traitée dans les derniers livres du professeur P. Janet, le maître en la matière, et dont nous avons suivi la pénétrante méthode.

E. X..., âgée de trente ans, domestique. Née d'une famille de paysans, elle aurait eu, à son dire, une enfance normale. Elle jouait avec les enfants de son âge et recherchait la compagnie. A l'école, elle ne fit pas beaucoup de progrès et n'acquit qu'une instruction très rudimentaire. Elle n'y allait d'ailleurs que six mois par an, de dix à treize ans. A dix-sept ans, elle fut placée comme bergère. Ne pouvant souffrir la solitude, elle reporta toute l'affection dont elle disposait sur ses moutons. Un jour il arriva à un de ses moutons un accident qui lui fit très peur; elle en resta frappée, se considérant comme coupable.

Elle se place alors comme bonne d'enfant chez un épicier, puis bonne à tout faire dans une autre maison; mais elle quitte sa place parce qu'elle jalouse la nourrice, qu'elle s'imagine lui être préférée par ses maîtres. Elle change ainsi sept fois de place, presque toujours par jalousie; on ne se plaint pas d'elle, mais elle ne trouve pas qu'on lui consacre une affection assez exclusive. Elle arrive enfin dans sa place actuelle, où elle se trouve depuis plus de sept ans. Elle n'a pas eu de malaises graves.

État actuel. — Au point de vue extérieur, c'est une grande fille d'aspect doux, un peu molle, commune. Elle paraît d'intelligence très moyenne, mais assez orgueilleuse. Aucun trouble physique. Elle est probablement vierge.

Troubles mentaux.—Ses derniers patrons, effrayés, s'étaient décidés à la conduire à l'asile parce qu'elle ne travaillait plus, se désolait constamment, voyait rouge et voulait se tuer. Au premier abord, cela paraissait être de la mélancolie. Mais les troubles ne subsistèrent pas et elle put retourner chez elle.

Ayant été amené à la voir et à l'examiner, j'ai pu, grâce à un interrogatoire très patient et très long, reconstituer l'histoire et déterminer la nature de ces troubles équivoques.

La maison où elle servait depuis deux ans se trouvait située rue d'Assas, en face d'une imprimerie, et la fenêtre de sa cuisine donnait sur les fenêtres derrière lesquelles travaillaient des ouvriers typographes; elle les regardait souvent travailler, et tous les matins elle guettait leur arrivée. Un jour, un concierge d'une maison voisine frappa à la fenêtre, en la regardant, dit-elle, et cela l'impressionna beaucoup; elle se mit à réfléchir et à prêter plus d'attention. Or il lui sembla que les ouvriers typographes la regardaient. Ce devait être pour cela que le concierge avait frappé, pour l'avertir ou plutôt pour la blâmer. En tout cas, elle remarqua parmi ces ouvriers deux d'entre eux qui lui plaisaient particulièrement, un grand blond et un petit brun. Et elle crut constater que l'un et l'autre prêtaient attention à elle, le blond avec plus de réserve; mais, à son avis, le brun « se dérangeait pour elle ». Elle en était enchantée. Elle ne douta plus qu'ils ne vinssent la demander en mariage. Un jour, elle rencontra dans la rue un monsieur en cheveux blancs accompagné de sa femme; elle pensa aussitôt que c'étaient les

(1) Cette observation a été publiée, sous une forme un peu différente, dans *The Journ. of ment. pathol.*, vol. III, n° 4-5.

parents de l'un de ses soupirants et qu'ils allaient chez ses patrons pour faire une demande pour elle. Elle se sauva toute honteuse, mais ils ne vinrent pas.

Comme la demande n'arrivait pas et qu'elle n'avait pas caché ses espérances à sa famille, elle pensa que ses cousins étaient d'accord avec le brun et même le blond pour l'éprouver. Et quand ceux-ci, ayant pris des renseignements, lui déclarèrent que c'étaient des hommes mariés dont elle s'amourachait, elle pensa que c'était pour la « tâter ».

Il est d'ailleurs probable que les ouvriers, à la voir si absorbée par la fenêtre, se moquaient quelquefois d'elle, et elle prenait cela pour des témoignages d'attachement.

Un beau jour, sa cousine vint lui dire que tout se rompait, que tout était fini et qu'il ne fallait plus y penser. Elle tomba alors, dit-elle, « dans un chagrin extraordinaire. »

Sur ce, son père étant très malade, à l'agonie, on l'appelle dans son pays, où elle hésite à partir, se figurant que c'est une ruse pour l'éloigner de ses soupirants. Sur les instances réunies de sa famille elle part, et trois jours après son père meurt. Elle n'en éprouve aucun chagrin, ne pouvant se distraire de la peine que lui cause son mariage manqué, et où elle s'absorbe complètement.

Le délire de forme érotique est arrivé à ce moment à un degré de développement qui touche au complet déséquilibre mental.

Mais une réaction se produit qui se mêle au délire primitif et le complique, c'est une réaction scrupuleuse. Elle se reproche vivement de n'avoir pas eu plus de peine de la mort de son père, et se juge en cela très coupable. Elle est très coupable en effet; car elle était responsable de l'accident de son mouton, et puis, elle qui était pieuse n'a pas fait de communion à Noël. Enfin elle est bavarde, indiscrète; elle a raconté à une femme de ménage un grave secret que lui avait confié sa mère, évidemment pour éprouver sa discrétion, sa mère ayant, à ce qu'elle aurait raconté, eu un premier enfant étouffé dans son sein. Et sa mère n'en est-elle pas criminelle aussi, et elle, et toute sa famille? Aussi il faut que ça finisse. Il faudrait qu'elle se tue, mais, déclare-t-elle, sans avoir l'intention sérieuse de le faire. Enfin un de ses amoureux est parti au Transvaal, car elle ne le voit plus; il est certainement parti au Transvaal pour « s'illusionner » parce qu'elle ne s'en occupe plus assez, et il mourra peut-être, et elle sera cause de sa mort. Elle est criminelle, et on le voit certainement, on la méprise, on va l'arrêter. Et elle voit rouge, elle est bien criminelle.

A ce moment le délire est au comble et on la mène à l'asile, craignant quelque violence, car l'expression « voir rouge » effraie beaucoup.

J'ai eu beaucoup de mal à connaître le sens de cette expression « voir rouge ». J'ai pu déterminer d'abord qu'elle n'avait pas l'hallucination du rouge, mais qu'elle remarquait seulement les objets rouges, les toits rouges, etc. Et cela ne correspondait à aucune impulsion meurtrière, même pas à une impulsion au suicide. Cela correspondait à ce trouble très curieux, mis en lumière chez les délirants scrupuleux par le professeur P. Janet, à savoir l'interrogation du sort. Cela se rencontre, à un degré moindre, chez un grand nombre d'individus, surtout lorsqu'ils sont préoccupés. En faisant choisir le sort on s'épargne une peine, une fatigue; seulement le scrupuleux interroge non pour le choix d'une action, mais pour le choix d'une conviction, et en général d'une conviction qui concerne son état moral. Suis-je coupable ou non? Ai-je tort ou raison? etc.

Or ici cette interrogation avait pris une forme dont je ne connais pas d'autre exemple, l'interrogation colorée : Si je vois rouge, c'est que je suis criminelle, tant pour ne pas m'être désolée de la mort de mon père, que pour avoir causé l'accident de mon mouton, que pour avoir révélé que ma mère même était criminelle, que pour me mal conduire vis-à-vis de mes amoureux, ou qu'inversement pour les désespérer et être coupable de leur mort.

Et quand le délire scrupuleux tourne ainsi du côté mélancolique et persécuté, elle voit rouge. Mais à d'autres jours, rares au fort de son délire, elle voit vert. Alors c'est l'espérance; elle se mariera, elle n'est pas coupable. Enfin parfois apparaît la couleur jaune, indice de cocuage. Ses amoureux la trompaient et elle se désolait.

Analyse du délire. — Ce délire me paraît intéressant. Nous voyons l'histoire d'une enfant éprise d'affection, exclusive, parce que de mentalité un peu faible, errant de place en place par jalousie, aimant les moutons et les gens.

L'absence de rapports sexuels devient un excitant plus positif de son besoin d'affection. Et quand dans la solitude de sa cuisine, elle se trouve vivre par la pensée au milieu d'hommes qui sont constamment en face d'elle, et peut-être se prêtent à son attitude amoureuse par moquerie et par jeu, comment dans ce roman pensé, ruminé, développé, pendant deux longues années, n'arriverait-elle pas à ancrer dans son esprit faible l'idée de ce mariage, au point d'en faire le centre d'abord de toute une histoire imaginaire, puis de tout un délire, du jour où elle interprète dans ce sens la réalité elle-même. L'idée comme foyer de polarisation unique dans l'esprit groupe tout autour d'elle, interprète tout dans son sens. Une longue rêverie systématisée, et qui n'est d'abord pas contredite, devient nécessairement dans un esprit peu équilibré un véritable délire.

Mais l'exclusivisme de ce délire est subitement combattu par un événement brusque et grave, la mort de son père. Dans cet esprit affectueux, imbu de piété et de morale, faible et timide, une voix s'élève pour lui reprocher l'absence de chagrin relative à la perte d'un homme qu'elle devrait aimer comme son père. Alors se déchaîne l'obsession scrupuleuse, latente dans un si grand nombre d'esprits féminins en notre siècle; l'auto-accusation apparaît. Un nouveau foyer de polarisation se constitue avec l'idée de culpabilité, et tous les faits anciens ou nouveaux, vrais, exagérés ou inventés, qui sont en harmonie avec cette nouvelle forme de délire, apparaissent, se groupent, se systématisent, et se mêlent au premier délire. Le premier était un doux rêve, le second devient une affreuse réalité. Et elle oscille du vert au rouge, de l'espérance au désespoir, suivant que, dans la lutte de son esprit, tel ou tel élément prédomine. Elle croit interroger le sort, lui demander une réponse verte ou rouge, pour savoir si elle se mariera ou si elle est damnée; mais elle sait se répondre en regardant exclusivement ce qu'elle sait être vert ou ce qu'elle sait être rouge, suivant que l'idée du mariage ou que l'idée de la culpabilité l'emporte. Et le délire paraît d'autant plus grave qu'il n'est pas stable et qu'il y a lutte, agitation, et trouble.

Nous avons là un double délire dont la clef nous paraît maintenant donnée : besoin d'affection égoïste, et abstinence sexuelle travaillant dans la solitude transforment une rêverie en délire; idées morales réveillées par la mort d'un père autrefois aimé transforment des reproches naturels en obsession scrupuleuse systématique; il résulte de ces deux éléments un déséquilibre chaotique.

Et ce délire chez une paysanne peu instruite et de très moyenne intelligence prend des formes simples et populaires : c'est le grand blond et le petit brun de tous les romans feuilletons, et l'interrogation scrupuleuse revêt un symbolisme simple, et où nous ne trouvons aucune invention. Le rouge signifie le crime, le vert l'espérance, et le jaune le cocuage comme dans toutes les traditions populaires.

Il y a là un déterminisme psychologique qui me paraît digne d'intérêt. L'analyse psychologique ne doit pas être négligée en matière de maladies mentales, car elle peut don-

ner la clef de bien des troubles analogues où semblent se confondre érotisme, mélancolie, persécution, hallucinations et impulsions.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(28 juillet 1903)

Pour sa dernière séance l'Académie a bien fait les choses : nous y avons entendu le récit d'une des découvertes les plus importantes de l'année ; MM. Metchnikoff et Roux viennent de parvenir à inoculer la **syphilis au singe**. Ils nous ont montré un jeune chimpanzé bien manifestement syphilitique.

Depuis longtemps déjà ces deux savants s'appliquent à inoculer au singe diverses maladies infectieuses jusqu'ici propres à l'homme et n'ayant pu être transmises à l'animal. Ils ont choisi le chimpanzé comme étant le plus voisin de l'homme et dont le sérum a des propriétés agglutinantes et précipitantes semblables à celles du sérum humain.

Leur première expérience a consisté à inoculer un fragment de mélanosarcome dans la chambre antérieure de l'œil d'un chimpanzé ; le singe est mort de tuberculose au bout de quatre mois sans avoir présenté aucune lésion particulière.

Ils ont alors essayé l'inoculation du virus syphilitique sur un jeune chimpanzé femelle.

M. Metchnikoff rappelle que des expériences en ce sens avaient été faites, il y a une dizaine d'années, par MM. M. et Ch. Nicolle qui avaient réussi à produire, chez des singes macaques, des papules syphilitiques sans que, cependant, elles fussent suivies d'infection généralisée.

L'inoculation a été faite par frottis de matières prélevées à la surface d'un chancre induré d'un mois, sur une région scarifiée superficiellement et située sur le prépuce clitoridien. Une autre inoculation fut faite à l'arcade sourcilière avec le produit d'une plaque muqueuse. Cinq jours après, nouvelle inoculation — avec un chancre de trois jours — encore dans la région clitoridienne, mais à gauche.

Il n'y a eu immédiatement aucune lésion superficielle, les scarifications ayant guéri normalement.

Au bout de vingt-cinq jours et demi, une petite vésicule s'est manifestée dans la région clitoridienne inoculée, vésicule qui, en évoluant, a présenté rapidement tous les caractères propres au chancre induré syphilitique.

L'expérience a commencé il y a quarante-six jours, le chancre existe toujours, mais aucune autre manifestation syphilitique ne s'est encore produite.

Faisons remarquer, en passant, que ces expériences sont très coûteuses et qu'il eût été bien difficile à leurs auteurs de les mener à bonne fin s'ils n'y avaient consacré, l'un les 100 000, l'autre les 25 000 fr. que leur ont rapporté les prix de l'Institut. Peut-on faire preuve à la fois d'un plus grand désintéressement et d'un plus noble amour de la science ?

Après cette captivante communication, M. Fournier est monté à la tribune et avec toute la compétence et l'autorité dont il jouit en pareille matière, il a déclaré qu'en examinant le chimpanzé présenté par MM. Roux et Metchnikoff, il a reconnu, à sa grande stupéfaction, un type parfait de chancre syphilitique. Il y a là non seulement tous les caractères objectifs du chancre infectant, mais l'incubation et le bubon caractéristiques viennent confirmer le diagnostic. Dans quatre semaines on saura si l'infection s'est généralisée ou non. M. Fournier attend cette date avec anxiété, car si la syphilis est inoculable aux animaux, que de problèmes importants pourront être abordés et résolus ! Peut être sommes-nous, à nouveau, à la veille de ces découvertes auxquelles la maison de Pasteur nous a habitués, et qui sont non seulement un honneur pour la science, mais un bienfait pour l'humanité.

M. Du Castel ajoute qu'alors même que des manifestations ultérieures n'apparaîtraient pas, il n'en serait pas moins acquis que ce singe a eu la syphilis, qui se serait arrêtée à l'accident initial, comme la chose arrive parfois chez quelques humains plus heureux que d'autres.

M. Marc Sée demande à M. Metchnikoff si son succès tient à des précautions spéciales.

M. Metchnikoff répond négativement, il croit que le résultat heureux de ses expériences vient de ce qu'elles ont été pratiquées sur des singes anthropoïdes, dont le sang se rapproche le plus de celui de l'homme.

M. Fournier rappelle qu'en 1882, il a fait 142 inoculations de chancre simple à des singes et il a réussi dans la proportion de 62 p. 100. En revanche, il n'a eu que des insuccès en ce qui concerne le chancre syphilitique, même en s'adressant à l'œil, au péritoine, en inclusant des lambeaux de chancre dans la plaie. La raison en est, croit-il, à ce qu'il opérait sur des petits singes. Il pense que M. Metchnikoff a raison d'attribuer son succès à ce qu'il a opéré sur un anthropoïde.

M. Chantemesse a fait une très intéressante communication sur la **phlegmatia alba dolens des typhiques et le régime hypochlorurique**. Le sang des typhiques, dit-il, montre un abaissement du point de congélation d'autant plus faible que le cas est plus grave, ce qui semble d'abord paradoxal. Au lieu du chiffre normal — 56, on trouve jusqu'à — 42. La cause de cet état est non pas une diminution des molécules organiques du sérum, qui, au contraire, augmentent, mais une pénurie saline. Le sel marin est retenu par les cellules des tissus.

Récemment, M. Widal a montré que l'œdème des brightiques disparaît par un régime hypochlorurique. Dans cette idée, M. Chantemesse a appliqué le régime hypochlorurique (suppression du sel de l'alimentation) à six malades atteints de phlegmatia. Les résultats ont été surprenants. Malgré la persistance de la thrombose, la marche envahissante s'est arrêtée. Chaque retour d'alimentation salée amenait une reprise du gonflement.

Il conclut en disant que la phlegmatia est le résultat de l'intoxication d'un membre par le chlorure de sodium ; la thrombose est seulement une cause prédisposante.

M. Vincent, médecin-inspecteur des troupes coloniales, nous a lu un travail important sur **l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre jaune à la Havane**, qu'il a fait en collaboration avec M. Salanoue.

Il présente, en outre, la statistique médicale de la Havane, établie par le docteur Carlos Finlay, du service de santé de l'île de Cuba.

« Ces statistiques, dit-il, montrent les résultats vraiment merveilleux des mesures de prophylaxie instituées à la Havane et convaincront, je l'espère, les plus sceptiques.

En 1900, année de la guerre hispano-américaine, il y avait eu à la Havane 310 décès de fièvre jaune.

Les mesures prophylactiques ont été inaugurées le 27 mars 1901. Il y avait eu 13 décès de fièvre jaune, 5 dans les mois suivants, soit 18 décès dans toute l'année 1901 ; c'était déjà un résultat très appréciable, mais le service

sanitaire s'est ensuite perfectionné et son organisation est devenue parfaite. Aussi, en 1902, n'a-t-on enregistré aucun décès de fièvre jaune. Aucun encore, jusqu'à ce mois de juillet 1903.

Le chiffre de la mortalité générale à la Havane, ville de 260 000 habitants, oscille actuellement entre 20 et 21 p. 1000, proportion qui ne dépasse pas de beaucoup la mortalité de nos villes d'Europe. »

M. Kœnig fait une communication sur le **traitement chirurgical de la névrite optique interstitielle.** Cette névrite, pour M. Kœnig, est une névrite par stase, sans scotome central, avec exsudats limités au disque optique, vraie phlegmasie locale. Il la traite par la sclérotomie antérieure qui, agissant sur la vascularisation antérieure de l'œil, agit aussi par retentissement sur la vascularisation postérieure. La vision est améliorée; quelquefois on obtient même une guérison durable.

REVUE DE LA PRESSE

Les ferments du lait. (*Arch. de méd. des enf.*, 1903, n° 7.) — Depuis que l'on utilise dans l'alimentation des nourrissons le lait stérilisé, on a signalé nombre d'accidents chez les bébés ainsi nourris. « On a vu des nourrissons, en assez grand nombre, devenir pâles, anémiques, rachitiques, avec le lait stérilisé. Quelques-uns même ont présenté tous les symptômes de la cachexie scorbutique. »

On a été ainsi conduit à se demander si le lait ne perdait pas, par la stérilisation, des substances qu'il y aurait intérêt à laisser vivantes, et à étudier la question des ferments solubles du lait.

Cette question ne date pas d'hier. Déjà Béchamp avait, en 1883, trouvé dans le lait de femme une *zymase* qui transformait l'amidon en sucre, zymase qui n'existerait pas dans le lait de vache. Dupouy décrit une *oxydase* que l'on retrouve constamment dans les laits de vache, de chèvre et de brebis (1897).

En 1898, M. E. Moro, élève d'Escherich, aborde l'étude des ferments solubles du lait, et publie plusieurs mémoires sur leur rôle dans l'allaitement. Les idées de Moro sont admises par MM. Marfan et Gillet (1901). MM. Nobécourt et P. Merklen étudient le ferment qui dédouble le salol et donnent, sur la question des ferments du lait, une étude d'ensemble des plus intéressantes.

La pepsine et la trypsine se rencontrent dans tous les laits (Spolverini) : « la trypsine est d'ailleurs plus énergique que la pepsine. Au point de vue de ces ferments, le lait de vache vient en tête, suivi des laits de chienne, de chèvre, de femme et d'ânesse. »

Les laits de femme et de chienne contiennent un *ferment amylolytique*, décrit jadis par Béchamp et Bouchut, et, plus récemment, par Moro, Spolverini, Luzzatti et Biolchini, Nobécourt et Sevin. Cette amylase manque dans les laits de vache, de chèvre, d'ânesse.

La *lipase*, qui dédouble la butyrine en acide butyrique et glycérine, est très actif dans le lait de femme, moins dans celui de vache (Marfan et Gillet) et des autres mammifères. M. Gillet admet que la lipase existe dans le colostrum dès les premiers jours, et n'est pas particulière au lait de femme. Le ferment dédoublant le salol (Nobécourt et P. Merklen) existe dans le lait de femme et d'ânesse; il manque dans ceux de chèvre et de vache.

L'*oxydase* du lait a été rencontrée par Dupouy et Randnitz dans les laits de chèvre, de vache, de brebis; elle existe encore dans le colostrum de lait de femme, mais ne s'observe plus, ou est presque inactif dans les laits de femme, d'ânesse, de jument, de chienne.

Spolverini signale encore dans les laits de vache et de chèvre un ferment détruisant la lactose (*ferment glycolytique*),

En résumé, tous les ferments cités plus haut existent dans les laits de femme et de chienne (sauf l'oxydase dont la présence est conditionnelle dans le lait féminin) et dans le lait d'ânesse (sauf l'amylase qui y est inconstante). Les laits de vache et de chèvre renferment la trypsine, la pepsine, la lipase, l'oxydase, le ferment glycolytique; ils ne contiennent ni amylase ni ferment du salol. Or il s'agit, dans ces derniers laits, d'animaux herbivores.

Partant de là, Spolverini a cru pouvoir, en modifiant le régime de ces animaux, faire apparaître dans leur lait les ferments dont ils sont normalement dépourvus. Donnant à une chèvre de la viande, des œufs, etc., pendant soixante-cinq jours, il a vu apparaître le ferment dédoublant le salol, puis le ferment amylolytique. Il a obtenu des résultats plus concluants en faisant absorber, à une chèvre et à une vache, une certaine quantité d'orge en germination ; l'amylase et le ferment du salol se sont montrés très rapidement. Ces ferments disparaissent vingt-quatre à quarante-huit heures après la cessation de l'alimentation spéciale.

Cette théorie ingénieuse a malheureusement été l'objet des plus vives critiques et il est impossible d'en tirer des conséquences pratiques. D'ailleurs, il en est de même de la question des ferments du lait dans son ensemble. Pour intéressante qu'elle soit, elle « ne nous autorise pas à partir en guerre contre la stérilisation du lait, qui est un des progrès hygiéniques les plus marquants du XIXe siècle... Le danger serait immense si, par peur du lait mort, on allait revenir au lait cru qui a tué plus d'enfants que la poudre à canon n'a tué d'adultes... Au point de vue pratique, la question des ferments du lait, qui promet des moissons abondantes aux hommes de laboratoire, est actuellement encore négligeable ; elle ne doit peser d'aucun poids dans l'allaitement artificiel des nourrissons ». L. BABONNEIX.

Ozène et tuberculose. (*Frænkel's Archiv f. Laryngologie*, XIV, 1, S. 1). — A. ALEXANDER vient de se livrer à une étude de statistique et de contrôle qui confirme pleinement les observations multiples du même genre que j'ai pu faire moi-même à différentes reprises, comme je pense, l'ont fait nombre d'autres spécialistes en oto-rhino-laryngologie ; il s'agit de la prédisposition manifeste qu'ont les ozéneux de faire, à un moment donné, de la tuberculose pulmonaire.

Alexander a examiné 200 phtisiques, sur ce nombre il n'a trouvé qu'un ozéneux type; en revanche sur 50 ozéneux, il ne trouva pas moins de 22 tuberculeux pulmonaires sans parler des suspects au nombre de 7; il faut donc admettre que si la tuberculose pulmonaire ne prédispose pas à l'ozène, en revanche la rhinite atrophique est une cause de tuberculisation très ordinaire, c'est absolument ce que j'ai vérifié, d'une façon presque banale. Sans avoir fait de statistique à ce sujet, ni pouvoir affirmer que la proportion élevée donnée par Alexander soit exacte, j'ai eu si souvent l'occasion de vérifier ce fait que, de propos délibéré, je considère un ozéneux comme un prédisposé à la tuberculose, s'il ne l'est déjà, et le traite en conséquence.

La connaissance de cette prédisposition et la constatation de l'ozène ont au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose et du soin des malades une importance pratique considérable, et, à ce point de vue, je ne saurais mieux faire que de citer l'exemple d'une dame qui m'était envoyée pour un début de laryngite et de toux, survenue peu de temps après l'administration, par son médecin, d'une médication thyroïdienne ayant pour but de la faire maigrir; il résulte des lignes précédentes qu'en effet cette ligne de conduite thérapeutique était l'antipode de celle qui aurait dû être adoptée, si le médecin avait connu l'existence de l'ozène et ses conséquences pour la santé du poumon. P. VIOLLET.

QUESTION D'INTERNAT

Cancer du foie.

DÉFINITION. — L'expression de cancer du foie concerne, *cliniquement*, toutes les tumeurs malignes de l'organe (épithéliomes, sarcomes, mélano-sarcomes), *anatomiquement*, elle ne s'applique qu'aux épithéliomes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — § I. **Epithéliomes**. — Il existe *trois formes principales* de cancer du foie : l'une, *toujours primitive*, c'est le *cancer massif*; la seconde, *tantôt primitive, tantôt secondaire*, c'est le *cancer nodulaire*; la troisième, *toujours primitive, coexistant avec des lésions de cirrhose*, c'est l'*adéno-cancer avec cirrhose*.

§ I. ÉTUDE MACROSCOPIQUE. — I. *Cancer massif* (Gilbert). — Dans cette variété, le foie est hypertrophié, soit dans sa totalité, soit dans une de ses parties (lobe droit). La surface du foie n'est pas déformée; il n'y a pas de périhépatite, pas de compression des gros troncs vasculaires ni des voies biliaires extra-hépatiques (exception : cas de Gilbert et Claude). Sur une coupe, « la substance hépatique apparaît presque totalement transformée en une masse blanchâtre, d'une consistance molle, dont le centre n'est qu'exceptionnellement plus ramolli que la périphérie » (Gilbert et Surmont). Souvent, la périphérie du cancer est séparée de la surface extérieure du foie par une bande de tissu hépatique sain (*cancer en amande*, Hanot et Gilbert).

Dans cette forme, l'ascite est rare, parce qu'il n'y a ordinairement pas de périhépatite, ni de compression de la veine-porte. La rate est hypertrophiée. Donc : *atteinte en masse d'une partie toujours considérable du foie, hypertrophie de l'organe sans déformation de sa surface extérieure, intégrité habituelle du péritoine périhépatique, des gros troncs artériels et veineux, des voies biliaires extrahépatiques*.

II. *Cancer nodulaire* (Hanot et Gilbert). — Le foie est semé de *nodosités* de nombre et de dimensions variables, de couleur blanchâtre, de consistance molle. Ces nodosités se retrouvent aussi bien dans la profondeur qu'à la surface de l'organe : dans ce dernier cas elles déforment le foie et s'accompagnent de périhépatite, de pleurite et d'ascite. Il est rare que l'on puisse, macroscopiquement, dire si ces nodosités sont primitives ou secondaires (v. Gilbert et Surmont, *Traité Brouardel-Gilbert*, t. V, p. 285). La rate est variable.

Donc : *lésions disséminées, éparpillées, laissant entre elles une étendue considérable de tissu hépatique sain, hypertrophie avec déformation du foie, atteinte fréquente de l'enveloppe du foie, d'où ascite, pleurite*, etc.

III. *Adéno-cancer avec cirrhose* (syn. : *cancer avec cirrhose*, Hanot et Gilbert). — Cette forme résulte « de la juxtaposition de lésions cirrhotiques et de lésions épithéliomateuses, d'un type particulier, qui lui ont valu de la plupart des auteurs la désignation d'*adénome* » (Gilbert et Surmont). Le foie est un foie de cirrhose, clouté, dans lequel certains grains de cirrhose seraient remplacés par des nodules cancéreux de volume variable, de couleur jaune, finissant par se ramollir et se transformer en une bouillie jaune d'or (Sabourin). L'adéno-cancer envahit fréquemment les veines, d'où généralisation; il atteint surtout la surface extérieure du foie, d'où périhépatite, ascite. La rate est variable.

Donc : *coexistence de lésions de cirrhose et de lésions de cancer* (adénome), *envahissement des veines et de l'enveloppe extérieure du foie, d'où noyaux secondaires et ascite*.

§ II. ÉTUDE MICROSCOPIQUE. — A. Le *cancer secondaire* reproduit toujours la forme histologique du cancer primitif qui lui a donné naissance.

B. Le *cancer primitif* (c. massif, nodulaire et adéno-cancer) est un épithéliome : a. *trabéculaire* : stroma très mince limitant des travées de cellules cancéreuses; b. *alvéolaire* : stroma formant des alvéoles où peuvent se trouver : α. des cellules polymorphes; β. des cellules petites et polyédriques; γ. des cellules gigantesques ou cylindriques; c. *trabéculo-alvéolaires*.

L'*origine* du cancer primitif est encore discutée : les uns le font dériver du tissu conjonctif; les autres, des conduits biliaires; d'autres enfin, et c'est l'opinion la plus communément admise (Hanot et Gilbert), des cellules hépatiques elles-mêmes.

Le cancer secondaire étant toujours consécutif à une embolie détachée du cancer primitif (cancer de l'estomac, de l'intestin) et arrivant au foie par la veine porte, on peut dire que le cancer secondaire est essentiellement *intra-capillaire au début*, tandis que le cancer primitif, qui naît de la cellule hépatique, est *au début extra-capillaire*.

§ II. **Sarcomes et mélano-sarcomes**. — En dire un mot. Le *sarcome primitif du foie* est exceptionnel; le *sarcome secondaire* est un peu plus fréquent; enfin le *mélano-sarcome* est *toujours secondaire* à un mélano-sarcome de la choroïde ou de la peau, et peut affecter la forme *infiltrée* ou la forme *nodulaire*. (V. Gilbert et Surmont, loc. cit., p. 297.)

ÉTIOLOGIE. — Le cancer secondaire du foie est *très fréquent*, le cancer primitif *assez rare* (sur 9 cas, 1 de cancer primitif, 8 de cancer secondaire, Hanot et Gilbert). Le cancer secondaire succède le plus souvent à un cancer digestif (estomac, intestin, pancréas). Les cellules épithéliales sont alors charriées jusqu'au foie par la veine porte.

L'étiologie du cancer primitif est complètement inconnue; tout ce qu'on sait, c'est qu'il est plus fréquent après quarante ans qu'avant, chez l'homme que chez la femme. Des différentes causes invoquées (hérédité, traumatisme, lésions antécédentes du foie), aucune n'est actuellement prouvée.

SYMPTOMATOLOGIE. — § I. CANCERS SECONDAIRES. — *a*. Tantôt latents; *b*. tantôt au contraire donnent lieu à des troubles plus accusés que le cancer primitif (*forme hépatique du cancer de l'estomac*). Leur apparition aggrave considérablement le pronostic (Monneret).

§ II. CANCERS PRIMITIFS. — 1. *Signes communs* : troubles digestifs précoces et prononcés; cachexie rapide; facies particulier, fait d'indifférence et d'hébétude (Hanot); signes d'insuffisance hépatique.

2. *Signes spéciaux à chaque variété*. — A. *C. massif. Début* par *troubles digestifs* (dégoût de la viande) et par des troubles *généraux* (amaigrissement, perte de forces) très accusés.

A la *période d'état*, les troubles digestifs précédents s'accentuent : il s'y joint une décoloration souvent absolue des matières; les troubles généraux s'aggravent (urines rares et pauvres en urée, teinte blafarde des téguments, cachexie). A l'examen physique, le foie est hypertrophié. Cette hypertrophie, qui respecte la forme générale de l'organe, est d'emblée considérable; elle s'accroît avec une rapidité extrême et distend progressivement l'hypocondre et le flanc droits et la partie inférieure du thorax. La surface extérieure du foie est lisse, de consistance pierreuse; l'organe tout entier est immobile, « comme s'il était, à la façon de l'utérus cancéreux, pris dans un étau » (Gilbert et Surmont).

Signes négatifs de la plus haute importance : *pas de douleurs*, ni à la pression, ni spontanément (à cause de l'absence de périhépatite); *pas d'ascite* (parce que la veine porte n'est pas comprimée et qu'il n'y a pas de péri-hépatite); *pas d'ictère*, à cause de la destruction totale du parenchyme glandulaire [les cellules hépatiques, cancérisées, ne sécrètent plus les pigments normaux de la bile (*acholie pigmentaire*)].

Évolution rapide : la mort survient en trois-cinq mois, quelquefois plus tôt.

Donc : *troubles digestifs et généraux précoces; hypertrophie lisse, régulière et considérable du foie; pas d'ascite, pas de douleurs, pas d'ictère; — évolution rapide.* (*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La tuberculose, maladie sociale (1), par le professeur Landouzy.

« La défense antituberculeuse comporte deux points de vue distincts et connexes : 1° le traitement des tuberculeux, affaire médicale; 2° la prévention de la tuberculose, affaire sociale. » La prévention de la tuberculose est l'œuvre sociale à laquelle les gouvernements comme les peuples doivent consacrer tous leurs efforts. M. Landouzy indique la façon de diriger ces efforts pour tâcher d'en obtenir les meilleurs résultats, pour restreindre les terribles ravages qu'exerce en Europe, et particulièrement en France, l'infection tuberculeuse. L. BABONNEIX.

Le bain nasal, technique et indications (2), par le docteur J.-G.-A. Depierris.

Encore peu connu de la majorité des médecins, le bain nasal tend à rallier de plus en plus les suffrages des spécialistes. Il est commode et inoffensif, il est même souvent utile. M. Depierris étudie successivement sa technique et ses indications; il montre que les autres méthodes de traitement doivent céder le pas au bain nasal, dont l'importance, a dit Lermoyez, croît de jour en jour dans la thérapeutique rhinologique. L. BABONNEIX.

Sur une épidémie d'oreillons à Commentry [1892] (3), par le docteur Paul Fabre.

L'épidémie d'oreillons qui a sévi en 1892 à Commentry a frappé également les deux sexes; elle s'est caractérisée par les particularités cliniques suivantes : bilatéralité initiale, rareté des métastases testiculaires, fréquence de certaines complications : angine, état gastrique, épistaxis, névralgies de la face. Elle a duré deux mois et demi. Ces quelques renseignements complètent l'histoire des épidémies locales d'oreillons que M. Fabre étudie depuis longtemps; ils méritaient donc d'être analysés brièvement. L. BABONNEIX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le préfet de la Seine vient d'approuver la délibération du Conseil municipal, ouvrant les crédits nécessaires pour l'établissement à l'hôpital Necker d'une clinique des maladies des voies urinaires. Il s'agit là d'une clinique modèle qui deviendra un centre d'études et d'observations pour tous les médecins. (*Écho de Paris.*)

— Le concours pour six places de médecin des hôpitaux s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Josué, Carnot, Laffitte, Sergent, Brouardel et Sicard.

Assistance médicale. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Médecins titulaires. — MM. les docteurs Salmon, Hauser, Ribierri, Chevé, Netter, Mallet, Braunberger, Lamouroux, Lobligeois, Champion, Papillon, Pichez, Gauchery, Fourrier, Lévy (Moïse), Dally.

Médecins suppléants. — MM. les docteurs Giraud, Janot, Abramoff, Altman, Delhommeau, Sainturet, Mme Ungauer, MM. Lavie, Henriot, Beauvillard.

Hôpitaux de province. — *Nantes.* — M. le docteur Eugène Joüon est nommé, après concours, chirurgien suppléant des hôpitaux et hospices civils.

(1) Imprimerie Wellhoff et Roche, 55, rue Fromont, 1903.
(2) Gr. in-8°, 16 p. avec fig. Prix : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(3) Paris, G. Steinheil.

Facultés de médecine. — *Montpellier.* — M. le docteur Cabannes est nommé, après concours, aide-préparateur de chimie. — Mme le docteur Gaussel est nommée, après concours, chef de clinique gynécologique et obstétricale.

— Le 14 décembre s'ouvrira, devant la Faculté de Montpellier, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Marseille.

Écoles de médecine. — *Nantes.* — M. le docteur Eugène Joüon est nommé chef de clinique chirurgicale.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Dhourdin (d'Amiens).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bernard, Chabaud et Géhé (de Toulouse), Le Moignic, médecin de la marine; M. le médecin principal de deuxième classe Mignon et M. le médecin-major de première classe Simonin.

Association d'enseignement médical professionnel. — *Cours de vacances.* — Du mercredi 16 au mardi 29 septembre se feront les cours et démonstrations pratiques dont la liste suit :

1° *A l'hôtel des Sociétés savantes*, rue Serpente. — Oto-rhino-laryngologie, M. Georges Laurens. — Bactériologie, M. Macaigne. — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde. — Massage, M. Marchais. — Maladies des voies urinaires, M. Noguès. — Electrothérapie, M. Zimmern. — Accouchements, M. Dubrisay. — Art de formuler, M. Laboulay. — Thérapeutique appliquée, M. Landowski. — Maladies mentales, M. Marie. — Maladies nerveuses, M. Sollier.

2° *Dans différents services.* — Gynécologie, M. Arrou (Saint-Antoine). — Chirurgie pratique, M. Souligoux (Lariboisière). — Auscultation (cours *a*), M. Caussade (Tenon). — Auscultation (cours *b*), M. Bergé (La Charité). — Maladies de l'estomac, M. Parmentier (Tenon). — Ophtalmologie, M. Terson (Clinique, 52, rue Jacob).

Les inscriptions sont reçues dès maintenant et jusqu'au 8 septembre, dernière limite. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours.

Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne huit à dix leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut souscrire par correspondance.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Martial, secrétaire, 4, rue de Villejust.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. les docteurs Aubé (de Rouen), Eichinger, médecin principal de l'armée en retraite, Gelin (de Maule), Emile Rossi (de Marseille).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets simples et d'aller et retour pour Chamonix* [*Mont-Blanc*]. (*Chemin de fer électrique du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix.*) — Il est délivré, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des billets simples permettant de se rendre à Chamonix par le chemin de fer électrique du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix.

Des billets d'aller et retour pour Chamonix sont également délivrés à Paris, Lyon, Marseille, ainsi que dans toutes les gares situées dans un rayon de 300 kilomètres de Chamonix. La durée de validité de ces billets d'aller et retour varie de 2 10 à jours, suivant l'importance du parcours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur la psycho-physiologie des monstres humains, par N. Vaschide et Cl. Vurpas. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Rudeval.

Causeries sanitaires, par le docteur A. YVERT, médecin principal de l'armée en retraite, chirurgien à Dijon, précédées d'une introduction par M. Paul STRAUSS, sénateur de la Seine, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, Tome Ier. In-8°. — Paris, F. Alcan.

Le bain nasal, par le docteur DEPIERRIS, médecin consultant aux eaux de Cauterets; Gr. in-8°, 16 p avec fig. — Prix : 1 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'éducation de l'oreille dans la surdité, par l'abbé ROUSSELOT. In-8° avec 12 fig. — Paris, Institut de laryngologie et orthophonie, 6, quai des Orfèvres.

La surdité, son diagnostic et son pronostic établis au moyen de l'enquête par les diapasons, par le docteur Marcel NATIER. In-8°. — Paris, Institut de laryngologie et orthophonie, 6, quai des Orfèvres.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Des chloroses symptomatiques (essai de critique historique).

Par Fernand LÉVY, interne des hôpitaux de Paris.

Que doit-on entendre sous ce nom? Il semble que, dans cette appellation, se trouve un pléonasme, car, en effet, toute chlorose comme n'importe quel état pathologique a une cause déterminante dont elle est naturellement la manifestation.

Le titre de cette revue est un legs de la vieille médecine qui, dans un même tableau clinique, distinguait les formes essentielles dont la cause lui était inconnue et les états symptomatiques. Le terme essentiel n'est donc qu'un de ces nombreux vocables sous lesquels se voilait l'impuissance d'une pathogénie basée sur des données incertaines, et que n'appuyait point une expérimentation encore à naître.

Mais d'abord que devons-nous entendre par chlorose? Il est utile, pour en avoir une compréhension nette, de jeter un coup d'œil sur le passé et de voir comment s'est formée à travers les âges la notion de la chlorose. Recherchons donc ce qu'on a, aux diverses époques, entendu sous ce nom, et décidons, en comparant tous les travaux, s'il est juste de laisser au mot chlorose une signification bien définie par des symptômes précis, étayée sur une étiologie constante et des lésions anatomiques toujours les mêmes, ou s'il faut simplement lui donner le sens de syndrome traduisant la souffrance du milieu sanguin, au même titre que l'ictère dont la présence évoque l'insuffisance de la glande hépatique ou l'épilepsie, signe de l'excitation, par une cause inconnue ou perceptible, des centres nerveux psychomoteurs.

Le terme chlorose apparaît pour la première fois dans les écrits de Varandal. Cet auteur crée ce néologisme, le faisant dériver du χλώρα χρωμάτα d'Hippocrate, pour désigner la maladie connue jusqu'alors sous le nom de « palles couleurs ». Dans les écrits du médecin de Cos, il est dit : « Ceux qui, jeunes, ont mauvaises couleurs pendant longtemps... ceux-là, hommes ou femmes, ont mal à la tête, mangent des pierres et de la terre... Les colorations verdâtres qui sont chroniques s'accompagnent de toutes les mêmes choses. » Ainsi paraissent déjà spécifiées les relations de la chlorose avec un état nerveux. Il n'est pas facile de retrouver d'autres allusions nettes, même dans le livre Περὶ παρθενῶν, où l'auteur parle de la « maladie dite sacrée... chez les jeunes filles qui ne se marient pas », et qui est due à la rétention du sang des règles dans la matrice, d'où graves désordres circulatoires.

Après Hippocrate, la même opinion prévaut et on admet que le morbus virgineus dépend de troubles des menstrues (Galien, Paul d'Egine). Et telle reste, jusqu'à la fin du moyen âge, la conception de la chlorose : anémie d'origine génitale chez les jeunes filles pubères.

Ambroise Paré partage les idées des vieux auteurs. « A d'aucuns le sang menstruel ne s'écoule... si que ne pouvant sortir regorge en la masse sanguinaire qui s'altère et corrompt, faulte d'être évacué... d'où procèdent les *palles couleurs.* »

Au XVIIIe siècle, la chlorose, qui se développe toujours chez la femme dans la période génitale, est considérée comme une *cachexie* d'origine dysménorrhéique [Juncker, Stoll], le mot cachexie ayant la même signification que plus tard le terme anémie ou hydrémie.

Cependant, déjà à cette époque, on remarquait l'association fréquente de cette affection avec l'hystérie et Sydenham pouvait dire : *Chlorosim sive febrim albam quam quidem speciem esse affectionis hysteriæ nullum dubito.*

Sauvage élargit la conception de la chlorose, et la divise en cinq espèces :

1. La chlorose virginale,
2. — amoureuse,
3. — ménorragique,

4. La chlorose des femmes grosses,
5. — des enfants.

car, pour lui, les troubles de l'appétit, et surtout le pica, sont les éléments essentiels de la maladie.

Nous voyons donc, presque jusqu'au XIXe siècle, la chlorose considérée par l'immense majorité des auteurs comme la maladie des jeunes filles en rapport avec des troubles menstruels. A peine quelques-uns l'envisagent-ils comme une affection commune aux deux sexes et à tous les âges.

Avec le XIXe siècle, l'hématologie d'abord chimique, puis microscopique, fait son apparition : et on cherche à mieux définir la chlorose, mais en vain, la confusion augmente, car on prend la lésion ou le symptôme pour la cause.

Andral et Gavarret, Fœdisch, Becquerel et Rodier demandent au laboratoire de résoudre la question et s'efforcent de différencier la chlorose de l'anémie par une formule hématologique spéciale.

Bouillaud, qui antérieurement déjà avait étudié le cœur dans la chlorose et décrit le « bruit chlorotique » des vaisseaux du cou, n'admet plus la conception ancienne encore défendue dans la thèse de Moutard-Martin, d'une « maladie exclusivement propre au sexe féminin et se manifestant particulièrement à l'époque de la puberté ».

Et il distingue :

L'*anémie* « diminution plus ou moins notable de la masse normale du sang sans que la proportion des différents principes immédiats de ce grand liquide... soit nécessairement changée » ;

La *chlorose* « diminution plus ou moins considérable dans la somme normale de cet élément du sang connu sous le nom de globules, la quantité des autres éléments restant la même ou à peu près » ;

La *chloro-anémie* « état dans lequel il existe à la fois une diminution de la masse normale du sang et une diminution de la proportion des globules dans la masse du sang diminuée elle-même ».

Ces diverses maladies peuvent survenir à toutes les époques de la vie; la chlorose a pourtant un caractère de maladie constitutionnelle.

Toutes ces distinctions n'éclaircissaient guère le sujet.

Au contraire Monneret, Grisolle, G. Sée s'appuient eux aussi sur les données hématologiques pour identifier la chlorose à l'anémie et même incorporer celle-là dans celle-ci.

Monneret fait de la chlorose une anémie dépendant des fonctions génitales. Grisolle n'essaie plus de différencier chlorose et anémie. G. Sée admet des identités anatomiques (lésions du sang), mais aussi des différences étiologiques. Il complète l'un par l'autre les deux auteurs précédents. Après avoir dit qu' « on ne saurait méconnaître le caractère anémique de la chlorose » il continue ainsi : « Ce qui me frappe d'abord dans le développement de la chlorose, c'est qu'elle naît indépendamment des causes générales qui produisent l'anémie; les pertes excessives, les privations n'y sont absolument pour rien, ou du moins la maladie peut s'observer chez des individus placés dans les meilleures conditions hygiéniques... C'est en réalité, comme le dit Grisolle, une anémie, mais une anémie spéciale, qui me paraît résulter de l'activité excessive des fonctions de développement, c'est-à-dire de l'accroissement exagéré ou de l'ovulation, ou de la gestation. C'est aussi l'avis de Monneret. » Et plus loin : « La chlorose est une anémie globulaire par suite des besoins nutritifs que réclament les fonctions de reproduction et d'accroissement. » Et il distingue des chloroses de l'enfance, de la puberté, de l'âge adulte; une chlorose puerpérale; une chlorose héréditaire et constitutionnelle, s'observant surtout chez l'homme.

Trousseau reprend la vieille théorie de Sydenham et il admet que la chlorose, maladie de la femme pubère, est une *névrose*. Pour le prouver il invoque : 1° « l'état convulsif du sang » que caractérisent les bruits des vaisseaux du cou « conséquence d'une modification de la contractilité du système vasculaire »; 2° la prédominance des symptômes nerveux dans la chlorose qui, souvent d'ailleurs, s'accompagne d'hystérie.

Nonat s'écarte lui aussi de la conception ancienne. Il soutient la théorie affirmée bien auparavant par Ashwell, de la maladie congénitale, constitutionnelle, traduisant le fonctionnement défectueux des organes hématopoiétiques. L'affection peut survenir chez les enfants (chlorose de la dentition, du sevrage).

Lorain, sans vouloir faire de théorie, ne considère pas que la chlorose puisse être complètement séparée de l'anémie. Tout en admettant qu'elle fut décrite peut-être avec vraisemblance en dehors de la puberté il pense qu' « il serait prudent de la restreindre au seul morbus virgineus ».

Potain lui aussi croit que le nom doit être réservé à l'anémie de la puberté, dans laquelle le chiffre des globules restant fixe ou à peu près, le taux de l'hémoglobine est considérablement abaissé.

Parrot se rallie nettement à la théorie ancienne, tout en disant que la chlorose est une « affection qui sert de trait d'union entre celles du sang et celles des nerfs ».

L'impulsion donnée aux études anatomo-pathologiques faisait rechercher dans les autopsies un substratum à la chlorose.

Déjà, en 1846, Rokitansky avait attiré l'attention sur les anomalies congénitales des vaisseaux, des organes génitaux et essayé d'établir leur relation avec les anémies.

Bamberger, dans son livre sur les *Maladies du cœur*, avait décrit une chlorose très nette mais incurable chez les sujets porteurs des lésions déjà signalées. Virchow dit avoir observé assez souvent des anomalies du système vasculaire. Il décrit l'aortis chlorotica. Cette sténose cardio-vasculaire est bien plus importante que les malformations génitales, et c'est d'elle que relève la chlorose. La maladie peut survenir chez l'homme, puisque, chez ce dernier aussi, Virchow a retrouvé l'arrêt de développement du système artériel. D'autre part elle est incurable. Que résulte-t-il de ces observations? Tout simplement que, l'étroitesse congénitale ou acquise dans l'enfance, du système aortique peut, dans les deux sexes, provoquer un état morbide ayant de grands points de ressemblance avec la chlorose. Et les malades de Virchow morts jeunes arrivaient sur la table d'autopsie avec le diagnostic de chlorose. C'était là en quelque sorte une pétition de principes. D'autre part, on a retrouvé ces mêmes lésions chez des individus n'ayant jamais présenté aucun signe de chlorose, mais morts de fièvre typhoïde ou de quelque autre maladie. La théorie de Fränkel, qui fait surtout dériver la chlorose d'anomalies des organes génitaux, est passible des mêmes reproches.

Ainsi donc, la question s'embrouillait de plus en plus, parce que la pathologie générale n'existait guère encore que de nom, et qu'on confondait symptômes et lésions avec causes.

Déjà en 1868, bien qu'admettant une chlorose dans les

deux sexes, à tous les âges, G. de Mussy en faisait une « anémie spontanée » en rapport surtout avec l'évolution de l'appareil génital de la femme. Mais, chose importante, il recherche la genèse du processus dans le passé pathologique acquis ou héréditaire des malades, ce qui l'amène à distinguer une chlorose *scrofuleuse* et une chlorose *arthritique*.

Par une plus saine appréciation des faits cliniques, l'extension des études hématologiques et l'intervention de la méthode expérimentale, les théories de ces dernières années se sont faites si nombreuses, qu'il vaut mieux, pour la clarté de la description, les classer avant de les exposer, sans toutefois se dissimuler ce qu'il y a d'artificiel dans cette manière de procéder. Nous diviserons en deux grandes classes ces théories contemporaines, dont nous ne donnerons d'ailleurs que les principales :

Les premières, anatomiques et cliniques, font dériver la chlorose d'une adultération dont le point de départ est suivant les auteurs : le sang, le tube digestif ou le système nerveux. Les autres, plus conformes aux données de la science moderne, empruntent surtout à la physiologie normale et pathologique la notion des causes de la maladie.

I

Premier groupe de théories. — A. Théories hématiques. — M. Hayem adopte l'opinion de Nonat, qui, après avoir cité Bouillaud rattachant la chlorose à une disposition native originelle difficile à définir, admet que cette prédisposition dépend d'un affaiblissement des fonctions hématopoiétiques. Et il dit : « La chlorose ou anémie spontanée de la puberté est une anémie ayant pour origine un excès de déglobulisation sur la formation des globules rouges...

La chlorose des jeunes filles pubères ou chlorose proprement dite est préparée en quelque sorte par un état de faiblesse de l'appareil hématopoiétique, auquel se joignent dans certains cas des vices d'évolution, notamment une hypoplasie vasculaire qui paraît être plus particulièrement en rapport avec la forme récidivante et en quelque sorte constitutionnelle de la maladie. » Mais M. Hayem ne se limite pas là : il admet des « chloroses » et en décrit chez le garçon et chez la femme adulte. Au point de vue hématologique « la chlorose est une maladie anémiante par excellence. Pas de chlorose sans anémie », mais l'auteur avoue que « toutes les anémies chroniques présentent, quelle qu'en soit la cause, des caractères anatomiques communs ». Voyons donc rapidement ce point commun de la chlorose et des anémies symptomatiques. Le sang est très fluide. Parmi ses éléments figurés les *globules rouges* présentent les modifications les plus importantes. Leur nombre ne serait pas très diminué ; leurs dimensions varient : à côté de formes normales, on trouve de nombreux éléments anormaux, globules nains (5 μ) et géants (11 μ). L'aspect extérieur de l'érythrocyte est souvent irrégulier (poikilocytose de Quincke). On note des globules ovalaires, fusiformes, en raquette. L'affaiblissement du pouvoir colorant prouve les altérations structurales. Gabritchewsky a signalé de la « polychromatophilie » ; les globules deviennent bleu-violet par l'éosine-bleu de méthylène, au lieu de prendre comme normalement une teinte rose. Ehrlich insiste sur « la dégénération anémique » (points violets si on colore au triacide). On retrouve aussi des globules rouges nucléés dits normoblastes ou mégaloblastes suivant leur taille.

Au point de vue chimique, l'hémoglobine est très diminuée (Duncan) : c'est facile à constater à l'hémochromomètre. A l'état normal, le pouvoir colorant de richesse globulaire de 1 millimètre cube de sang (R) est égal au chiffre physiologique des globules (N). D'où (G) la valeur individuelle moyenne d'un globule $= \frac{R}{N}$. Dans la chlorose et les états anémiques, N pouvant rester normal ou diminuer très peu, R tombe à 3000000, 2000000, etc. Les propriétés réductrices intenses de l'oxy-hémoglobine sont diminuées ; la résistance globulaire est amoindrie. Le nombre des hématoblastes est toujours accru. Celui des globules blancs est peu modifié : les polynucléaires neutrophiles presque tous altérés présentent une « surcharge hémoglobique » (Hayem, Gilbert et Weil). On retrouve enfin des formes leucocytaires anormales.

L'augmentation de la quantité du sérum par rapport aux éléments figurés a été constatée. Le sang est peu fibrineux. Enfin le sérum présente une élévation de son pouvoir toxique (Marigliano, Leclerc et Levet).

Au contraire de Potain, M. Hayem n'admet pas la chlorose en tant que maladie familiale, c'est-à-dire directement héréditaire ; mais toutes les tares des générateurs, en affaiblissant la progéniture, préparent le terrain morbide. La chlorotique devient exceptionnellement tuberculeuse (Potain ne partage pas cette opinion).

Dans le cours de la chlorose, peuvent survenir des maladies qui déterminent un certain degré d'anémie et inversement. M. Hayem appelle ces « chloroses complexes » *chloro-anémies*, donnant ainsi au terme de Bouillaud une signification autre que celle voulue par cet auteur, différente de celle adoptée par la majorité des médecins qui emploient indifféremment ce mot pour celui de chlorose. Puis il distingue de nombreux types de chloro-anémie tuberculeuse, syphilitique, dyspeptique, dont les caractères différentiels d'avec les anémies symptomatiques de ces affections paraissent assez mal tranchés.

M. Luzet, élève de M. Hayem, tout en acceptant les idées du maître, les complète dans leur détail. « La chlorose est une anémie de la puberté, spontanée, préparée par une tare héréditaire de la nutrition soit latente, soit exprimée par des hypoplasies organiques ; anémie occasionnée par toutes les conditions susceptibles de rompre l'équilibre entre la formation globulaire demeurée normale et la déglobulisation qui est exagérée, d'où résulte une perte d'hémoglobine telle que les globules rouges néoformés sont incapables d'acquérir la taille et la résistance des globules normaux. »

Pour Hanot, la chlorose, hérédopathie *totius substantiæ*, est « l'ensemble des manifestations qui expriment l'*insuffisance héréditaire de tout l'organisme* à faire les frais de la charge nouvelle de la puberté féminine. Encore une fois cette insuffisance est partout : chaque organe, chaque appareil, chaque système en porte le stigmate. La chlorose est donc une maladie d'évolution, la *maladie d'évolution de la puberté*. Elle apparaît alors et n'apparaît qu'alors. On n'a pas plus la chlorose à trente ans qu'on n'a le rachitisme à quarante et la tarsalgie du développement à soixante..., les modifications hématiques jouent certainement l'un des premiers rôles, sinon le premier, dans le syndrome chlorotique ». D'après le même auteur, voici les éléments constitutifs de la chlorose :

« 1° Hérédité tuberculeuse ;

2° Scrofule dans l'enfance ;

3° Insuffisance organique, hypotrophie congénitale géné-

ralisée se dévoilant à l'apparition de la puberté et se manifestant pendant toute l'évolution pubère;

4° Ensemble morbide qui peut s'exprimer par la formule concrète suivante :

Infantilisme;

Hypoplasie ou aplasie frappant à des degrés divers tous les organes, tous les systèmes;

5° Un signe pathognomonique : le bruit musical des vaisseaux du cou; le bruit de souffle vasculaire de la chlorose;

6° Une thérapeutique univoque : le fer et le repos. »

M. Gilbert est à peu près du même avis :

« La chlorose, dit-il, présente avec la tuberculose d'étroites affinités. L'interprétation du fait est malaisée; si l'on veut bien toutefois reconnaître que la tuberculose est héréditaire, que son hérédité gît, non dans la transmission de la graine, mais dans celle du terrain, on pourra concevoir, sans pénétrer dans l'intimité des phénomènes, que les enfrnts issus de souche tuberculeuse traduisent la décadence de leur race, entre autres façons, soit par l'aptitude à la tuberculisation, soit par l'*hypoplasie hématique* qui constitue le substratum anatomique de la chlorose. »

Et dans son rapport sur les causes essentielles de la chlorose, au congrès de Moscou 1897 :

« La chlorose n'est pas une anémie secondaire, subordonnée à un état pathologique des ovaires, du tube digestif, du foie ou du système nerveux, mais une *anémie primitive*.

Elle représente un des *modes d'expression de la déchéance organique héréditaire*, d'où sa coexistence fréquente avec d'autres stigmates de déchéance tels que l'hypoplasie vasculaire, l'hypoplasie des organes génitaux, l'hystérie.

Elle se manifeste habituellement chez les *jeunes filles*, à l'époque de la *puberté*, avec ou sans l'intervention adjuvante de circonstances diverses, ces conditions étiologiques aisément saisissables devant être interprétées comme ayant une signification provocatrice. » En somme, la chlorose telle que l'entend M. Gilbert est une affection paratuberculeuse héréditaire.

Pour Immermann, la chlorose dépend d'une « adynamie plastique et anergie fonctionnelle de l'appareil cytogène », en partie congénitale et coïncidant avec l'aplasie du système vasculaire, en partie acquise et passagère. C'est une maladie de la puberté, parce qu'à cette époque il y a tendance particulière à la néoformation sanguine.

Bunge est d'un avis différent. En prévision de la grande quantité de fer que l'organisme maternel doit fournir au fœtus, il se fait bien avant la grossesse un emmagasinement de cette substance dans le foie et la rate. Cette accumulation de fer a lieu au moment de la puberté. Interviennent d'autres éléments nocifs, le sang alors s'appauvrira en hémoglobine, la chlorose s'établira.

B. Théories digestives. — Parmi les théories digestives, les unes rapportent la chlorose à l'auto-intoxication, les autres l'attribuent à des influences mécaniques.

Zander dès 1881 invoque l'insuffisance de la résorption du fer, due à des troubles gastriques, surtout à l'hypochlorhydrie. Bouchard, Couturier constatant la fréquence de la dilatation de l'estomac chez des chlorotiques, pensent que par les troubles nutritifs qu'elle engendre, elle favorise la production de fermentations anormales dont la résorption provoque les accidents.

Pour Beneke le développement des organes génitaux lors de la puberté entraîne par *voie réflexe*? la destruction des parties absorbantes du tube digestif. Malgré un apport suffisant de matériaux nutritifs, l'absorption incomplète jointe à une élimination importante de fer appauvrit l'organisme, d'où hypoglobulie rouge et diminution de l'hémoglobine, bref chlorose.

Riegel cherche dans l'hyperchlorhydrie la pathogénie de la chlorose.

Clark, Duclos, Nothnagel invoquent la constipation qui conduit à la parésie intestinale. L'absorption entravée s'arrête; il y a production et résorption de poisons qui, en partie, détruisent le sang, en partie empêchent l'hématopoièse.

Forcheimer admet que l'hémoglobine se forme dans la muqueuse intestinale aux dépens d'une albumine et de l'hématine. Toutes les fois que cette synthèse ne peut se réaliser, il y a chlorose.

L'appareil digestif peut aussi intervenir mécaniquement par ses déplacements. Telle est la théorie de Meinert confirmée et encore développée par Boudou. La condition anatomique de la chlorose serait une gastroptose due au corset. L'estomac, en se prolabant, entraîne les filets du plexus solaire, les tiraille, les maintient dans un état d'excitation, permanente : d'où l'état anémique. « La chlorose somme toute, dit Boudou, n'est qu'un de ces épisodes pathologiques que présentent les individus atteints d'entéroptose. » Naturellement une telle maladie est liée à toutes les étapes de la vie génitale de la femme.

Mongourd, Rosenbach, Saint-Martin admettent aussi la chlorose d'origine digestive. Von Hösslin admet de fréquentes petites pertes de sang au niveau de la muqueuse digestive, mais qui échappent normalement à l'observation, et que seule l'abondance de fer dans les fèces suffit à démontrer. Lloyd Jones est du même avis et pense que ces hémorragies succèdent à une congestion de la muqueuse gastro-intestinale, due elle-même à la paralysie des splanchniques.

C. Théories nerveuses. — En 1880 s'inspirant de Parrot, Moriez reprenait les théories névropathiques. Continuateur de Trousseau, M. Dieulafoy admet la chlorose névrose, mais n'est pas hostile aux autres hypothèses. Il a créé dans la chlorose une nouvelle forme, le chlorobrigthtisme, dont le nom est assez significatif par lui-même, et pour lequel il ne propose pas de théorie, n'en ayant trouvé aucune qui le satisfasse complètement.

Murri admet un réflexe parti des organes génitaux et influençant le système vaso-moteur des veines. Il y aurait un ralentissement du courant sanguin, d'où modification du milieu liquide qui entraîne rapidement une forte destruction des globules rouges. C'est surtout en hiver qu'on observerait ces influences nuisibles : ainsi s'explique la fréquence de la chlorose à cette époque de l'année.

Selon Grawitz la chlorose est la névrose qui ne survient pas exclusivement, mais principalement à l'époque de la puberté chez les jeunes filles. C'est un « anneau de la chaîne des névroses qui représente surtout une forme particulière, juvénile, du complexus symptomatique, hystérie ». Sous l'influence de troubles vaso-moteurs, il y a rupture de l'équilibre osmotique entre le sang et les tissus, accumulation de plasma dans le sang, appauvrissement des cellules rouges en hémoglobine sans diminution de leur nombre.

Avant de passer au deuxième groupe de théories, signalons la conception de la chlorose émise par Gubler et Renaut : « maladie d'évolution ou de croissance fort complexe, au fond de laquelle se trouvent des états pathologi-

ques des organes digestifs, plus encore du foie et des glandes hématopoiétiques et dont l'anhématie n'est qu'un élément morbide d'une grande valeur, mais non d'une importance exclusive. » Citons aussi la théorie infectieuse que M. Clément invoque pour expliquer la splénomégalie constatée chez certaines chlorotiques et dont M. Lemoine se déclare partisan parce qu'il a trouvé du staphylocoque blanc dans le sang de jeunes femmes atteintes de la maladie. M. Metchnikoff ne croit pas improbable l'hypothèse d'une infection favorisée par la persistance de l'hymen. Cette membrane empêche « le nettoyage du vagin ce qui a des inconvénients surtout pendant la période menstruelle. Il est probable que le sang, retenu par l'hymen, se contamine par les microbes, ce qui peut amener des troubles sérieux de l'organisme. Il est même possible que certaines anémies, comme la chloro-anémie des vierges, soient produites par la pullulation de pareils microbes. On comprendrait facilement, dans ce cas, que le mariage présente le meilleur remède contre cette anémie, car, après la perforation de l'hymen, l'évacuation du vagin est beaucoup plus facile ». Et en note l'auteur ajoute : « Il serait intéressant d'établir si les vierges indoues et chinoises sans hymen sont sujettes à la chloro-anémie. »

II

Deuxième groupe de théories. — La chlorose est une auto-intoxication résultant pour les uns d'un défaut d'émonction, pour les autres de l'insuffisance sécrétoire d'une glande vasculaire sanguine ou à fonctions mixtes.

Dès 1878 Fonssagrives entrevoyait les rapports de la chlorose avec « l'évolution imparfaite de la fonction ovarienne ». M. Charrin s'est fait l'apôtre de l'auto-intoxication d'origine génitale. « La chlorose, dit-il, est une auto-intoxication menstruelle ou génitale ; je m'explique. Au moment où les règles vont survenir, la toxicité du sérum est en croissance.... Je pense que la fonction menstruelle purge l'économie de certains poisons ; les organes génitaux ont à cet égard un rôle d'élimination... Si maintenant l'hérédité, la scrofule, la tuberculose ont provoqué une insuffisance générale dans le développement des tissus, les organes génitaux insuffisamment développés ne remplissent plus que d'une façon incomplète leur rôle d'*organes éliminateurs*, surtout à partir du moment où, du fait même de la puberté, la rapidité des échanges augmente la proportion des produits toxiques. »

L'étude des sécrétions internes a ouvert de nouveaux horizons et procréé de nouvelles théories.

En 1896 MM. Spillmann et Etienne envisagent la physiologie de l'ovaire de la façon suivante :

1° Glande à sécrétion externe : ovulation ;

2° Glande chargée d'éliminer, du sang des règles, l'excès des toxines formées dans l'organisme féminin ;

3° Glande à sécrétion interne, peut-être corps jaunes fournissant l'ovaréine. L'absence de cette dernière substance engendrerait la chlorose. Sur 6 cas traités par extrait d'ovaires, les auteurs ont observé trois améliorations.

En 1898, MM. Etienne et Demange appuient l'hypothèse de la chlorose ovarienne par quelques nouvelles observations.

Entre temps, M. Blondel signalait comme confirmatives des observations de Mund, Knauer, Jayle et Jacobs. L'ovaire, d'après lui, détruit par sa sécrétion interne un poison déversé dans le sang. La sécrétion du thymus supplée pendant l'enfance la glande génitale qui ne fonctionne pas encore. « Si la succession des actions antitoxiques du thymus, de l'ovaire ensuite, ne s'effectue pas normalement, si le thymus disparaît trop tôt et surtout si l'ovaire ne développe sa sécrétion interne que trop tard ou la fournit irrégulièrement, il se produit un interrègne physiologique durant lequel l'intoxication par ces produits de désassimilation se produit sans entraves. » C'est la chlorose.

MM. Leclerc et Levet, qui ont constaté l'hypertoxicité du sérum des chlorotiques, appuient ces théories.

M. Von Noorden, dans son importante monographie sur la chlorose, la conçoit comme une maladie survenant exclusivement chez la femme et dans les dix années qui suivent la puberté. Il admet avec Immermann que la chlorose résulte d'une faiblesse fonctionnelle des organes hématopoiétiques aussi bien congénitale qu'acquise. « Pourtant je ne pense pas que toute anémie qui repose sur l'insuffisance ou le déficit fonctionnel de ces parties pourra être cataloguée chlorose. Mais ce nom devrait être réservé aux altérations de l'hématopoièse relevant des organes sexuels de la femme et avant tout de la période de développement. » M. Von Noorden avoue qu'il est encore difficile de préciser davantage. « Sous la réserve de ne faire qu'une hypothèse, voici ce qui me semble vraisemblable : dans l'organisme féminin qui, tous les mois, élimine une forte quantité de sang par les organes sexuels, il existe des dispositions spéciales qui normalement permettent de réparer vite et complètement la perte de sang. L'incitation à la néoformation sanguine provient des organes génitaux mêmes (ovaires ?), peu vraisemblablement par voie réflexe, mais par *formation de produits chimiques qui passent dans le sang* et qui, arrivés aux centres de formation, ont la propriété d'exciter les organes hématopoiétiques.

Leur excitation n'est pas exclusivement due à ces sécrétions d'origine génitale dont pourtant la suppression altère toujours le processus normal de la formation du sang, surtout chez les jeunes sujets. L'absence de l'insuffisance de ces agents irritants amène la chlorose, c'est-à-dire une *insuffisance de l'hématopoièse relevant d'accidents spécifiques de cause génitale*. La maladie se développe d'autant plus facilement que les organes formateurs du sang sont insuffisants ou affaiblis par d'autres influences pernicieuses.

Sur la nature des échanges chimiques entre l'appareil sexuel et les foyers de l'hématapoièse on ne peut rien dire. Nous devons considérer comme certain qu'ils ne sont pas indissolublement liés au seul processus menstruel, car les règles chez les chlorotiques n'offrent rien de caractéristique. »

L. L. Jones pense au contraire que la chlorose résulte de l'arrivée en excès dans le sang de la sécrétion interne des ovaires.

Dans un autre ordre d'idées, MM. Capitan et Jeulain admettent une chlorose par insuffisance thyroïdienne. Ils s'appuient sur les rapports dès longtemps signalés de la chlorose avec le goitre exophtalmique (Bouillaud-Rendu) et sur la fréquente constatation chez les chlorotiques d'une hypertrophie du corps thyroïde. Enfin le traitement iodo-ioduré et l'iodothyrine en tablettes auraient produit d'heureux effets.

Telles sont, de nos jours, les différentes théories sur la chlorose. Elles peuvent se diviser au total en trois classes :

1° Celles qui admettent la chlorose entité morbide, maladie de déchéance en rapport avec l'affaiblissement héréditaire de l'organisme ;

2° Celles qui défendent la chlorose entité morbide, en rapport avec un trouble pathologique acquis;

3° Celles qui croient à la chlorose syndrome.

Il est possible que toutes soient vraies, et peut-être l'absolutisme des différents auteurs gagnerait-il à être fondu en une théorie éclectique.

En somme, faut-il dire que la chlorose est un syndrome morbide nettement individualisé par des circonstances étiologiques constantes : puberté, sexe féminin, mais qui s'appuierait sur des données pathogéniques multiples? Et pourquoi alors conserverait-on ce nom qui, étymologiquement parlant, désigne une certaine coloration de la peau, et dont la compréhension a varié avec les époques et les auteurs? En l'état actuel de la science, on peut difficilement répondre par l'affirmative. Il semble pourtant que chez la jeune fille, au moment de la puberté, il y ait non pas une chlorose, mais des états chlorotiques, spontanés en apparence, en réalité dus à des causes variées, encore mal élucidées, dont les plus fréquentes semblent être des auto-intoxications diverses, surtout par insuffisance sécrétoire ovarique ou thyroïdienne.

Tableau bibliographique. — 1. VARANDAL. *De morbis mulierum*, lib. I, cap. 1, Montpellier 1620. — 2. HIPPOCRATE. Trad. Littré, t. VIII, p. 466; t. IX, p. 65. — 3. A. PARÉ. *Œuvres*. — 4. SYDENHAM. *Opera universa*, 1705. — 5. SAUVAGE. *Nosologie*, Paris 1771, t. III, p. 460. — 6. ANDRAL et GAVARRET. 1° *Ann. de chir. et de physiol.*, t. LXV, p. 225; 2° *Essais d'hématologie*, 1845. — 7. FŒDISCH. 1° *De morbosa sanguini temperatione*, Dissert., 1832; 2° Analyse du sang des chlorotiques, *Journ. des prakt. Heilk.*, 1836, refer. dans *Gaz. méd.*, 1837, p. 7. — 8. BECQUEREL et RODIER. 1° De la chlorose et de l'anémie, in *Mém. des concours de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 1847; 2° Nouvelles recherches sur le sang, *J. R. de l'Acad. des sc.*, 31 mai 1852. — 9. BOUILLAUD. 1° *De la chlorose et de l'anémie*, Paris 1859; 2° Au cours d'une discussion sur l'état nerveux ou nervosisme, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1858-1859, t. XXIV, p. 501. — 10. MOUTARD-MARTIN. *Des accidents qui accompagnent l'établissement de la menstruation, de la chlorose en particulier*, Th. de Paris, 1846. — 11. MONNERET. 1° *Traité de pathologie générale*, 1861; 2° *Traité élémentaire de pathologie interne*, 1866. — 12. GRISOLLE. *Pathologie interne*, t. I, p. 199, 7e édit. — 13. Germain SÉE. *Leçons de pathotogie expérimentale*, 1er fasc. : Du sang et des anémies, 1866. — 14. TROUSSEAU. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III. — 15. NONAT. *Traité théorique et pratique de la chlorose*, Paris 1864. — 16. ASHWELL. 1° *Guy's Hosp. Rep.*, pars I, p. 120; pars III, p. 520; 2° Mémoire sur la chlorose et ses complications, *Gaz. méd. de Paris*, 1838, p. 377. — 17. LORAIN. *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, 1867, t. VII, p. 297, art. CHLOROSE. — 18. POTAIN. 1° *Dict. des sc. méd.*, art. ANÉMIE; 2° Fausses chloroses, *France méd.*, oct. 1875; 3° Formes cliniques et diagnostic de la chlorose, *Semaine méd*, 1886; 4° *Clinique médicale de la Charité*. — 19. PARROT. *Dict. des sc. méd.*, art. CHLOROSE. — 20. ROKITANSKY. *Handbuch der pathologischen Anatomie*, 1846, p. 538. — 21. BAMBERGER. *Lehrbuch der Krankheiten des Herzens*, Wien 1857, p. 89 et 246. — 22. VIRCHOW. *Ueber chlorose und die damit zusammenhängenden Anormalien in Geffässapparate*, Berlin 1872 (A. Hirschwald). — 23. FRÆNKEL. Ueber die Combination von Chlorose mit Aplasie der weiblichen Genitalorgane, *Arch. f. Gynecol.*, 1875, t. VII, S. 465. — 24. G. DE MUSSY. Leçons cliniques sur la chlorose, *Gaz. des hôpit.*, 1868. — 25. HAYEM. 1° Des caractères anatomiques du sang dans les anémies, *C. R. de l'Acad. des sc.*, juillet 1876; 2° *Du sang et de ses altérations anatomiques*, Paris 1889; 3° *Leçons cliniques sur les maladies du sang*, Paris 1899. — 26. GABRITCHEWSKI. Klin. thämat. Notizen, *Arch. f. experim. Pathol. u. Pharm.*, 1891. — 27. EHRLICH. *Farbenanalit. Untersuch. zur Histol. und Klinik des Blutes*, Berlin 1891. — 28. LUZET. *La chlorose*, Paris 1892 (Bibl. Charcot-Debove). — 29. HANOT. Considérations générales sur la chlorose, *Presse méd.*, 1894, n° 1, et in Th. DELABORDE, *Rapports de la chlorose chez la femme avec la scrofule et la tuberculose*, Paris 1887. — 30. GILBERT. 1° *Gaz. hebd.*, 1890; 2° Sur les causes essentielles de la chlorose, Cong. de Moscou, 1897; 3° *Traité de médecine* Bouchard-Brissaud, t. III, 2e édit.; 4° Th. de JOLLY. *Influence de la scrofulo'tuberculose sur le développement de la chlorose*, Paris 1890. — 31. IMMERMANN. In *V. Ziemssen's Handbuch der Speziellen Pathol. und Therapie*, Bd XIII, 2 Hälfte, p. 275-349, 2 Aufl. 1879. — 32. BUNGE und QUINCKE. Ueber die Eisentherapie: Referate auf dem XIIIe Congress f. innere Med., 1895, *Verhandlungen*, p. 133-193. — 33. ZANDER. Zur Lehre von der Ætiologie, Pathogenie und Therapie der Chlorose, *Virchow's Arch.*, 1881, Bd LXXXIV, p. 177. — 34. BOUCHARD. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 171 et 185. — 35. COUTURIER. *Des rapports de la chlorose avec la dilatation de l'estomac*, Th. de Paris, 1888. — 36. BENEKE. *Grundlinien der Pathologie des Stoffwechsels*, 1874, p. 400 ff. — 37. RIEGEL. Beiträge zur Diagnostik der Magenkrankheiten, *Zeits. f. klin. Med.*, 1887, Bd XII, Heft 5, p. 426. — 38. CLARK. Observations on the anemia or chlorosis of girls, *The Lancet*, 1887, II, p. 1003. — 39. DUCLOS. De l'origine intestinale de la chlorose, *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 6 oct. 1877. — 40. NOTHNAGEL. Ueber Chlorose, *Wien. med. Presse*, 1891, n° 51. — 41. FORCHEIMER. The intestinal origine of chlorosis, *Amer. Journ. of med. Sc.*, July 1893, p. 8. — 42. MEINERT. 1° Zur Ætiologie der Chlorose, *Verhandl. der X Versamml. d. besellschaft f. Kinderheilk.*, Nürnberg 1893; 2° *Volkmanns Samml. klin. Vortrag.*, 1895. — 43. BOUDOU. *Essai sur une théorie pathogénique de la chlorose*, Th. de Toulouse, 1896. — 44. MONGOUR. *Arch. clin.*, Bordeaux 1896. — 45. ROSENBACH. — 46. SAINT-MARTIN. Th. de Toulouse, 1896. — 47. VON HÖSSLIN. Ueber Hämatin-und Eiseinauscheidung bei Chlorose, *Münch. med. Wochens.*, 1890, n° 14. — 48. LL JONES. *Brit. med. Journ.*, 1893, II, p. 670. — 49. MORIEZ. *La chlorose*, Th. d'agrég., 1880. — 50. DIEULAFOY. 1° *C. R. de l'Acad. de méd.*, 20 juin 1893; 2° *Manuel de pathologie interne*. — 51. MURRI. 1° *Semaine méd.*, 1894, p. 162; 2° L'azione del freddo nel chlorotiche, *Il Policlinico*, mai 1874, fasc. 5. — 52. GRAWITZ. 1° Neuere Ausichten über die Entsethung der Chlorose, *Fortschritt der Mediz.*, 1898, n° 3; 2° Die Chlorose in Von Leyden's, *Deuts. Klin.*, Bd III; 3° *Klinische Pathol. des Blutes*, 2 Aufl., Berlin 1902, p. 262. — 53. GUBLER et RENAUT. *Dict. des sc. méd.*, art. SANG. — 54. CLÉMENT. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 mars 1894. — 55. LEMOINE. — 56. METCHNIKOFF. *Étude sur la nature humaine*, p. 107, Paris 1903. — 57. FONSSAGRIVES. *Traité de thérapeutique appliquée*, 1878, t. I, p. 753. — 58. CHARRIN. 1° La chlorose, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1896, n° 1; 2° Cong. de Moscou, 1897. — 59. SPILLMANN et ETIENNE. Cong. de Nancy, 1896. — 60. ETIENNE et DEMANGE. La chlorose, auto-intoxication d'origine ovarienne, Cong. de Montpellier, avril 1898. — 61. BLONDEL. Soc. de thérap., 7 avril 1897. — 62. LECLERC et LEVET. Des parentés morbides et de la toxicité du sang dans la chlorose, *Lyon méd.*, 4 août 1901. — 63. VON NOORDEN (de Francfort). *Die Bleichsucht*, Wien 1897, in *Nothnagell's spez. Pathol. und Therapie*, Bd VIII. — 64. LL JONES. *Chlorosis : the special anemia of young women*, London 1897. — 65. CAPITAN. Chlorose thyroïdienne, Soc. de biol., 18 déc. 1897. — 66. JEULAIN. *Chlorose thyroïdienne*, Th. de Paris, 1898.

REVUE DES THÈSES

Des vomissements comme symptômes précurseurs de la mort rapide à la période de convalescence de la diphtérie (1), par M. le docteur M. Boutin. (Th. de Paris, 1903, J. Rousset, éditeur.)

A la période de convalescence de la diphtérie surviennent quelquefois des troubles cardiaques graves. Ces troubles sont rapportés tantôt à la myocardite diphtérique, tantôt à la paralysie du pneumogastrique; dans le premier cas, ce que l'on observe, ce sont des troubles purement cardio-vasculaires, mollesse du pouls, assourdissement des bruits du cœur, pâleur, tendance aux syncopes et au collapsus; dans le second, aux symptômes cardiaques se joignent des troubles gastro-intestinaux et des vomissements.

En réalité, dit M. Boutin, les phénomènes sont moins tranchés. En général, on observe des formes cliniques où il faut tenir compte à la fois de la paralysie du vague et de la myocardite. Il est souvent difficile de faire la part de chacun de ces processus, et les troubles gastro-intestinaux peuvent se rencontrer dans les deux cas. C'est à l'étude de ces troubles que M. Boutin consacre sa thèse.

Les troubles gastriques débutent ordinairement vers le cinquième ou sixième jour, alors que la phase angineuse est à peu près terminée. Ils sont très souvent précédés de paralysie vélo-palatine. Ils consistent essentiellement en anorexie, vomissements, coliques, constipation ou diarrhée.

L'anorexie est le symptôme du début; elle est constante, presque absolue, « le malade accuse un dégoût extrême pour toute absorption; » elle s'accompagne d'un aspect blafard des téguments, d'abattement, d'insomnie.

Le vomissement constitue le fait prédominant de ce symptôme gastro-intestinal. Il apparaît au début de la convalescence, peu après l'anorexie, d'un jour (Marfan) à cinq jours avant la terminaison fatale. Répétés, incessants, survenant immédiatement après les repas, rarement bilieux ou hémorragiques, ils se produisent sans effort, comme des vomissements cérébraux. Ils persistent jusqu'à la mort.

Les douleurs abdominales, signalées par Gulat et Süss, la constipation ou la diarrhée sont inconstantes et d'importance très secondaire.

Les symptômes précédents — et surtout l'anorexie et les vomissements — s'associent fréquemment aux signes de paralysie cardiaque pour constituer un syndrome particulier, le *syndrome cardio-gastrique*, qui peut exister à l'état typique ou peut revêtir quelques formes spéciales : *forme gastrique*, *gastro-pulmonaire*, *gastro-cardio-pulmonaire*, etc.

Quelle que soit leur physionomie clinique, ces symptômes gastriques sont d'un pronostic grave. Lorsqu'on voit des diphtéries qui, arrivées à la convalescence, se compliquent soudainement, sans cause apparente, de vomissements, il faut se méfier, car elles se terminent fréquemment par la mort subite.

L'étude diagnostique, pathogénique et thérapeutique de ces vomissements complète cet intéressant travail auquel nous ne ferons qu'une objection. Les symptômes digestifs dans les accidents cardiaques de la diphtérie, dit l'auteur, sont mal décrits dans les livres, « la plupart des traités classiques en parlent à peine. »

Cette opinion n'est pas absolument exacte.

D'Espine et Picot décrivent tout au long ces accidents sous le nom de *parésie cardiaque* (1) : « La *parésie cardiaque*, écrivent-ils, la plus grave de toutes, *est annoncée par des vomissements* et un ralentissement considérable du pouls... La *mort subite par syncope est alors imminente*... Ces accidents, disent-ils encore (p. 190), se manifestent par la pâleur de la face, le refroidissement des extrémités, l'angoisse précordiale et une douleur violente à la région cardiaque, *une anorexie presque absolue*, *parfois des vomissements*, une prostration et une dyspnée extrêmes; en même temps, le pouls devient faible et filant, les bruits du cœur sont sourds et voilés (Meigs, Robinson), et la mort arrive en général rapidement après une ou deux attaques de dyspnée suivies de collapsus. *La mort peut même être subite.* »

M. Ruault (1) écrit : « Les phénomènes bulbaires peuvent guérir, mais, fréquemment aussi, ils entraînent rapidement la mort. Ils se traduisent par des symptômes gastriques (*cardialgie*, *nausées*, *vomissements*, *douleurs abdominales*), précédant parfois de plusieurs heures les symptômes cardio-pulmonaires... *on les observe le plus souvent à la période de déclin des diphtéries graves.* »

Ormerod (in Sanné, *Traité de la diphtérie*, p. 141), Grancher et Boulloche (*Traité Brouardel-Gilbert*, t. I, p. 498) signalent également les vomissements tardifs de la diphtérie. Enfin il y a quelque quarante ans, Trousseau rapportait (2) l'histoire d'un petit garçon qui, arrivé à la convalescence de sa diphtérie, présentait *une répugnance invincible pour les aliments*. Quelques jours après, « *toutes les matières ingérées étaient vomies*; le malade accusait, au creux épigastrique, une douleur que la pression exagérait. Le 31, les *vomissements continuaient*; *il y avait de la constipation... l'intelligence était intacte... le pouls était imperceptible*, *les extrémités étaient glacées*; un délire tranquille survint et le malade s'éteignit. »

Il est impossible de n'être pas frappé de l'analogie que présente ce cas avec ceux qu'étudie aujourd'hui M. Boutin. Et l'on ne saurait considérer comme à peine signalé par les classiques un symptôme qu'ont décrit des auteurs tels que Trousseau, d'Espine et Picot, Sanné, Ruault, Grancher et Boulloche, Cadet de Gassicourt.

L. Babonneix.

Rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Entéro-colite d'origine tuberculeuse, par M. le docteur J. Borreil. (Th. de Lyon, 1903.)

A côté du rhumatisme tuberculeux articulaire doit prendre place une nouvelle forme que M. le professeur Poncet, dans une de ses communications à l'Académie de médecine, désignait sous le nom de rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Celui-ci, qui, d'ailleurs, peut avoir les localisations viscérales les plus diverses, se manifeste du côté de l'intestin par des phénomènes d'entéro-colite assez particuliers, tels que l'apparition et la cessation souvent brusque des accidents, la répétition de ces mêmes accidents variables toutes les fois dans leur durée et leur intensité, avec des périodes d'accalmie se chiffrant par années dans certains cas, pendant lesquelles l'état général est excellent, enfin le rétablissement souvent très rapide des sujets même après les plus violentes crises.

« Une telle mobilité dans les symptômes et une curabilité aussi spontanée ne sauraient faire soupçonner la présence, au niveau de l'intestin, de granulations ou d'ulcérations; il nous a semblé qu'elles devaient plutôt relever des lésions purement congestives, « fluxionnaires, » n'ayant rien de tuberculeux au sens anatomique du mot, dues à l'élimination des toxines bacillaires par l'intestin, émonctoire fort important comme nous l'avons montré. Cela est d'autant plus admissible que nos quatorze malades sont tous des tuberculeux à lésions discrètes et nous avons prouvé combien l'hypothèse d'une tuberculose intestinale primitive était en désaccord avec les faits que nous rapportons.

La toxine bacillaire aime le système nerveux, comme les toxines microbiennes en général et les lésions irritatives,

(1) *Traité pratique des maladies de l'enfance*, 6e édit., p. 195.

(1) *Traité Charcot-Bouchard*, 1re édit., t III, p. 211.
(2) *Cliniques*, t. I, p. 387 et 389, Paris 1861.

en tout cas de névrite légère qu'elle produit sur les nerfs, sur le sympathique dans le cas actuel, explique ces phénomène d'entéralgie parfois excessivement douloureux chez nos sujets. »

Quelques considérations sur le développement du fœtus. Mensurations et pesées aux différents âges, par M. le docteur Ernest Legou. (Th. de Paris, 1903, J. Rousset, éditeur.)

Dans une thèse bien documentée, M. Legou résume d'intéressants renseignements sur le développement du fœtus.

L'accroissement du poids du fœtus considéré au point de vue du poids *absolu* va en *augmentant* des premiers aux derniers mois de la vie intra-utérine.

L'accroissement *relatif* du poids du fœtus, c'est-à-dire le rapport établi entre le poids du fœtus à un mois donné et son poids au mois précédent, va en *diminuant* des premiers mois vers les derniers.

Les *membres inférieurs* sont, par rapport au corps, *moins développés* chez le fœtus que chez l'adulte.

Les *membres supérieurs* et le corps sont dans le même rapport chez le fœtus et chez l'adulte.

Pendant la vie fœtale, le *cœur* pèse proportionnellement au corps 1/3 plus que celui de l'adulte; au moment de la naissance, il pèse encore 1/4 plus que celui de l'adulte.

Le *foie*, qui dans les premiers mois pèse proportionnellement au poids du corps le double du foie de l'adulte, pèse encore à la naissance 1/3 plus que le foie de l'adulte.

La *rate*, très petite jusqu'au cinquième mois, augmente ensuite rapidement de poids; à la naissance elle est, par rapport au corps, sensiblement ce qu'elle sera chez l'adulte.

Le poumon droit est plus lourd que le poumon gauche aussi bien chez le fœtus que chez l'adulte.

Le poids *relatif* des poumons qui est sensiblement le même pendant toute la vie intra-utérine, ne change qu'à la naissance. A ce moment, par suite de l'hématose, leur poids augmente de 1/3 environ.

Les *capsules surrénales* sont très développées chez l'embryon et le fœtus. Au septième mois elles pèsent encore, par rapport au poids du corps, 15 fois environ ce qu'elles pèseront chez l'adulte.

Les *reins*, pendant la vie fœtale, pèsent, par rapport au poids du corps, le double environ de ce qu'ils pèseront chez l'adulte.

Les reins diminuent ensuite de poids, mais sont encore chez le nouveau né à terme 1/3 plus lourds que chez l'adulte, par rapport au poids du corps.

Le *thymus*, organe transitoire et destiné à s'atrophier à partir de la troisième année, est, par rapport au corps, très développé au septième mois de la vie fœtale.

La *masse encéphalique* est, par rapport au poids du corps, plus développée chez le fœtus que chez l'adulte, par suite de la différence qui existe entre la croissance du cerveau et du reste du corps chez l'adulte.

Parmi les différents viscères, la *masse encéphalique* est celui dont le rapport est le *plus constant*; il ne change guère pendant les six derniers mois de la vie intra-utérine.

Une seule mensuration ou une seule pesée ne saurait suffire pour déterminer l'âge d'un fœtus. Ce n'est qu'en prenant le plus de mensurations et de pesées possible qu'on peut arriver à une approximation suffisante. A égalité d'âge on trouve en effet des variations considérables dans le poids et la longueur du produit de conception.

Lésions des annexes durant l'évolution des fibromes utérins, par le docteur Léon Devaux. (Th. de Paris 1903, Henri Jouve, éditeur.)

Les altérations des annexes au cours des fibromes sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement (59 p. 100, Daniel), et cette grande proportion, que certains pourraient considérer comme exagérée, s'explique facilement par le fait que les lésions ne sont souvent décelées que par le microscope.

Toutes les lésions connues des différentes parties de l'appareil utéro-ovarien ont été observées au cours de l'évolution des fibromes utérins.

La muqueuse utérine, les trompes, et surtout les ovaires sont presque toujours altérés.

Les affections annexielles peuvent précéder l'apparition de la tumeur, mais, dans la plupart des cas, elles se développent en même temps ou lui succèdent.

Tantôt les symptômes en sont peu accusés et les lésions annexielles sont une découverte de l'opération, tantôt, au contraire, il déterminent des complications graves (rupture dans le péritoine, torsion de leur pédicule), qui masquent, par leur intensité, les symptômes de la tumeur elle-même.

Ces lésions annexielles, en grande partie, sont d'origine infectieuse, mais il est des cas où l'infection ne peut être invoquée, et où il faut faire intervenir une autre cause qui réside peut-être dans la stase sanguine (varicocèle pelvien), retentissant sur tout l'appareil utéro-ovarien.

Le pronostic du fibrome utérin est très assombri quand il est compliqué d'altérations annexielles, et la gravité du pronostic est en rapport avec la nature, l'étendue et le nombre des lésions annexielles, et avec les difficultés que leur complexité apportera à l'intervention.

Le chirurgien devra choisir entre deux procédés : opération conservatrice ou hystérectomie totale. Il devra tenir compte du volume de la tumeur, de ses rapports anatomiques avec l'utérus et les organes voisins, de la gravité des symptômes et enfin de l'âge de la malade.

De l'emploi de l'adrénaline en chirurgie urinaire, par le docteur Ch. Régerat. (Th. de Paris 1903, J. Rousset éditeur.)

La propriété physiologique principale de l'adrénaline est, on le sait, la vaso-constriction qui s'accompagne d'hypertension artérielle. A cette propriété vaso-constrictive et par suite hémostatique paraît s'ajouter un pouvoir anesthésiant qui est exalté par l'association avec la cocaïne.

L'adrénaline est employée surtout en applications locales. On peut l'administrer par le tube digestif ou en injections sous-cutanées. Au-dessus de doses qu'on ne doit pas dépasser, et qui sont encore difficiles à préciser d'une manière absolue, on peut observer des phénomènes de toxicité fort graves.

Employée en Autriche par M. Frisch, en France par MM. Bartrina, Legueu et Pasteau, en Allemagne par M. Franck, l'adrénaline a donné des résultats appréciables dans divers cas de chirurgie urinaire. Elle paraît surtout indiquée pour combattre la congestion, l'hémorragie et le spasme.

Dans l'urètre, elle permet de pratiquer presque à blanc la méatotomie, l'urétrotomie interne et externe, l'extirpation des tumeurs urétrales et aide à franchir les rétrécissements difficilement perméables.

Dans la prostate, elle agit contre la rétention, facilite le cathétérisme et calme les hémorragies.

Dans la vessie, elle permet la cystoscopie dans les vessies qui saignent, diminue ou arrête complètement les hémorragies consécutives aux diverses manœuvres intra-vésicales. Elle paraît augmenter la tolérance vésicale au cours des cystites. Enfin, elle peut, dans certains cas, faciliter le diagnostic topographique des hématuries en supprimant ou en atténuant celles qui sont d'origine vésicale.

Son utilité en chirurgie rénale paraît moins démontrée, mais on pourra au moins y avoir recours dans les cas où on désirerait supprimer l'écoulement sanguin dû à l'incision de la zone corticale.

Quel que soit le cas où on l'emploie, on devra se rappeler

que la vaso-constriction produite par l'adrénaline est suivie d'une vaso-dilatation pouvant être l'origine d'hémorragies secondaires parfois importantes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux scientifiques d'Etienne Guihal, interne des hôpitaux de Paris, 1876-1902 (1); avant-propos de M. le docteur Marfan, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Les parents de notre regretté collaborateur Etienne Guihal ont eu la pieuse idée de recueillir en un volume les travaux scientifiques de notre ami, travaux publiés pour la plupart dans la *Gazette des hôpitaux*.

Pour ce volume M. Marfan a écrit une préface que nous publions bien volontiers car elle montre en quelle estime ses maîtres et ses amis tenaient notre jeune confrère :

« Etienne Guihal, écrit M. Marfan, est mort en Bretagne, le 17 août 1902, emporté, en pleine jeunesse, par une appendicite à marche foudroyante. Quelques semaines auparavant, il avait quitté l'hôpital des Enfants-Malades pour se rendre au milieu des siens. Accompagné par sa jeune femme, il était allé prendre un repos bien gagné par un travail sans trêve et d'ailleurs exigé par la convalescence d'une angine infectieuse, contractée au pavillon de la Diphtérie dont il était l'interne. La nouvelle de sa fin inopinée provoqua chez tous une douloureuse stupéfaction. Une mort brutale nous enlevait, à l'âge de vingt-sept ans, un sujet d'élite.

Nous qui fûmes son dernier maître, nous l'avions déjà eu pour élève et nous avions déjà pu l'apprécier en 1899, lorsqu'il avait été interne provisoire dans notre service à l'hospice des Ménages. Nos amis Montprofit et Roger nous l'avaient signalé comme un élève modèle; le premier l'avait connu à l'École de médecine d'Angers où il avait commencé ses études; le second à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers où il avait été externe. Nous pûmes reconnaître combien leur jugement était juste. Nous fûmes d'abord frappé par cette physionomie fine, bien française, un peu grave, mais qu'animait parfois un sourire dont la douceur n'excluait pas l'ironie. Puis nous le vîmes à l'œuvre; son assiduité était exemplaire; sa bonté envers les malades était grande; son intelligence était pénétrante; nous eûmes la joie d'assister aux progrès d'une culture de qualité rare. A la fin de cette année, il fut reçu à l'internat dans un très bon rang et nous fûmes très heureux quand il nous demanda de revenir avec nous à l'hôpital des Enfants-Malades. Il y accomplissait sa troisième année d'internat, confirmant les espérances qu'on avait mises en lui, et il avait commencé des recherches sur les associations microbiennes dans la diphtérie, lorsque la mort est venue le surprendre, avant qu'il ait pu donner sa mesure.

Toutefois, durant sa trop courte carrière, Etienne Guihal a publié quelques revues générales sur des sujets importants, ou des études inspirées par l'enseignement de ses maîtres. Ses amis trouveront ici tous ces travaux réunis par une main pieuse. On a pensé que ce souvenir d'un début plein de promesses leur agréerait particulièrement, qu'ils seraient heureux de relire ces exposés méthodiques, fondés sur des consciencieuses analyses, et qu'ils y verraient comme un reflet de son esprit.

Puissent ces pages aider ceux qui ont connu notre jeune ami à conserver son souvenir toujours vivant. »

(1) Gr. in-8° Paris, J. Rousset.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Des honoraires à attribuer au médecin qui aide un chirurgien dans une intervention.

Un médecin assiste un chirurgien dans une ou plusieurs interventions. Le chirurgien demande à son confrère une note générale d'honoraires, que ce dernier lui adresse. Le chirurgien envoie une somme dérisoire et une lettre, dans laquelle il dit qu'il est seul juge des honoraires à attribuer à ses aides et que ceux-ci ne sont que des anonymes dans sa clientèle. Protestations justifiées du médecin qui poursuit le chirurgien.

Voici le jugement rendu par le tribunal de X... (1) :

« Attendu que le docteur X... assigne le docteur Y... en paiement de la somme de 320 francs, montant d'honoraires que celui-ci aurait touchés pour son compte;

Que le défendeur ne nie pas devoir, fait offre d'une somme de 210 francs et soutient être en droit, en tant que chirurgien opérateur, de fixer à ce chiffre, *sans réclamation ni contrôle possibles*, le montant des honoraires du demandeur, le rôle de celui-ci s'étant borné à l'assister comme aide-médecin sur sa demande.

Attendu que cette proposition ne saurait être admise dans les termes absolus dans lesquels elle est formulée;

Que si elle semble juste lorsque le concours de l'aide-médecin se borne à une assistance matérielle telle que celle d'un tiers sans diplôme aurait pu donner, elle lèse les droits du médecin intervenant comme aide lorsque son assistance a constitué en réalité un concours médicalement indispensable au succès de l'opération;

Que dans ce dernier cas, à défaut d'accord entre le médecin assistant et le chirurgien opérateur qui l'a demandé, les tribunaux saisis peuvent légalement intervenir.

Attendu, en l'espèce, qu'en stipulant de ses clients un honoraire global, tant pour lui que pour le médecin qui, à leur connaissance, devait nécessairement l'assister, le docteur Y... s'est obligé en regard du docteur X... par les règles de la gestion d'affaires;

Que l'honoraire global a dès lors dû comprendre, outre ses honoraires personnels calculés en faisant un état de la situation de fortune présumée des clients, de la difficulté des opérations et de la notoriété de l'opérateur, les honoraires du docteur X... établis d'après les mêmes bases, toutes proportions étant d'ailleurs gardées entre les rôles respectifs du chirurgien qui opérait et du médecin qui, en chloroformant le malade, concourait à l'opération;

Que si par quelque considération que ce soit le défendeur s'est inspiré d'autres règles, il doit imputer à sa faute les conséquences éventuellement dommageables qu'il est exposé à subir.

Attendu en fait que le docteur X... est un médecin justement en possession à... de la notoriété et de la confiance publique; que son expérience reconnue a manifestement déterminé le choix de sa personne;

Que le concours qu'il a prêté auprès de malades, dont l'état rendait l'emploi du chloroforme particulièrement difficile ou délicat, a été des plus utiles à l'opérateur;

Que les sommes qu'il réclame sont dès lors justifiées sauf celle de 200 francs (opération Z...) qui doit être ramenée à 150 francs,

Par ces motifs :

Condamne le docteur Y... à payer au docteur X... pour les causes sus-énoncées, la somme de 270 francs avec intérêt de droit;

(1) Par règle déontologique, et pour ne pas porter préjudice à nos confrères, nous ne dirons pas le nom de la ville où a été jugée cette affaire.

Déboute le défendeur de ses conclusions, comme non justifiées; le condamne en outre aux dépens. » (*Le Nord médical.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — La médaille d'or de l'internat a été décernée à M. Roche.

— Un concours pour deux places de premier et deuxième élève interne à l'hôpital Saint-Jean sera ouvert le 20 octobre 1903. Ne seront admis au concours que les élèves ayant 12 inscriptions. Se faire inscrire jusqu'au 15 octobre inclusivement, à l'hôtel Dalléas, rue Bouffard, 30, division de la police municipale (4e bureau).

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — Voici la liste des lauréats pour les concours de 1903 :

Médecine. — Première année : Prix, médaille d'argent et 100 fr. de livres, M. Beauvieux; mentions, MM. Camboulas et Charbonnel.

Deuxième année : Prix, médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Laubier.

Troisième année : Prix, médaille d'argent et 135 francs de livres, M. Bouhis; mention très honorable, Mlle Campana; mention honorable, M. Ducrot.

Quatrième année : Prix, médaille d'argent et 135 francs de livres, M. Legorgen; mention très honorable, M. Lebœuf; mentions honorables, MM. Brimont et Goëra.

Prix de la ville de Bordeaux. — 300 francs (médaille de vermeil et livres), M. Busquet; mention honorable, M. Busquet.

Prix des élèves sages-femmes. — Mme Lagardère.

— *Lille.* — M. le docteur Carlier, professeur de pathologie externe, est nommé professeur de pathologie externe et de clinique des maladies des voies urinaires.

— *Lyon.* — M. le docteur Beauvisage, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de botanique, est nommé professeur de matière médicale et botanique.

Guerre. — Service de santé militaire. — Voici la liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir les épreuves orales d'admissibilité du concours d'admission à l'École du service de santé militaire, en 1903 :

MM. Alison, Anglade, Antoine, Assemat, Aulong, Ayrolles.

Badie, Balmes, Basse, Batier, Baverey, Bech, Belle, Bellot, Benoît-Gonin, Bercher, Béros, Bertaux, Biau, Billet, Blanc, Blanchard, Boisseau, Bonnenfant, Bonnotte, Bouchet, Bruneau, Burgard.

Carte, Castay, Cavarroc, Cayret, Chabardès, Chabbert, Chéneby, Christiany, Clément, Clermont, Clot, Cœulliez, Constant, Courboulès, Coustère, Cristau, Cugno.

Dagneaud, Debombourg, Decour, Derouet, Desbœufs, Desclaux, Descusses, Dubalen, Dubs, Dumas

Faivre, Fayet, Ferron, Fontan Fonvielle.

Gaud, Gauliard, Gerdessus, Gibert, Gillain, Guillen, Gouillon.

Hauvuy, Hébrard, Hermann, Heuraux, Heymann, Heyraux, Hudellet.

Izard, Jacquemart, Jacques, Jandot dit Danjon, Janicaud, Jeandidier, Jeandin, Jonet, Junquet.

Labastie, Lafforgue, Lamy, Lancelot, Larrazet, Lasaygues, Laurent, Lefébure, Legendre, Legrand, Lescuyer, Lhermier des Plantes, Lisle, Louis, Lubet.

Mahot, Maleplate, Malgat, Mallié, Malus, Maniel, Mathieu de Fossey, Maurat, Médan, Mercier (M.), Mercier (P.), Meyer, Minouflet, Moner, Monloup, Moreau, Morras, Mouchard, Moura, Moutet, Moy.

Née, Nicod, Niepce, Nouhaud.

Odinot (A.), Odinot (H.), Odoul.

Pagès, Pagnier, Paris, Perret, Person (de), Philippon, Pierron, Pillot, Pinaud, Pitois, Potier, Pouchet, Pucinelli, Pujol (E.), Pujol (M.), Quillé.

Rancier, Renoux, Richard, Rigaux, Riss, Rivaillon, Rivay, Rivière, Rouch, Roudouly, Roussel, Roussille, Roux, Rouzaud.

Servent, Simoni, Solle, Sorlat, Stévenel.

Teste, Théron, Thomas, Thurel, Timbal, Toinon, Torresse.

Ufferte, Validore, Vallot, Vialle, Vincent, Vitrey.

Les candidats auront à se rendre à la date fixée pour les épreuves orales dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

Marine. — M. le médecin principal Mercié, actuellement embarqué sur le *Suffren* à Brest, est désigné en qualité de médecin de division pour faire partie de l'état-major de M. le contre-amiral Jauréguiberry.

— M. le médecin de deuxième classe Dorso, du port de Lorient, est désigné pour embarquer en sous-ordre sur le croiseur école d'application *Duguay-Trouin.*

Association française d'urologie. — La VIIe session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 22 au 24 octobre 1903, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Des cystites rebelles » (rapporteurs : MM. Imbert et Pasteau).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boétie, Paris.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la vingt-neuvième semaine 812 décès, au lieu de 870 pendant la semaine précédente (moyenne 918).

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 10).

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 2).

La rougeole a causé 10 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente, mais inferieur à la moyenne (22); la scarlatine, 4 décès (moyenne 4); la coqueluche, 5 décès (moyenne 7); la diphtérie, 4 décès (moyenne 9); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 70, au lieu de 97 pendant la précédente semaine (moyenne 58).

La diarrhée infantile a causé 57 décès de 0 à 1 an, au lieu de 40 pendant la semaine précédente (moyenne 83).

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 89 décès au lieu de 99 pendant la semaine précédente (moyenne 106). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 8 décès (moyenne 8); bronchite chronique, 11 (moyenne 13); pneumonie, 18 (moyenne 22); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 52 (moyenne 63), dont 11 sont dus à la congestion pulmonaire et 28 à la broncho-pneumonie. Aucun décès n'a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 191 décès; la méningite tuberculeuse, 25; la méningite simple, 21; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès.

Cours de vacances. — *Laboratoire de bactériologie (professeur M. Cornil).* — M. le docteur Fernand Bezançon, agrégé, médecin des hôpitaux, fera au laboratoire de bactériologie de la Faculté, du lundi 7 au samedi 19 septembre, un cours sur le diagnostic de la tuberculose par les méthodes de laboratoire.

Le cours aura lieu tous les jours à deux heures et sera suivi d'exercices pratiques, pendant lesquels les élèves seront exercés aux différentes manipulations concernant le diagnostic histologique et bactériologique de la tuberculose.

Programme du cours. — Lundi 7 septembre : Notions générales sur la tuberculose et le bacille tuberculeux.

Mardi 8 septembre : Recherche du bacille de Koch dans les crachats.

Mercredi 9 septembre : Recherche du bacille de Koch dans le sang, les sérosités, les urines, les matières fécales.

Jeudi 10 septembre : Culture du bacille de Koch.

Vendredi 11 septembre : Inoculation des produits tuberculeux aux animaux : tuberculose expérimentale.

Samedi 12 septembre : Bacilles acido-résistants ; pseudo-tuberculoses.

Dimanche 13 septembre (matin à neuf heures et demie) : Anatomie pathologique et histogenèse du tubercule.

Lundi 14 septembre : Diagnostic histologique du tubercule et des autres réactions nodulaires.

Mardi 15 septembre : Recherche du bacille de Koch dans les coupes d'organes.

Mercredi 16 septembre : Les toxines tuberculeuses. Valeur diagnostique de la tuberculine et de la réaction agglutinante.

Jeudi 17 septembre : Valeur diagnostique de l'examen du sang, des sérosités. Cytodiagnostic. Diazo-réaction d'Ehrlich.

Vendredi 18 septembre : Diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire au début.

Samedi 19 septembre : Diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire.

Pendant la durée du cours, le docteur Bezançon fera, chaque matin à dix heures, à l'hôpital Lariboisière, des démonstrations pratiques sur le diagnostic clinique de la tuberculose.

Le droit à verser pour cette série d'exercices est de 60 francs. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets pris à l'avance.* — Les gares de Paris, Lyon, Marseille, Saint-Étienne, Aix-les-Bains et Genève délivrent à l'avance, par série de 20, des billets de 1re, 2e et 3e classes, pour les gares de la banlieue de ces villes et réciproquement.

Ces billets peuvent être utilisés dans les deux sens (aller et retour). Leurs prix presentent une réduction de 10 p. 100 sur les prix des billets ordinaires. — Les billets délivrés pendant les dix premiers mois de l'année sont valables jusqu'au 31 décembre inclus, et ceux délivrés pendant les mois de novembre et décembre jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivante. — Les demandes doivent être adressées aux chefs des gares intéressées ou dans les bureaux-succursales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'urologie et les médecins urologues dans la médecine ancienne. Gilles de Corbeil, sa vie, ses œuvres, son poème des urines, par C. Vieillard, avec préface du professeur R. Blanchard, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. gr. in-8° de 400 p., avec 38 fig. dans le texte. — Prix : broché, 15 fr. — Paris, Librairie scientifique et littéraire F.-R. de Rudeval.

Les tournées médicales et les cabinets médicaux. Communication faite au Syndicat médical de la région de Bourg en sa séance du 4 juin 1903, par le docteur C. (de P.-de-V.). — Mâcon, imprimerie J.-A. Durand.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 89. — MARDI 4 AOUT 1903. 76e ANNÉE. MARDI 4 AOUT 1903. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ULCÈRES VARIQUEUX DE LA JAMBE (1)

Par le docteur J. BRAULT,
Professeur à l'École de médecine d'Alger, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les ulcères de jambe sont nombreux dans nos salles, on en rencontre en effet de toute espèce ; nous en trouvons chez des spécifiques (syphilis, tuberculose), chez des cachectiques (scorbut, diabète, phagédénisme des pays chauds); nous en observons également de symptomatiques (lésions osseuses, corps étrangers); enfin nous avons encore maille à partir avec l'ulcère simple (ecthyma) et surtout avec l'*ulcère variqueux* ; c'est du traitement de celui-ci que je veux m'entretenir au cours de ce travail.

Certainement maints ulcères, trop étendus pour guérir d'une façon durable par de simples topiques, peuvent tirer un large bénéfice des greffes dermo-épidermiques (Ollier, Thiersch), ou de l'autoplastie par les divers procédés à lambeaux ; nous avons eu souvent recours à toutes ces méthodes (2) ; encore tout dernièrement, nous avons dû combler, à l'aide de larges greffes, un ulcère surmontant un vaste ostéome syphilitique du tibia chez un héréditaire (3). Mais ici, pour les ulcères variqueux, il y a peut-être mieux à faire et tout en tenant compte des moyens précédents qui peuvent se montrer utiles, les méthodes qui s'adressent à la fois *aux veines variqueuses* et *à la névrite des rameaux superficiels* paraissent, en l'espèce, très rationnelles et doivent être l'objet de nos recherches.

Je veux désigner ainsi les méthodes suivantes : circonvallation, résections veineuses, élongation trophique, et surtout les sections préconisées en Italie, principalement par Moreschi et Mariani, sections qui agissent à la fois sur les veines et les nerfs régionaux.

Les procédés de ces deux auteurs ont subi déjà de nombreuses modifications. P. Delbet (incisions presque semicirculaires à des hauteurs différentes, réunies à leurs extrémités par une ligne brisée en V), Mauclaire (procédé en guirlande), Reclus (procédé de la jarretière), etc.

Au début, j'ai essayé le procédé dit *de la jarretière*, c'est-à-dire le procédé Mariani-Reclus, et, suivant en cela un des conseils de Moreschi, j'ai appliqué la méthode en laissant mes sujets guérir par *seconde intention*.

Voici, en quelques mots, les observations qui ont trait à cet essai.

OBSERVATION I. — R. A..., quarante-neuf ans, jardinier espagnol, phlébite probable à la suite d'une fièvre typhoïde, à l'âge de vingt-neuf ans, varices consécutives; apparition des ulcères depuis 1899, ceux-ci se rouvrent à chaque instant.

Actuellement, à son entrée à l'hôpital de Mustapha, varices énormes de la *jambe droite* ; en outre deux ulcères siègent sur le membre, au tiers inférieur de la face interne, ils ont le diamètre d'une pièce de 5 francs.

En face de l'échec des nombreux traitements employés, après anesthésie locale, nous pratiquons l'incision circulaire des téguments, au niveau de la jarretière, pas de sutures, pansement compressif (16 décembre 1902).

Au premier pansement, le 22 décembre, les ulcères sont presque complètement cicatrisés. 30 décembre, deuxième pansement ; tout est fini du côté des ulcères, mais la plaie opératoire, qui bourgeonne très bien, n'est complètement cicatrisée qu'en février. Le malade sort en mars ; depuis il n'a pas récidivé.

(1) Voir la communication faite à la Société de chirurgie, séance du 3 juin 1903.

(2) J. BRAULT. Quelques cas d'autoplastie, *Arch. prov. de chir.*, 1897, p. 429.

(3) Ce sujet âgé de vingt-trois ans représentait à un rare degré le type « eunuchoïde », il a été par ailleurs soumis à un traitement spécifique intensif.

Les ulcérations tuberculeuses également malgré la photothérapie, malgré les divers topiques : acide lactique, permanganate, bleu de méthylène, sont souvent surtout justiciables du cautère actuel, du curetage hardiment mené, de l'ablation large suivie d'autoplastie.

Obs. II. — S. M..., cinquante et un ans, varices énormes de la *jambe droite*.

Depuis cinq ans, elle présente au tiers inféro-interne du membre des ulcères successifs; cicatrices pigmentées.

Présentement, elle porte une ulcération de 8 centimètres de long, sur 6 de large; la plaie se rapproche de la malléole interne (variété grave d'après Rémy), elle date de plusieurs mois.

Le 29 décembre 1902, section circulaire jusqu'à l'aponévrose superficielle, un peu au-dessous du tubercule antérieur du tibia; pas de sutures, pansement compressif.

Au premier pansement, l'ulcère bourgeonne et n'a plus du tout l'aspect calleux qu'il avait auparavant, il a diminué de près de moitié; néanmoins, la cicatrisation complète se fait attendre jusqu'à la fin de février. La malade a été revue à la fin de mai, il n'y a pas eu de récidive.

En somme, le résultat n'a pas été mauvais dans ces deux cas, et jusqu'à présent nous n'avons pas de récidive; mais la cicatrisation a été trop longue à obtenir et la cicatrice présente une sorte d'anneau constricteur, toutefois, il n'y a pas d'œdème marqué de la jambe, pas de douleurs, et les paquets variqueux ont disparu, *non seulement au-dessous de l'incision, mais, chose plus curieuse, même au-dessus de cette section circulaire*; je l'ai fait remarquer à plusieurs reprises aux élèves, lors des démonstrations cliniques.

1° Dans le but d'obtenir une *cicatrice moins apparente* et *moins constrictive*, j'ai pensé à faire seulement un « FER A CHEVAL » POSTÉRO-INTERNE et à réunir immédiatement. L'incision part sur la face interne du tibia, près de son bord interne, et s'arrête en dehors et en avant sur le péroné; le tracé encercle environ les trois quarts de la circonférence du membre.

Nous laissons indemne la région antéro-latérale externe où il y a peu de groupes veineux importants, où il n'y a pas de filets nerveux intéressants à sectionner; à moins de conditions tout à fait spéciales, à moins d'ulcère à siège tout à fait insolite, nous n'avons pas d'indications qui nous poussent à opérer sur cette région.

En effet, les *groupes veineux* qui comptent sont *surtout postéro-internes* (saphènes), *il en est de même des nerfs superficiels*; pour l'innervation antérieure de la jambe, nous avons le cutané péronier, et le saphène interne; pour la partie postérieure, nous avons : les deux mêmes nerfs, la fin du petit sciatique et enfin vers le bas le saphène externe; *tous ces nerfs sans exception parcourent la région postéro-interne* et sont intéressés dans l'incision que nous proposons;

2° En outre, dans le but d'atteindre plus facilement *tous les nerfs cutanés et le groupe postérieur des veines* (saphène externe), *j'ai pensé qu'il valait mieux rester à la partie moyenne du mollet, tout en incisant non seulement les téguments, mais encore l'aponévrose d'enveloppe*.

Sans doute, en coupant de même, au niveau de la jarretière, peau et aponévrose, on pourrait sectionner les mêmes organes; mais cela serait moins aisé, le couteau aurait plus de peine à les atteindre, au moins certains, parce qu'ils sont plus loin de leur émergence et partant plus profonds. En insistant sur eux, on risquerait d'entamer peut-être les muscles que le couteau doit simplement « lécher ». Même au milieu du mollet, nous avons parfois à insister pour couper le nerf saphène externe encore blotti dans la gouttière formée par les deux jumeaux.

Nous pratiquons l'anesthésie mixte [chlorure d'éthyle, puis chloroforme (1)], la bande et le tube d'Esmarch sont appliqués; la section est faite avec le couteau à amputation moyen; on se place comme dans le premier temps de l'amputation de jambe, lorsqu'on dessine l'U inférieur. Les veines sont liées à la soie, les téguments sont suturés entièrement à l'aide de crins (fils de soutien) et d'agrafes de Michel; on gagne ainsi beaucoup de temps; les lèvres de la plaie se rapprochent facilement, si on prend soin de fléchir un peu la jambe sur la cuisse. Les agrafes sont retirées du quatrième jour au cinquième jour, les crins le huitième en général.

Cinq fois j'ai appliqué la méthode, *quatre fois pour des ulcères de jambe et une fois pour un eczéma variqueux;* ce dernier malade a été opéré sur sa demande, il avait été frappé par la guérison d'un de ses voisins atteint d'ulcère.

Voici le résumé succinct de ces diverses observations :

Obs. III. — A..., garçon d'hôtel, cinquante-cinq ans, varices énormes remontant à la cuisse; ulcère de la *jambe gauche* depuis cinq ans, nombreuses récidives. Actuellement l'ulcère très étendu occupe le tiers inférieur de la jambe et encercle presque toute la circonférence de cette dernière.

Opération le 2 avril 1903; *incision en fer à cheval*, ligatures des veines et suture immédiate de la plaie. Cette dernière est réunie, au premier pansement, le 9 avril; guérison de l'ulcère le 14 avril, au deuxième pansement; il est juste de dire que le malade, dès son entrée dans notre service de clinique, avait été mis au repos pendant quelques jours et que son ulcère avait été aseptisé.

Obs. IV. — P..., cinquante-six ans, cultivateur, cachectique, varices depuis vingt ans, ulcères à répétition de la *jambe droite*. Nombreuses entrées à l'hôpital, se chiffrant par plusieurs mois, a *déjà été opéré* (*greffes Ollier-Thiersch*), *récidive*.

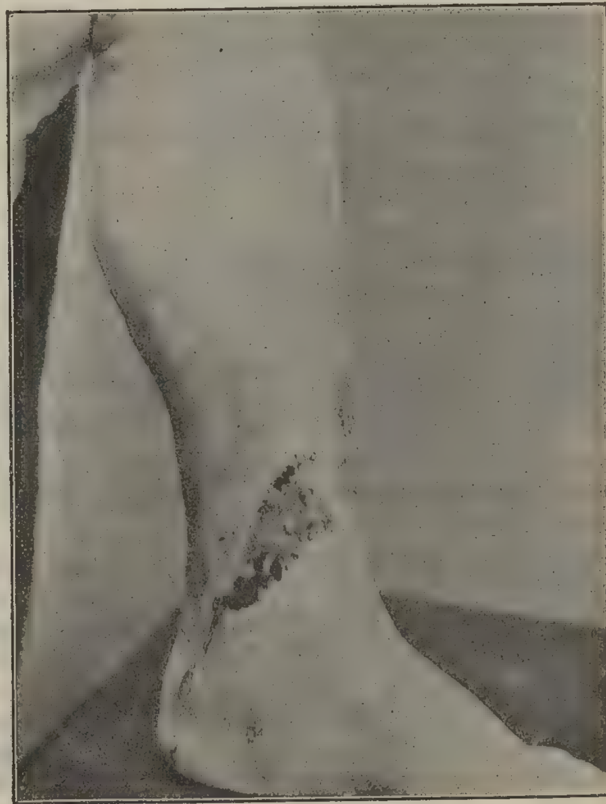


Fig. 1. — *Face interne de la jambe de la malade de l'observation V avant l'intervention.*

(1) L'anesthésie locale à la cocaïne pourrait d'ailleurs suffire en pareil cas.

A son entrée cette fois dans notre service, il présente trois ulcères à la face interne de la jambe droite; le plus petit a les dimensions d'une pièce de 2 francs.

Opération le 2 avril. *Incision en fer à cheval*, ligatures, sutures comme pour le précédent. La plaie opératoire est complétement réunie le 14 avril (douzième jour), mais les ulcères, assez tenaces, ne sont complètement cicatrisés que le 22 avril (vingtième jour).

Obs. V. — T. M..., quarante-neuf ans, cuisinière, varices très volumineuses de la *jambe gauche*, dont le début remonte à près d'une vingtaine d'années, nombreux séjours de plusieurs mois dans les hôpitaux d'Alger et d'Oran (ruptures veineuses, ulcérations).

L'ulcère qui la force à entrer, aujourd'hui, se trouve situé un peu au-dessus de la malléole interne, son diamètre est supérieur à celui d'une pièce de 5 francs; en outre il y a plusieurs plaies plus petites encerclant la jambe au quart inférieur, comme on peut s'en rendre compte sur la photographie ci-jointe (fig. 1).

Incision en fer à cheval le 2 mai; premier pansement le 8 mai, on enlève les agrafes de Michel, réunion par première intention. Deuxième pansement 11 mai; l'ulcère principal est de la dimension d'une pièce de 2 francs, les autres sont cicatrisés; cicatrisation complète le 18 mai 1903, voir la photographie que nous produisons ici :



Fig. 2 (1). — *Face interne de la jambe de la malade de l'observation V après l'intervention et de suite après la réunion, on voit la branche interne du fer à cheval tracé en plein mollet.*

Obs. VI. — H. M..., ménagère, vingt-huit ans, varices au cours d'une grossesse, il y a sept ans; aggravation à chaque nouvelle grossesse; la *jambe gauche* a été surtout atteinte; il y a eu plusieurs ruptures et plusieurs entrées à l'hôpital pour ulcères de ce membre; aujourd'hui cette jambe porte un ulcère situé sur la face interne, à 10 centimètres environ au-dessus de la malléole.

(1) Toutes les photographies représentant les sujets des observations III, IV, V, avant et après l'intervention, étaient annexées à notre communication à la Société de chirurgie.

Opération le 7 mai, *fer à cheval*, comme ci-dessus, l'ulcère est cicatrisé le 22 mai.

Obs. VII. — X..., limonadier, alcoolique, trente-six ans, varices de la *jambe gauche* datant de cinq ans environ, a eu un ulcère de ce membre; présente actuellement un eczéma étendu, prurit intense.

Incision en fer à cheval, sur la demande du malade, le 2 mai 1903; les varices disparaissent, le prurit également; mais il y a une petite poussée eczémateuse sous le deuxième pansement.

En analysant ces observations on peut se rendre compte des résultats primitifs donnés par la méthode; je reviendrai plus tard sur les résultats éloignés.

La plaie opératoire guérit rapidement en huit ou douze jours, pour donner plus tard une cicatrice linéaire, souple et à peine perceptible.

L'ulcère demande environ quinze jours pour se cicatriser; en effet, dans nos observations nous relevons les chiffres suivants : douze jours, vingt jours, seize et quinze jours.

Evidemment, tous les ulcères ne guérissent pas aussi facilement les uns que les autres, mais en parcourant le résumé de nos observations, on verra que nous n'avons pas choisi nos sujets et que nous nous sommes surtout attaqué aux mauvais cas; témoin les deux observations où il s'agit d'ulcères annulaires qui marquent, comme le fait bien ressortir Rémy, un envahissement très prononcé de tous les vaisseaux. L'état général de nos malades n'était pas non plus des plus brillants; il s'agissait la plupart du temps de gens ayant la cinquantaine, « des déracinés » usés avant l'âge ; l'un d'eux était un véritable cachectique; comme je le faisais remarquer aux élèves, à cet égard encore, nous n'avons nullement trié nos cas.

De plus, je tiens à y insister, la *cicatrisation de l'ulcère n'est pas le seul bénéfice* que l'on retire de la méthode sanglante; dans tous nos cas, très peu de temps après l'intervention; *les dilatations variqueuses ont nettement diminué en amont et en aval de l'incision, les varices sont devenues tolérantes et les douleurs, la gêne et le prurit ont disparu.*

Un seul mot à propos de notre eczémateux; chez lui le prurit qui était intense a cessé d'une façon absolue, ses varices ont bénéficié du traitement; toutefois, il y a encore eu une petite poussée eczémateuse sous le pansement.

Certes, il ne s'agit là, je le répète, que de résultats primitifs; mais ces derniers, à eux seuls, paraîtront encourageants à tous ceux qui ont été aux prises avec les varices intolérantes, avec ces ulcères atones, parfois si rebelles à toutes les formes du traitement médical, ulcères qui constituent, on peut bien le dire, la véritable plaie de nos services durant la saison hibernale, sorte de gagne-pain des trimardeurs qui sont toujours sûrs ainsi de pouvoir prendre chez nous leurs quartiers d'hiver.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(31 juillet 1903)

MM. A. Gilbert et P. Lereboullet ont pu, chez de nombreux sujets, analyser l'état mental des cholémiques, qui, alors même que les troubles psychiques ne sont pas chez eux prédominants, présente des traits spéciaux.

Souvent la cholémie paraît exercer une action excitante et plutôt favorable sur le fonctionnement cérébral. L'activité intellectuelle est vive, la volonté est tenace et va droit à

son but; fréquemment, toutefois, le caractère est facilement emporté; ces cholémiques sont irritables, agités, et d'une nervosité extrême. Ils ont une hyperexcitabilité cérébrale que l'on peut rapprocher de l'hyperexcitabilité périphérique se manifestant chez eux du côté de la peau (chair de poule) ou des nerfs et des muscles (hyperexcitabilité mécanique ou électrique). Souvent ils ont pourtant déjà, malgré leur apparence de santé, une tendance à la tristesse qui les empêche d'être satisfaits du présent, les laisse inquiets pour l'avenir. Cette tendance peut s'exagérer et, après une période plus ou moins longue d'excitation cérébrale, les malades présentent fréquemment des symptômes de dépression nerveuse.

Tantôt alors domine une tendance à la tristesse et aux idées noires, s'exagérant sous l'influence de causes variables et pouvant créer un véritable dégoût de la vie (*tædium vitæ*); les malades en arrivent parfois à souhaiter la mort et à la provoquer; tantôt ces cholémiques sont surtout hypocondriaques, se croyant malades ou s'exagérant volontiers les maux dont ils souffrent; on les considère fréquemment comme des malades imaginaires et ils vivent dans la crainte constante de la maladie et de la mort; tantôt, enfin, tout en redoutant la mort, ils en arrivent par moments à la désirer et à avoir des tendances au suicide. A cette tristesse se joignent souvent des modifications de la volonté qui reste incertaine et hésitante, et des troubles du caractère, qui devient mou, apathique, sans énergie.

C'est à la cholémie elle-même que paraît dû cet état mental spécial observé tant chez les sujets atteints de cholémie familiale que chez ceux qui souffrent de maladies biliaires plus accusées. Suivant son intensité et son ancienneté, suivant la résistance individuelle du système nerveux, la cholémie provoque tantôt des symptômes d'excitation cérébrale, tantôt des symptômes de dépression. Cette double action d'une même cause est analogue à celle que l'on observe dans certaines intoxications, telles que l'alcoolisme et la morphinomanie. Lorsque, chez les cholémiques, l'état de dépression s'accentue, il peut devenir prédominant et réaliser les diverses formes de la neurasthénie et de la mélancolie d'origine biliaire, dans lesquelles le rôle de la cholémie chronique paraît également essentiel.

MM. Gilbert, Lereboullet et Cololian, en examinant un grand nombre de mélancoliques, ont pu se convaincre que presque toujours, même toujours, la **mélancolie est d'origine biliaire**. L'étude étiologique, lorsqu'elle est possible, montre, tant chez le malade que chez ses ascendants, l'existence d'antécédents biliaires (ictère passager ou permanent, coliques hépatiques, signes révélateurs de la cholémie tels que pigmentations, urticaire, dyspepsie, rhumatisme, etc.) et d'antécédents nerveux (tendance à la tristesse, à l'hypocondrie, neurasthénie, ou parfois même mélancolie). L'examen clinique montre, en même temps que les symptômes de la mélancolie (mélancolie hypocondriaque, mélancolie anxieuse, mélancolie stupide, mélancolie intermittente, etc.) des symptômes nombreux dus à la cholémie familiale, et dont quelques-uns avaient d'ailleurs frappé les observateurs. Le facies est souvent pâle ou jaune, les pigmentations sont fréquentes, les phénomènes dyspeptiques et la constipation sont habituels; dans nombre de cas, les malades ont des hémorroïdes; la bradycardie n'est pas rare, les urines sont fréquemment urobiliniques et quelquefois chloruriques; parfois il a un léger diabète. Vient-on d'ailleurs à examiner les organes abdominaux, on trouve souvent des modifications objectives du foie et de la rate, et, si l'on examine le sérum, il est ordinairement assez riche en pigments biliaires. L'évolution de la mélancolie est variable, tantôt curable, tantôt assez rapidement mortelle. Dans un cas de mélancolie anxieuse, observée par MM. Gilbert, Lereboullet et Cololian, la malade mourut en hépatique, dans le coma hypothermique. Dans ce cas il y avait des lésions histologiques très prononcées des voies biliaires et du parenchyme hépatique (angiocolite avec espace-portite et stéatose péri-portale accusée). L'origine biliaire de la mélancolie est donc établie, non seulement par des preuves étiologiques et cliniques, mais encore par des preuves anatomiques. Comme la neurasthénie biliaire, à laquelle elle se rattache par une série de transitions, la mélancolie doit être combattue par un traitement dirigé d'abord entre l'affection biliaire causale et secondairement contre l'état mental.

MM. Gilbert et Lereboullet ont observé un grand nombre de cas de neurasthénie, considérés comme des cas de neurasthénie gastrique ou de neurasthénie primitive, et dans lesquels ils ont pu mettre en relief l'origine biliaire. Il s'agit en effet de malades atteints soit de cholémie simple familiale, soit d'une autre des affections de la famille biliaire, et présentant des antécédents héréditaires à la fois biliaires et névropathiques. La neurasthénie se traduit chez ces malades par une lassitude constante, une incapacité de travail parfois absolue, une aboulie plus ou moins complète, elle s'accompagne souvent de migraines et notamment de migraines ophtalmiques, de névralgies diverses, de somnolences et parfois même d'impuissance génitale. Elle affecte en outre une allure un peu spéciale du fait de la tendance à la tristesse qui en fait une neurasthénie à forme mélancolique. Des malades ont également des symptômes dyspeptiques, sont sujets à la constipation, à l'entérite membraneuse, aux douleurs articulaires, aux hémorragies, etc. Ils ont souvent le teint cholémique, avec ou sans pigmentation surajoutée, ils présentent parfois des troubles objectifs du côté du foie et de la rate, ils ont en général de l'urobilinurie; enfin l'examen du sérum montre une cholémie plus ou moins marquée. On peut donc facilement reconnaître chez ces malades, pour peu qu'on pense à la rechercher, l'existence de la cholémie, et l'histoire de la maladie montre que l'affection biliaire est bien antérieure aux symptômes nerveux. Il est par suite vraisemblable que, jointe à la prédisposition nerveuse des sujets, elle joue un rôle capital dans la production de la neurasthénie. Le traitement d'ailleurs justifie cette hypothèse, et c'est en agissant d'abord sur la maladie des voies biliaires, puis sur l'état névropathique, et non pas sur celui-ci seulement, que l'on peut obtenir dans bien des cas, sinon la guérison de la maladie causale, du moins la disparition, temporaire ou définitive, des symptômes neurasthéniques.

MM. Widal et Froin présentent un malade atteint de **pleurésie purulente interlobaire à streptocoques avec ostéomyélites**. Un homme de trente-huit ans, syphilitique, opéré deux fois pour une ostéomyélite du maxillaire inférieur droit est pris dix jours après la deuxième opération de fièvre, de frissons, d'hémoptysie, symptômes accompagnés de foyers de congestion pulmonaire, surtout localisés dans le poumon gauche. Dans les jours suivants, les signes de congestion pulmonaire s'effacent, tandis qu'apparaît à la partie moyenne du poumon droit un souffle

expiratoire avec abolition des vibrations et matité suspendue correspondant à ce souffle. Une ponction exploratrice pratiquée dans la zone mate permet de retirer du pus contenant du streptocoque virulent pour les animaux.

Vingt-deux jours après le début de l'affection, le malade fait une vomique, mais comme la température, un moment abaissée, reprend sous forme de grandes oscillations, comme les crachats deviennent un peu fétides, on fait opérer le malade. A ce moment, il faisait une tuméfaction de l'avant-bras droit, qui aboutit également à une suppuration du radius, contenant aussi un streptocoque peu virulent. Aujourd'hui le malade est guéri de ces manifestations pleurales et ostéomyélitiques.

M. Achard revient longuement sur la question très importante de l'**élimination des chlorures et de la pathogénie de l'œdème**.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Index médical des principales stations thermales et climatiques de France, publié par le syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France (1).

Le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France vient de publier un *Index général des eaux minérales et des stations climatiques de France*. Dans ce livre se trouvent rangées, par ordre alphabétique, toutes les stations minérales françaises. Pour chacune, les auteurs exposent avec clarté les caractères chimiques et physiques des eaux, leur mode d'emploi, leur action physiologique, leurs indications et contre-indications. Les renseignements accumulés, sous un petit volume, dans cet index, permettent au praticien de se rappeler rapidement les propriétés curatives de telles ou telles eaux et de juger, par conséquent, si ces eaux conviennent ou non à leurs malades. Ils lui prouvent, comme le dit Albert Robin dans la préface, que tous les collaborateurs du livre « n'ont eu pour but que d'esquisser, pour leurs confrères français et étrangers, un état réel des moyens thérapeutiques en leur pouvoir et des résultats habituels obtenus, soit immédiatement, soit à longue portée ».

L. BABONNEIX.

Luchon médical et pittoresque (2), par le docteur DOIT-LEMBRON.

Ce livre constitue la réédition, revue et complétée, du livre que le docteur Lembron a publié en 1861, sur *Les Pyrénées et les eaux thermales sulfurées de Bagnères-de-Luchon*. Il contient, avec des renseignements pratiques sur la vie à Luchon, sur l'histoire des sources, sur les promenades que l'on peut faire aux environs de la station, des indications très étudiées sur le côté médical de Luchon, c'est-à-dire sur les sources. L'auteur décrit successivement les sources sulfurées et les sources non sulfurées, précise l'action physiologique et les applications thérapeutiques des eaux, et détaille le mode d'emploi que l'on doit suivre si l'on veut retirer de sa saison le maximum de bénéfices. Toute cette partie médicale, la plus intéressante pour le praticien, est traitée avec beaucoup de soins et fort intéressante à lire; elle contribue à faire du livre complet une publication vraiment scientifique, utile à consulter pour tous les praticiens.

L. BABONNEIX.

(1) In-8°. — Paris, J. Gainche, imprimeur-éditeur, 15, rue de Verneuil.
(2) In-8°. — Paris, O. Doin.

Climat et eaux minérales d'Autriche-Hongrie (1), par le docteur A. LABAT.

Située au centre de l'Europe, offrant toutes les variétés possibles de terres et de climat, l'Autriche est riche en eaux thermales : thermales simples, naissant des roches granitiques, cristallines ou paléozoïques des grandes chaînes; sufureuses et ferrugineuses ; salées, alcalines, mixtes bitters. Si les eaux sulfureuses d'Autriche sont inférieures à leurs congénères de France, les sources alcalines de ce pays sont plus puissantes que celles d'Allemagne. Pour les sources purgatives, la Bohême tient le premier rang en Europe ; la Hongrie, pour les eaux amères d'exportation. L'installation des grandes villes thermales d'Autriche est parfaite, celle des villes de la Hongrie s'est beaucoup perfectionnée dans ces dernières années. Tout doit donc attirer les visiteurs en Autriche-Hongrie, activité salutaire des sources, parfaite installation des hôtels, gracieuseté des habitants, car, dit l'auteur, « les Viennois ont l'urbanité parisienne, avec cette nuance de douceur que j'ai rencontrée presque partout en Autriche. »

L. BABONNEIX.

Annuaire des eaux minérales. Stations climatiques et sanatoriums de France et de l'étranger (2), 3e édition, 1903, publiée sous la direction du docteur G. MORICE.

L'*Annuaire des eaux minérales* vient de subir une refonte totale. Aux renseignements si précieux que contenaient les éditions précédentes s'ajoute aujourd'hui un chapitre des plus complets sur la *législation des eaux minérales* et sur les *eaux minérales des colonies et de l'étranger*. Le lecteur pressé trouvera dans ce livre les indications nécessaires sur le service et le fonctionnement administratif des eaux minérales, la liste de tous les médecins des stations hydro-minérales, la liste des hôpitaux thermaux militaires, l'énumération des sanatoria et des principaux établissements hydrothérapiques de France. Il y trouvera surtout, méthodiquement rangés et scientifiquement présentés, les détails les plus utiles sur les principales sources françaises et étrangères, leurs propriétés, leurs indications, les moyens de les prescrire. Livre précieux et que tous les praticiens devront avoir sur leur table, car il constitue actuellement un répertoire complet et exact de tout ce qu'il importe de savoir et de retenir sur les eaux minérales.

L. BABONNEIX.

La climatologie de Sierre (3), par le docteur C. RAYMOND (de Genève).

Sierre est une station suisse où l'hiver est doux, l'automne superbe, le printemps chaud et précoce. Placé comme il le sera, après l'ouverture du Simplon, sur une des voies de grande communication entre le centre et le midi de l'Europe, Sierre pourrait acquérir une importance de premier ordre comme station d'arrêt, station intermédiaire pour ceux qui, en automne et au printemps se rendent dans les stations du midi et qui en reviennent. Sierre a toutes les qualités nécessaires à une station d'hiver.

L. BABONNEIX.

Le rôle de la femme dans la lutte contre la tuberculose (4), par le docteur Edmond VIDAL.

Dans cette conférence, M. le docteur Vidal rappelle les soins physiques et moraux à donner aux tuberculeux; il met à la portée du grand public les notions que nous avons enfin acquises sur les meilleurs procédés à employer pour

(1) In-8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. — Paris, A. Maloine, et bureaux de la *Gazette des eaux*, 60, rue Mazarine.
(3) Genève, Henry Kündig, éditeur.
(4) In-8°. — Paris, A. Maloine.

lutter contre la tuberculose et recommande aux dames, dans cette lutte de tous les instants, de donner de leur personne. « Ne craignez pas la contagion ; le bacille vous épargnera si vous savez appliquer à vous-même les préceptes que vous enseignez aux autres, et la diminution de la mortalité bientôt constatée sera la plus belle démonstration du grand rôle de la femme dans la lutte contre la tuberculose. »

L. BABONNEIX.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. Lefort. Quelques considérations sur le rôle du cerveau droit dans les fonctions du langage. — M. Renault. Etude du réflexe du fascia lata. — M. Mabin. La stase intestinale hystérique. — M. Gaumé. Contribution à l'étude des hémorragies viscérales secondaires aux hémorragies encéphaliques. — Mlle Margouliès. L'œuvre de la goutte de lait. — M. Moschos. La langue grecque en médecine. — M. Leichnam. Urologie comparée du rachitisme et de la scoliose. Théorie rachitique de la scoliose. Traitement général de la scoliose. — M. Markel. Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse et de son traitement. — M. Barbarin. Pigmentation des muqueuses; son importance au point de vue du diagnostic et du traitement de l'insuffisance capsulaire. — M. Cailleux. Du procédé par doublement dans la cure radicale des hernies ombilicales. — M. Mauté. Pronostic et régime diététique des néphrites chroniques. — Mlle Sandberg. La descendance des tabétiques. — M. Chavialle. Traitement spécifique dans les hydrocéphalies. — M. Martin. Etude sur les pleurésies dans la première enfance. — M. Muret. Traitement des fistules dentaires et des fistules mentonnières en particulier. — M. Falconnet. Des sections de l'urètre par constriction circulaire de la verge. — M. Guibal. Traitement sanglant des fractures de jambes (fractures obliques), simples et récentes. — M. Preciado y Nadal. De l'exploration rénale unilatérale chez les médicaux. — M. Gillot. Contribution à l'histoire des composés organiques du phosphore. — M. Proust. Influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité sur la tuberculose pulmonaire. — M. Claude. Contribution à l'étude du cancer primitif de l'appendice vermiforme. — M. Levesque. Contribution à l'étude des inoculations opératoires du cancer. — M. Pascault. Contribution à l'étude de la démographie chez les alcooliques. — M. Courtois. Quelques symptômes observés dans les lésions du lobe occipital. — M. Caillaud. Contribution à l'étude des torticolis convulsifs. — M. Gaubert. De la catalepsie chez les mystiques. — M. Dommartin. Contribution à l'étude de l'hémophilie. — M. Morange. De l'aérophagie chez les dyspeptiques. — M. Malecot. De la dégénérescence amyloïde dans le rhumatisme chronique déformant. — M. Dupeyrac. Des métastases de l'eczéma. — M. Louit. L'assistance à la famille du tuberculeux en Allemagne. — M. Lièvre. Contribution à l'étude des décollements épiphysaires traumatiques des extrémités inférieures du tibia. — M. Bernard. Du pronostic immédiat et éloigné des méningites cérébro-spinales. — M. Béliard. Rôle biologique des sels. — M. Ducros. Traitement mercuriel au cours des myélites syphilitiques. — M. Godineau. De l'entéro-rectostomie. — M. Chanu. Contribution à l'étude du sarcome de la langue.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales. — Un concours s'ouvrira, le 1er décembre 1903, à Paris, dans un local qui sera ultérieurement indiqué, pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies (1). Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de deuxième classe au moins ;

4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront les suivantes :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un, d'une affection médicale ; l'autre, d'une affection chirurgicale ;

3° Épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Notes. — L'appréciation de chacune des épreuves, écrites et orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit : composition écrite, 12, examen clinique, 15 : médecine opératoire, 12 ; interrogation sur l'hygiène, 10.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (8e direction, 3e bureau), le 15 novembre 1903, au plus tard.

Les pièces à fournir sont :

I. *Avant le concours.* — 1° L'acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ;

3° Certificat d'aptitude physique ;

4° Certificat, délivré par le bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique des services ;

5° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les dossiers des candidats non reçus sont renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 5.

II. *Après l'admission.* — Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du paragraphe 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins stagiaires suivent pendant un an les cours de l'École d'application.

Ils portent l'uniforme du corps de santé des troupes coloniales, avec les marques distinctives adoptées pour les stagiaires du corps de santé militaire.

Ils reçoivent la solde afférente au grade d'aide-major de deuxième classe, et il leur est accordé une première mise d'équipement de 350 francs reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade d'aide-major de deuxième classe ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce grade.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

Marine. — M. le médecin inspecteur Pierrot, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, est nommé, tout en con-

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

servant ses fonctions actuelles, membre du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Chauvel, placé dans la section de réserve.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Doléris (de Lembeye).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Catherineau (de la Roquille), Fournier (de Neuilly), Lebon (de Douai), Mousis (de Pau) et Rochard (de Paris).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bellot (de Morthemer) et Hannequin (de Bagnols-de-l'Orne); et de M. le professeur Nocard (d'Alfort).

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — A partir du 5 août la Cie P.-L.-M. appliquera les appareils garde-place aux voitures circulant entre Paris et Clermont, et Paris et Vichy, dans les trains suivants :

Train no 927 partant de Paris à 8 h. 38 matin ;
Train no 924 partant de Clermont à midi 25 :
Train no 2914 partant de Vichy à 1 h. 02 soir.

Les voyageurs pourront faire retenir leurs places à l'avance au départ des gares de Paris, Clermont et de Vichy, moyennant le paiement d'une taxe de location de 1 franc par place.

Excursions en Dauphiné. — La Compagnie P.-L.-M. offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : la Grande-Chartreuse, les gorges de la Bourne, les Grands-Goulets, les massifs d'Allevard et des Sept-Laux, la route de Briançon et les massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec prix et conditions, figure dans le Livret-Guide officiel P.-L.-M., qui est mis en vente au prix de 50 centimes dans les gares de son réseau, ou envoyé contre 85 centimes en timbres-poste adressés au service central de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Aperçu sur la classification, la pathogénie et le traitement des deutéropathies syphilitiques, par M. H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vice-président de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — Clermont (Oise), imprimerie Daix frères.

Note sur la pathogénie des phlegmons de la cavité de Retzius, par le docteur Léon Imbert. (Communication faite à la sixième session de l'Association française d'urologie, Paris, 1902.) — Clermont (Oise), imprimerie Daix frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE

DEUX CAS DE LUXATION DE LA COLONNE CERVICALE

Par MM. PATEL, chef de clinique chirurgicale, et Ch. VIANNAY, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

(*Travail de la Clinique de M. le professeur Jaboulay.*)

Sans être extrêmement rares, les luxations de la colonne cervicale ne sont pas cependant très fréquentes et il existe encore, dans leur étude, quelques points en discussion que seuls peuvent éclaircir les faits publiés. C'est dans ce but que nous rapportons ces deux observations de luxation, l'une récente, l'autre ancienne, en les faisant suivre des réflexions sur lesquelles notre maître, le professeur Jaboulay, a bien voulu attirer notre attention.

OBSERVATION I. — *Luxation bilatérale en avant de la cinquième vertèbre cervicale datant de six ans; syndrome de Brown-Sequard; troubles moteurs du côté droit; troubles sensitifs du côté gauche.* — Fleury R..., soixante-quatre ans, cultivateur, entre en novembre 1902 à la clinique du professeur Jaboulay, salle Saint-Sacerdos, n° 37, pour une entorse par adduction du pied droit.

Il y a quatre ans cet homme a fait un séjour de neuf mois dans le service, pour une *luxation de la colonne cervicale* qui lui a laissé une déformation et des troubles nerveux.

Voici les renseignements qu'il donne sur ses antécédents et son histoire antérieure.

Antécédents. — Nuls au point de vue héréditaire.

Le malade s'est toujours bien porté dans sa jeunesse. Il n'a pas fait de service militaire (bon numéro). Marié, il a eu trois enfants, tous en bonne santé.

Pas de syphilis; pas d'éthylisme avoué. A l'âge de quarante ans il eut une affection des voies respiratoires qu'il appelle « fluxion de poitrine » et qui le tint pendant quatre mois au lit. Depuis, il a toujours toussé et gardé une tendance à s'enrhumer l'hiver.

Histoire de sa luxation vertébrale. — Il y a quatre ans (août 1898), cet homme s'était endormi sur le palier d'un escalier haut de 4 mètres et demi et dépourvu de balustrade. Pendant son sommeil, il tomba sur le sol, sans savoir au juste comment, vraisemblablement sur la tête. On le releva sans connaissance et contusionné en maint endroit (épaule droite, main droite..).

Quand il revint à lui, après deux heures de coma, il lui était impossible de mouvoir le membre supérieur et le membre inférieur droits.

Amené dès le lendemain à l'Hôtel-Dieu de Lyon il entra dans la salle Saint-Sacerdos, à la clinique d'Ollier, alors suppleé par M. Chandelux. Il se rappelle qu'on le mit dans une gouttière de Bonnet, que sa jambe et son bras droit demeurèrent longtemps paralysés et qu'il présenta, en outre, des troubles oculo-papillaires que l'on rechercha à maintes reprises. Il ne peut donner de renseignements sur les troubles sensitifs observés à cette époque. Il n'eut aucun trouble respiratoire, pas de rétention d'urine; on ne le sonda pas une seule fois. Il semble plutôt avoir eu de l'incontinence; il urinait, dit-il, très souvent et a toujours conservé, depuis, de la fréquence des mictions. Son ventre était très ballonné; on lui administrait de nombreux lavements et il a gardé depuis cette époque une tendance marquée à la constipation.

Les membres du côté droit récupérèrent peu à peu leurs mouvements. Après avoir longtemps été obligé de manger de la main gauche, le malade put bientôt porter les aliments à sa bouche avec la main droite. Au bout de six mois, il put commencer à se lever et à marcher en traînant la jambe droite. Il se rappelle que, lorsqu'on cherchait son réflexe patellaire à droite, sa jambe était agitée aussitôt d'une série de secousses qu'il ne pouvait empêcher.

Après un séjour de neuf mois à l'Hôtel-Dieu, cet homme rentra chez lui, marchant et se servant relativement bien de son bras droit, dont la force était cependant très amoindrie. Il put bientôt s'occuper à des travaux réclamant peu d'efforts. Au début cependant il se fatiguait très vite et une douleur assez vive qui se faisait sentir le long de la colonne l'obligeait à s'arrêter. Cette douleur se calmait assez rapidement lorsqu'il s'étendait à plat sur le dos, la tête sur le même plan horizontal que le reste du corps.

Peu à peu ces phénomènes douloureux disparurent, les

forces du malade revinrent graduellement et lui permirent de reprendre son métier de cultivateur-journalier. Actuellement il fait aisément 30 kilomètres par jour, à une allure assez rapide (5 ou 6 kilomètres à l'heure). Mais il traîne toujours un peu la jambe droite. Son pied droit bute fréquemment contre les pierres des chemins, ce qui gêne considérablement le malade et le fait tomber parfois, surtout la nuit.

En somme, son état au point de vue fonctionnel est allé en s'améliorant, mais n'a guère progressé depuis un an environ. Le malade revient à l'Hôtel-Dieu pour une tout autre affection : une entorse du pied droit, qu'il explique par la maladresse habituelle de son côté droit.

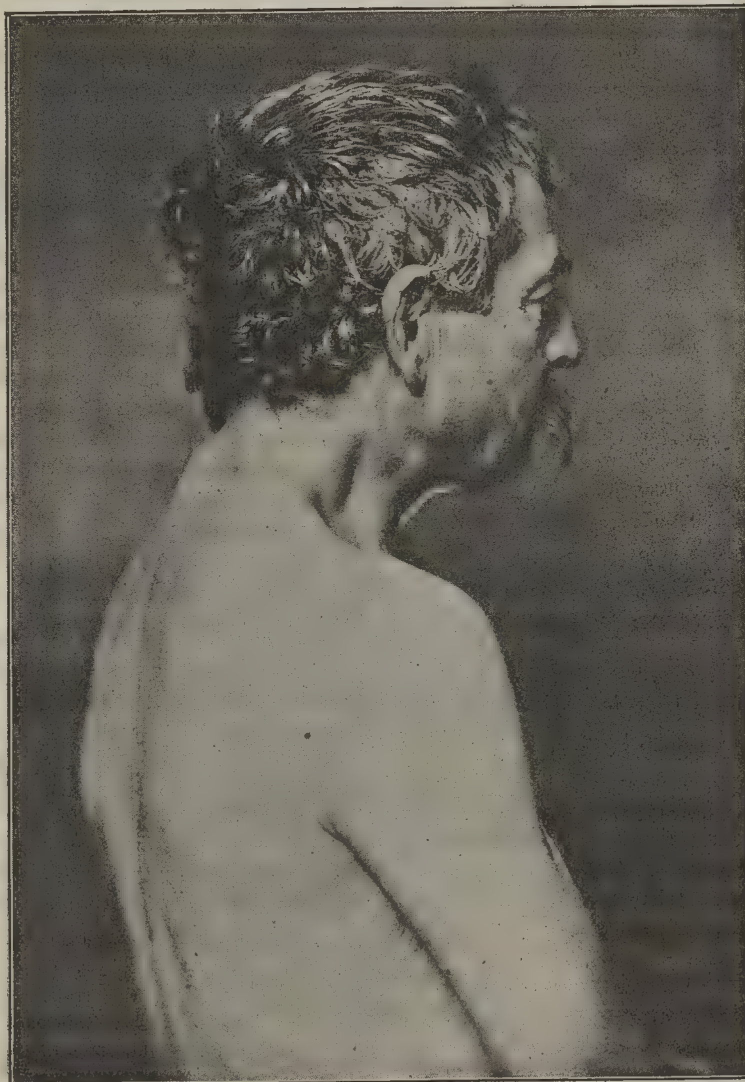
Etat actuel.— Lorsqu'on examine ce malade, on est frappé dès l'abord par son attitude dont la photographie donne une fidèle reproduction.

La tête est fortement projetée en avant, en même temps qu'enfoncée, en quelque sorte, entre les deux épaules. Le menton, très rapproché du sternum, est très légèrement tourné à droite; il masque à peu près complètement la partie antérieure du cou, quand on regarde le malade de face. Quand on l'examine de dos, on voit sur la nuque une *encoche* très marquée, siégeant immédiatement au-dessus de l'apophyse épineuse de la sixième cervicale, dont la saillie paraît de ce fait très exagérée. Elle est inaccessible par le toucher pharyngien.

Les mouvements de la tête sont très limités. L'extension surtout est incomplète; quand ce mouvement arrive à son maximum, le plan tangent au sommet du vertex s'élève à peine au-dessus de l'horizontale. Les mouvements de rotation peuvent seulement être ébauchés. La flexion se fait plus aisément, mais elle est limitée par la rencontre du menton avec le sternum qui ne tarde pas à se produire.

L'examen de la *motilité* révèle une légère diminution de la force musculaire dans les membres du côté droit. Dans ces deux membres, les masses musculaires ont subi une *atrophie* assez notable que traduisent les mensurations suivantes :

Circonférence de la cuisse droite.......	37cm	1/2
— — gauche......	39	
— de la jambe droite.......	31	
— — gauche......	32	1/2
— du bras droit............	26	
— — gauche..........	26	1/2
— de l'avant-bras droit......	24	
— — gauche....	25	



Luxation ancienne de la cinquième vertèbre cervicale en avant.
(Syndrome de Brown-Séquard.)

On note de l'exagération des réflexes, légère à gauche, beaucoup plus accentuée à droite. Les phénomènes spasmodiques prédominent de beaucoup dans le membre inférieur droit où le clonus du pied est intense et où l'on obtient par l'abaissement brusque de la rotule des secousses indéfiniment prolongées dans le triceps crural.

Les trois derniers doigts de la main droite sont en flexion permanente dans la paume de la main. Cette attitude rappelant celle de la griffe cubitale est surtout accentuée pour le petit doigt qui porte au sommet de l'angle de flexion formé par la première et la seconde phalange un durillon enflammé. Il s'agit là d'un reliquat du traumatisme originel et non d'une griffe cubitale vraie. En effet, tous les mouvements des interosseux sont conservés et l'attitude vicieuse en question, que l'on ne peut corriger même par la force, est due à un obstacle anatomique cicatriciel, siégeant dans l'aponévrose palmaire ou les tendons et paraissant avoir succédé à des lésions d'ordre trophique.

L'examen de la *sensibilité* montre une hémi-hypoesthésie dans toute la moitié gauche du corps, sauf à la face. La sensibilité est diminuée dans tous ses modes — mais non complètement supprimée — sur les membres supérieur et inférieur gauches et sur la moitié gauche du tronc.

On note un ballonnement assez notable de l'abdomen, sans grande tension des gaz. Le malade est constipé. Il déclare avoir gardé depuis son premier accident une légère tendance à la constipation, moins accentuée quand il mène une vie active. Mais dès qu'il est obligé pour une raison ou une autre de garder le repos au lit, son ventre se ballonne et ses selles deviennent rares.

Il n'y a pas de phénomènes généraux, aucun désordre sphinctérien.

Obs. II. [Ce malade a fait le sujet d'une leçon clinique de M. le professeur Jaboulay (mai 1902).] — *Luxation en avant unilatérale de la troisième vertèbre cervicale datant de deux mois. Troubles nerveux localisés aux membres supérieurs. Tentatives de réduction, extension continue. Reproduction de la luxation. Troubles nerveux graves, extension continue. Guérison.* — G. Cl..., âgé de vingt-deux ans, demeurant à Bourg-de-Thizy (Rhône), entre le 14 mai 1902, salle Saint-Sacerdos, service de M. le professeur Jaboulay.

Ses parents sont vivants et bien portants; cet homme est le second d'une famille de six enfants, actuellement vivants, sans compter cinq autres, qui moururent en bas âge.

Personnellement, il n'a jamais fait de maladie; c'est un homme robuste, dans toute la force de l'âge.

Le 17 mars 1902, cet homme, étant en train de labourer, rajustait, penché entre les deux bœufs de sa charrue, une chaîne de son attelage au repos. Les bêtes s'emportèrent brusquement et il fut traîné par elles sur une longueur de 100 mètres. Il perdit connaissance, il ne sait au juste pendant combien de temps, et se réveilla étendu sur le sol au bord d'un talus. Il put s'asseoir une fois revenu à lui, mais sentit son cou raide et endolori. Des passants l'aidèrent à se remettre debout, et soutenu par eux il put rentrer à pied à son domicile, distant d'environ 150 mètres.

Il se coucha et pendant plusieurs jours éprouva des *douleurs* assez violentes dans le cou et dans les épaules; il était incapable de relever les bras, mais pouvait se servir de ses mains. Il n'eut aucun trouble respiratoire ou cardiaque.

Son état alla, dit-il, en s'améliorant de jour en jour, les mouvements réapparurent presque au complet, cependant, ressentant encore quelques troubles, il vient à l'Hôtel-Dieu réclamer des soins six semaines après son accident.

Examen du malade. — Le malade étant complètement nu jusqu'à la ceinture, on remarque immédiatement, en regardant de face, que la partie supérieuve du cou et la tête sont en légère *flexion et inclinaison latérale droite*, avec rotation peu marquée à gauche. Il y a une *scoliose dorsale* à convexité droite. Le tronc est redressé en arrière avec léger effacement des épaules.

Le *cou* paraît rentré dans les épaules et le malade reconnaît que son menton est plus rapproché du thorax. Les *mouvements* de flexion et d'extension de la tête sont limités, ainsi que les mouvements de latéralité.

La palpation de la nuque révèle un léger degré d'empâtement sans saillie osseuse nette, mais un *point douloureux* net à la hauteur de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre cervicale.

Le *toucher pharyngien* montre une saillie vertébrale à la hauteur du voile du palais.

Du côté des membres supérieurs il existe une atrophie bien marquée des muscles de la ceinture scapulaire des deux côtés; les fosses sus et sous-épineuses sont déprimées; le bord spinal des deux omoplates est projeté en arrière (*scapulæ alatæ*).

La force musculaire est diminuée dans les *deltoïdes*, surtout à gauche; si l'on immobilise les deux omoplates, les mouvements d'abduction du bras sont très limités, même impossibles à gauche. Les *biceps* n'ont plus leur force normale. Les triceps sont intacts.

Il n'y a aucun trouble sensitif à la piqûre, aucun œdème. Si le malade fléchit la tête, il a parfois des irradiations douloureuses entre les deux épaules et dans les bras.

Au tronc, rien à signaler; aucune gêne respiratoire, aucune douleur abdominale, aucun trouble sphinctérien ou viscéral.

Aux membres inférieurs, aucun trouble musculaire, sensitif; réflexe rotulien un peu exagéré.

Organes de la vision. — Les deux pupilles sont égales; il n'y a aucune réaction à la lumière et à l'accommodation, le malade ne se plaint d'aucun trouble subjectif. On a cependant noté, le soir de l'entrée du malade, de l'inégalité pupillaire en faveur de la pupille gauche. Ce phénomène avait disparu le lendemain et ne s'est pas reproduit depuis.

Rien dans les urines.

Le 16 mai, M. le professeur Jaboulay tente de réduire la luxation sans anesthésie. Le malade étant couché sur un plan résistant et solidement maintenu, M. Jaboulay saisit la tête à deux mains, l'une placée sous l'occiput, l'autre accrochant le menton. Une traction progressive, énergique et soutenue, est tout d'abord exercée; puis on imprime à la tête des mouvements de rotation, de flexion, d'extension et d'inclinaison latérale à droite et à gauche, tout en continuant la traction. Au cours de ces manœuvres, on a la sensation d'un *craquement* nettement perçu par le malade que l'on fait lever et qui déclare que les mouvements de sa tête sont un peu plus libres. Effectivement, le menton est moins rapproché de la fourchette sternale.

Le malade retourne dans son lit où l'on installe une traction avec un collier de Sayre; on le soumet successivement à une traction de 1, 2, 3 kilogrammes pendant trois jours.

22 mai. Le malade quitte la Clinique. Sa déformation cervicale est moins accentuée que lors de son entrée, mais il conserve une certaine raideur dans les mouvements du cou; il n'éprouve plus aucun fourmillement dans les membres supérieurs.

Le 24 juin 1902, le malade entre de nouveau à la Clinique. Son état s'est notablement aggravé. Le menton s'est de nouveau rapproché du sternum. La parésie et l'atrophie se sont accentuées dans les muscles de la ceinture scapulaire et ont gagné les muscles postérieurs du tronc.

La force est diminuée dans les deux membres supérieurs, le gauche surtout. Dans ce dernier membre des troubles sensitifs sont apparus : fourmillements, élancements douloureux jusqu'aux extrémités des doigts, diminution objective de la sensibilité dans tous ses modes. Ces troubles sensitifs sont limités au membre supérieur gauche.

Aux membres inférieurs, on note une diminution très notable de la force musculaire et des réflexes, sans aucun trouble sensitif.

Troubles sphinctériens : constipation opiniâtre et rétention d'urines presque absolue qui nécessite pendant plusieurs jours des cathétérismes réguliers.

La marche est très difficile et le malade se déclare incapable du moindre effort.

Le toucher pharyngien permet de sentir une assez volumineuse saillie vertébrale.

On soumet immédiatement le malade à l'*extension continue*. Au bout de quelques jours les troubles sphinctériens et sensitifs disparurent. Dans le courant de la troisième semaine, le malade qui sent ses forces revenir est autorisé à se lever. Le soir en se couchant il reprend régulièrement son collier et garde sa traction pendant toute la nuit.

Au milieu de juillet, le malade repart chez lui très amélioré, marchant aisément, la tête presque droite.

En janvier 1903, il nous fait savoir que cette amélioration s'est maintenue et accentuée. Voici les propres termes de sa lettre : « Ma tête est droite et tourne mieux, mais pas tout à fait comme elle devrait tourner. Mes forces sont revenues presque comme auparavant; je travaille sans difficulté; je me baisse facilement; mes bras et mes jambes fonctionnent sans difficulté. J'ai très bon appétit et j'ai engraissé depuis mon départ de l'Hôtel-Dieu. » .

Ces deux observations de luxations traumatiques du rachis sont classiques au point de vue de leur étiologie; comme dans la plupart des cas, le mécanisme intime est difficile à préciser, étant donné le peu de renseignements que l'on peut obtenir des malades sur la façon exacte dont s'est produit l'accident; y a-t-il eu extension brusque de la tête ou rotation brusque? on ne peut le dire. Le siège de la luxation dans l'observation I est celui que l'on observe le plus souvent; Richet, dans sa thèse de 1851, le signale onze fois; seule, la luxation de la sixième vertèbre cervicale sur la septtème est un peu plus fréquente; cette particularité s'explique par l'étendue des mouvements dont jouit la partie inférieure de la colonne cervicale.

Le siège de la luxation dans l'observation II est beaucoup plus rare, en raison de la fixité de ce segment de la colonne vertébrale.

Deux points, principalement, méritent de retenir l'attention; d'une part, les troubles nerveux observés dans les deux variétés de luxations; d'autre part, le succès thérapeutique obtenu dans la luxation récente.

Les *troubles nerveux* consécutifs aux luxations des vertèbres cervicales sont en général des plus graves: c'est presque toujours la paralysie totale que l'on observe, portant sur les parties situées au-dessous des points où siège le déplacement, quelle que soit la variété de luxation, unilatérale ou bilatérale. Il ne semble pas, en effet, que le mode de luxation ait toujours une influence sur la topographie et le mode d'apparition des troubles nerveux; le malade de l'observation I, porteur d'une luxation nettement bilatérale, présentait les signes de la compression unilatérale de la moelle; le malade de l'observation II, porteur d'une luxation unilatérale, présentait des signes d'une lésion bilatérale.

Faut-il admettre comme cause première des troubles nerveux la compression exercée sur la moelle par les fragments déplacés? Il en est pour les luxations comme pour tous les déplacements, traumatiques ou non, de la colonne vertébrale: sans doute l'action des saillies osseuses est incontestable, elle est la cause des accidents brusques et semble bien, dans l'observation II, être à l'origine des troubles survenus secondairement, lors de la reproduction de la luxation.

Mais elle ne peut expliquer la bizarrerie parfois très grande des troubles nerveux; dans les accidents nerveux du mal de Pott on connaît le rôle exercé par les compressions partielles dues aux plaques de pachyméningite; dans les traumatismes de la colonne vertébrale, fracture ou luxation, les élongations vasculaires, les désordres médullaires, les hématomyélies, les épanchements de sang extra ou intraduremériens doivent être incriminés le plus souvent.

Dans la première des observations une luxation bilatérale devrait comprimer toute la moelle; le syndrome de Brown-Sequard indique une compression localisée à la moitié droite de l'axe médullaire; cette compression doit être assez légère, existant depuis quatre ans, elle est arrivée à produire une légère paralysie spasmodique, avec exagération des réflexes tendineux, localisée au membre inférieur; le membre supérieur n'est presque pas atteint dans la motilité. S'il s'agissait d'une compression par saillie osseuse, les fibres périphériques devraient être les plus atteintes; le membre supérieur serait alors paralysé. Il semble, étant donné son intégrité, que la compression doive s'exercer seulement au milieu de la partie droite de la moelle; et peut-être faut-il invoquer un épanchement sanguin ou toute autre lésion localisée qui comprime ou détruit en partie cette portion de la moelle.

Dans la seconde observation une luxation unilatérale produit des désordres symétriques. Pouvons-nous invoquer une compression médullaire? Le malade ne présente que des désordres d'ordre moteur, localisés irrégulièrement, du reste, mais symétriquement à la partie supérieure de la ceinture scapulaire; les muscles de l'omoplate, ceux qui vont s'insérer sur le bord spinal de l'omoplate et servent à fixer cet os sur le thorax, les muscles deltoïdes et biceps sont seuls paralysés; les triceps sont intacts. Il faut très vraisemblablement admettre des désordres d'origine radiculaire, portant sur les troisième, quatrième et cinquième paires cervicales; l'intégrité du triceps permet d'éliminer la sixième paire cervicale. Là aussi la cause de ces troubles doit être des plus variables. Souvent il n'y a qu'une simple élongation, les troubles nerveux ne persistent alors que quelque temps; c'est ainsi que dans l'observation I le malade avait au début des troubles oculo-pupillaires, indiquant la participation de la première racine dorsale; aujourd'hui tout a disparu. Souvent aussi, il y a destruction plus ou moins marquée des filets nerveux, quelquefois il peut y avoir compression. C'est probablement un mélange de toutes ces lésions qu'il faut admettre pour expliquer les phénomènes présentés par le malade de l'observation II; l'élongation n'était pas seule en cause, car, après la réduction de la luxation, les troubles moteurs n'ont pas disparu entièrement. La troisième paire cervicale pouvait bien être comprimée au siège même de la luxation; les autres racines ont dû subir, à des degrés divers, l'élongation.

Au point de vue du traitement des luxations de la colonne cervicale, l'observation II doit prendre place à côté des succès que l'on est encore à compter. Autrefois condamnées ces manœuvres de réduction ont été décrites et recommandées par Malgaigne; on les emploie lorsque le diagnostic de la lésion est porté et lorsqu'on est assuré que les symptômes médullaires ne relèvent pas de lésions irrémédiables de la moelle.

Sans doute de pareilles tentatives sont graves, mais, conduites prudemment, en parfaite connaissance de cause, elles n'offrent pas les dangers qu'on leur accordait autrefois. Le malade du professeur Jaboulay n'a eu aucun phénomène syncopal, aucun trouble bulbaire; de suite il a pu remuer la tête; les tractions cependant avaient dû être très fortes en raison de la vigueur du sujet.

Cette observation montre de plus la nécessité de l'extension continue pour maintenir le maintien de la réduction. Malgaigne avait déjà vu se reproduire une luxation cervicale après sa réduction. Schuls, sur un cadavre, constata que l'extension suffisait à réduire une luxation cervicale, mais qu'une simple pression la reproduisait. Il est donc de toute nécessité de prolonger l'extension après la réduction; le malade de l'observation II a voulu quitter l'hôpital après huit jours seulement d'extension continue; la luxation s'est reproduite et ce n'est qu'après une seconde réduction suivie d'une immobilisation plus longue qu'il a été définitivement guéri.

Si dans les luxations récentes la thérapeutique chirurgicale doit être tentée, dans les luxations anciennes on doit le plus souvent abandonner tout essai et s'en tenir à une thérapeutique symptomatique. Chez le malade de l'observation I, toute idée de réduction sanglante, d'ablation d'un agent de compression, hypothétique du reste, a été laissée de côté; avec son hémiplégie médullaire, le malade était encore valide; on ne pouvait lui proposer une opération grave tout d'abord et sur le succès de laquelle on ne pouvait fonder aucune espérance.

Résumant ces courtes réflexions nous pouvons dire :

1° Dans les luxations comme dans tous les traumatismes vertébraux, les troubles nerveux reconnaissent les causes les plus variées. Les accidents brusques sont dus le plus souvent à une compression par les vertèbres déplacées; les accidents lents, irrégulièrement distribués, reconnaissent comme cause soit la compression localisée, soit des désordres radiculaires avec tous leurs degrés (élongation, destruction partielle ou complète).

2° Dans les cas de luxation récente on doit tenter la ré-

duction; les succès sont déjà nombreux, il faut prolonger l'extension pour maintenir la réduction réduite.

Les cas de luxation ancienne seront presque toujours au-dessus des ressources de la thérapeutique.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Réactions anormales dans la paralysie faciale périphérique; suppléance du facial droit par le facial gauche. (*Bull. de la Soc. de biol.*, séance du 11 juillet 1903.) — Le professeur J. Bergonié (de Bordeaux) vient d'apporter à la Société de biologie un fait tout à fait digne d'être cité.

Il s'agit d'un cas de paralysie faciale périphérique datant de onze ans, survenu quelque temps après la naissance et dans lequel on peut exciter certains muscles de la face non loin de la ligne médiane, mais du côté droit, en portant l'excitation sur le tronc du facial du côté gauche; le facial à droite étant complètement inexcitable.

La motilité volontaire confirme ces réactions anormales. D'après l'auteur il y aurait là une suppléance nerveuse du facial droit par le facial gauche et un processus de guérison de la paralysie faciale périphérique, tout à fait inaccoutumé.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Cholécystite gangréneuse. (*Americ. Journ. of med. Sciences*, 1903, avril, p. 592.) — La cholécystite gangréneuse est peu fréquente et présente cliniquement bien des caractères communs avec la gangrène appendiculaire. Elle paraît être sous la dépendance, d'une part, d'une occlusion du canal cystique, d'autre part, de phénomènes infectieux. Les symptômes sont ceux de la péritonite localisée. L'ictère manque habituellement, à moins qu'il n'existe une angiocolite marquée ou que l'inflammation ait gagné le parenchyme hépatique. Cette affection peut être confondue avec l'appendicite gangréneuse, mais l'erreur se dissipe d'ordinaire si on pratique l'anesthésie. D'ailleurs, dans un cas comme dans l'autre, l'intervention chirurgicale immédiate s'impose.

M. John Gibbon rapporte l'observation d'une femme de cinquante-deux ans qui, après avoir souffert de troubles digestifs avec nausées et vomissements, commença à éprouver une douleur vive à l'hypocondre. La température atteignait 39 degrés, les pulsations marquaient 112, et il y avait 32 respirations par minute. Les muscles de la paroi abdominale du côté droit étaient contracturés et la palpation décelait une tumeur lisse paraissant fuir sous la main. Le quatrième jour, quand elle fut soumise à l'examen de l'auteur, la rigidité de la paroi ne permettait plus de sentir la tumeur. Sous le chloroforme on reconnut qu'il s'agissait d'une vésicule biliaire distendue. Une incision fut pratiquée à son niveau. Sa coloration, dans la région du fond de l'organe, était rouge foncé; à l'ouverture un peu de pus s'en échappa; la muqueuse était verdâtre, d'aspect gangréneux, et un calcul obturait l'orifice. On décida de pratiquer l'excision de la vésicule; on put l'isoler facilement du foie. Une tentative fut faite pour ligaturer le canal cystique, mais sans résultat. L'artère cystique saignait librement et l'hémorragie ne put être arrêtée que par un tamponnement avec de la gaze. Une mèche fut laissée dans la plaie incomplètement suturée. L'état général de la malade s'améliora d'une façon progressive et la guérison ne tarda pas à se faire. L'opérateur se félicite de n'avoir pas pu effectuer la ligature du canal cystique, car l'angiocolite n'a pu que bénéficier du drainage de la plaie.

A. HOUSQUAINS.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de l'épilepsie. (*Anjou médical*, juillet 1903.) — L'auteur conclut ainsi une intéressante étude d'ensemble : « 1° Le bromure reste à l'heure actuelle le traitement de choix de l'épilepsie, tous les autres traitements n'ont donné que des résultats nuls, j'en excepterai jusqu'à voir la médication thyroïdienne qui entre les mains de notre excellent confrère le docteur Cerf a donné des résultats encourageants, indication que je me propose d'essayer;

2° Le bromure, pour agir, doit être donné non à des doses faibles 2 à 3 grammes chez l'enfant, 3 à 5 grammes chez l'adulte, comme on le fait ordinairement, mais à des doses massives variant entre 4 et 8 grammes chez l'enfant et entre 8 et 10 grammes chez l'adulte;

3° A ces doses massives, qui peuvent et doivent être employées dès le début, les accès ne sont pas simplement éloignés, mais supprimés, c'est du moins ce qui s'est produit chez tous mes malades en traitement.

Et il faut bien avouer qu'on peut difficilement voir là une simple réunion de longue durée étrangère au traitement. Ce serait une coïncidence vraiment trop extraordinaire pour qu'elle fût réelle, pour qu'elle pût être acceptée;

4° Il n'y a pas à redouter les effets fâcheux de cette médication intensive. Les inconvénients, faiblesse extrême, grande prostration psychique, ne se produisent qu'au début, ne durent qu'un mois et demi environ et ne sont jamais graves. Ensuite les malades redeviennent tels qu'avant le traitement, moins les accès; l'état physique est excellent, et l'état cérébral qui chez les épileptiques laisse fort à désirer, s'améliore tous les jours : plus d'impulsions violentes, tel malade qui était irascible, méchant, devient calme; chez des épileptiques cardiaques ou rénaux, je n'oserais pas cependant encourager ce traitement, par crainte d'accidents graves;

5° Le bromure doit être continué fort longtemps. Je ne sais encore si je dois dire toujours;

6° L'on n'est pas autorisé à penser que l'on a guéri un malade de son épilepsie, parce que l'on a supprimé ses crises, il peut rester en puissance d'épilepsie, de même que l'on ne doit pas affirmer la guérison de l'hystérie parce que l'on a débarrassé le malade des accidents dus à la névrose;

7° Bien qu'à l'heure actuelle je ne puisse apporter que cette conclusion, suppression des crises épileptiques et non guérison de l'épilepsie chez tous mes malades en traitement, j'estime que c'est déjà un résultat heureux et qui méritait d'être consigné puisque pour le malade, sinon pour le médecin, la disparition des accès, c'est l'image de la guérison. »

L. GAYARD.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'exploration externe du tube digestif (1),
par A. Chaillou et Mac-Auliffe.

Dans cet ouvrage, les auteurs montrent les résultats importants que peut fournir en clinique l'emploi méthodique de l'inspection, la palpation et la percussion dans l'examen du tube digestif. Grâce à l'emploi de ces divers procédés, ils créent différents types justiciables chacun d'une thérapeutique spéciale.

P. RAVAUT.

Annuaire de médecine pratique (2),
par le docteur J. Schwalbe.

Le volume annuel des comptes rendus que publient, à l'usage des médecins praticiens, le docteur Schwalbe et ses

(1) In-18, avec 27 fig. Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.
(2) *Jahrbuch der pratischen Medicin*, 1 fort vol. in-8°.

nombreux collaborateurs spécialistes, vient de paraître. Comme d'habitude il met en relief les nouveautés dans les branches les plus variées de la science médicale; c'est une revue générale des travaux de l'année dernière.

P. VIOLLET.

QUESTION D'INTERNAT

Cancer du foie (1).

B. *Cancer nodulaire.* — Le *début* se caractérise par les mêmes signes que précédemment, mais, de bonne heure, à ces signes se joignent des douleurs dans l'hypocondre droit.

A la *période d'état*, on observe trois signes, qui manquent à peu près constamment dans le cancer massif; ce sont l'ictère, les douleurs et l'ascite.

L'*ictère* existe dans deux tiers des cas; d'intensité variable, il diminue souvent pendant les dernières périodes de la maladie. Rendu possible par la persistance des propriétés physiologiques de la cellule hépatique, il s'explique par la compression des voies biliaires par une nodosité ou un ganglion cancéreux; s'il diminue, vers la fin de la maladie, c'est que « la destruction plus avancée du foie rend l'hypocholie plus complète » (Gilbert et Surmont).

L'*ascite* existe dans trois cinquièmes des cas; ordinairement séro-fibrineuse, quelquefois sanglante, elle relève de causes multiples: péri-hépatite, compression des rameaux de la veine porte; péritonite cancéreuse; cachexie.

La *douleur* est encore plus constante. De caractères variables, elle est liée à la périhépatite.

A l'*examen physique*, le foie est *hypertrophié* et *déformé*. Sa surface extérieure apparaît inégale, bourrée de nodosités, de *marrons*, de nombre et de volume divers, le plus souvent dures, beaucoup plus rarement molles et fluctuantes (Frerichs).

Marche très rapide. En trois à six mois, la mort survient. Donc: *ictère* (avec pigments biliaires dans les urines, décoloration des fèces, etc.), *douleurs*, *ascite; troubles digestifs et généraux très marqués; hypertrophie avec déformation du foie; évolution rapide.*

C. *Adéno-cancer avec cirrhose.* — Cette forme, toujours très difficile à reconnaître, donne lieu à des symptômes mixtes. On y retrouve les *troubles digestifs*, l'ascite, les hémorragies diverses *caractéristiques de la cirrhose atrophique*; on y retrouve aussi les *troubles généraux* précoces, les douleurs, l'évolution rapide *caractéristiques du cancer*. L'ictère est habituel. Petit ou gros, le foie est *irrégulier*, *noueux*. La mort survient au bout de trois à quatre mois.

FORMES. PRONOSTIC. — Le *cancer primitif* se caractérise, le plus souvent, par l'ensemble des signes que nous avons indiqués. Mais, il peut revêtir quelques formes anormales: *forme avec ictère*, *avec fièvre*, etc. Le *cancer nodulaire* est très variable dans son expression clinique: d'où les *formes fébrile*, *douloureuse*, *dyspeptique*, *marastique*, *ictérique*, décrites par Hanot et Gilbert. Le *pronostic* est *fatal à brève échéance* dans toutes les formes de cancer du foie. La mort est souvent due à une hémorragie (Frerichs).

Dire un mot des signes du *mélano-sarcome* (v. Gilbert et Surmont).

DIAGNOSTIC. — I. Le diagnostic du **cancer massif** est à faire avec tous les gros foies.

1. HÉPATOMÉGALIES AVEC ICTÈRE. — Dans la *cirrhose hypertrophique ciliaire* (maladie de Hanot), il existe bien une hypertrophie régulière du foie, mais la rate est volumineuse, il n'y a pas de troubles digestifs, l'évolution de la maladie est beaucoup plus longue, l'état général beaucoup mieux conservé, *enfin et surtout, la cirrhose s'accompagne d'ictère, ictère permanent, augmentant par crises* (1); dans la *cirrhose paludéenne*, il y a des antécédents de paludisme; la rate est toujours, comparativement, beaucoup plus grosse que le foie; l'évolution de la maladie est ordinairement très lente; il existe constamment de l'ictère (2); dans la *syphilis hépatique*, le foie est déformé (*foie ficelé, capitonné*), il y a quelquefois de l'ictère; l'ascite et les douleurs manquent rarement; aux signes de la syphilis hépatique se joignent ceux de la syphilis rénale (3); la *cirrhose pigmentaire diabétique* se reconnaît facilement à la mélanodermie et aux symptômes d'ordre diabétique (glycosurie, polyurie, cachexie rapides); la *cirrhose calculeuse* se caractérise par une hypertrophie modérée du foie, par une marche subaiguë entrecoupée d'accès fébriles, par un ictère chronique.

2. HÉPATOMÉGALIES AVEC ICTÈRE INCONSTANT. — Le cancer massif ne sera pas confondu avec un *kyste hydatique* à développement antérieur ou inférieur (s. physiques différents; évolution plus longue; retentissement beaucoup moins marqué sur l'état général).

3. Dans d'autres cas, il n'y a PAS D'ICTÈRE, et l'erreur serait parfois impossible à éviter si les antécédents et l'évolution ne différenciaient du cancer massif: le *gros foie de la lymphadémie leucémique* (tuméfaction de la rate, des ganglions lymphatiques, leucocythémie); le *gros foie amyloïde* (antécédents de suppuration prolongée, splénomégalie, albuminurie); l'*abcès du foie* (antécédents de dysenterie, évolution plus rapide, signes de suppuration). Quant au *cancer des voies biliaires* propagé au foie, il « peut être impossible à différencier du cancer massif » (Gilbert et Surmont).

II. **Cancer nodulaire**: devra surtout être différencié des *néoplasmes des organes voisins* (voies biliaires, estomac, rein, péritoine). Cette distinction, fondée sur les antécédents, l'analyse des symptômes locaux et généraux, l'évolution de la maladie, est parfois très difficile.

Lorsqu'on s'est assuré qu'il existe un cancer nodulaire, il faut encore savoir s'il est *primitif* ou *secondaire*. Pour élucider cette question, on devra explorer les viscères qui sont le siège le plus fréquent du cancer primitif (estomac, intestin) et se rappeler que le cancer nodulaire est le plus souvent secondaire.

III. **Adéno-cancer avec cirrhose.** — Le diagnostic est à faire tantôt avec un cancer, tantôt avec une cirrhose du foie. Il se fondera sur l'évolution de la maladie et l'examen des symptômes généraux.

TRAITEMENT purement symptomatique: soutenir les forces du malade, calmer les douleurs, éviter les infections secondaires d'origine intestinale.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 87, p. 881.

(1) V. LEREBOULLET. Th. de Paris, 1902, analysée in *Gaz. des hôpit.*, n° 50, 1902.

(2) V. GÉRAUDEL. Th. de Paris, 1902, analysée in *Gaz. des hôpit.*, n° 81, 1902.

(3) Il y a des cas où, malgré ce signe, le diagnostic différentiel reste très difficile: « C'est d'après des faits de cette nature qu'Oppolzer et Bochdaleck ont cru, à tort, à la possibilité de la guérison du cancer du foie » (Frerichs).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de clinicat.* — Ont été nommés chefs de clinique:

Médecine: M. Bernard (Laënnec), M. Griffon (Hôtel-Dieu).

Maladies cutanées et syphilitiques: M. Lacapère (Saint-Louis), M. Paris, adjoint (Saint-Louis).

Chirurgie: M. Marcille (Charité), M. Dujarier (Pitié), M. Baudet (Hôtel-Dieu).

Obstétrique: M. Delestre (Baudelocque), M. Sauvage, adjoint (Baudelocque), M. Bouchacourt (Tarnier).

Maladies nerveuses (Salpêtrière) : M. Guillain, M. Constensoux, adjoint.

Clinique ophtalmique (Hôtel-Dieu) : M. Scrini.

Cours de vacances. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, professeur : M. Dieulafoy.* — COURS DE TECHNIQUE CLINIQUE. — Un cours de vacances, commençant le 21 septembre et comprenant dix-huit leçons, dans lesquelles seront exposées les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades, aura lieu à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin de dix heures à onze heures et demie.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs Gandy et Nattan-Larrier, chefs de clinique; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants, et par M. Crozon, interne du service.

Programme du cours. — 21 septembre : Méthode d'examen clinique d'un malade médical; recherche et valeur des troubles fonctionnels et symptômes généraux (M. Gandy).

22 et 23 septembre : Technique clinique de l'examen du cœur et des vaisseaux (M. Nattan-Larrier).

24 septembre : Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx (M. Bonnier).

25 et 26 septembre : Technique clinique de l'examen du poumon et de la plèvre (M. Gandy).

28 septembre : Méthodes cliniques d'exploration fonctionnelle et physique de l'estomac (M. Nattan-Larrier).

29 septembre : Méthodes cliniques d'exploration de l'intestin et du péritoine (M. Nattan-Larrier),

30 septembre : Méthodes cliniques d'exploration fonctionnelle et physique du foie et de la rate (M. Gandy).

1er octobre : Méthodes cliniques d'exploration fonctionnelle et physique du rein (M. Nattan-Larrier).

2 et 3 octobre : Technique de l'examen clinique du système nerveux [motilité, réflexes, sensibilité, état mental, langage, écriture, etc.] (M. Crouzon).

5 octobre : Technique de l'examen de l'oreille [équilibre, audition] (M. Bonnier).

6 octobre : Méthodes cliniques d'examen des affections cutanées (M. Dehu).

7 octobre : Recherche des localisations, stigmates et symptômes de la tuberculose (M. Gandy).

8 octobre : Recherche des accidents et stigmates de la syphilis (M. Déhu).

9 octobre : Méthodes d'exploration des réactions électriques et leur application au diagnostic médical (M. Lacaille).

10 octobre : Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique et leur application au diagnostic médical (M. Lacaille).

Le droit à verser est de 60 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

La mutualité et le corps médical, par le docteur P... — Bourg, imprimerie du *Courrier de l'Ain.*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

La toux gastrique.

Par Louis REVOL, interne des hôpitaux de Lyon.

I

Définition et discussion. — La toux, d'une manière générale, est un acte réflexe qui se traduit par une ou plusieurs expirations brusques, saccadées, presque toujours sonores et bruyantes : dans ce phénomène, l'air contenu dans l'arbre respiratoire est chassé violemment et d'une façon spasmodique à travers la glotte rétrécie.

Le réflexe tucipare est déterminé par l'excitation d'un quelconque des territoires innervés par le pneumogastrique ou par ses branches ; il pourra donc avoir son point de départ dans des organes variés ; le plus souvent ce sera l'appareil respiratoire qui en sera le lieu d'origine, et presque toutes les affections de cet appareil s'accompagnent de toux. Mais à côté de lui d'autres organes peuvent être le point de départ de la toux et parmi eux l'estomac. Aussi pourrons-nous définir la toux gastrique : celle qui survient lorsqu'une excitation, de quelle nature qu'elle soit, est portée sur la muqueuse stomacale. Le plus souvent ce sera l'ingestion des aliments qui déterminera cette excitation et par conséquent la toux. C'est là un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord.

Mais où commence la discussion c'est quand il s'agit de déterminer dans quelles conditions doivent se trouver et l'estomac et l'appareil respiratoire pour que la toux produite puisse être réellement qualifiée de toux gastrique. En effet, il en est parmi les auteurs qui, avec Trousseau, estiment qu'il faut réserver le nom de toux gastrique à celle qui survient dans les affections de l'estomac, en dehors de toute lésion organique des voies respiratoires, éliminant de ce fait une des affections les plus aptes, comme nous le verrons, à produire la toux gastrique, nous voulons dire la tuberculose pulmonaire.

D'autres au contraire, avec Willis, Pujol, Landré, Beauvais, Marfan, s'abstiennent de cette restriction et admettent comme toux gastrique toutes celles qui se produisent à l'occasion de l'ingestion alimentaire, qui semblent causées par le contact des aliments avec la muqueuse stomacale, sans éliminer les cas où il y a coexistence de lésions de l'arbre respiratoire.

L'accord semble pourtant s'être établi et actuellement les traités classiques paraissent avoir adopté cette dernière façon de voir. La toux gastrique rentre dans la catégorie des toux dites réflexes ; expression malheureuse, puisque la toux est toujours un acte réflexe ; c'est-à-dire dans la catégorie des toux dont l'origine est due à l'irritation d'un organe autre que l'appareil respiratoire. Et parmi ces toux réflexes, la toux gastrique sera celle qui aura pour point de départ une irritation de la muqueuse stomacale.

II

Historique. — Il y a peu de choses à dire à ce sujet :

Willis le premier donne le nom de toux gastrique à la toux qui est consécutive à l'ingestion des aliments.

Morton avant lui avait pourtant déjà signalé en 1737 la fréquence de la toux et du vomissement chez les tuberculeux à la suite des repas : et il faisait de ce syndrome un des signes pathognomoniques les plus certains de la tuberculose pulmonaire.

Baumes émet des idées analogues vers 1798 sur la valeur diagnostique de la toux gastrique.

Avec Trousseau s'ouvrira la discussion dont nous avons parlé tout à l'heure à propos de la définition même de cette toux.

La question de la pathogénie et du mécanisme de la toux gastrique ne semble pas avoir suscité de nombreuses recherches. Il faut citer pourtant :

Hérard et Cornil qui cherchent en 1854 à donner une interprétation physiologique de la toux gastrique ;

Nothnagel, Kohts qui ont élucidé par leurs expériences certains points de la question.

Enfin il importe de signaler parmi les travaux contemporains : la thèse de Marfan (Paris, 1887) ; les articles de Lereboullet dans le *Dictionnaire de Dechambre* et dans la

Gazette hebdomadaire de 1874; l'article de Martinet (*Presse méd.*, 1901) sur les toux réflexes en général et leur traitement.

III

Étiologie. — La toux gastrique peut se manifester dans un certain nombre de circonstances :

A. *Chez les sujets sains* elle peut apparaître à l'occasion de pressions exercées sur la région épigastrique, à l'occasion de l'ingestion de boissons froides ou de glace. Bull, entre autres cas, cite celui particulièrement typique d'une jeune femme de vingt-quatre ans, chez qui les pressions de la région épigastrique déterminaient des accès de toux superficielle, sèche et quinteuse qui étaient véritablement de la toux gastrique.

Le plus souvent pourtant on aura affaire dans ces cas à des individus plus ou moins entachés de névropathie et dont l'excitabilité de la muqueuse stomacale sera de ce fait augmentée.

B. *Dans certaines anémies*, et en particulier dans l'anémie des jeunes sujets. L'état du sang dans les anémies augmente, comme nous le verrons, l'excitabilité des terminaisons nerveuses, celles du pneumogastrique dans le cas qui nous occupe. Mais il faudrait toujours se tenir sur ses gardes, rechercher attentivement une tuberculose au début, masquée par cette anémie et qui alors serait la cause véritable de la toux gastrique.

C. *Dans les affections de l'estomac.* — Ici les cas sont nombreux et on peut dire d'une manière générale que toutes les affections organiques de l'estomac sont capables de donner lieu à la toux gastrique.

Krimer invoque la présence de vers dans l'estomac comme ayant déterminé des accès de toux.

L'embarras gastrique sous toutes ses formes est une cause fréquente de toux gastrique. Toutes les variétés de dyspepsie sont capables de la déterminer; et même dans certains cas, ce sera précisément la toux gastrique et les phénomènes dyspnéiques l'accompagnant qui permettront après examen des autres organes de diagnostiquer une dyspepsie possible. Le plus souvent on aura affaire à des individus atteints de catarrhe chronique de l'estomac consécutif à des abus d'alcool ou de tabac : mais chez ces malades il faudra se méfier qu'il n'y ait pas simultanément de lésions pharyngées, et elles sont fréquentes, capables d'induire en erreur, et d'attribuer à l'estomac ce qui revient en réalité au pharynx.

Dans quelques cas, le cancer d'estomac aurait déterminé de la toux gastrique; elle est fréquente dans l'ulcère.

Chez tous ces malades, la cause la plus légère d'excitation stomacale, en particulier l'ingestion de boissons froides, pourra déterminer des accès de toux gastrique.

D. *Dans les affections pulmonaires.* — Le plus souvent, dans ces cas, il y aura coexistence de lésions de l'estomac pouvant passer inaperçues. L'affection pulmonaire à elle seule est incapable de déterminer la toux gastrique : le vieil emphysémateux, le malade atteint de bronchite chronique, ne toussent pas après avoir mangé. Ils ne le feront que s'ils sont porteurs en même temps d'une affection gastrique. Ou bien la maladie pulmonaire coexistera avec un mauvais état général, capable de modifier l'excitabilité du pneumogastrique.

E. *Dans les affections simultanées du poumon et de l'estomac.* — C'est là assurément la cause principale de la toux gastrique, celle à laquelle il faudra toujours penser de prime abord. Cette condition se trouve réalisée dans un certain nombre de cas : les malades sont nombreux en effet qui sont porteurs simultanément d'une affection respiratoire et d'une affection stomacale; et nombreuses sont les affections que l'on peut trouver ainsi réunies. C'est ainsi que nous citerons les vieux alcooliques atteints en même temps de gastrite et de catarrhe et emphysème. Mais en réalité, la cause qui réalise cette association morbide de beaucoup le plus souvent, c'est la tuberculose pulmonaire. A toutes les périodes de cette maladie on peut rencontrer la toux gastrique. Mais elle est particulièrement fréquente et intéressante au début, alors qu'il n'existe encore au niveau du poumon que des lésions peu importantes, susceptibles de passer inaperçues. Marfan range la toux gastrique parmi les manifestations les plus importantes de ce qu'il appelle le syndrome initial, dans son étude sur les troubles et lésions gastriques de la tuberculose pulmonaire. Quelquefois cette toux sera la seule manifestation de la souffrance de l'appareil digestif : souvent elle sera associée à d'autres phénomènes d'ordre dyspeptique; souvent aussi elle coïncidera avec l'altération de l'état général, avec l'anémie qu'on observe si souvent dans le début de la tuberculose.

En résumé, au point de vue étiologique, si certaines conditions sont capables de réaliser la toux gastrique, celle-ci se produit surtout lorsqu'il existe une souffrance simultanée de l'estomac et du poumon, condition qui se trouve réalisée de beaucoup le plus souvent dans la tuberculose pulmonaire.

IV

Physiologie pathologique et pathogénie. — Le mécanisme de production de la toux gastrique a suscité un certain nombre d'hypothèses et d'expériences sur lesquelles les auteurs ont de la peine à se montrer d'accord.

Avant d'aborder l'étude des théories pathogéniques de la toux gastrique, il nous semble utile de passer en revue les résultats, variables d'ailleurs, fournis par l'expérimentation.

A. Expérimentation. — a. *Excitation de l'estomac.* — La première expérience qui devait venir à l'idée était d'exciter la muqueuse gastrique et de voir si cette excitation était capable de provoquer la toux.

C'est ce qu'a fait Kohts sur l'animal : mais il n'a obtenu que des résultats négatifs, et quelle que soit la nature de l'excitation portée sur la muqueuse stomacale, mécanique ou électrique, la toux n'a pu être provoquée. Le même auteur a recherché ce que pourrait produire l'excitation de l'œsophage : il a vu que l'excitation de la muqueuse œsophagienne ne donnait rien, tandis que l'excitation de la tunique musculaire provoquait une toux rauque. Il conclut par analogie que l'excitation de la musculaire de l'estomac doit être capable de déterminer la toux.

Nous n'avons pas trouvé de relations établissant quels résultats on pourrait obtenir chez l'homme en excitant l'estomac, lorsque celui-ci est abordable, comme on peut le voir dans certains états pathologiques.

b. *Excitation du pneumogastrique ou de ses branches.* — Ici, nous allons trouver un certain nombre d'expériences; malheureusement, les auteurs ne sont pas toujours d'accord quant aux résultats.

Krimer, Cruveilhier, Romberg, en excitant le pneumogastrique intact, soit mécaniquement, soit électriquement,

ont provoqué la toux. Ils ont obtenu le même résultat en excitant le bout central du nerf sectionné. Nothnagel, dans des expériences analogues, obtient des résultats contradictoires : il constate que les excitations portées directement sur le pneumogastrique ne déterminent pas de toux; ce résultat, en réalité, est conforme à ce que l'on sait sur le mécanisme général des réflexes, que l'on fait naître beaucoup plus fréquemment en excitant les expansions périphériques d'un nerf, plutôt qu'en excitant directement le tronc nerveux lui-même. En tous cas, il n'élimine pas la possibilité de production de la toux par excitation des terminaisons stomacales du pneumogastrique.

Rosenthal, en excitant le pneumogastrique au-dessous de l'origine du nerf laryngé supérieur, parvient à produire la toux. Spring montre que, si l'on peut obtenir la toux par excitation du pneumogastrique, l'effet est beaucoup plus prononcé en portant les excitations, non sur le pneumogastrique lui-même, mais sur le laryngé supérieur.

Il est bon de rappeler enfin, pour l'exposition ultérieure des théories de l'origine extra-stomacale de la toux gastrique, que Kohts produit la toux en excitant, non seulement le laryngé supérieur, mais aussi le pharyngé supérieur : l'excitation de ce dernier nerf donnant des secousses de toux d'autant plus nettes et plus énergiques qu'il est resté moins longtemps exposé à l'air. Si, au lieu d'exciter directement le pharyngé supérieur, on porte les excitations sur la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx ou sur la face inférieure du voile, on obtient des résultats beaucoup moins nets. Chez l'homme, en particulier, cette excitation produit tantôt la toux, tantôt seulement des mouvements de déglutition ou une sensation de strangulation.

B. Pathogénie de la toux gastrique. — C'est là que nous allons trouver les plus grandes divergences. Car, s'il en est parmi les auteurs qui admettent, avec plus ou moins de restrictions, l'origine stomacale de la toux gastrique, il en est d'autres qui rejettent complètement cette origine, et expliquent par divers mécanismes la production de la toux dite gastrique. La divergence tient non seulement aux différences d'interprétation des phénomènes, mais encore à la définition même de la toux gastrique, sur laquelle, comme nous l'avons vu, tous ne sont pas d'accord. Aussi avant d'exposer les théories et le mécanisme de la toux d'origine gastrique, nous allons passer en revue les théories des auteurs qui rejettent cette origine gastrique.

a. *Théories de l'origine extra-stomacale de la toux dite gastrique.* — Brücke dit qu'il est vraisemblable que l'agent provocateur de la toux gastrique ne se trouve pas dans l'estomac, mais bien dans les voies respiratoires : pour lui ce seraient surtout des lésions pulmonaires passant inaperçues qui détermineraient cette toux attribuée à tort à l'estomac.

Edlessen explique la toux gastrique par un mécanisme assez simple; mais il semble partir d'une fausse définition de cette toux, en comprenant sous ce nom uniquement la toux qui est suivie de vomissements. Pour lui, lorsque le malade tousse, les mucosités expectorées viennent irriter le pharynx et provoquent le vomissement d'une façon d'autant plus sûre que le pharynx sera en état d inflammation chronique. Les sécrétions morbides des fosses nasales, refluant dans le pharynx, pourraient agir de la même façon. Et en résumé, pour Edlessen on a tort de conclure à l'origine gastrique d'une toux, uniquement parce que cette toux est suivie de vomissements. A cette théorie on peut objecter que la toux gastrique n'est pas uniquement celle qui est suivie de vomissement; la toux gastrique peut exister sans vomissement, et être déterminée par exemple par l'ingestion de certains aliments, des boissons froides, etc.

Eichhorst admet que, dans toutes les affections de l'estomac, il peut y avoir régurgitation de gaz irritants qui remontent l'œsophage, viennent exciter la langue et produire la toux : ce mécanisme est très admissible, mais ne saurait comprendre tous les cas. Chez beaucoup de malades, la toux produite par l'ingestion alimentaire semble reconnaître un mécanisme analogue à celui d'Eichhorst et avoir son origine dans l'excitation du larynx ou du pharynx. Par exemple, chez les malades atteints de lésions ulcéreuses de l'épiglotte, du pharynx, si fréquentes en particulier chez les tuberculeux, il est fort probable que le contact des aliments avec les régions ulcérées détermine de violents accès de toux, bien avant que ces aliments soient arrivés dans l'estomac. Dans ces cas la toux ne provient réellement pas de l'estomac : elle dépend sans contredit de l'irritabilité morbide créée par la présence d'ulcérations sur une région dont l'excitation répond, à l'état normal, à la toux et même au vomissement. Une autre preuve de ce fait est tirée du résultat obtenu par l'anesthésie locale à la cocaïne qui supprime la toux.

b. *Théories de l'origine stomacale de la toux gastrique.* — Nous venons de voir les différents mécanismes par lesquels la toux peut se produire en dehors de toute intervention de l'estomac. Sans doute certains cas répondent réellement à de tels mécanismes. Mais il n'est pas moins vrai qu'il existe d'autres cas dans lesquels l'origine stomacale est indéniable.

Eichhorst reconnaît que la toux gastrique produite par la pression sur l'épigastre ne peut guère s'expliquer autrement que par l'excitation de l'estomac. Mais même en dehors de ce cas un peu particulier, on ne peut contester l'origine stomacale de certaines toux produites réellement par le contact d'aliments avec la muqueuse gastrique. Et si l'on veut tenter une pathogénie rationnelle de la toux gastrique, il faut se souvenir que le fait initial c'est la présence des aliments dans l'estomac; c'est-à-dire, *a priori*, et toute théorie de mécanisme mise à part, l'excitation par le contact de ces aliments des fibres terminales du pneumogastrique.

Dès lors on peut expliquer la toux gastrique, comme le fait Peter, par l'irritation du pneumogastrique stomacal qui détermine par action réflexe l'excitation du pneumogastrique des bronches et provoque alors la toux. L'excitation agirait d'abord sur la vascularisation et la sécrétion des organes respiratoires qui influenceraient secondairement les centres. Ce mécanisme assez compliqué avec la réaction d'une partie du nerf sur une autre partie du même nerf ne semble guère répondre à la réalité. Il paraît plus probable que l'excitation est transmise directement de l'estomac aux centres. Le pneumogastrique forme un tout qui réagira dans son ensemble lorsqu'une excitation sera portée sur l'un quelconque de ses points. Or, dans le cas le plus fréquent de toux gastrique, chez les tuberculeux, il y a sur le trajet du nerf deux organes qui souffrent : l'estomac et le poumon. Qu'une cause d'excitation vienne à agir sur un point irritable : les aliments sur l'estomac dans le cas qui nous occupe, il y aura mise en branle de la totalité du pneumogastrique; le mode de réaction du poumon et des bronches sera la toux; celui de l'estomac, le vomissement; et, « parce qu'il aura mangé l'individu toussera et il vomira ensuite » (Marfan).

Mais une condition indispensable de la toux gastrique, c'est

une muqueuse stomacale malade. Sur un estomac normal le contact des aliments ne provoquera pas la toux : c'est parce qu'il est malade que ce contact produit des effets anormaux d'excitation. Une des meilleures preuves que l'on peut en donner, c'est que les emphysémateux par exemple ne toussent pas après avoir mangé et ne vomissent pas après avoir toussé; ils le feront seulement s'ils sont porteurs en même temps d'une affection gastrique.

Enfin une cause adjuvante qu'il ne faut pas négliger, c'est l'état d'anémie des malades, le plus souvent tuberculeux comme nous l'avons dit : cette anémie exagère l'excitabilité des nerfs, celle du pneumogastrique en particulier.

En somme la toux gastrique reconnaît un mécanisme sensiblement analogue à celui de la toux en général : c'est un acte réflexe.

α. Les centres du réflexe répondent vraisemblablement aux centres bulbaires et aux centres accessoires de la respiration.

β. La voie centripète est représentée par le pneumogastrique.

γ. La voie centrifuge est représentée : pour l'expiration, par le pneumogastrique qui innerve les muscles moteurs des bronches, et par les nerfs intercostaux; pour l'inspiration par le phrénique, par le spinal (muscle sterno-cléido-mastoïdien), par le plexus cervical, le brachial, etc. (muscles trapèze, scalènes, intercostaux). Le pneumogastrique par ses fibres antitoniques ou d'arrêt des muscles bronchiques (Doyon. *Arch. Physiol.*, 1897) peut également avoir un certain rôle dans l'inspiration.

δ. Enfin les centres mêmes du réflexe sont sous la dépendance des centres supérieurs, cérébraux, qui ne sont pas sans déterminer des effets excitateurs ou inhibiteurs utiles à connaître.

C. Pathogénie du vomissement. — Le vomissement qui suit la toux gastrique est pour les uns purement mécanique (Morton, Bayle), il résulterait des secousses de toux; pour d'autres (Peter, Marfan), il serait d'ordre réflexe et traduirait la souffrance de l'estomac.

Arnozan montre que la toux est une condition très favorable du vomissement chez les individus atteints de lésions gastriques : la toux détermine en effet une diminution de la pression intra-thoracique, et cette diminution de pression serait une condition indispensable du vomissement.

V

Symptômes. — Quelle que soit la cause de la toux gastrique, elle se présente toujours à peu près sous le même aspect, avec des variations seulement dans l'intensité et dans la durée des phénomènes.

C'est une toux habituellement sèche, c'est-à-dire non suivie d'expectoration. Tout au plus le malade rejette quelques mucosités ou un peu de salive. Pour qu'il y ait expectoration véritable, il faut que le malade soit atteint en même temps de bronchite ou de toute autre lésion pulmonaire. La coexistence est fréquente, il est vrai, mais non obligatoire.

Par cela même qu'elle est sèche, c'est une toux inutile, ne répondant pas au besoin de débarrasser les voies respiratoires des produits morbides qui l'encombrent.

Le plus souvent cette toux est quinteuse. Les quintes sont longues, elles se répètent à courts intervalles : et de ce fait la toux devient particulièrement pénible pour le malade. Souvent aussi s'ajoute à ces phénomènes une dyspnée qui contribue encore à aggraver la situation du malade. Cette dyspnée est le résultat des troubles congestifs réflexes qui se passent du côté du poumon; dans certains cas elle peut acquérir une très grande intensité (Snowman).

Enfin un caractère qui peut manquer mais qui fait souvent partie du tableau clinique, c'est le vomissement qui suit la toux : la toux gastrique est émétisante. Et, chez les malades qui nous occupent, si la toux gastrique n'est pas toujours suivie de vomissement, le vomissement suit presque toujours la toux gastrique; ils toussent parce qu'ils ont mangé, et ils vomissent parce qu'ils ont toussé. Le vomissement ne s'accompagne pas en général de sensations nauséeuses : si elles surviennent elles sont peu prononcées; mais en revanche, il s'accompagne souvent de palpitations cardiaques (Peter) et de sensations de vertige (Snowman) qui ajoutent à l'angoisse du malade déjà grande du fait de la dyspnée et de la toux. Les matières vomies sont des aliments non digérés (M. Sée).

Tels sont les caractères de la toux gastrique et des phénomènes qui l'accompagnent : par cet ensemble le malade présente un aspect assez typique qu'il sera aisé de reconnaître.

Prenons par exemple le cas le plus fréquent, celui d'un tuberculeux. La toux gastrique apparaîtra à la suite de l'ingestion des aliments. Le plus souvent ce sera après le repas du soir, et fréquemment la toux commence dès que le malade se couche. C'est d'abord une petite toux superficielle qui rapidement devient quinteuse et horriblement pénible; le malade est assis sur son lit; son visage est fortement coloré, ses yeux injectés et larmoyants; son thorax est secoué par des quintes qui se rapprochent et augmentent d'intensité; le malade a dans la poitrine une sensation d'ébranlement et de déchirement horriblement douloureuse. Puis après un temps variable, tantôt les phénomènes se calment pour cesser tout à fait, tantôt et plus souvent le vomissement survient : les aliments ingérés sont rejetés à peu près intacts; et dès ce moment le malade est soulagé; jusqu'à ce que la même série de phénomènes se présente à l'occasion d'une nouvelle ingestion alimentaire. Nous n'insisterons pas sur l'état lamentable du phtisique qui présente de la toux gastrique : la moindre tentative d'alimentation peut réveiller la série des phénomènes si douloureux que nous avons décrits, et le malade peut en arriver à refuser de s'alimenter, redoutant les conséquences de chaque essai d'alimentation.

VI

Pronostic et complications. — Le pronostic de la toux gastrique dépend des lésions qui la déterminent. Et l'on conçoit aisément toute la différence qu'il faut faire entre un tuberculeux atteint de toux gastrique et un malade dont la toux gastrique sera la conséquence d'un vieil emphysème pulmonaire coexistant avec une gastrite chronique.

Mais il ne faut pas oublier que la toux gastrique est déjà relativement grave par elle-même : elle épuise le malade par les efforts qu'elle détermine; elle rend difficile l'alimentation, fait particulièrement regrettable chez les tuberculeux qui auraient au contraire besoin d'être suralimentés. De ce chef la toux gastrique aggrave donc toujours le pronostic de l'affection qui la détermine.

Enfin la toux gastrique peut être la cause de complications qui ne diffèrent pas de celles de la toux en général et sur lesquelles il est inutile d'insister : on sait la fré-

quence des hernies, des hémorragies, de l'emphysème, du pneumothorax, chez les malades qui toussent souvent et longtemps, etc. Par ses caractères quinteux la toux gastrique plus que toute autre est capable de déterminer ces complications : et combien souvent ne voit-on pas des tuberculeux faire un pneumothorax, ou avoir une abondante hémoptysie à la suite de ces quintes longues et pénibles déterminées par l'ingestion des aliments.

VII

Diagnostic. — A. Diagnostic différentiel. — Il faut reconnaître tout d'abord que l'on a bien affaire à de la toux gastrique. Son caractère essentiel d'apparaître à la suite de l'ingestion alimentaire permettra le plus souvent d'éviter toute confusion.

Pourtant, il faudra prendre garde de ne pas attribuer à l'estomac ce qui revient en réalité à d'autres organes; de ne pas oublier en particulier que les lésions du pharynx sont capables elles aussi de déterminer la toux, et que ces lésions du pharynx sont fréquentes, tant chez les tuberculeux que chez les malades porteurs de vieilles gastrites consécutives à l'abus de l'alcocl ou du tabac. Mais la toux dans ce cas se produit beaucoup plus tôt que la toux gastrique, au moment même du temps pharyngien de la déglutition. Cette toux pharyngée s'accompagne en outre d'une sensation de corps étranger qui fait habituellement défaut dans la toux gastrique.

Il importe de ne pas confondre non plus la toux gastrique avec la toux due au pyrosis : chez ces sujets en effet il y a ascension du liquide stomacal jusqu'au niveau du larynx, et excitation de l'espace interarythénoïdien, région essentiellement tucipare (Pechkranz).

La toux laryngée elle aussi est le plus souvent sèche; elle se fait sans grands efforts musculaires : tantôt rauque, tantôt stridente, elle peut être plus ou moins éteinte; elle s'accompagne habituellement d'un picotement laryngé très pénible; elle est spasmodique. Les coquelucheux qui vomissent si souvent après avoir toussé ne seront pas pris pour des malades atteints de toux gastrique. Chez eux, cette toux suivie de vomissements n'est pas déterminée par l'ingestion alimentaire; elle en est totalement indépendante et il n'y a absolument pas de toux qu'on puisse qualifier de gastrique.

Enfin la toux gastrique sera aisément différenciée de celle des affections trachéo-bronchiques, de la toux pleurale, intestinale ou nerveuse. Car dans tous ces cas, la toux est indépendante de l'alimentation et n'est pas influencée par elle. Quelquefois pourtant, il faudra songer à la possibilité de malades névropathes à la muqueuse stomacale hyperesthésiée et ne pas attribuer chez eux la toux à des lésions pulmonaires ou gastriques qui en réalité n'existent pas.

B. Diagnostic de la cause. — On éliminera facilement les cas, rares d'ailleurs, de sujets absolument sains atteints de toux gastrique à l'occasion de pressions sur la région épigastrique ou de l'ingestion de boissons froides.

Lorsque la toux gastrique semblera dépendre de l'anémie, il faudra se méfier, examiner attentivement le malade, et chercher si cette anémie ne serait pas un masque qui cacherait une tuberculose au début.

Aux antécédents des malades qui en sont porteurs, aux signes propres de ces affections, on reconnaîtra les maladies de l'estomac, dyspepsies, gastrites, ulcères, cancers, capables de déterminer la toux gastrique, ainsi que les affections des bronches ou des poumons autres que la tuberculose, pouvant coexister avec les premières. Dans certains cas pourtant l'hésitation sera possible; l'état cachectique dans lequel tombent parfois des individus depuis longtemps dyspeptiques, la toux qui accompagne cet état pourraient en imposer pour de la tuberculose : ce sera l'examen attentif et consciencieux du poumon qui permettra de lever les doutes.

Somme toute, dans la grande majorité des cas ce sera la tuberculose qui sera la cause de la toux gastrique : tantôt celle-ci apparaîtra chez un tuberculeux déjà avancé, avec signes sthétoscopiques absolument pas douteux; tantôt au contraire ce sera chez un tuberculeux au début avec des signes permettant encore de douter de l'infection bacillaire; et dans ce cas la toux gastrique acquiert une grosse valeur diagnostique : « l'ensemble morbide très net, qui consiste à tousser après avoir mangé et à vomir après avoir toussé ne se rencontre que lorsqu'on se trouve en présence d'un individu ayant à la fois une affection pulmonaire et une affection stomacale; or il n'est pas de maladie où une coexistence de cet ordre s'observe aussi souvent que dans la phtisie » (Marfan).

VIII

Traitement. — La toux gastrique est un symptôme qui doit être traité. Nous avons vu ses inconvénients : elle fatigue le malade, elle gêne son alimentation, enfin elle est inutile.

La thérapeutique pourra essayer de remplir plusieurs indications :

1° *Modifier la sensibilité de la muqueuse gastrique.* — Pour cela, il faudra tout d'abord donner au malade un bon régime; ne pas oublier que la toux gastrique a son origine dans une altération organique ou fonctionnelle de l'estomac; et par conséquent donner au malade l'alimentation que réclamera cet état gastrique : alimentation aussi variable d'ailleurs que le sont eux-mêmes les états de l'estomac capables de susciter la toux. En second lieu on pourra employer divers médicaments qui agissent comme modificateurs de la sensibilité stomacle : le laudanum à la dose de I ou II gouttes avant le repas (Peter), la morphine, la cocaïne (0,001 milligramme de chlorhydrate dans une cuillerée d'eau de chaux), l'eau chloroformée (Lasègue), la teinture d'iode (G. Sée). R. Tripier recommande l'alcool, à faible dose, au commencement du repas.

Enfin, il faut veiller à ce que le malade soit dans les meilleures conditions possibles pour s'alimenter : le faire manger peu à la fois et souvent; lui recommander de ne pas se coucher immédiatement après son repas. L'alimentation par le tube a pu rendre service dans un certain nombre de cas.

2° *Agir sur la voie centripète du réflexe, c'est-à-dire sur le pneumogastrique.* — Woillez recommande les badigeonnages pharyngés avec une solution forte de bromure de potassium, qui aurait pour effet de narcotiser le pneumogastrique en agissant sur les filets pharyngés. Dans le même but, on peut employer les badigeonnages de chlorhydrate de cocaïne.

3° *Agir sur les centres réflexes pour diminuer leur excitabilité.* — Le bromure de potassium répond bien à cette indication, ainsi que l'opium et tous ses dérivés : en particulier la

codéine, la morphine, l'heroïne, la narcéine, etc. Quand on emploie la morphine, toujours user de solutions fraîches, afin d'éviter la production d'apomorphine qui déterminerait des vomissements. La belladone administrée après le repas (G. de Mussy), le bromoforme, l'aconit (Lescarret) donnent parfois de bons résultats.

4° *Agir sur les voies centrifuges, en particulier sur le phrénique.* — On se heurte ici à de plus grandes difficultés; néanmoins, la toux pourra être parfois avantageusement modifiée par des mouches de Milan appliquées sur le trajet du phrénique : au-dessus de la clavicule, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, et au niveau du bouton phrénique.

5° *Agir sur le cerveau lui même et utiliser son pouvoir inhibiteur.* — Ce mode de thérapeutique ne devra pas être négligé; et on a vu certains malades chez qui la toux gastrique était, sinon supprimée, du moins notablement diminuée, par la suggestion et par la persuasion de l'inutilité de la toux, de la possibilité et de la nécessité de l'arrêter.

Bibliographie. — ALBERS. Troubles du pneumogastrique, *Arch. de méd.*, 2e série, t. V, 1854. — ANDRAL. *Cliniques médicales*, 1840. — ARNOZAN. *Le vomissement*, Th. de Paris, 1879. — BAGARD. *Maladies d'estomac*, 1862. — BIERMER. *Arch. de Virchow*, t. V, p. 666. — BOURDON. Soc. méd. des hôpit., 1852. — BULL. Toux stomacale. *Semaine méd.*, 1886, p. 319. — BOUCHARD et BRISSAUD. *Traité de médecine.* — BROUARDEL et GILBERT. *Traité de médecine.* — CATTET. Th. de Paris, 1878. — *Dictionnaire de Jaccoud*, art. PHTISIE, TOUX, ESTOMAC. — *Dictionnaire de Dechambre*, art. TOUX (Lereboullet et Ricklin). — DEBOVE et ACHARD. *Manuel de médecine, Manuel de diagnostic*, art. de Laffitte. — DUJARDIN-BEAUMETZ. *Clinique thérapeutique*, *Bull. de thérapeut.*, 1881; *Semaine méd.*, 1882. — EICKHORST. *Diagnostic médical.* — FULTON. *New York med. Journ.*, 1899. — HÉRARD et CORNIL. *La phtisie pulmonaire*, 1867. — JACQUIN. *Revue de laryngol.*, 1898. — LANDOIS. *Physiologie*, 1893. — LEBERT. *Traité des maladies d'estomac.* — LEBRETON. In *Pathologie générale* de Bouchard et Roger. — LERRBOULLET. Physiologie pathologique de la toux, *Gaz. hebd.*, juin 1874. — MARFAN. *Troubles et lésions gastriques de la phtisie pulmonaire*, Th. de Paris, 1887. — MARTINET. Toux réflexes et leur traitement, *Presse méd.*, janv. 1901. — PIDOUX. *Étude sur la phtisie*, 1873. — PETER. *Cliniques médicales*, t. II. — PECHKRANZ. *Wien. med. Wochens.*, 1899. — RILLIET et BARTHEZ. *Traité des maladies des enfants*, t. III. — RICHARDS. Toux réflexe, *Med. Record*, 1899. — ROSENTHAL. *Die Athembewegungen und ihre Beziehungen zum Nervus vagus*, Berlin 1862. — SNOWMAN. A note on the reflex effects of gastric disturbance, *The Lancet*, 1894. — STOKTON. *Med. News*, 1894. — SCHECH. *Münch. med. Wochens.*, 1897. — SPRING. *Traité des accidents morbides.* — TRIPIER. *Gaz. des hôpit.*, 1881. — TROUSSEAU. *Cliniques médicales.* — WILLIÈME. *Les dyspepsies*, 1868.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie générale (1), publié par le docteur Ch. BOUCHARD.

Le traité de pathologie générale de M. Ch. Bouchard, dont le monde médical attendait avec impatience la terminaison, est aujourd hui complet. Les six volumes parus embrassent toute la médecine et toute la pathologie; ils nous donnent une idée originale et exacte des théories médicales au commencement du XXe siècle.

(1) In-8°. Prix : 126 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le premier volume commence par une magistrale préface dans laquelle le professeur Bouchard expose les idées directrices qui ont présidé à la rédaction du Traité. Pour l'éminent professeur de pathologie générale, le Traité se propose d'être une systématisation de la médecine, une synthèse, une expression commune d'opinions médicales indépendantes, mais non isolées.

Sur quels principes doit se fonder cette systématisation? Sur les résultats de l'observation et de l'expérimentation. « Non pas l'expérimentation mise au service de l'observation, ni l'observation employée à modérer ou réprimer les écarts de l'expérimentation. » On a dit : « La médecine est toute dans l'observation aidée et éclairée par l'expérimentation. » On a dit aussi : « La clinique pose les problèmes, l'expérimentation les résout; la clinique reparaît et juge les solutions... » En réalité « ces subordinations, ces prépotences, ces assistances, ces interventions alternantes ne sont pas nécessaires et ne sont pas dans la nature des choses ». M. Bouchard s'est donc efforcé de ne pas séparer l'observation et l'expérimentation, de laisser leur autonomie à la clinique et au laboratoire, qui tous deux se réclament de l'observation, et d'exposer une doctrine qui, tout en tenant compte du passé, sache aussi faire convenablement valoir les découvertes contemporaines.

Les idées de M. Bouchard sont développées dans les différents volumes du Traité. Le premier débute par une *Introduction à l'étude de la pathologie générale.* Dans cet article, M. Roger dépeint la santé et la maladie, étudie les divisions de la pathologie, la nosographie et la nosologie, les lois qui président à la sélection matérielle et sociale. Ces pages fortes et profondément pensées sont suivies d'un chapitre sur la *pathologie comparée de l'homme et des animaux* de MM. Roger et Cadiot, d'un autre de M. Vuillemin sur les *maladies des végétaux.* M. Mathias-Duval résume en quelques pages la *pathogénie générale de l'embryon*, M. Le Gendre précise les rapports de l'*hérédité et de la pathologie générale*, M. Bourcy étudie la *prédisposition et l'immunité*, M. Marfan la *fatigue et le surmenage.* Les *effets des agents mécaniques, physiques et chimiques* sont respectivement exposés par MM. Lejars, Le Noir, d'Arsonval. Le volume se termine sur un article des plus complets et des plus intéressants dans lequel M. Roger étudie les *intoxications* au double point de vue étiologique et pathogénique, et passe en revue ces différents poisons : poisons alimentaires, putréfactions gastro-intestinales, auto-intoxications gastro-intestinales et autres, dont le rôle apparaît de plus en plus considérable dans la genèse des maladies.

Le tome II débute par l'étude de l'*infection.* MM. Charrin et Guignard retracent l'histoire de la doctrine microbienne; ils montrent comment les agents infectieux peuvent pénétrer dans l'organisme, ils discutent la pathogénie, l'anatomie pathologique, l'évolution générale des infections, et s'efforcent de spécifier la valeur et le rôle des associations microbiennes. MM. Charrin et Hugounencq abordent ensuite l'exposé d'une des questions les plus hautes de la pathologie générale : la question des sécrétions microbiennes et de l'immunité.

Dans le même volume, M. Chantemesse s'est chargé de l'étude *du sol, de l'eau et de l'air comme agents de transmission des maladies infectieuses*, M. Laveran des *maladies épidémiques.* M. G. Roux consacre un intéressant article à l'*histoire naturelle des principaux microbes pathogènes*, M. Ruffer détaille les quelques notions actuellement acquises sur les *parasites des tumeurs épithéliales malignes*, M. Blanchard décrit avec sa haute compétence les *parasites animaux et végétaux.*

Le tome III est divisé en deux parties. La première concerne la nutrition normale et pathologique. Après que M. Lambling a rappelé les caractères généraux de la *nutri-*

tion à l'état normal, M. Ch. Bouchard aborde la question capitale des *troubles préalables de la nutrition*. Dans cet article l'auteur expose l'ensemble de ses recherches relatives à la destruction de l'albumine et des principes non azotés et explique un certain nombre de maladies par le ralentissement de la nutrition. On sait combien cette conception de ralentissement de la nutrition appliquée aux maladies dites dyscrasiques a éclairé de processus obscurs et combien elle a permis de synthétiser l'histoire d'un des groupes nosologiques les plus importants. M. Bouchard présente cette théorie qui est son œuvre dans un chapitre qu'il est impossible de résumer, et que complète l'étude des *réactions nerveuses*, de MM. Bouchard et Roger, et des *processus pathogéniques de deuxième ordre*, dû à M. Roger.

La seconde partie du tome III pourrait s'intituler : Physiologie et anatomie pathologique générale. C'est dans cette seconde partie que prend place l'étude de la *fièvre* par M. L. Guinon, de l'*hypothermie* par M. J.-F. Guyon, du *mécanisme physiologique des troubles vasculaires* par M. Gley. M. Charrin précise l'influence *des troubles circulatoires dans les maladies*, M. Mayor condense les notions actuellement acquises sur la *thrombose et l'embolie*, M. J. Courmont expose l'*inflammation* dont M. Letulle décrit les *lésions générales*, M. Le Noir consacre quelques pages aux *altérations anatomiques non inflammatoires*, M. P. Ménétrier nous donne un excellent article sur les *tumeurs*.

Avec le tome IV commencent les recherches de séméiologie pure. MM. Gilbert et Hénocque présentent la *séméiologie du sang*, si importante, si indispensable actuellement, MM. Tripier et Devic la *séméiologie de l'appareil cardio-vasculaire*, MM. Lermoyez et Boulay la *séméiologie du nez, du pharynx nasal et du larynx*, M. Lebreton la *séméiologie des voies respiratoires*. M. Le Gendre termine ce tome par une étude approfondie de la *séméiologie générale du tube digestif*.

Le choix judicieux de collaborateurs spécialisés depuis longtemps se retrouve encore dans le tome V. M. Chauffard complète son article classique du *Traité de médecine* par un chapitre de *pathologie générale et de séméiologie du foie*; M. Arnozan s'occupe du *pancréas*, MM. Hallé et Chabrier de la *séméiologie des urines*, M. Delbet de la *séméiologie des organes génitaux*. M. Déjerine, dans un article sur la *séméiologie du système nerveux* expose les résultats de sa longue expérience et donne des divers syndromes que l'on rencontre en neurologie et dont la signification est souvent si obscure, une interprétation vraiment scientifique, fondée presque exclusivement sur les résultats de la méthode anatomo-clinique.

M. Féré étudie dans le tome VI les *troubles de l'intelligence*, M. Gaucher la *séméiologie de la peau*, MM. Bru, Morax et Benni la *séméiologie des organes des sens*. A cette longue étude séméiologique font suite des *considérations générales sur le diagnostic et le pronostic* dues à M. Roger; MM. Widal et Besançon, Besançon et Labbé, Widal et Ravaut, Widal et Sicard, Widal et Lesné, Gouget, Le Noir nous initient aux *méthodes de laboratoire capables d'aider le diagnostic* : recherches bactériologiques, diazo-réaction, modifications de la formule hémo-leucocytaire, cyto-diagnostic, cryoscopie, etc. Enfin MM. Netter, Gilbert et Boinet consacrent à l'*hygiène* et à la *thérapeutique générales* quelques pages substantielles et précises.

Tel est, brièvement analysé, le *Traité de pathologie générale*. Par l'unité de vues, par le choix judicieux des collaborateurs, par le souci constant de faire la part aussi large que possible aux découvertes du présent sans rien sacrifier du passé, les directeurs ont bien mérité du grand public médical auquel s'adresse ce livre.

L. BABONNEIX.

Compte rendu du IVe Congrès de médecine interne du Nord (1), par le docteur H. Köster.

Ce Congrès ouvert sous la présidence du professeur Runeberg comptait environ cent cinquante membres, la plupart danois, norwégiens, suédois ou finlandais. Bien des questions y ont été traitées; le professeur Runeberg s'est occupé des affections du cœur dans la syphilis; le docteur Marius a publié une étude sur l'étiologie de la paralysie générale. Le docteur Stenbeck (de Stockholm) a fait une communication sur l'emploi des courants de Tesla d'où il résulte que ces courants de haute fréquence peuvent rendre des services plus encore peut-être dans les affections cutanées qu'en pathologie générale; ces courants employés en alternance avec les rayons Röntgen dans le traitement du lupus activeraient leur action; il résulte aussi des recherches de l'auteur que l'action des courants de Tesla varie beaucoup avec le mode d'emploi ; en Hollande et en France, où on obtient de meilleurs résultats qu'en Allemagne, on se sert d'appareils incontestablement meilleurs et plus puissants.

Enfin Vetlesen (de Christiania) a fait une communication très intéressante sur la pathologie du nerf sympathique donnant lieu à un syndrome qu'il décrit sous le nom de maladie du sympathique ou de névralgie du bas-ventre (Unterleibsneuralgie) qui peut revêtir différentes formes. L'intérêt de la communication réside dans la démonstration des tableaux cliniques qui simulent des dyspepsies, des ulcères gastriques, des affections de l'ovaire ou de l'utérus, etc.

Dans le cas d'ulcère gastrique, le diagnostic pourrait s'appuyer sur le fait de l'absence totale d'acidité du suc gastrique ainsi que sur le caractère des paroxysmes douloureux qui sont indépendants des périodes digestives.

L'auteur cite les exemples de femmes de quarante et de vingt-huit ans dont il publie les observations très détaillées qui subirent une double ovariotomie en raison des douleurs insupportables dont elles se plaignaient et que l'opération n'améliora en aucune façon ou d'une façon tout à fait transitoire.

La lecture de ces observations est très suggestive, la seconde surtout qui a trait à une malade qui dans l'espace de treize ans subit dix interventions chirurgicales plus ou moins sérieuses. Cette malade finit par mourir morphinomane et à l'autopsie on ne trouva qu'un rein un peu atrophié qui n'expliquait pas les douleurs dont elle se plaignait.

L'auteur signale la possibilité de dilatations pupillaires permanentes ou apparaissant sous l'influence de la pression des sympathiques abdominaux, parfois d'un seul côté quand l'hyperesthésie abdominale est unilatérale. P. VIOLLET.

L'art d'être père et l'art d'être mère. Amélioration de l'enfant (2), dédié aux jeunes gens à marier et aux jeunes ménages, par le docteur A. Reynal.

Après *L'art d'être grand-père*, *L'art d'être père et l'art d'être mère*. Dans ce livre, M. le docteur Reynal prodigue aux jeunes époux des conseils moraux, des recommandations scientifiques et des recettes bourgeoises. Il les engage à orner leur âme des qualités morales qu'ils désirent voir un jour chez leur enfant, à développer leur corps, « cette automobile que le Créateur nous a donnée pour nous transporter d'un lieu à un autre, » à éviter, au moment de la procréation, une des dix causes nuisibles suivantes : 1° les *abus génésiques*; 2° les *pensées érotiques prolongées*; 3° les *actes contre nature*, dus à « une altération spéciale localisée dans les centres nerveux, soit dans la région de l'esprit, soit dans

(1) Verhandlungen des vierten nordischen Kongresses für innere Medicin, extraits du *Nord. Med. Archiv*, Stockholm 1903.

(2) In-8°. Prix : 2 fr. 50.— Paris, A. Maloine.

celle de l'âme, et probablement dans les deux »; 4° l'*absinthe*; 5° l'*alcool*; 6° les *apéritifs*; 7° l'*opium*, « avec lequel les Orientaux dirigent leurs rêves vers les houris de Mahomet »; 8° la *morphine*, « fille de l'opium »; 9° l'*éther*, « fils de l'alcool », et 10° le *tabac*. Il montre les accidents dus au gonocoque, « cet infiniment petit microbe enfermé dans la goutte militaire, » insiste sur les méfaits de la syphilis et nous montre enfin les dangers de l'union libre.

Tels sont les conseils scientifiques et moraux qui permettront de procréer, selon la formule antique, des enfants beaux et bons; voici maintenant quelques recettes pour obtenir à volonté, chez l'enfant, telle ou telle particularité physique : teint du visage, coloration des cheveux, etc. :

« Dans la chambre à coucher, par un jeu calculé de rideaux ou de tentures ayant telle ou telle couleur, telle ou telle nuance, avec un degré calculé de lumière, on peut obtenir des teintes variables. La teinte qui dominera au moment décisif sur les visages du père et de la mère aura beaucoup de chances d'être transmise à l'enfant... Si les cheveux, les sourcils, les cils, la moustache ou la barbe sont plus ou moins foncés par l'artifice d'une coloration bien faite, l'enfant s'en ressentira fort probablement. On peut ainsi corriger ce qu'il pourrait y avoir de défectueux dans le visage des parents. On peut ainsi donner aux enfants des cheveux noirs, blonds, frisés, etc. »

Ce procédé, un peu perfectionné, permettra sans doute de transmettre par hérédité un certain nombre de caractères acquis de la physionomie, tels que perruque, lorgnon ou râtelier. Il permet déjà de donner à l'enfant « sur la partie choisie du visage une de ces taches ou de ces boutons connus sous le nom de *grains de beauté*; toutefois, la reproduction de ce bouton ou de cette tache s'opère généralement chez l'enfant du côté opposé à celui qu'ils occupent artificiellement ou naturellement chez le père ou la mère au moment décisif ».

Veut-on que l'enfant à naître ressemble à la fois à son père et à sa mère? Rien de plus simple : les jeunes époux « ne se contenteront pas d'avoir dans l'esprit et dans le cœur l'image l'un de l'autre. Ils veilleront à ce que leurs visages soient convenablement éclairés au moment décisif, et alors, bien face à face, et en se regardant, chacun des deux créateurs transmettra à l'enfant, par l'intermédiaire obligé des deux corps, son âme et son esprit, avec la ressemblance physique de son vis-à-vis dont il aura l'image tout à la fois sous les yeux, sur la rétine et dans l'esprit comme dans le cœur ».

Il n'est pas plus compliqué de faire ressembler l'enfant à n'importe qui, à « un grand bienfaiteur, à un fondateur de religion, de dynastie, d'école, etc. », et voici comment. « Les parents commenceront par s'entendre sur le choix de leur idéal. Ils se procureront un portrait aussi ressemblant que possible dans les traits et dans la physionomie. Ils le regarderont souvent l'un et l'autre avec toute l'attention dont ils seront capables, de façon à bien fixer dans leur esprit les traits, la physionomie, le regard. Puis, après un entraînement suffisant, les yeux de l'un d'eux fixés sur le portrait convenablement éclairé, ils transmettront à leur enfant l'image qui, en ce moment décisif, sera dans les yeux de l'un d'eux, et la dominante de leurs deux esprits.

S'ils possédaient deux portraits, et que chacun d'eux en eût un sous les yeux, cela vaudrait encore mieux. »

Les esprits forts trouveront peut-être, dans les lignes précédentes, matière à plaisanteries. Ils auront tort. Si l'expérience confirme les résultats énoncés par l'auteur, s'il est désormais possible de faire des enfants sur mesure, il faudra considérer la découverte de M. le docteur Reynal comme la plus grande découverte du siècle. L. BABONNEIX.

DÉCRET SUR LE SERVICE DE LA VACCINE

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 15 février 1902 et notamment son article 6, ainsi conçu :

« La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application du présent article; »

Vu les avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France;

Vu l'ordonnance du 20 décembre 1820;

Vu l'avis du ministre de la justice en date du 2 mai 1903;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Article premier. — Le service de vaccine établi à l'Académie de médecine est chargé :

1° De l'entretien des meilleures semences vaccinales;

2° Du perfectionnement de la production du vaccin et de la vaccination;

3° Des épreuves scientifiques que comporte le contrôle des établissements qui préparent ou distribuent le vaccin.

L'Académie de médecine adresse chaque année au ministre de l'Intérieur, d'après les documents qui lui sont transmis par ce ministre, un rapport exposant le fonctionnement et les résultats des opérations vaccinales et indiquant le nombre des vaccinations et revaccinations pratiquées dans les départements, et, spécialement, dans les villes de plus de 20000 habitants.

Art. 2. — Dans chaque département le préfet nomme les médecins, les sages-femmes et les autres agents du service de la vaccine organisé par le conseil général en exécution de l'article 20 de la loi susvisée.

Art. 3. — Des arrêtés ministériels, pris après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminent les obligations des médecins chargés des vaccinations gratuites, et prescrivent, pour les établissements qui distribuent du vaccin, les mesures d'hygiène et les épreuves propres à assurer et à constater la pureté et l'efficacité du vaccin.

Nul ne peut ouvrir un établissement destiné à préparer ou distribuer du vaccin sans avoir fait une déclaration préalable à la préfecture ou à la sous-préfecture.

Il sera donné récipissé de cette déclaration.

Ces établissements sont soumis à la surveillance de l'autorité publique, conformément aux dispositions arrêtées par le ministre de l'Intérieur.

Art. 4. — Dans chaque commune, les séances de vaccination gratuite et les séances de revision des résultats de ces opérations sont annoncées par voie d'affiches indiquant le lieu et la date de ces séances et rappelant les obligations légales des parents ou tuteurs et les pénalités qu'ils encourent.

Les parents ou tuteurs sont tenus d'envoyer les enfants aux séances de vaccination, de les soumettre à l'opération vaccinale et à la constatation des résultats de cette opération au cours de la séance de revision. Toutefois, ils sont libres de satisfaire à leur obligation en déposant à la mairie un certificat constatant la vaccination ou la revaccination de leurs enfants avec la date et le résultat de ces opérations délivré par le médecin ou la sage-femme qui les aura pratiquées.

Art. 5. — Les vaccinations sont ajournées par arrêté pré-

fectoral pour les habitants d'une localité où une maladie infectieuse autre que la variole règne épidémiquement ou menace de prendre une extension épidémique.

Art. 6. — Les listes des personnes soumises à la vaccination ou à la revaccination obligatoire sont établies par les soins des municipalités de la façon suivante :

1° Pour la première vaccination, la liste comprend :

a. Tous les enfants ayant plus de trois mois et moins d'un an le jour de la séance de vaccination, nés dans la commune et relevés dans le registre de l'état civil;

b. Les enfants du même âge nés dans une autre localité et résidant dans la commune;

c. Les enfants plus âgés qui n'auraient pu être vaccinés antérieurement pour une raison quelconque;

d. Ceux qui, antérieurement vaccinés, doivent subir une nouvelle vaccination, la première n'ayant pas été suivie de succès.

2° Pour la première revaccination, la liste comprend, d'après l'état civil et les renseignements fournis par les directeurs des établissements d'instruction publics ou privés, tous les enfants inscrits dans les écoles qui sont entrés dans leur onzième année au moment de la séance de vaccination et ceux, quel que soit leur âge, qui n'auraient pas subi la vaccination ou la première revaccination.

Les enfants qui reçoivent l'instruction à domicile doivent être déclarés par leurs parents ou tuteurs dans les mêmes conditions et portés sur la liste.

3° Pour la deuxième revaccination, la liste comprend toutes les personnes qui se trouvent au cours de leur vingt et unième année et résidant dans la commune.

Art. 7. — Sur ces listes le médecin vaccinateur inscrit en regard de chaque nom la date de la vaccination et ses résultats, soit que le sujet ait été vacciné au cours d'une des séances visées à l'article 4, soit que les parents ou le tuteur de ce dernier aient produit le certificat prévu par le même article.

Art. 8. — Si le médecin vaccinateur, au cours de la séance de vaccination gratuite, estime qu'un sujet qui lui est présenté ne peut être vacciné à cause de son état de santé, il fait mention de cette impossibilité sur la liste en regard du nom de l'intéressé. Il inscrit une mention analogue en regard du nom de ceux pour lesquels il aurait été produit un certificat constatant la même impossibilité, signé par le médecin qui les traite.

Art. 9. — Dans le cas d'insuccès, la vaccination doit être renouvelée une deuxième et, au besoin, une troisième fois le plus tôt possible, et, au plus tard, à la prochaine séance de vaccination.

Il est dressé pour cette séance une liste supplémentaire sur laquelle sont inscrites toutes les personnes dont la vaccination doit être renouvelée, ainsi que toutes celles dont la première vaccination ou la revaccination a été ajournée pour le motif indiqué à l'article 8.

Après vérification du succès de chaque vaccination, ou après la troisième tentative, le médecin vaccinateur délivre aux parents ou tuteurs des personnes soumises à l'opération un certificat individuel attestant qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi. Pareille pièce est délivrée à ceux qui ont présenté le certificat prévu par l'article 4.

Art. 10. — L'étranger qui aura établi sa résidence en France est soumis, pour lui-même et pour ses enfants, aux prescriptions du présent règlement dans le lieu de sa résidence.

Art. 11. — Après la dernière séance de revision concernant sa commune, le maire prévient par avertissement individuel les parents ou tuteurs qui n'ont pas satisfait aux obligations inscrites dans l'article 4 du présent décret, qu'ils sont tenus de présenter avant la fin de l'année durant laquelle leurs enfants sont soumis à la vaccination ou à la revaccination, un certificat conforme à celui prévu par le même article.

A l'expiration de ce délai, le maire ou le commissaire de police dresse contre ceux qui n'ont pas fourni cette justification un procès-verbal constatant contravention à l'article 6 de la loi du 15 février 1902, et le transmet immédiatement au magistrat chargé des fonctions du ministère public près le tribunal de simple police.

Art. 12. — A l'issue des opérations vaccinales, le maire envoie copie des listes de vaccinations de sa commune au préfet ou au sous-préfet.

Art. 13. — Le ministre de l'Intérieur et le garde des Sceaux, ministre de la Justice, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois.*

Fait à Paris, le 26 juillet 1903.

ÉMILE LOUBET.

Par le président de la République :
Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes,
E. COMBES.
Le garde des Sceaux, ministre de la Justice,
E. VALLÉE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — L'ouverture du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1903-1904 et la nomination aux places d'élève interne en médecine, vacantes le 1er mai 1904, aura lieu le lundi 21 décembre, à midi précis.

Les élèves seront admis à se faire inscrire ae secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à trois heures, depuis le lundi 2 novembre jusqu'au samedi 28 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première fois. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions, ainsi que l'épreuue orale, aura lieu dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Maurin, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Briend, Pourtal, Ripoteau, Roux-Freissineng, médecins de la marine.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la trentième semaine 764 décès, au lieu de 812 pendant la semaine précédente (moyenne 918).

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 10).

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 2).

La rougeole a causé 8 décès (moyenne 22); la scarlatine, 6 (moyenne 4); la coqueluche, 2 décès (moyenne 7); la diphtérie, 6 décès (moyenne 9); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 78, au lieu de 70 pendant la précédente semaine (moyenne 58).

La diarrhée infantile a causé 49 décès de 0 à 1 an, au lieu de 57 pendant la semaine précédente (moyenne 83). La mortalité par diarrhée étant ordinairement considérable en cette saison, on ne saurait trop insister sur la nécessité de veiller tout particulièrement à l'alimentation des jeunes enfants et à la parfaite stérilisation du lait qui leur est donné.

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont

causé 81 décès au lieu de 89 pendant la semaine précédente (moyenne 106). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 8); bronchite chronique, 9 (moyenne 13); pneumonie, 21 (moyenne 22); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 45 (moyenne 63), dont 14 sont dus à la congestion pulmonaire et 23 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 176 décès; la méningite tuberculeuse, 18; la méningite simple, 14; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 7 décès.

Université de Paris. — *Institut de médecine coloniale rattaché à la Faculté de médecine de Paris.* — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours dureront environ deux mois et demi.

Le premier cours commencera le 12 octobre et sera terminé le 25 décembre 1903.

Peuvent s'inscrire les étudiants pourvus de seize inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

A la fin du cours, les étudiants qui désirent un certificat d'études subiront un examen.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire seront donnés à la Faculté de médecine, à l'École pratique, 21, rue de l'École-de-Médecine, dans les laboratoires suivants : *Pathologie expérimentale et comparée*, — *Parasitologie*, — *Hygiène.*

L'enseignement clinique sera donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des Dames françaises), 73, rue Michel-Ange (1).

L'enseignement théorique et de laboratoire aura lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'École pratique.

L'enseignement clinique, deux fois par semaine, le matin à dix heures, à l'hôpital d'Auteuil.

PROGRAMME DES COURS. — I. *Technique bactériologique et hématologique*, par M. le professeur CHANTEMESSE (quinze leçons et démonstrations pratiques). — Stérilisation ; — Milieux de culture ; — Méthodes de coloration ; — Méthodes de culture ; — Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc. ; — Analyse des matières fécales.

Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y feront immédiatement suite, les élèves seront mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. *Parasitologie*, par M. le professeur BLANCHARD (vingt et une leçons et démonstrations pratiques). — Parasites animaux ; — Examen du sang de l'homme et des animaux. Analyse des matières fécales; — Parasites du sang. Fièvres palustres ; — Filaires ; — Bilharzia; — Nématodes; — Cestodes, etc. ; — Animaux venimeux ; — Parasites végétaux ; — Mycoses.

III. *Chirurgie des pays chauds*, par M. le professeur LE DENTU (six leçons). — Hépatite suppurée; — Splénomégalie et splénite paludique; — Eléphantiasis; — La filariose et ses diverses manifestations ; — Conservation des instruments et des appareils.

IV. *Maladies des yeux dans les pays chauds*, par M. le professeur DE LAPERSONNE, à l'Hôtel-Dieu (quatre leçons). — I. Ophtalmies; — II. Manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, etc. Irido-choroïdites infectieuses; — III. Héméralopies. Les amblyopies toxiques ; — IV. Des soins urgents dans les traumatismes de l'œil. Hygiène de l'œil dans les pays chauds.

V. *Pathologie et hygiène tropicales*, par M. le docteur WURTZ, chargé de cours. — Pathologie exotique (dix-sept leçons) : Peste ; — Fièvre jaune ; — Choléra; — Dysenterie. Diarrhée des pays chauds; — Fièvre de Malte. Fièvre méditerranéenne; — Fièvre récurrente; — Fièvres paludéennes; — Fièvre hémoglobinurique ; — Filariose. Bilharziose. Dracunculose ; — Lèpre (distribution géographique et bactériologique); — Béribéri; — Aïnhum; — Verruga. Pied de Madura; — Maladie du sommeil; — Fièvre japonaise de rivière, etc.

Hygiène tropicale (dix leçons) : Vingt exercices de diagnostic bactériologique appliqués aux maladies tropicales (Laboratoire d'hygiène).

VI. *Affections de la peau*, M. le professeur Gaucher (8 leçons de dermatologie tropicale). — 4 leçons par M. le professeur Gaucher : Lèpre ; — Boutons d Orient ; — Ulcères des pays chauds.

4 leçons par M. le docteur JEANSELME, agrégé : Syphilis exotique ; — Pian ou frambœsia ; — Dermatoses exotiques : tokelau; caratés; — Dermatoses produites par des parasites animaux; — Hygiène de la peau sous les tropiques; — Technique histologique et bactério-clinique appliquée à l'étude des maladies cutanées.

La première leçon (par M. le professeur Gaucher) aura lieu le dimanche 18 octobre, à dix heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre de la Clinique).

Droits à verser. — 1 droit d'immatriculation, 20 francs; 1 droit de bibliothèque, 10 francs; 1 droit de laboratoire, 150 francs; 2 examens (gratuits).

Envoyer les demandes, par écrit, au directeur de l'Institut de médecine coloniale : M. le professeur Brouardel, 68, rue de Bellechasse, Paris, et pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet nº 1).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 19 octobre au 19 décembre 1903, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de laboratoire de la Faculté; de Beurmann, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Queyrat, médecin de l'hôpital Ricord, ancien chef de clinique de la Faculté; Hudelo, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté; Gastou, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Emery, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Edmond Fournier, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Milian, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis; Terrien, ancien chef de clinique de la Faculté; Lacapère, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours sera complet en quatre-vingt-cinq leçons. Il aura lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, à deux heures de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique. Il commencera le 19 octobre 1903. Trois fois par semaine, aura lieu un deuxième cours, à trois heures et demie, de manière à terminer le programme le 19 décembre 1903.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des leçons : M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — M. Balzer. Eczéma. Impetigo. Ecthyma. Syphilis secondaire. — M. de Beurmann. Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Tuberculides. Traitement du lupus. — M. Queyrat. Blennorragie aiguë. Blennorragie chronique. Complications et traitement de la blennorragie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. — M. Hudelo. Gale. Érythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Gastou. Mala-

(1) Cet hôpital, récemment construit, réunit tous les desiderata de l'hygiène moderne. Accès par : 1º Tramways Louvre-Versailles (arrêt à a porte de Billancourt); Montreuil-Boulogne (passe rue Michel-Ange); — 2º Chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour); — 3º Bateaux-Mouches (Point-du-Jour).

dies parasitaires du cuir chevelu : teignes tondantes et favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Petite chirurgie dermatologique. — M. Emery. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Hérédo-syphilis. Syphilis et grossesse. — M. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses, syphilides ulcéreuses, gommes. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie, paralysie générale, tabès. Dermatologie : dystrophies pigmentaires, purpura, zona, ulcères de jambe, éléphantiasis. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Pelade et alopécies. Phtiriase. Dermites artificielles. Dermatoses congénitales. Sclérodermie. Tumeurs de la peau. Séborrhées et acnés. Eczéma acnéique. Folliculites suppurées. Dyshydrose. Actinomycose. Morve et farcin. Lèpre. Leucoplasie.

Le droit de laboratoire à verser est de 120 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs à ce cours seront délivrés, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ladreit de Lacharrière, médecin en chef honoraire de l'Institution nationale des sourds-muets. Ses obsèques seront célébrées samedi 8 août, en l'église Saint-Germain-des Prés.

SIROP HENRY MURE — *Maladies nerveuses, épilepsie, hystérie.*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17

NUCLÉNAL BOUTY

ACCROISSEMENT
DÉVELOPPEMENT
REPRODUCTION

Nucléine Phosphoglycérates

3 à 4 Dragées par 24 heures, au moment des repas. — 1, Rue de Châteaudun, PARIS.

VIN de KOLA QUINA du Dr ESCANDE
ELIXIR de KOLA QUINA du Dr ESCANDE

Un Verre à liqueur après chaque repas.

GRANULÉ de KOLA QUINA du Dr ESCANDE
EXTRAIT Fluide de KOLA QUINA du Dr ESCANDE

Une Cuillerée à café dans un liquide alimentaire quelconque.

à base de Kola Fraîche de V. GABORIAUD, Explorateur.

Anémie, Débilité, Faiblesse générale, Neurasthénie.

Si jusqu'à ce jour les préparations de noix de Kola n'ont pas donné les résultats que l'on obtient dans leur pays d'origine, celà tient à ce que ces préparations ont été faites avec la noix désséchée qui, dans cet état, a perdu les trois quarts de son efficacité.

Celles que nous préparons par un procédé spécial sont faites avec la noix *fraîche* et *vraie* de l'explorateur V. Gaboriaud, à Conakry (Guinée Française), elle sont des plus actives et très agréables.

Préparation : par **A. FLOURENS**
Dr du LABORATOIRE OPOTHÉRAPIQUE autorisé par l'Etat.
Vente : **62, Rue Notre-Dame, BORDEAUX** *et toutes Pharmacies.*

Tonique par excellence.
Reconstituant.
Anti-Déperditeur.
Régulateur du Cœur.
Excitant du système musculaire.
Anti-Diarrhéïque.

PEPTONE VASSAL

Sèche, Agréable au Goût
REPRÉSENTE 14 FOIS SON POIDS DE VIANDE
PRIX MODÉRÉ
ECHANTILLON GRATIS PAR L. DANJOU Phcien LILLE



MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, &c.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

[illegible] centigr. de Substance ovarienne. — Dose : [illegible] capsules par jour.
Phie VIGIER, 12, Bd [illegible], PARIS, [illegible]

Xéroforme

Remplace avantageusement **l'Iodoforme sans en avoir l'odeur.** Il n'est pas toxique et ne produit **jamais d'eczéma.** — C'est un bon **analgésique** et **hémostatique** et un **épidermisant** infiniment **supérieur à l'Iodoforme**; un remède éminemment **siccatif et désodorisant.** Il possède une action spécifique dans la guérison des **Ulcères de Jambes** et des **Eczémas humides.**

Notice et Renseignements : **L. BARBERON, 15, Place des Vosges, PARIS.**

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURE *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann. 41, Paris et phies.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, Paris.

Précis de gynécologie pratique à l'usage des étudiants et praticiens, par le docteur Camille Fournier, professeur à l'École de médecine d'Amiens. 2e édit. revue et augmentée. 1 vol. in-16 de 392 p. avec 149 fig. cart. — Prix : 5 francs.

La goutte et son traitement, par le docteur Apert, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 96 p., cart. (Actualités médicales.) — Prix : 1 fr. 50.

LIBRAIRIE MASSON ET Cie

120, boulevard St-Germain.

Entre aveugles : conseils à l'usage des personnes qui viennent de perdre la vue, par le docteur Emile Javal, directeur honoraire du laboratoire d'ophtalmologie de l'École des hautes-études, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 avec frontispice. — Prix : 2 fr. 50.

Le ganglion lymphatique, par le docteur H. Dominici. Monographie de l'Œuvre médico-chirurgical (Dr Critzman, directeur). Prix : 1 fr. 50.

LIBRAIRIE O. DOIN

8, place de l'Odéon.

Les affections parasyphilitiques, par le docteur S. R. Hermanides, médecin-directeur du Sanatorium de Zeist. 2 vol. gr. in-8° formant 900 p. — Prix : 30 francs.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE. — *Hôtel-Dieu.*

SARCOME MIXTE DU SEIN

Par M. MAUCLAIRE (1), agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Je veux vous parler aujourd'hui d'une forme assez rare de tumeur du sein. Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, ménagère, sans antécédents morbides du côté de la mamelle; elle s'est mariée à vingt-trois ans et a eu plusieurs enfants, mais elle n'a pas nourri, et n'a jamais eu d'abcès ni de traumatismes du sein. Il y a trois ans, elle s'est aperçue, en procédant à ses soins de toilette habituelle, qu'elle portait dans son sein droit une « boule », située en haut et en dedans du mamelon, du volume d'une grosse noix, d'une forme très régulièrement ovoïde, et parfaitement mobile sous la peau et sur la paroi thoracique. Il y avait une indolence absolue.

Dans la première année, la tumeur augmente très lentement de volume, et la malade s'en préoccupe peu. Mais il se fait une poussée, il y a un an; la tumeur grossit rapidement, en même temps qu'elle devient un peu sensible, et, finalement son volume est devenu tel, que la malade est obligée de rembourrer le côté opposé de sa poitrine pour rétablir la symétrie extérieure des formes.

La tumeur s'est accrue de plus en plus; la peau est devenue violette, et, depuis environ trois mois, elle s'est ulcérée, sur une petite surface d'abord (comme une lentille, dit la malade), puis sur une aire circulaire dont l'étendue augmente peu à peu. Cette ulcération donna lieu à un ichor assez abondant. Jamais, à aucun moment, la malade n'a remarqué un écoulement de liquide par le mamelon.

Actuellement, cette tumeur offre le volume d'une tête d'adulte et son examen méthodique donne les résultats suivants :

SIGNES PHYSIQUES. — *A la vue*, le sein droit forme une tumeur très saillante, dont le diamètre vertical mesure 24 centimètres, et l'horizontal 19 centimètres. Sa forme est irrégulièrement ovoïde. On voit se dessiner à la surface de la peau, surtout à la partie supérieure, des marbrures violettes répondant à la dilatation des veines sous-cutanées : ce signe est assez caractéristique. La peau est en outre soulevée, çà et là, de bosselures arrondies, molles et fluctuantes au toucher. Le mamelon est « étalé », par suite du déplissement de la peau, et rejeté en bas et en arrière; il ne présente aucun écoulement. Il ne faut pas confondre cet aspect avec celui qu'on observe dans l'épithélioma; dans ce dernier cas, il s'efface par invagination, par rétraction en doigt de gant et non par déplissement.

A la partie antéro-inférieure de la masse, on voit une ulcération irrégulièrement circulaire, d'un diamètre de 11 centimètres environ. Ses bords, légèrement indurés et taillés à pic sur certains points, sont au contraire décollés sur d'autres points, ce qui montre bien que cette ulcération a eu pour origine une déchirure, un éclatement de la peau se produisant sous l'effort d'une distension exagérée. Le fond en est rouge, sanieux, sanguinolent, présentant quelques points caséeux surélevés. Mais le caractère particulier à noter ici, c'est l'absence d'odeur fétide. Dans les ulcérations consécutives à l'épithélioma, au contraire, il y a souvent une odeur fétide assez tenace.

A la palpation de la tumeur, on s'aperçoit qu'elle est nettement limitée et sans prolongements, ce qui la différencie encore de l'épithélioma, où on trouve une infiltration diffuse se prolongeant vers les parties voisines. Cette tumeur a des bords arrondis; elle s'étend, en haut jusqu'à la deuxième côte, et confine au bord du sternum; en bas, elle gagne la partie inférieure de la cage thoracique.

Ainsi que je vous l'ai déjà dit, la consistance n'est pas uniforme, car, par place, je note une série de kystes manifestement fluctuants.

La peau est libre d'adhérences, sauf au voisinage de l'ulcère, mais sur tout le reste de son étendue on peut la pincer,

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Laporte.

la soulever sans difficulté et la faire glisser sur les parties profondes.

La tumeur est très mobile sur le grand pectoral. C'est là un point très important au point de vue des indications opératoires. On s'en assure par la manœuvre classique, qui consiste à saisir le bras de la malade, à l'écarter du tronc et à lui dire de le rapprocher en s'opposant à son adduction. Le grand pectoral étant alors contracté, il est facile de se rendre compte de la mobilité de la tumeur sur les plans profonds.

Il nous faut, après l'examen de la tumeur, faire celui de la région ganglionnaire correspondante, c'est-à-dire voir s'il y a des ganglions lymphatiques hypertrophiés dans le creux de l'aisselle. Pour pratiquer cet examen « méthodiquement », ayez bien soin de faire élever le bras ; vous sentirez quelquefois sous le bord inférieur du grand pectoral un ou deux ganglions qui échapperaient à votre palpation sans cette manœuvre. Vous examinez ainsi la région du creux sus-claviculaire, car on peut y trouver des ganglions assez volumineux, alors qu'il y en a encore très peu dans le creux de l'aisselle. Dans certains cas il peut exister des ganglions dans l'aisselle du côté opposé à la tumeur, ce qui s'explique par les anastomoses existant normalement entre les lymphatiques des deux seins.

Les SIGNES FONCTIONNELS sont presque nuls. La malade est gênée par l'énorme volume de sa tumeur, mais tout se borne là ; elle n'éprouve plus de douleur maintenant ; c'est là un signe négatif assez caractéristique.

Au point de vue des SIGNES GÉNÉRAUX, il faut noter que l'état général est relativement bon, quoique le teint soit légèrement jaunâtre. La malade nous dit ne pas avoir maigri dans ces derniers temps.

Nous avons voulu savoir s'il y avait déjà une généralisation de ce néoplasme, et nous avons examiné tous les organes qui pouvaient en être le siège : d'abord le sein du côté opposé; il est indemne. Ensuite les poumons : l'auscultation n'y a rien révélé d'anormal. Rien non plus du côté du rachis ni de l'abdomen : pas de tuméfaction du foie, pas d'ascite. En pareil cas, on peut encore faire l'examen du sang.

En présence des divers symptômes que nous venons d'énumérer, il n'y a pas à hésiter sur le diagnostic de sarcome du sein, et on peut éliminer facilement une série d'affections périmammaires ou mammaires.

Il est évident qu'il ne peut s'agir d'une tumeur de la peau, puisque la peau est libre et souple. Il ne s'agit pas non plus d'une tumeur rétro-mammaire, puisque, dès son début, elle était située dans l'intérieur de la glande. Le diagnostic est donc limité aux tumeurs du sein. D'autre part, il faut tenir compte de son volume considérable et de l'absence d'adénite axillaire. Ceci permet d'écarter certaines tumeurs du sein, telles que : les *adéno-fibromes*, qui sont remarquables en général par leur petit volume; la *mammite chronique*, qui est caractérisée par l'inflammation chronique de certains lobes de la glande et n'acquiert jamais de pareilles dimensions. Il ne s'agit pas non plus de ce qu'on a appelé l'*hypertrophie diffuse* de la mamelle, affection bilatérale, déterminant une augmentation énorme du volume des *deux seins*, qui descend jusqu'au voisinage de la crête iliaque. La *bacillose* du sein, sur laquelle on a attiré l'attention dans ces derniers temps, n'a jamais acquis ce volume. L'existence d'une série de dilatations kystiques, fluctuantes, pourrait faire penser au diagnostic de *kystes essentiels du sein* : or ceux-ci se présentent sous deux formes : 1° celle de la maladie kystique d'Astley-Cooper, maladie dont la description fut complétée par Reclus, et qui est caractérisée par l'existence de petits kystes *dans les deux seins* ; ces kystes, comparés à des grains de plomb, ont toujours des dimensions minimes, atteignant exceptionnellement le volume d'un haricot; 2° les *kystes essentiels du sein*; ceux-ci acquièrent un certain volume; j'ai vu chez une dame approchant de la ménopause un kyste de cette nature offrant les dimensions d'une très grosse noix : je les considère comme symptomatiques d'un léger degré de mammite chronique. Ils sont généralement uniques.

Le dernier diagnostic à éliminer serait celui d'*épithélioma encéphaloïde* ayant subi la *dégénérescence kystique*. Mais l'encéphaloïde n'atteint jamais des dimensions aussi considérables. Il est pourtant des cas embarrassants où il est nécessaire alors de faire un examen histologique pour différencier ces lésions et personnellement j'ai enlevé, il y a quelques années, un encéphaloïde kystique que j'avais pris pour un sarcome. Ce fut l'histologie qui rectifia le diagnostic.

Chez notre malade, le diagnostic du sarcome repose sur un ensemble de signes parfaitement nets : le volume énorme, la forme inégale et bosselée de la tumeur, la distension de la peau, l'étalement du mamelon, la dilatation des veines sous-cutanées, l'absence d'adénite, l'évolution lente.

Cette observation est surtout intéressante à cause de sa rareté relative. Je n'ai vu que deux autres cas analogues : l'un, chez une femme de cinquante ans, à Necker, en 1899; chez cette malade, la lésion initiale datait de dix ans ; elle était restée à peu près stationnaire pendant cinq ou six ans, puis avait augmenté rapidement de volume. Je fis une intervention assez étendue, mais j'ignore ce qu'est devenue la malade et partant la durée de la « trêve néoplasique ».

Le second cas est assez remarquable en ce sens qu'il concerne un homme; je l'ai observé en 1900; c'était un malade de quarante-cinq à cinquante ans qui avait une tumeur du sein droit. Cette tumeur datait de quatre ans à l'époque où je le vis. Elle avait été opérée sept fois et récidivait trois ou quatre mois après chaque opération. Il y avait une vaste ulcération, occupant toute la région thoracique et le creux de l'aisselle du côté droit et recouverte d'énormes végétations dont quelques-unes étaient kystiques. Je lui ai fait d'abord une opération « de bienfaisance », pour soutenir le moral de ce malade. Puis je me suis contenté de détruire la partie exubérante de la tumeur avec les flèches de Canquoin. C'était un sarcome remarquable par son évolution lente. Le malade a survécu dix-huit mois et est mort avec de la généralisation sarcomateuse dans les muscles de la cuisse et dans le foie. Mais en somme, ce sarcome a présenté ceci de particulier qu'il a récidivé localement et ne s'est généralisé que fort tard.

Le sarcome du sein est rare; il représente, d'après la statistique de Gross (de New-York), environ 10 p. 100 des tumeurs du sein. Il peut présenter certaines variations de structure; on a signalé des sarcomes purs, des sarcomes fuso-cellulaires, globo-cellulaires et myéloïdes. Rarement on trouve le sarcome pur; presque toujours il est combiné avec l'adénome ou le myxome; dans certains cas, il subit la dégénérescence chondromateuse ; Desoil, dans sa thèse (Lille 1895), cite 8 observations de chondro-sarcomes du sein. On a même trouvé dans certaines tumeurs sarcomateuses du sein du tissu ostéoïde . En somme, il s'agit le plus souvent d'un « sarcome mixte ».

On est frappé de la lenteur d'évolution et de la rapidité de la malignité finale. Cela rappelle certaines tumeurs de la thyroïde ou du testicule, qui, après être longtemps restées à l'état de chondro-sarcome, évoluent finalement avec rapidité vers le sarcome pur et généralisé.

Le PRONOSTIC de l'affection est très grave. Je m'étonne de voir certains auteurs considérer le sarcome comme intermédiaire au point de vue de sa gravité entre les tumeurs bénignes et malignes. Nous allons voir ce que donnent les interventions, même faites très largement; en somme, la récidive est de règle, mais elle est souvent tardive.

Quelles sont les indications et les contre-indications de l'intervention? D'après Gross, le sarcome du sein récidive localement dans 50 p. 100 des cas, et dans les six mois qui suivent l'opération. Page fit quatre interventions successives et locales chez le même malade et prolongea son existence pendant cinq à six ans. Gross a trouvé que 10 p. 100 des cas opérés largement n'avaient pas encore récidivé après quatre ans. On prétend même avoir vu des cas sans récidive au bout de dix ans. Ces faits heureux suffisent pour justifier l'intervention.

De plus, on peut dire que l'opération précoce des adénomes du sein constitue un *traitement préventif* du sarcome du sein. Je crois que toute malade qui a un adénome du sein ou quelques noyaux de mammite chronique ne disparaissant pas sous l'influence de l'élévation et de la compression légère de l'organe doit être opérée. Il ne faut pas oublier que l'adénome peut conduire au sarcome et même à l'épithéliome. Cette transformation ou dégénérescence néoplasique, sans être la règle, n'est plus douteuse.

Même quand le sarcome est volumineux, son ablation précoce peut encore donner un bon résultat, en ce sens que sa généralisation est peut-être rendue plus tardive. Je me rappelle, à ce propos, un malade ayant un sarcome de la peau du bras que j'enlevai très largement, et qui avait la grosseur d'une petite noix; il ne fit de récidive qu'au bout de cinq ans dans la peau de l'abdomen, des cuisses, etc. Voilà encore une trêve néoplasique appréciable.

Au point de vue de l'opération, quelle technique opératoire vais-je employer? Vous savez que dans ces derniers temps on a recommandé pour l'épithélioma du sein l'ablation très large; c'est le procédé de Halsted (de Baltimore); il consiste, en résumé, en ceci : l'incision part du creux de l'aisselle, remonte presque jusque sous la clavicule, passe en dedans du sternum, descend au-dessous de la glande et remonte sous l'aisselle, c'est un ∞, un six horizontal. Puis on sectionne le grand pectoral à ses insertions à la clavicule, en ne laissant que le faisceau externe; quelques chirurgiens l'enlèvent en totalité. Cela fait, on rabat le grand pectoral, on arrive sur le petit pectoral qu'on enlève complètement, ce qui permet de vider le creux sous-claviculaire des fusées néoplasiques se dirigeant sous la clavicule vers le creux sous-claviculaire (1), on enlève ainsi « en un seul bloc » la tumeur, les troncs lymphatiques et les ganglions lymphatiques en rasant bien le gril costal. Halsted fait même la section de la clavicule et l'ablation des ganglions sus-claviculaires.

J'ai pratiqué bien souvent cette opération, sans résection de la clavicule, toutefois. Mon meilleur résultat, c'est une absence de récidive pendant trois ans. A cette époque apparut de l'œdème lymphangitique du bras et une pleurésie.

Dans ces opérations avec ablation maxima de la peau, on est très souvent embarrassé pour faire la suture de la peau et on est souvent obligé de laisser à la partie inférieure un écartement qui se comble par réunion secondaire. On a conseillé en pareil cas de ramener le sein du côté opposé vers la région mammaire qu'on vient d'opérer.

J'ai eu l'occasion d'appliquer ce procédé l'année dernière dans ce service. Il a un inconvénient, c'est de faire récidiver l'affection dans le sein transposé au contact de la plaie opératoire. De plus, dans mon cas, le sein légèrement revenu vers le milieu donnait à la poitrine une forme anormale.

L'avantage de l'ablation large c'est, d'une manière générale, de retarder ou d'empêcher les récidives locales. En somme, on fait là des opérations dites de bienfaisance, en ce sens que la récidive se fera quand même dans un autre organe : poumons, ganglions trachéo-bronchiques, rachis, foie, péritoine. Mais on a donné une consolation aux malades pour quelque temps. C'est peu, mais c'est quelque chose.

Chez notre malade, bien qu'il n'y ait pas de ganglions hypertrophiés dans l'aisselle, j'emploierai la technique de Halsted espérant, ce faisant, reculer le plus possible la récidive.

(L'opération fut pratiquée comme il vient d'être dit. La tumeur fut examinée par M. Weinberg; il s'agissait d'un adéno-fibro-myxo-sarcome fusiforme. La description histologique détaillée est publiée dans les bulletins de la Société anatomique en avril 1903. Cette complexité histologique est assez particulière au point que cette tumeur « mixte » fut considérée par M. Cornil comme une tumeur bénigne.)

THORACENTÈSE SANS ASPIRATION

AU MOYEN D'UN DRAIN A VALVES FORMANT SOUPAPE

Par M. BOINET,

Professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Marseille,
Correspondant national de l'Académie de médecine.

Certains épanchements (liquides ou gazeux) de la plèvre sont utilement évacués, sans aspiration, au moyen d'un *drain à valves formant soupape* que nous avons présenté le 16 décembre 1902 à l'Académie. Il consiste en un tube de caoutchouc assez souple, ayant 4 centimètres de longueur, 4 millimètres diamètre, obturé à une extrémité et offrant deux fentes *latérales*, longitudinales, parallèles, longues d'un centimètre, par lesquelles s'écoule le contenu pleural. Leur accolement hermétique empêche la pénétration de l'air dans la plèvre, pendant l'inspiration. Si le liquide pleurétique est épais et grumeleux, on favorise son écoulement en pratiquant une fente *verticale* sur l'extrémité arrondie et close d'un tube de caoutchouc disposé en doigt de gant et analogue aux petites tétines, aux tubes à valve de biberon. En cas d'engorgement du drain évacuateur, on le comprime au-dessus de la fente que l'on entr'ouvre et que l'on nettoie aisément. Par son autre extrémité, ce drain est adapté à la canule ou au tube d'évacuation, préalablement amorcé, de l'appareil Potain. La plèvre se vide alors par une sorte de siphonage. Après la ponction, la tension intra-pleurale refoule le liquide qui s'écoule par les fentes du drain, à raison de 80 centimètres cubes par minute. S'il ne survient aucun trouble fonctionnel, on attend que l'écoulement cesse spontanément.

---

(1) Voir la description de la méthode et de ses modifications dans la monographie de M. le professeur Le Dentu, Paris 1902, et Meriel, Paris 1903.

Avantages. — La lenteur de cette auto-évacuation évite les accidents de la thoracentèse ordinaire qui sont surtout causés par une aspiration trop rapide ou prolongée outre mesure; elle empêche la décompression trop brusque et partant dangereuse du cœur et du poumon qui revient graduellement sur lui-même et se dilate progressivement; elle permet d'enlever, sans inconvénients, et dans une seule séance, jusqu'à 3650 centimètres cubes de liquide pleural et d'évacuer couramment tout le contenu de la plèvre. Cette évacuation *lente et complète* paraît abréger la durée du traitement; toute proportion gardée, l'épanchement, vidé à bloc, se reforme moins vite et en moins grande abondance que lorsqu'une certaine quantité de liquide est laissée dans la plèvre, de propos délibéré : on dirait que le liquide appelle le liquide. L'absence d'aspiration rend des services dans les pleurésies hémorragiques; elle évite la rupture des vaisseaux de nouvelle formation et permet d'évacuer au delà du trop plein de la plèvre. Nous avons enlevé d'un seul coup et sans accident 1400, 1800 centimètres cubes de liquide hémorragique. Enfin l'évacuation lente et complète de l'épanchement favorise l'accolement des feuillets pleuraux qui contracteront d'autant plus facilement des adhérences que l'inflammation sera de date récente; elle s'oppose ainsi, dans la mesure du possible, à la formation de ces poches pleurales persistantes, à coques fibreuses épaisses, s'accompagnant de rétraction costale et du refoulement d'un poumon scléreux et ratatiné dans la gouttière vertébrale. Enfin, on peut obtenir le *drainage prolongé* de la plèvre en adaptant ce petit appareil évacuateur à une canule longue de 4 centimètres, offrant un diamètre de 3 à 4 millimètres, que l'on introduit dans la cavité pleurale et que l'on maintient à demeure au moyen de petites ailettes fixées à la peau par du collodion. Dans le pneumothorax surtout suffocant, à soupape, l'emploi de ce drain à demeure calme rapidement la dyspnée; dans un cas, nous avons pu laisser cet appareil en place pendant douze jours; il est également utile dans les pleurésies purulentes à pneumocoques, dans certains pyopneumothorax d'origine tuberculeuse.

Enfin ce drainage continu, qui met la plèvre à l'abri d'une infection secondaire par les germes extérieurs, peut encore trouver son application chez des cachectiques, des cardiaques, des brightiques atteints d'épanchements pleurétiques abondants, à répétition, se reproduisant rapidement, entraînant des phénomènes graves de compression du cœur et du poumon. Dans ces derniers cas, il convient de réduire le diamètre de la canule intra-pleurale à 2 millimètres.

Les considérations précédentes sont basées sur une vingtaine de cas observés dans notre service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. C'est de ces faits cliniques que nous déduirons les *indications thérapeutiques* de l'auto-évacuation, sans aspiration, des épanchements liquides ou gazeux de la plèvre.

Indications thérapeutiques de la thoracentèse sans aspiration. — Elles dépendent de la *quantité*, de l'*âge*, de la *nature*, de l'*origine* de l'*épanchement*, ainsi que de la coexistence des *lésions pulmonaires*, *cardiaques*, *aortiques*, *rénales* et de l'*état général* du pleurétique.

Epanchements récents (*non purulents*). — *Ne ponctionner que si l'épanchement persiste depuis trois semaines et dépasse un litre.* L'aspiration avec l'appareil Potain est ici applicable. Cependant le siphonage de la plèvre avec ce drain à valves, régularisant l'écoulement du liquide pleural, permet d'évacuer habituellement sans danger la presque totalité de l'épanchement.

Ainsi, chez deux pleurétiques de vingt ans entrés depuis quatre jours à l'Hôtel-Dieu, en pleine période fébrile, nous avons enlevé 1700 et 1300 centimètres cubes de liquide séro-fibrineux. La guérison fut rapide.

Ce mode d'évacuation convient surtout aux *épanchements abondants*; il met à l'abri des accidents de la thoracentèse, malgré l'issue de plusieurs litres de liquide. C'est la méthode de choix pour les *pleurésies hémorragiques*. Avec l'aspiration ordinaire, on n'enlève que le trop-plein de la plèvre. Cette auto-évacuation lente nous a permis de retirer en une seule fois plus d'un litre et demi de liquide hémorragique. Elle est encore indiquée dans les *épanchements chyliformes*.

Enfin, elle donne de bons résultats dans les cas d'*hydrothorax* ou d'*épanchements séro-fibrineux* abondants observés chez des *cardiaques*, des *aortiques*, des *brightiques* ayant ou non de l'œdème sous-cutané ou pulmonaire. Nous en fournirons comme preuve les deux observations suivantes :

Dans la première, il s'agit d'un brightique, âgé de quarante-trois ans, présentant de l'hypertrophie du cœur, du bruit de galop, de la dilatation aortique, de l'œdème pulmonaire, de l'anasarque et des épanchements séro fibrineux abondants dans les deux plèvres. L'emploi de ce drain à valves adapté au tube d'évacuation de l'appareil Potain réglait si bien l'écoulement qu'en cinq mois nous avons pu pratiquer, sans accidents, seize ponctions de 2 litres environ. La première même était de 2100 centimètres cubes.

La seconde observation est celle d'une femme de vingt-huit ans, atteinte depuis cinq ans d'insuffisance mitrale avec rétrécissement. Il y a quinze jours, elle fut prise d'une forte dyspnée due à une pleuro-pneumonie. Grâce à ce drain à valves nous avons enlevé 1800 centimètres cubes d'un liquide séro-fibrineux. Une seconde ponction de 1300 centimètres cubes dut être faite quatre jours plus tard.

Epanchements durables ou chroniques. — Une série de faits démontre encore l'innocuité de cette auto-évacuation lente, graduelle, presque complète, dans des épanchements d'origine tuberculeuse.

Ainsi B. J..., âgé de trente-neuf ans, atteint, à la suite d'un pneumothorax de provenance tuberculeuse, d'un épanchement séro-purulent, a subi des ponctions successives de 2000, 3650, 3000, 2000, 3200 centimètres cubes. Il a quitté l'hôpital il y a six mois et son état est toujours satisfaisant.

Un marin de vingt-deux ans, qui avait une pleurésie séro-fibrineuse probablement tuberculeuse, en pleine période fébrile, est soumis à une première ponction qui donne issue à 2500 centimètres cubes de liquide séro-fibrineux. La température vespérale est moins marquée que la veille. Huit autres ponctions laissent s'écouler 1500, 2100, 2000, 900, 1100, 600, 1000, 400 centimètres cubes d'une sérosité louche. Ce malade est actuellement en bon état.

Chez une blanchisseuse de trente et un ans, présentant un épanchement pleurétique semblable au précédent, nous avons fait huit ponctions évacuant 1500 (2 fois), 1800 (2 fois), 1100 centimètres cubes (1 fois), 1 litre (3 fois). Son état est satisfaisant.

Il nous paraît encore utile de reponctionner ces épanchements subaigus ou chroniques, dès que leur volume ne diminue pas ou dépasse un litre, et de les évacuer avec ce drain à soupape, s'il existe des lésions concomitantes du

poumon, du cœur, des gros vaisseaux, des reins, et si l'état général est médiocre ou mauvais.

EPANCHEMENTS PURULENTS. — L'empyème est de règle. Cependant la *pleurésie purulente à pneumocoques*, le *pyopneumothorax tuberculeux*, dans lesquels l'abstention est classique, bénéficient de la mise à demeure dans la plèvre d'une canule de 3 à 4 millimètres de diamètre, sur laquelle on fixe un tube en doigt de gant présentant à son sommet une fente verticale. Ce procédé a fait rapidement cesser la dyspnée et a prolongé la survie dans trois cas de pyopneumothorax survenus chez des tuberculeux avancés. La canule à demeure est bien supportée; elle est restée douze jours en place chez un malade. Ce drainage prolongé a fait aussi baisser en quelques heures la température de 1°6.

EPANCHEMENTS GAZEUX. — Le *pneumothorax simple*, dans lequel la tension intra-pleurale est supérieure à la pression atmosphérique, et surtout le *pneumothorax suffocant*, à soupape, sont améliorés par ce drainage de la plèvre qui calme rapidement la dyspnée et n'a occasionné, dans aucun de ces cas, une infection pleurale secondaire.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les affections parasyphilitiques (1), par le docteur S. R. HERMANIDÈS.

Ce livre, que l'auteur présente comme « l'extension, la continuation du travail exclusivement pratique du professeur Fournier », comprend l'histoire de toute la parasyphilis. Après avoir rappelé en quelques pages les idées actuelles sur la syphilis, l'auteur aborde l'étude des affections parasyphilitiques, et, en particulier, des localisations *cutanées* : leucopathie, chéloïde, onychonxis, etc., et *buccales* : leucoplasie, tumeur maligne, tuberculose, etc. On sait aujourd'hui, grâce aux efforts des professeurs Fournier et Gaucher, que toute leucoplasie linguale est d'origine spécifique, et que, souvent, elle se transforme en cancer. M. Hermanidès accepte ces conclusions, conformes aux faits cliniques et histologiques : « Lorsqu'on s'est familiarisé quelque peu avec l'existence de certains liens étiologiques entre la syphilis et les carcinomes, on a réellement de la peine à ne pas admettre la légitimité de ces rapports. »

Les *affections nerveuses* d'origine parasyphilitique occupent une large place. La neurasthénie, l'hystérie, c'est-à-dire les névroses fonctionnelles, sont aussi complètement étudiées que les affections organiques : tabes et paralysie générale, affections dont les relations avec la syphilis, après avoir été très vivement discutées, sont actuellement admises sans conteste par la majorité des auteurs.

Dans le tome II, M. Hermanidès s'occupe des *affections parasyphilitiques consécutives à la syphilis héréditaire*, et passe successivement en revue les anomalies dentaires, les troubles de développement localisés ou généralisés, les affections cérébrales : imbécillité, hydrocéphalie, méningite, etc., et médullaires : tabes, maladie de Little, etc. Il est difficile d'analyser de telles pages, qui représentent un labeur soutenu et une érudition considérable, et que l'auteur, selon ses propres termes, « pose humblement aux pieds de ses lecteurs. »

L. BABONNEIX.

(1) 2 vol. gr. in-8° formant 900 pages. — Prix : 30 francs. — Paris, O. Doin.

L'hérédité de la syphilis (1), par le docteur RUDOLF MATZENAUER.

Le problème de l'hérédité est un des plus graves dont ait à s'occuper le médecin, un de ceux dont les conséquences pratiques peuvent avoir le plus d'importance; quand il a trait à une maladie comme la syphilis, cette importance s'accroît dans des proportions énormes; aussi la thèse soutenue avec grande énergie et d'intéressants arguments par le docteur Rudolf Matzenauer devant la Société des médecins de Vienne mérite-t-elle d'attirer l'attention.

L'auteur, assimilant la syphilis aux autres maladies infectieuses, combat la thèse classique de l'hérédité indifférente du père ou de la mère pour l'enfant.

Tandis qu'il n'est nullement démontré, dit Matzenauer, que l'hérédité d'une maladie infectieuse, quelle qu'elle soit, se transmette par le sperme, en revanche la transmission d'une maladie par voie placentaire au cours de la vie intra-utérine a été démontrée réelle pour nombre de maladies infectieuses. L'auteur ajoute que le sperme d'un syphilitique n'est pas infectieux.

Si un certain nombre de mères d'enfants syphilitiques paraissent saines, ajoute t-il, et ne présentent pas de signes de syphilis, c'est qu'elles n'ont pas été suivies assez longtemps, ou qu'elles n'ont pu être examinees avec assez de soin, comme c'est le cas souvent en matière de syphiligraphie, dans la clientèle de ville par exemple; le fait de ne pouvoir déceler de traces de la maladie (la proportion de ces cas serait pour Matzenauer de 20 à 38 p. 100) ne prouve pas du reste que l'infection n'ait pu exister.

De ce que la syphilis héréditaire n'existe pas sans syphilis préalable de la mère, l'auteur conclut pratiquement que chaque fois qu'une femme met au monde un enfant syphilitique, alors même qu'elle ne présenterait aucun signe de la maladie, elle doit être mise au traitement spécifique, etc.

Pour l'importante discussion qui suivit à laquelle prirent part notamment Kassovitz, Finger, etc., se reporter à l'original.

P. VIOLLET.

Traité des urines. Analyse des urines considérée comme un élément de diagnostic (2), par le docteur E. GÉRARD.

L'analyse des urines doit surtout servir à poser des indications diagnostiques. En permettant d'étudier les échanges nutritifs et de percevoir les troubles qui peuvent survenir dans les phénomènes de la nutrition, l'examen clinique des urines éclaire la physiologie pathologique de la maladie et contribue, par suite, au diagnostic.

C'est donc en vue de faciliter le diagnostic que le professeur Gérard (de Lille) a écrit son *Traité des urines*. La première partie de ce traité est consacrée aux *urines normales*, considérées dans leurs éléments organiques et minéraux et dans leurs propriétés physiques. La deuxième partie traite des *urines pathologiques*; c'est là que l'on trouvera les indications les plus intéressantes sur la recherche dans l'urine et la signification diagnostique de substances anormales telles que l'albumine, la glucose, l'acétone, l'urobiline, etc. L'*urologie clinique des principales maladies* occupe la dernière partie du livre. Dans cette partie, l'auteur discute et étudie la formule urinaire des principales maladies : maladies générales, affections du sang, du système nerveux, maladies viscérales (foie, estomac, reins). Un chapitre sur les urines dans la grossesse termine ce livre très pratique

(1) Die Vererbung der Syphilis, par le docteur RUDOLF MATZENAUER, deux brochures extraites des *Archiv f. Dermat. u. Syphilis* et du *Wien. klin. Wochens.*, organe de la Société des médecins de Vienne. Braumüller, Wien und Leipzig, 1903.

(2) In-18 jésus cart. avec 39 fig. et 1 pl. en couleur. Prix : 7 francs. — Paris, Vigot frères, 1903.

et qui contient une foule de renseignements généralement ignorés ou mal connus, et pourtant indispensables.

L. BABONNEIX.

L'alimentation lactée chez le nouveau-né (1), par le docteur L. BUTTE, préface par le docteur PORAK.

Ce petit livre est divisé en trois parties. La première comprend l'étude du *lait*, envisagé en tant qu'aliment. Après avoir rappelé l'anatomie des organes lactifères et la physiologie de la sécrétion lactée, l'auteur étudie les caractères physiques et chimiques du lait, et les diverses variétés du lait. Il est en effet indispensable, lorsqu'on supprime le lait de femme et qu'on veut le remplacer par du lait de vache, de chèvre, de brebis, etc., de connaître la composition et les propriétés exactes de ces différents laits. M. le docteur Butte résume donc ces propriétés, puis il aborde l'étude des laits modifiés : lait stérilisé, lait maternisé, peptonisé, condensé, etc. Sur chacune de ces questions il nous expose, dit-il simplement, l'état actuel de la science et le résultat de son expérience personnelle.

Les chapitres ultérieurs sont consacrés à l'*allaitement au sein* et à l'*allaitement artificiel*. Il nous est d'autant plus agréable de louer ces articles, dus respectivement à MM. Dubrisay et Dhomont, que nous les avons, il y a déjà quelques mois, longuement analysés dans la *Gazette* (2). Ils contribuent à donner au livre de M. Butte le caractère pratique qui manque si souvent aux ouvrages analogues.

Comme le dit dans sa préface M. le docteur Porak, le savant accoucheur en chef de la Maternité : « Ce volume s'adresse à toutes les personnes qui ont à s'occuper de l'élevage des enfants. Elles y trouveront exposés, aussi brièvement que possible, tous les renseignements dont elles ont besoin. »

L. BABONNEIX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lille.* — M. et Mme Ledieu-Dupaix (de Lille) ont fait un don manuel de 31 000 francs, pour une partie servir à assurer le traitement d'un agrégé de chirurgie pendant neuf ans, et le surplus, par ses arrérages, permettre la création d'un prix à accorder au meilleur travail de chirurgie urinaire.

Écoles de médecine. — *Amiens.* — Un concours s'ouvrira le 21 mars 1904 devant la Faculté de médecine de Lille pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Asiles d'aliénés. — M. le docteur Chocreaux vient d'être nommé directeur médecin en chef de l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre).

Guerre. — Par décision ministérielle du 4 août 1903 :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Augry, désigné pour le 6e d'infanterie ; — Merciolle, pour le 6e de dragons.

— Un décret, en date du 18 juillet 1903, porte qu'au cas où des officiers du service de santé des troupes coloniales seraient détachés dans les ports de commerce du Havre, de Nantes, de Bordeaux et de Marseille, les suppléments de fonctions prévus pour ces derniers par le tarif n° 20 annexé au décret du 23 décembre 1897 sur la solde ne leur seraient pas attribués, ces allocations étant supprimées.

(1) In-18 de xii-184 p., cart. Prix : 3 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval, 1903.

(2) *Gaz. des hôpit.*, 1902, p. 1065 et 1089.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Bellile, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur l'*Iéna* (escadre de la Méditerranée).

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (professeur : M. Dieulafoy). — *Les méthodes de laboratoire appliquées à la clinique.* — Un cours pratique, comportant l'exposé complet des procédés de recherches bactérioscopiques, cytoscopiques, uroscopiques et hémastocopiques applicables au diagnostic clinique, aura lieu à l'époque des vacances, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, avec le concours de MM. les docteurs Griffon et Lœper, chefs de laboratoire, et Gouraud, ancien interne.

Les leçons, suivies de travaux pratiques, commenceront le lundi 21 septembre, à trois heures de l'après-midi, et continueront tous les jours, sauf le dimanche, pendant dix-huit jours.

Programme du cours. — 21 septembre : Chimisme gastrique. Analyse quantitative, M. Gouraud.

22 septembre : Chimisme gastrique. Analyse quantitative, M. Gouraud.

23 septembre : Dosages (urée, azote total, phosphate total, phosphates terreux, chlorures), M. Gouraud.

24 septembre : L'examen des urines et le fonctionnement rénal : albumine, cytoscopie, cryoscopie, bleu de méthylène, M. Gouraud.

25 septembre : L'examen des urines et le fonctionnement hépatique : pigments biliaires, urobiline, acides biliaires, glycosurie alimentaire, M. Gouraud.

26 septembre : L'examen des urines et la nutrition dans les maladies générales aiguës et chroniques : dosage du sucre ; interprétation des coefficients urinaires, M. Gouraud.

28 septembre : Etude physico-chimique du sang normal. Densité. Alcalinimétrie. Coagulation, M. Lœper.

29 septembre : Etude bactérioscopique du pus (examen direct), cultures aérobies et anaérobies, inoculation aux animaux, M. Griffon.

30 septembre : Les sérums et les liquides organiques normaux et pathologiques. Toxicité. Ferments, M. Lœper.

1er octobre : Analyse bactériologique des crachats, M. Griffon.

2 octobre : Les globules rouges : numération, résistance globulaire, hémochromométrie. Anémies. Purpuras, M. Lœper.

3 octobre : Diagnostic bactérioscopique des angines, M. Griffon.

5 octobre : Les globules blancs : équilibre leucocytaire. Granulations. Glycogénèse, M. Lœper.

6 octobre : Bactérioscopie des lésions de l'appareil génito-urinaire et de la peau, M. Griffon.

7 octobre : Formules hémoleucocytaires des maladies infectieuses et des intoxications. Valeur diagnostique et pronostique, M. Lœper.

8 octobre : Analyse bactériologique du sang et des sérosités. Ponction lombaire. Cytodiagnostic, M. Griffon.

9 octobre : Le sang dans quelques maladies chroniques ; cancers, splénomégalies, leucémies, M. Lœper.

10 octobre : Le séro-diagnostic, M. Griffon.

Le droit de laboratoire à verser est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Institut de médecine légale et de psychiatrie (Comité de direction : le doyen, le professeur de médecine légale, le professeur de clinique des maladies mentales). — I. *Cours théorique de médecine légale.* — M. le docteur Thoinot, agrégé, commencera ce cours au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, le vendredi 6 novembre 1903, à six heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

II. *Cours pratique de médecine légale.* — Ce cours commencera

à la Morgue, le mercredi 4 novembre 1903, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les mercredis, M. le professeur Brouardel. — Les vendredis, M. le docteur Descout, chef du laboratoire de médecine légale. — Les lundis, M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

III. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.* — Ces conférences seront faites au laboratoire de toxicologte (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), et auront lieu, à dater du samedi 7 novembre 1903, les mardis, jeudis et samedis.

Les jeudis, à 4 heures, M. le docteur Descout, chef du laboratoire de médecine légale. — Les mardis, à trois heures, M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — Les samedis, à trois heures, M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

IV. *Cours théorique de psychiatrie.* — M. le docteur Roy, chef de clinique des maladies mentales, commencera ce cours, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le vendredi 6 novembre 1903, à dix heures, et le continuera les mardis et les vendredis suivants, à la même heure, pendant les mois de novembre, décembre et janvier.

V. *Cours clinique de psychiatrie.* — M. le professeur Jouffroy commencera ce cours à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le samedi 14 novembre 1903, à dix heures, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

VI. *Cours théorique de psychiatrie médico-légale.* — M. le docteur Dupré, agrégé, commencera ce cours le mardi 2 février 1904, à dix heures, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

VII *Examens de malades et rédactions d'observations ou de rapports.* — MM. les docteurs Roy et Parant, chefs de clinique des maladies mentales, dirigeront ces exercices pratiques, qui se feront à la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, les lundis et jeudis, à neuf heures et demie, et commenceront le lundi 16 novembre 1903, à la même heure.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'institut de médecine légale et de psychiatrie : les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français (titulaires de seize inscriptions) et étrangers, seront admis à suivre les cours et conférences de l'institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Les droits à verser sont : 1 droit d'immatriculation, 20 francs ; 1 droit de bibliothèque, 10 francs ; 4 droits trimestriels de laboratoire à 75 francs, soit 300 francs ; 1 droit d'examen, 100 francs.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J. Bouquet, ancien député des Bouches-du-Rhône ; Hurst, médecin principal de première classe de la réserve ; Laumonier (de Vernoil) ; Jean Roger, inspecteur général du conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte, décédé à Gauderan.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets directs de Paris à Royat et à Vichy.* — La voie la plus courte et la plus rapide, pour se rendre de Paris à Royat, est la voie Nevers-Clermont-Ferrand.

Prix : de Paris à Royat, 1re classe, 47 fr. 70 ; 2e classe, 32 fr. 20 ; 3e classe, 21 francs ; — de Paris à Vichy, 1re classe, 40 fr. 90 ; 2e classe, 27 fr. 60 ; 3e classe, 18 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Un cas de grenouillette sublinguale, son origine congénitale, par Léon IMBERT et Emile JEANBRAU, professeurs agrégés à la Faculté de médecine. — Montpellier, imprimerie Delord-Bœhm et Martial.

Calcul vésical à symptomatologie anormale (communication faite à la sixième session de l'Association française d'urologie, Paris 1902), par le docteur Léon IMBERT. — Clermont, imprimerie Daix frères.

Sur la pathogénie de la grenouillette commune, par les docteurs Léon IMBERT et Emile JEANBRAU. — Montpellier, imprimerie Delord-Bœhm et Martial.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.

LA MORT DANS LA CHORÉE

D'après M. VICQ (1).

Pour les premiers auteurs, Sydenham, Sauvage et Bouteille (de Manosque), qui ont étudié la chorée, cette affection se termine le plus souvent par la guérison complète, et, ce qui peut arriver de plus grave à la suite de la danse de Saint-Guy, c'est la récidive ou le passage à l'état chronique. On chercherait donc vainement dans les écrits de ces auteurs des cas de chorée fatale.

C'est Pritchard (1825) qui, le premier, signale des cas de chorée mortelle, qu'il rattache à une altération médullaire indéterminée. Courtois (1831) décrit les symptômes qui précèdent la mort, Jeanjaquet (1833) rapporte tous les cas publiés avant lui. Depuis cette époque, il n'est pour ainsi dire pas d'auteur qui n'ait observé des cas de chorée mortelle. Nous citerons seulement le mémoire de G. Sée, les tableaux annexés à l'article de M. Raymond (*Dict. Dechambre*, art. DANSE DE SAINT-GUY), les traités classiques, renvoyant pour plus de détails au très complet historique de la thèse de M. Vicq.

L'*anatomie pathologique* des chorées mortelles est encore très mal connue. « Le temps n'est plus où l'on se contentait, avec Froriep, d'attribuer la chorée à une irritation du bulbe et de la moelle cervicale supérieure produite par l'apophyse odontoïde hypertrophiée : on veut aujourd'hui des lésions plus discrètes et plus immédiatement en rapport avec la chorée elle-même. »

A l'autopsie des choréiques, on a trouvé une infinité de lésions absolument différentes et inconciliables quant à leur siège et quant à leur nature : lésions congestives ou même hémorragiques des enveloppes ou du névraxe, ramollissement de diverses parties du cerveau, altération des méninges, des plexus choroïdes, du cervelet, plaques calcaires des ganglions de la base, induration, hypertrophie de telle ou telle partie du système nerveux, si bien qu'aujourd'hui encore on est en droit de dire avec Blache que, de ces lésions disparates, on ne peut rien conclure, sinon « qu'elles ne sauraient être considérées comme la cause d'une maladie qu'on a observée le plus souvent sans aucune d'elles, et qu'on doit les regarder comme le résultat de simples coïncidences ou de complications ».

Ce qui vient encore compliquer le problème, c'est que les auteurs ont souvent fait rentrer de force, dans le cadre de la chorée essentielle, nombre de chorées symptomatiques et chroniques. Les cas cités par Andral, Dana, Cl. de Boyer, Golgi, Krœmer et Kelly, Rasteau, Georget, Headington, G. Sée doivent être légitimement distraits de la chorée vraie : ils ressortissent à la chorée chronique, aux chorées compliquées d'épilepsie, d'aliénation mentale, de manie, aux chorées symptomatiques si bien étudiées par M. Raymond.

Dans une seconde catégorie de faits, M. Vicq range tous les cas où l'on a trouvé des lésions non congestives du névraxe et de ses enveloppes.

En voici l'énumération exacte : *plaques calcaires du cervelet* (Bazin); *des plexus choroïdes* (Boscredon); *de la pie-mère* (Frank); *du centre ovale* (Brown); *du cerveau* (Guersant); — *méningite aiguë de la convexité* (de Beauvais); — *ossification de la pie-mère cérébrale* (Fargues); — *fausses membranes à la surface du cerveau* (Sœmmering, Lélut); — *atrophie des circonvolutions avec sclérose des noyaux gris* (Meynert); — *induration et hypertrophie du bulbe et de la moelle* (Bergeon, Hutin); — *lésions des tubercules quadrijumeaux* (Puccinotti, Serres). Que penser de ces altérations? Jouent-elles vraiment un rôle décisif dans la pathogénie des chorées mortelles?

L'auteur ne le pense pas. Tout d'abord, bon nombre des observations précédentes sont un peu confuses et leurs

(1) Th. de Paris, 1903, J. Rousset.

détails cliniques ne sont pas très convaincaints. Si l'on songe qu'elles ont été prises à une époque déjà éloignée où l'on confondait avec la chorée vraie, l'hystérie, l'épilepsie, la tétanie, la maladie des tics, les myoclonies, la maladie de Huntington, la chorée électrique, l'épilepsie bravais-jacksonienne, tous les tremblements, et encore quelques autres maladies, on comprendra qu'il soit permis d'hésiter avant de rattacher la chorée à telle ou telle des lésions qu'elles signalent. En fait, la plupart paraissent ressortir aux chorées symptomatiques. Certaines présentent des lésions situées au voisinage des faisceaux dont l'altération, comme l'ont montré Charcot et Raymond, détermine l'hémichorée. Pour d'autres, l'explication précédente n'est plus applicable dans toute sa rigueur et l'on est obligé d'admettre que les lésions observées retentissaient à distance sur le faisceau de l'hémichorée. En somme, ces observations ne paraissent pas avoir grande valeur : elles ne sont point démonstratives au point de vue clinique; — elles paraissent, pour un bon nombre, n'être que des chorées symptomatiques; — elles sont extrêmement disparates; — enfin et surtout, les lésions qu'elles signalent manquent dans la plupart des cas, on pourrait dire dans tous, depuis que l'on connaît mieux les caractères de la chorée vraie et qu'on en a séparé toutes les affections qui la simulaient. Ce second groupe doit donc être absolument éliminé de l'étude de la chorée vraie.

Que reste-t-il donc comme lésion dans les cas de chorée fatale? Il reste surtout des *lésions d'ordre circulatoire* : hyperhémie, hémorragie, ramollissement d'origine embolique.

L'*hyperhémie méningée*, *méningo-encéphalique*, *méningo-médullaire* est la lésion la plus fréquemment signalée dans les chorées mortelles (Babington, Brown, Fox, Handfield Jones et Peacock, Leudet, Meynert, Monod, Pritchard, Rœser, etc.). Ces lésions peuvent être généralisées à tout le névraxe et à ses enveloppes, et nombre d'auteurs signalent l'hyperhémie méningo-encéphalo-médullaire (Cartier, Dickinson, Fuller, Handford, Hutchinson, Lelion, Ogle, Roger, Rüssel, Spencer, Steiner, Thompson, Thore, Weir et Alken).

Ainsi les lésions les plus fréquemment observées au cours des chorées mortelles sont d'ordre congestif; elles sont localisées ou généralisées, peu accusées, ou tellement intenses qu'elles aboutissent à la production de véritables hémorragies. Quelle est leur valeur réelle?

On a admis souvent que ces lésions sont la cause de la chorée. Cette théorie est peu acceptable, « car la chorée, maladie spécifique, serait causée par les lésions les plus banales du système nerveux... Il existe bien d'autres maladies où l'on note de la vaso-dilatation des vaisseaux méningés et cérébro-médullaires, et dans aucun n'apparaissent les signes de la chorée. » Inversement, il existe un nombre élevé de cas où l'examen le plus minutieux du système nerveux, pratiqué par les auteurs les plus compétents, est resté absolument négatif (Barrier, Bright, Damaschino, Charcot, Dufossé, Denigès, Gerhardt, Gombault, Grisolle, Guinon, Hache, Hevkin, Maynier, Ollivier). On ne peut donc admettre que les lésions congestives sont la cause de la chorée puisque : 1° elles existent dans quantité de maladies indépendantes de la chorée; 2° elles manquent souvent dans la chorée.

En somme, les diverses théories invoquées habituellement pour expliquer les symptômes et l'évolution des chorées graves sont absolument insuffisantes, et il vaut mieux avouer notre ignorance complète des lésions macroscopiques dans les cas de chorée mortelle.

Peut-on du moins, pour orienter ces recherches, se fonder sur les résultats de l'examen histologique? Ces résultats sont, eux aussi, très critiquables. Dana signale comme caractéristiques de la chorée essentielle, des lésions observées dans un cas de chorée symptomatique; Flechsig, Klein, Jakowenko considèrent certains corps spéciaux comme pathognomoniques de la chorée, et imméniatement Manassé les retrouve dans toutes sortes de maladies indépendantes de la chorée; Krömer, pour donner la formule histologique de la chorée aiguë, examine les pièces d'une femme de trente-cinq ans atteinte de chorée depuis l'âge de onze ans. En somme, la plupart des examens histologiques concernent des chorées chroniques et les rares qui ont trait à des chorées aiguës attribuent une importance de premier ordre à des lésions banales. L'histologie pathologique de la chorée reste donc à faire, et l'on peut tout au plus, à titre d'indication, signaler les lésions corticales étudiées par Türner. La chorée ne serait-elle pas liée à des altérations de l'écorce? C'est de ce côté que devront se porter les recherches ultérieures. Mais, à l'heure actuelle, on peut dire que l'anatomie pathologique des chorées mortelles, tant macroscopique que microscopique, est encore entourée du plus profond mystère.

Cliniquement, les chorées fatales évoluent de manière très variable suivant les cas, et les auteurs leur ont décrit de nombreuses modalités symptomatiques. Pour la clarté de la description, M. Vicq divise les cas de chorée mortelle en deux classes, suivant que la mort est survenue dans des *chorées simples* ou dans des *chorées compliquées*.

La mort s'observe dans un certain nombre de *chorées intenses*, *généralisées*. Cette façon de mourir, qui est la plus fréquente, est signalée par tous les classiques. Que la chorée ait été d'emblée généralisée ou qu'elle le soit devenue secondairement, une fois arrivée à la période d'état elle se traduit surtout par des mouvements d'une violence extrême généralisés à tous les muscles du corps. Il en résulte une agitation incessante, qui couduit les malades à l'inanition et à l'insomnie, qui s'accompagne souvent de troubles psychiques, de fièvre et de troubles généraux graves : sécheresse de la langue, diarrhée incoercible, tuméfaction du foie et de la rate, hypotension artérielle et irrégularités du pouls, albuminurie, dyspnée, etc. « Dans les cas où la chorée doit avoir une issue funeste, disent Rilliet et Barthez, on voit les mouvements acquérir progressivement une violence excessive; puis, subitement, la violence des contractions diminue pour faire place à des soubresauts des tendons... L'intelligence est abolie, les pupilles sont contractées, les mâchoires serrées, la respiration difficile... et la mort vient terminer la scène. » Souvent, dans ces cas, la peau se couvre, quelques heures avant la mort, d'une éruption scarlatiniforme, éruption qui a été signalée par MM. Malherbe et Guinon.

Dans d'autres cas, la chorée ne présentait aucune intensité anormale, l'état général était satisfaisant, lorsque brusquement, presque subitement, la mort survient. Le type de ces *chorées de moyenne intensité terminées par la mort subite* est fourni par l'observation bien connue de Leudet.

Lorsque la chorée est *compliquée*, la mort peut être due à des *troubles nerveux et circulatoires* : asystolie, péri ou endocardites aiguës, signalées dans nombre d'observations; troubles psychiques (délire); hémorragie cérébrale (Buchanan, Baxter); rhumatisme cérébral (Cadet de Gassicourt et Hennequin); manie aiguë (Hebb, Powell). Le coma termine le plus souvent ces formes particulièrement sévères de chorée. La mort peut aussi être causée par des *troubles respi-*

ratoires : asphyxie due aux contractions incessantes et incoordonnées des muscles respiratoires; apoplexie pulmonaire; épanchement pleural; pneumonie. La mort par *troubles digestifs* est exceptionnelle : signalons seulement le noma, apparu à la faveur d'excoriations de la langue et des lèvres (Tuckwell), la dilatation aiguë paralytique de l'estomac (Brown).

D'autres fois, la mort est le fait d'infections surajoutées. Ces cas ont été magistralement étudiés par Trousseau : « Sans cesse agités par des mouvements désordonnés et violents, les malades se frappent à chaque instant au bois, au fer de leur couchette ; ils se donnent des contusions profondes qui s'enflamment et deviennent le point de départ de phlegmons, d'érythèmes phlegmoneux, ou bien ils s'écorchent. Littéralement, ils usent leur peau par les frottements continuels avec les draps qui les couvrent et qu'ils mettent en lambeaux : il en résulte d'horribles plaies qui creusent de plus en plus les téguments, arrivent jusqu'aux saillies osseuses... et l'on peut s'imaginer les conséquences que vont avoir ces horribles lésions, en raison des douleurs qu'elles occasionnent, des immenses suppurations dont elles sont le siège... Les malades meurent consumés par une fièvre analogue à celle qui enlève les malades atteints de larges brûlures. »

Ces infections secondaires, plus rares maintenant que du temps de Trousseau, ont une importance clinique considérable : elles sont la cause immédiate de la mort dans bon nombre de cas.

Enfin, dans une dernière catégorie de faits, la mort est due à une *infection intercurrente* : tuberculose, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde.

En somme, on peut mourir de chorée sans complications ou de chorée compliquée. Dans le premier cas, la mort peut être le fait de l'*épuisement*, et alors elle vient terminer des chorées graves, intenses, généralisées; elle peut aussi survenir *subitement* dans les chorées de moyenne intensité. Dans le second cas, la mort peut être due à une complication *cardiaque* : endocardite, péricardite, asystolie; nerveuse : manie aiguë, apoplexie, coma; *digestive* : dilatation aiguë de l'estomac; *respiratoire* : pnemonie, pleurésie, asphyxie; ou être occasionnée par une *infection surajoutée* développée à la faveur des excoriations cutanées : abcès et phlegmons des membres, gangrènes, septicémie, ou de l'état choréique : tuberculose, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde. Et, de cette brève énumération ressort cette conséquence pratique qu'il faut toujours, même dans la chorée bénigne, réserver un peu son pronostic, car on ne peut jamais savoir à l'avance si une chorée, légère au début, ne s'aggravera pas plus tard ou si elle ne viendra pas se compliquer de désordres circulatoires ou nerveux assez intenses pour amener la mort. L. B.

EMPYÈME PAR L'INCISION VERTICALE POSTÉRIEURE

Par le médecin principal MOTY,
Médecin en chef de l'hôpital militaire Saint-Martin,
Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

L'observation qui suit vient à l'appui de la communication que j'ai faite au dernier Congrès de chirurgie sur l'incision verticale postérieure dans l'empyème :

Voici le résumé de cette observation :

T..., sergent au 23e d'infanterie coloniale, trente et un ans, entre à l'hôpital militaire Saint-Martin le 12 avril 1902 pour pleurésie droite. Ses antécédents sont les suivants : scarlatine en 1894, fièvres palustres en 1895; en 1902, amaigrissement, sueurs nocturnes. Actuellement dyspnée, signes de pleurésie à droite, bacilles dans les crachats.

Trois ponctions évacuatrices, faites avec l'appareil Potain, donnent chacune 1 litre de pus à pneumocoques; la température, qui dépassait 40 degrés à l'entrée, revient à la normale le 5 mai après une courbe irrégulière, mais l'état général reste mauvais et le facies du malade, évacué le 28 mai dans le service des blessés, donne l'impression d'une pleurésie tuberculeuse grave et impose un pronostic réservc. La température s'est relevée et l'aspect cachectique du patient me fait différer l'intervention pendant quarante-huit heures.

Le 29 mai, après cocaïnisation locale, je pratique une incision verticale de 12 centimètres, à trois doigts de la ligne épineuse et au niveau de l'angle de l'omoplate; le malade étant assis sur son lit, les bras portés en avant, il est facile d'explorer les espaces intercostaux, de choisir le plus large, de gratter avec la pointe du bistouri le bord supérieur de la côte sous-jacente à l'espace choisi qui est le huitième, d'enfoncer la sonde cannelée dans la plèvre, de débrider à droite et à gauche sur une petite étendue et d'engager vivement l'index dans la cavité thoracique. Gros drains, décubitus dorsal, pansement une heure après.

Les suites furent simples, chute immédiate de la température, relèvement graduel de l'état général; injections de naphtol camphré toutes les semaines à partir du 10 juin, suppression du drain le 4 juillet et cicatrisation consécutive rapide; aucune poussée congestive des poumons pendant l'oblitération de la plèvre (le malade avait été soumis dès le début à des doses d'arséniate de soude variant de 1 à 3 centigrammes).

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est qu'il s'agit d'un tuberculeux de trente et un ans, qui semblait au premier abord destiné à conserver indéfiniment une fistule pleurale et qui n'en a pas moins guéri normalement. La déclivité de l'incision postérieure ne me paraît pas étrangère à cet heureux résultat, mais j'ajoute qu'il n'y avait pas pneumothorax et que l'épanchement n'était pas assez ancien pour avoir détruit l'élasticité du poumon.

Je ne voudrais pas répéter ici les arguments que j'ai fait valoir en faveur de l'incision postérieure, défendue également par mon collègue Walther; mais je saisis l'occasion de m'élever contre l'opinion qui représente le poumon comme refoulé par l'épanchement dans la gouttière costo-vertébrale; c'est contre le médiastin que s'applique normalement le poumon rétracté, et il n'y a pas à craindre de le blesser en ouvrant la partie postérieure des espaces intercostaux. Si, cependant, des adhérences préalables l'avaient fixé dans ce point, on le reconnaîtrait par la percussion et l'auscultation, et, en cas de doute, une ponction avec la seringue de Pravaz permettrait de reconnaître le liquide d'une manière certaine.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Inoculations au singe de l'agent du chancre mou, par Egon TOMASCZEWSKI. (*Deuts. med. Wochens.*, 25 juin 1903, p. 466.) — L'auteur a inoculé dans la peau du ventre de deux singes d'epèces différentes des cultures sur sang gélosé de bacille du chancre mou.

Chez le premier animal, six jours après l'inoculation se développèrent des ulcérations; dans ces ulcérations existait

en abondance un bacille qui présentait sur les cultures tous les caractères du bacille de Ducrey et qui, inoculé à l'homme, reproduisait un chancre mou typique. Onze jours après l'inoculation, les ulcérations observées chez le singe avaient tous les caractères cliniques du chancre mou; seule, la réaction ganglionnaire manquait. L'animal succomba le quatorzième jour; les ulcérations n'avaient montré aucune tendance à la guérison.

Le deuxième animal présenta également six jours après l'inoculation des ulcérations, mais cette fois bien moins profondes, et avec peu de réaction inflammatoire. Le bacille de Ducrey s'y trouvait en petite quantité, les ulcérations rétrocédèrent spontanément et rapidement. L'animal succomba au bout de dix-sept jours.

L'auteur fait remarquer que toutes les races de singes ne réagissent vraisemblablement pas de la même façon à l'inoculation du bacille de Ducrey. Cela expliquerait les résultats un peu différents observés chez les deux animaux; Nicolle avait déjà noté de pareilles dissemblances chez des singes de différentes espèces. A. LEMIERRE.

Sur un cas d'endocardite gonococcique, par Egon Ritter von Freudl. (*Wien. klin. Wochens.*, 2 juillet 1903, p. 789.) — L'auteur rapporte l'observation d'un homme qui, quatre mois après le début d'une blennorragie, présenta les signes d'une endocardite aiguë localisée à l'orifice aortique. La mort survint le troisième jour de cette complication par collapsus cardiaque. L'examen histologique des végétations endocarditiques montra l'existence, dans les coupes, du gonocoque à l'état de pureté; l'ensemencement de ces végétations donna du gonocoque en cultures pures.

L'auteur insiste sur la rapidité de l'évolution et sur l'absence de complications articulaires qui coïncident habituellement avec les localisations du gonocoque sur l'endocarde. Il fait également remarquer que dans son cas personnel le gonocoque existait à l'état de pureté dans les végétations, tandis que dans la plupart des observations publiées le gonocoque était associé le plus souvent au staphylocoque pyogène. A. LEMIERRE.

OPHTALMOLOGIE

Amblyopie toxique due à l'abus du café. (Wing. *Ann. of ophtalmol.*, avril 1903, p. 232.). — Un jeune homme bien portant et vigoureux présenta, en janvier 1902, des troubles visuels inquiétants. Sa vue baissa si rapidement et à un tel degré qu'il dut interrompre ses études. A l'examen direct, on put s'assurer que la conjonctive, la cornée, le cristallin, le corps vitré avaient leur aspect normal, à droite et à gauche. Les pupilles présentaient une légère dilatation et réagissaient avec lenteur. Les papilles étaient congestionnées. Le champ visuel était notablement rétréci. Après information, on apprit que le jeune homme avait l'habitude de prendre chaque jour six ou huit tasses d'une infusion de café très concentrée. Le malade cessa complètement de prendre du café et on lui administra aussitôt de la strychnine. Dans l'espace de huit jours, la vision s'améliora d'une façon très appréciable et le champ visuel s'élargit notablement. Au mois de septembre suivant, le sujet put reprendre le cours de ses études et on n'observa pas de récidive de l'amblyopie grave dont il avait souffert. A. HOUSQUAINS.

CHIRURGIE

L'extirpation du thymus, par K. Basch. (*Wien. klin. Wochens.*, 30 juillet 1903, n° 21, p. 893.) — Pour étudier la physiologie du thymus, l'auteur a pratiqué l'extirpation totale de cet organe chez des jeunes chiens, ainsi que l'avait déjà fait Friedleben en 1858; il a essayé également de le détruire en injectant directement de la paraffine dans le parenchyme glandulaire et il a obtenu les mêmes résultats que par l'extirpation.

Il a ainsi constaté une action indéniable du thymus sur l'ossification. Tandis que, chez un chien normal, on constate, huit ou dix jours après la production d'une fracture, l'existence d'un cal volumineux, au bout du même laps de temps le cal fait complètement défaut chez l'animal privé de thymus. Il se passe là quelque chose qui rappelle ce qu'on observe chez les enfants rachitiques. La résistance des os, après l'ablation du thymus, devient moindre et les fractures sont plus faciles à provoquer. Le volume du cal osseux est proportionnel au volume du thymus chez les animaux normaux et au volume de ce qui reste parfois de thymus chez les opérés.

Il semble donc qu'il y ait une relation directe entre le volume du thymus et l'énergie du travail d'ossification.

L'ablation du thymus chez les chiens est suivie d'une augmentation de la teneur des urines en sels calcaires. Ceux-ci atteignent souvent le quadruple du chiffre ordinaire.

Lorqu'on provoque des fractures pendant les premières semaines qui suivent l'extirpation du thymus, les différences de volume des cals osseux, avec ceux des animaux sains, sont beaucoup moins marquées que lorsqu'on occasionne ces fractures un ou deux mois après l'opération. Il semble donc que le produit de la sécrétion interne du thymus persiste encore dans la circulation assez longtemps après la suppression de la glande.

L'auteur n'a constaté aucun nouveau phénomène quand il faisait suivre l'extirpation du thymus de celle de la rate et des capsules surrénales.

Enfin, il a tenté de greffer le thymus dans la cavité péritonéale et sous la peau. Les greffes péritonéales ont bien pris et ont augmenté de volume. Au contraire, les greffes sous-cutanées ont été résorbées rapidement; cette résorption a été suivie d'accidents d'intoxication intense : paralysie des membres postérieurs et convulsions généralisées aboutissant à la mort; ces accidents sont en tous points semblables à ceux que l'on provoque en injectant à un lapin ou à un chien une émulsion de thymus de chien ou de veau.

L'étude anatomique des os chez les animaux privés de thymus montre les particularités suivantes : ils sont plus mous, plus richement vascularisés; la ligne épiphysaire est plus large, plus irrégulière que dans les os sains; la cavité médullaire est plus large, les lamelles osseuses sont moins denses; en un mot, ces os présentent sur les os sains un retard dans leur évolution et leur calcification. Au niveau des fractures, on ne constate qu'un mince cal périostique et dans la cavité médullaire le travail de réparation est à peine ébauché. A. LEMIERRE.

ANTHROPOLOGIE

La castration chez l'homme et les modifications qu'elle apporte, par M. Eug. Pittard, note présentée par M. Laveran. (*C. R. de l'Acad. des sc.*, 1903, n° 23.) — « On possède déjà quelques indications anthropométriques, très clairsemées, et quelques renseignements descriptifs, relatifs aux modifications causées par la castration. La présente étude apporte une importante contribution à la connaissance de ces modifications. Elle est basée sur l'examen de trente hommes appartenant à la secte de Skoptzy.

Cette secte religieuse est formée, en l'espèce, presque entièrement par des Grands-Russiens ou Velikorousses. Elle a été fondée vers le milieu du XVIII[e] siècle. Elle comprend des individus dont la castration est complète ou incomplète. Lorsqu'elle est complète, la verge et les testicules sont enlevés (en un ou deux temps). Quand elle est incomplète, un testicule seul ou les deux sont enlevés. Les châtrés complets s'appellent les *blanches colombes*; seuls, ils sont dignes de monter sur le *cheval blanc* de l'Apocalypse.

Les Skoptzy ont été violemment poursuivis en Russie, où la secte a pris naissance. Dans le Dobrodja, où ceux qui figurent ici ont été étudiés, ils vivent paisiblement dans quelques hameaux.

L'étude anthropométrique de ces trente individus (hommes) permet d'émettre les conclusions suivantes :

1° Chez les individus châtrés avant l'apparition de la puberté, l'enlèvement des testicules amène une augmentation de la taille. Cette augmentation est assez sensible pour que la stature moyenne des eunuques dépasse, et de beaucoup, celle du groupe ethnique auquel ils appartiennent;

2° Dans cette augmentation de la taille, c'est le membre inférieur qui prend la plus forte part. Le buste se développe relativement peu, tandis que les jambes, au contraire, s'allongent beaucoup.

Ces faits ont déjà été relevés chez quelques géants et dans des squelettes, hélas! très rares, d'eunuques.

Le rapport de la grandeur du membre inférieur au buste est bien plus grand, à taille égale, chez les châtrés que chez les individus normaux;

3° La longueur des membres supérieurs est aussi relativement plus grande chez les châtrés que chez les normaux;

4° Au contraire, la hauteur de la tête est relativement plus petite chez les châtrés que chez les normaux;

5° Le diamètre antéro-postérieur maximum du crâne, qui, normalement, suit une marche d'accroissement proportionnel à la taille, présente chez les eunuques Skoptzy un développement inversement proportionnel;

6° Le diamètre transversal maximum du crâne, de même que le diamètre antéro-postérieur, suit un développement inversement proportionnel à l'élévation de la taille;

7° La castration restreint donc la croissance du crâne. Elle restreint donc aussi la croissance de l'encéphale;

8° Elle retarde ou restreint aussi la croissance du front dans le sens transversal. Le développement du frontal minimum qui est, chez les normaux, proportionnel à l'élévation de la taille, devient inversement proportionnel;

9° La castration fait ressentir ses effets sur le développement en hauteur du crâne (diamètre auriculo-bregmatique). Ce développement est ordinairement inversement proportionnel par rapport à la taille. Cet ordre de croissance demeure, mais il subit un retard;

10° Elle amène un retard et probablement un arrêt à un certain moment dans le développement latéral de la face (représenté par les diamètres bijugal et bizygomatique) et dans celui de la hauteur du visage. C'est surtout la partie inférieure du visage qui serait affectée, et probablement, en particulier, la hauteur du corps du maxillaire inférieur;

11° Chez les castrés, la région ophryaque paraît moins développée;

12° La castration cause un arrêt dans la croissance du nez, surtout en hauteur;

13° Elle semble, au contraire, produire un allongement du pavillon de l'oreille.

En résumé, et sans qu'il soit possible, avec un tel matériel d'études, de saisir le processus modificateur dû à la castration, nous pouvons dire que :

I. Cette opération diminue, retarde ou restreint la croissance absolue et relative du buste, de la tête, du crâne dans ses trois dimensions principales, du front, de la face, latéralement et en hauteur;

II. Cette opération augmente ou accélère la croissance absolue et relative de la taille en totalité, celle du membre inférieur, du membre supérieur, probablement de l'oreille. »

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Dans le *Prager med. Wochens.*, n° 16, le docteur Stein signale les excellents résultats obtenus avec la théocine dans quelques cas d'affections du cœur et de ses valvules. Sous l'influence de trois fois 30 centigrammes par jour, il a vu la diurèse de 400 à 600 centimètres cubes s'élever à 2, 3 et même 6 litres par jour. Dans un cas de péritonite tuberculeuse, la théocine est restée sans effet. Le docteur Stein n'a jamais constaté les effets secondaires désagréables signalés par quelques auteurs, et il termine en recommandant la théocine qui se caractérise comme un diurétique remarquable.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de toxicologie (1), par L. Lewin; traduit et annoté par G. Pouchet.

Cet ouvrage n'est pas une simple traduction du *Traité de toxicologie* : c'est une nouvelle édition, enrichie d'additions de l'auteur et d'annotations du traducteur, additions et annotations rendues nécessaires par le développement croissant des sciences toxicologiques.

C'est que la toxicologie prend de jour en jour plus d'importance. Ses rapports avec la *médecine légale* se sont accrus dans ces dernières années « par suite des procédés plus parfaits imaginés pour la recherche chimique des poisons et à cause du progrès funeste des intoxications chroniques par des substances enivrantes ». L'*hygiène industrielle* commence, elle aussi, à sentir la nécessité de connaissances toxicologiques : on emploie aujourd'hui une foule de substances nouvellement découvertes, dont les propriétés physiologiques sont encore mal connues, et qui peuvent causer, aussi bien chez ceux qui les produisent que chez ceux qui les consomment, des accidents plus ou moins sérieux. La *clinique médicale* enfin et surtout, profite de la toxicologie : le nombre des intoxications médicamenteuses croît de jour en jour, la neurologie, la psychiatrie, l'ophtalmologie sont constamment obligées de recourir à la toxicologie, et le temps n'est pas loin où, avec M. Lewin, on pourra dire : « Toute intoxication est une maladie locale ou générale, toute maladie de cause interne est une intoxication locale ou générale. »

Le livre de M. Lewin, traduit par M. Pouchet, contient l'exposé complet de toutes les substances toxiques actuellement connues : il commence par des généralités sur les poisons : *mode d'action des poisons*, *causes* et *statistique des empoisonnements*, *diagnostic des intoxications aiguës et chroniques sur le vivant et après la mort; traitement des empoisonnements.* Les chapitres suivants traitent de chaque poison en particulier : oxyde de carbone, acide carbonique, phosphore, arsenic, antimoine, bismuth, mercure, alcaloïdes, poisons bactériens, pour ne citer que les principaux. Une planche chromo-lithographique et des figures illustrent cette œuvre considérable, qui constitue le premier travail d'ensemble sur la toxicologie.

L. BABONNEIX.

Technique et indication des médications usuelles (2), par le docteur G. Lemoine.

Les médications usuelles sont souvent les plus mal connues, et le praticien est parfois fort embarrassé lorsqu'il doit donner au malade des indications précises sur la façon de poser un vésicatoire, sur la manière d'appliquer des

(1) Gr. in-8° de 1128 p., avec fig. dans le texte et 1 pl. chromo-lithographique hors texte. Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Vigot frères.

sangsues, sur les précautions à prendre lorsqu'il prescrit telle ou telle méthode hydrothérapique.

Aussi M. Lemoine, dont nos lecteurs connaissent déjà les excellents ouvrages didactiques, a-t-il songé à réunir en un livre tous les renseignements utiles au médecin en ce qui concerne les médications usuelles. Il étudie successivement les *révulsifs* : teinture d'iode, sinapismes, thapsia, huile de croton, pointes de feu, vésicatoires; les agents de la *médication dérivative* : saignée, ventouses sèches et scarifiées, sangsues, maniluves et pédiluues, purgatifs, lavements; les *ponctions* : ponction pleurale, péricardique, abdominale, lombaire, sacrée, et les mouchetures ; le *lavage des voies digestives* : lavage de l'estomac et de l'intestin; les *médications balnéaire*, *hypodermique*, *apéritive*, *tonique*, *vomitive*, *hypnotique*; les *médications anti-hémorragiques*. Nous ne saurions trop recommander la lecture de ce livre dont chaque chapitre, clairement écrit et simplement présenté, constitue une véritable monographie de chacune des médications usuelles, et où le praticien trouvera, avec des indications thérapeutiques précises, tous les renseignements techniques nécessaires.

L. BABONNEIX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lyon.* — Une nouvelle place d'agrégé (section d'accouchements) vient d'être créée.

Guerre. — Réserve et armée territoriale. — Par décret en date du 4 août 1903, rendu par le président de la République, sur le rapport du ministre de la Guerre, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Rouflay, Delmas, Lepage et Bar.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités Gorsse, Aubert, Lecomte, Schrapf.

MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Le Rouvillais et Carette.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Ferrandi, Ucciani, Salvetot, Crémion-Menuau, Woirhaye, Riff, Baills, Boiron, Francou et Comte.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Boursiac, Mariau et Quenet.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Thouvenin, Duplan, Gelin, Delestre, Guego, Robelin, Millot, Dethan, Petit, Ruyssen, Delvart, Courmontagne, Cottenseau, Lubetski, Terre, Jalaguier, Combes, Le Roy des Barres, Aboulker, Villa, Tesson, Obrecht, Clerc, Ferrand, Maury (F.), Gleize, Rousseau, Maury (P.), Duché, Brisson, Rascol, Pérès, Révérend du Mesnil, Blanchet, Perrossier, Esmonet, Granel, Roche, Agniel, Eonnet, Clausse, Balmelle, Bourgeois, Lacapère, Blanquinque, Grivot, Frarier, Mayet, Bonjour, Odinet, Le Guiner, Le Prieur, Piot, Lancien, Dassonville, Guichard, Judet, Quillier, Sagols, Chevalier, Péchin, Charpy, Carrier de Boissy, Dromard, Varay, Dupé, Baty, Mousset, Espézel, Vurpas, Febvre, Bardon, de Saint-Mathieu, Gaubert, Niort, Petit, Rousse, Roy, Delannoy, Mesmain, Benoit, Couvreur, Laborde, Mancel, Marcellin, Guiot, Tostivint, Lenormant, Michel, Malosse, de Cazeneuve, Jourdanne, Besse, Parrot, Moussault, Aron, Guillemet, Dreyfus, Dubois, Bossis, Poupault, Letourneulx, Rabant, Tansard, Nougaro, Delphino, Aveline, Aronssohn, Maringer, Royer, Brassard, Espitalier, Tiphine, Gauquelin, Lemercier, Hentgen, Ravarit, Gros, Dupouy, Jacquet, Gavaudan, Maze, Curmer, Blandamour, Delafouchardière, Saux, Tissot, Petillon, Baumann, Pasquereau, Perrot, Labignette, Cadart, Aubery, Emptoz, Spire, Magniez, Kiener, Guillet, Ribis, Laprade, Rabier, Berthet, Vaissade, Wolters, Fazembat, Mayoud, O'Neill, Pozzo di Borgo, Teulet-Luziné, Savelli, Le Couedic, Nigoul, Jossand, Chambisseur, Bussilet, Desconseillez, Bertier, Chabaud, Arloing, Antoine, Attaix, Susbielle, Adda, Gros-Devaud, Lambert, Descos, Debidour, Braunberger, Ponroy, Demange, Baillon, Tolot, Couderc, Lévy, Prunier, Seguin, Girard, Chaumier, Bouisson, Battarel, Hermabessière, Legou, Laffargue, Meunier. Antoni, Pericat, Boursier, Lerouge, Duvergey, Fighiera, Davergne, Lecoconnier, Alamagny, Dervaux, Dénoyès, Dufoix, Longeau-Lagrange, Guérin, Turin, Laurent, Le Monnier, Kermarrec, Sabatier, Bernasconi, Xech, Delteil, Hautefeuille, Perdu, Carles, Martin, Poirier, Margerid, Gobinet. Chamaillard, Savornin, Escluse, Gahinet, Breitel, Houdart, Regerat, Fargues, Souihlé, Alayrac, Calas, Guichot, Nègre, Fiévet, Cruet, Renoult, Trébeneau, Joré d'Arces, Figuiera (C.), Glatard, Leyna de la Jarrige, Darbousse, Dartigues, Felhoen, Bruant, Aton, Etchepare, Warin, Roux, Roumagoux, Barthes, Isay, Granier, Triol, Peytoureau, Leblanc, Crespin, Chavialle.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 8 août 1903, ont été affectés, savoir :

En Indo-Chine. — M. le médecin principal de deuxième classe André, dit Duvignaud, remplira les fonctions de directeur du service de santé de l'Annam (hors cadres); M. le médecin-major de deuxième classe Rey et M. le médecin aide-major de première classe Normet serviront au 3e tirailleurs annamites, 1er bataillon, en Cochinchine; M. le médecin aide-major de première classe Lucas, en service au 1er d'artillerie coloniale.

En Afrique occidentale française. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Cambours-Mouflet et Dutigny, en service le premier au 23e et le second au 8e d'infanterie coloniale.

En Nouvelle-Calédonie. — M. le médecin-major de deuxième classe Bonain au 2e d'infanterie coloniale servira hors cadres; MM. les médecins aides-majors de première classe Rousseau (A.) et Rogé, en service le premier au 1er d'artillerie coloniale et le second au 23e d'infanterie coloniale.

A la Guyane. — M. le médecin aide-major de première classe Gibert, en service au 24e d'infanterie coloniale.

A Madagascar. — M. le médecin-major de deuxième classe Hotchkiss, en service au 2e d'artillerie coloniale.

En France. — Médecin-major de première classe : au 24e d'infanterie coloniale, M. Alquier.

Médecins-majors de deuxième classe : au 23e d'infanterie coloniale, M. Lefèvre; au 7e d'infanterie coloniale, MM. Ferrandini et Nielsen; au 22e d'infanterie coloniale, M. Marotte; au 4e d'infanterie coloniale, M. Chartres.

Médecins aides-majors de première classe : au 21e d'infanterie coloniale, M. Vivie; au 2e d'artillerie coloniale à Cherbourg, M. Margain; à la disposition du ministre des Colonies pour être détaché à l'institut Pasteur à Lille, M. Noc; au 22e d'infanterie coloniale, M. Latour; au 23e d'infanterie coloniale, M. Heusch.

Institut Pasteur. — Le cours et les manipulations du service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (quatrième année) commenceront en novembre.

Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels.

S'adresser, pour renseignements, à l'Institut Pasteur, 26, rue Dutot.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chalot, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Vacances de 1903. Trains spéciaux à prix réduits.* — 1° *Paris à Clermont-Ferrand.* — Aller : départ de Paris, le 11 août à 11 h. 5 soir, arrivée à Clermont, le 12 août à 9 h. 7 matin. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires, sauf les express, du 15 au 26 août inclus.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 38 francs ; 3e classe, 21 francs.

2° *Paris à Berne et Zermatt.* — Aller : départ de Paris le 17 août à 4 h. 20 soir ; arrivée à Berne, le 18 août à 8 h. matin ; arrivée à Zermatt, le 18 août à 5 h. 35 soir. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains omnibus ordinaires et les express 42, 46 et 62, du 21 août au 2 septembre inclus.

Prix (aller et retour) : Berne, 2e classe, 50 francs, 3e classe, 29 francs ; Zermatt, 2e classe, 68 francs, 3e classe, 41 francs.

3° *Paris à Aix-les-Bains et Chambéry.* — Aller : départ de Paris, le 18 août à 11 h. 5 soir ; arrivée à Aix-les-Bains, le 19 août à 11 h. 54 ; arrivée à Chambéry, le 19 août à midi 19. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains omnibus ordinaires et les express 42, 46 et 62.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 54 francs, 3e classe, 29 francs.

4° *Paris à Genève.* — Aller : départ de Paris, le 21 août à 4 h. 20 soir, arrivée à Genève, le 22 août à 6 h. 23 matin. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains omnibus ordinaires et les express 42, 46 et 62.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 57 francs ; 3e classe, 31 francs.

Pour plus amples renseignements, voir les affiches et prospectus publiés par la Compagnie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les tumeurs malignes du rein chez l'enfant et l'adulte, par Léon Imbert, professeur à la Faculté de médecine. — Montpellier, imprimerie Delord-Bœhm et Martial.

L'arsenal urinaire du praticien, par Léon Imbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Montpellier, imprimerie Delord-Bœhm et Martial.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

LE TRANSIT STOMACAL

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Nous avons dit dans une précédente étude quels sont les renseignements utiles pour la clinique que peut fournir la détermination du chimisme stomacal.

Beaucoup de personnes, en apparence bien portantes et jouissant d'une digestion excellente, ont en réalité un chimisme gastrique dont les chiffres s'éloignent sensiblement des moyennes physiologiques. C'est que l'intestin et ses glandes annexes ont pour l'élaboration des substances nutritives une importance beaucoup plus grande encore que l'estomac, et que la compensation peut ainsi facilement s'établir. Cette compensation ne peut se faire toutefois que si l'état de la motricité le permet, que si le contenu stomacal peut parvenir facilement dans le duodénum. D'autre part, les viciations marquées de l'évacuation du contenu de l'estomac amènent toujours des conséquences relativement graves ; douleurs, troubles de sécrétion, vomissements, etc.

En somme, la viciation de la motricité et le retard dans l'évacuation de l'estomac qui en est la suite, ont dans la physiologie pathologique de l'estomac une grande importance et il serait très utile de pouvoir les évaluer dans l'étude des différents cas de dyspepsie.

Malheureusement, nous n'avons pas, pour l'appréciation de la motricité de l'estomac et de son évacuation, de méthode aussi précise que celle qui permet de déterminer la valeur chimique de sa sécrétion.

Par l'examen extérieur on peut constater sa dilatation plus ou moins marquée, la présence dans sa cavité de liquide en quantité excessive et pendant trop longtemps. On peut se rendre compte que, dans certains cas, l'estomac ne se vide pas complètement pendant la nuit. L'usage de la sonde permet de déterminer quelle est la quantité et quelles sont les qualités du liquide de stase, quelle est l'abondance et la nature des détritus alimentaires qui y séjournent.

Ces renseignements ont une incontestable valeur. Combinés avec ceux fournis par l'examen chimique du liquide stomacal de stase, ou de l'échantillon prélevé après repas d'épreuve, ils permettent déjà d'établir, en clinique, l'existence de grandes catégories de faits dissemblables comportant un pronostic et une thérapeutique différents.

Ce sont :

a. Les faits dans lesquels l'estomac s'évacue lentement, tardivement, sans cependant qu'il y ait de liquide ou de détritus alimentaires dans sa cavité le matin à jeun ;

b. Les faits dans lesquels on constate le matin à jeun la présence d'une certaine quantité de liquide avec fort peu de détritus alimentaires;

c. Ceux enfin, dans lesquels il existe une stase permanente considérable avec séjour prolongé de détritus alimentaires dans l'estomac.

a. Les premiers de ces faits s'expliquent, croit-on, par de l'atonie musculaire de l'estomac. Il y a souvent en même temps une ptose marquée des divers viscères abdominaux, de la région pylorique et pré-pylorique de l'estomac;

b. La seconde catégorie comprend le plus grand nombre de faits de syndrome de Reichmann. Or, nous savons maintenant, depuis les opérations faites par Hartmann sur les malades de Soupault, que le syndrome de Reichmann correspond le plus souvent, sinon toujours, au spasme du pylore dû à l'existence d'un ulcus à l'orifice pylorique même ou dans son voisinage. Parfois encore, il y a, comme l'a indiqué Hayem, une sténose incomplète, consécutive le plus souvent à un ancien ulcus;

c. Lorsqu'il y a stase considérable, séjour et accumulation de détritus alimentaires dans l'estomac, on doit conclure à une sténose serrée du pylore, quelle qu'en soit du reste la cause intrinsèque ou extrinsèque. Les vomissements abondants et tardifs, la présence dans certains cas de contractions péristaltiques visibles viennent souvent confirmer un diagnostic que le simple examen extérieur rendait déjà presque certain.

Dans les cas de ce genre, l'hyperchlorhydrie appartient beaucoup plutôt à la sténose d'origine ulcéreuse et l'hypochlorhydrie à la sténose cancéreuse. Rappelons, comme nous l'avons dit en parlant ici du tubo-gavage (1), que la

(1) *Gaz. des hôpit.*, 6 janv. 1903.

persistance de poudre de viande au bout de vingt-quatre heures donne une présomption très grande de la nature cancéreuse de la lésion.

C'est quelque chose que d'avoir pu établir ces différents types de motricité retardée, et de pouvoir reconnaître que tel ou tel cas de dyspepsie ou de gastropathie leur appartient. Toutefois, la classification n'est nette que pour les cas accentués; mais il existe des cas intermédiaires pour lesquels le jugement est difficile. Enfin, parmi les faits de la même catégorie il y a des degrés; dans l'évolution du même fait il y a des périodes, de telle sorte qu'il serait extrêmement important d'avoir des points de repère plus précis, et de pouvoir ajouter des échelons à une échelle très longue qui n'en compte actuellement que trois trop écartés les uns des autres.

Lorsqu'à l'aide de la sonde on évacue le contenu stomacal, on n'est jamais certain que cette évacuation a été complète. Si l'on pratique le lavage, il est assez difficile de se rendre compte de la proportion du liquide et des résidus ramenés de l'estomac. La méthode Mathieu-Rémond permet de déterminer exactement la quantité de liquide contenue dans l'estomac. On a aussi eu l'idée de pratiquer des lavages successifs jusqu'à ce que l'eau revînt parfaitement claire, de faire évaporer tout ce liquide et de peser le résidu. Il est certain qu'on peut avoir ainsi une idée assez exacte de la façon dont s'est faite l'évacuation du contenu de l'estomac après un repas d'épreuve. Mais l'examen ne porte que sur les solides et non sur le liquide. On a peut-être une idée de la tendance au retard de l'évacuation, on ne sait pas ce qu'a été ce qu'on peut appeler le *transit gastrique*.

Pour juger complètement ce transit, il convient de déterminer combien des substances liquides et solides, introduites dans l'estomac, ont traversé le pylore, quelle quantité de liquide de sécrétion a été produite et évacuée dans le duodénum.

A. Mathieu et Hallot, pour rechercher les principaux éléments du transit stomacal, se servent de l'huile émulsionnée dans le liquide du repas d'épreuve. Ils ajoutent 20 grammes d'huile d'olive finement émulsionnée au thé du repas Ewald. Au bout d'une heure, ils déterminent, grâce à la méthode Mathieu et Rémond, combien il y a de liquide dans l'estomac après un certain laps de temps. En mesurant la quantité d'huile non évacuée, ils peuvent calculer facilement combien il a dû persister de ce liquide primitif, combien il en a été évacué, combien il s'y est ajouté de liquide de sécrétion. Il suffirait, après des lavages successifs, de déterminer la quantité de pain non évacué, pour avoir sur la motricité et sur le transit stomacal des données très précises. En établissant de semblables évaluations en série, de demi-heure en demi-heure, on peut établir une courbe de sécrétion et de transit stomacal.

Malheureusement l'emploi de cette méthode présente une grande cause d'erreur : la facilité avec laquelle dans certains cas se désémulsionne l'huile incorporée au repas d'épreuve. L'émulsion paraît quelquefois avoir persisté d'une façon parfaite, d'autres fois, il est évident que l'émulsion n'a pas tenu et dès lors, si l'on établissait les calculs, on ne pourrait accorder aucune confiance aux chiffres obtenus.

La peur d'une erreur de ce genre a empêché A. Mathieu et Laboulais de publier les résultats obtenus dans une assez longue série de faits observés.

Sahli (de Berne) a cherché à perfectionner ce procédé. Il déclare obtenir une émulsion beaucoup plus stable en se servant de beurre et d'une bouillie de farine très cuite. Laboulais a fait des essais au laboratoire de l'hôpital Andral avec la méthode de Sahli. Il lui a bien semblé que l'émulsion du beurre était en effet plus stable que celle de l'huile; mais elle ne se maintient cependant pas dans tous les cas.

Il ne faut pas toutefois renoncer à obtenir un résultat satisfaisant en appliquant le principe de cette méthode.

Il s'agit de trouver une substance parfaitement soluble ou parfaitement miscible au liquide stomacal, n'influençant pas la digestion, non résorbée par la muqueuse stomacale et que l'on puisse doser facilement et exactement.

L'huile ou la graisse émulsionnée répondraient à tous ces desiderata si l'émulsion était parfaitement stable, malheureusement elle ne l'est dans l'estomac que d'une façon capricieuse.

Le jour où, soit par cette méthode perfectionnée, soit par toute autre, on pourra mesurer le transit gastrique comme on mesure son chimisme, le jour où on pourra comparer l'influence respective et réciproque de la sécrétion et de la motricité, la physiologie pathologique de l'estomac aura fait en avant un pas très important. Il est très vraisemblable que les notions établies auront pour conséquence un grand progrès dans la thérapeutique des gastropathies.

HOTEL-DIEU DE MONT-SAINT-MARTIN

CURE RAPIDE DES BRULURES PAR FILS MÉTALLIQUES INCANDESCENTS

Par le docteur S. Szczypiorski [de Mont-Saint-Martin, près Longwy] (1).

Les ouvriers tréfileurs sont souvent atteints de brûlures plus ou moins profondes occasionnées par les fils métalliques incandescents qu'ils sont appelés à manier.

A la suite des perfectionnements apportés récemment à l'outillage, les sections par fils n'amènent plus ces amputations des membres, ces décapitations, ces sections du corps en deux que j'observais encore il y a quelquè dix ans, par contre les brûlures moins profondes sont encore relativement fréquentes.

Comme ces brûlures sont occasionnées par le contact plus ou moins prolongé d'un fil incandescent *en mouvement*, celui-ci, faisant office d'une scie, coupe tout sur son passage, peau, muscles, tendons, nerfs, vaisseaux, voire même os. Ces sections sont linéaires; leurs bords sont rôtis sur une largeur de plusieurs millimètres quelquefois, selon le calibre du fil et le degré de son incandescence. Il est superflu de dire qu'une plaie de cette nature ne saigne jamais.

Que faut-il faire lorsqu'on est en présence d'une pareille brûlure? Appliquer différents topiques? On doit alors s'armer de patience, attendre la chute des escares et favoriser la cicatrisation lente par bourgeonnement. Pour obtenir quoi? Une cicatrice irrégulière et parfois difforme et, en cas de sections musculaires, nerveuses ou tendineuses, des impotences fonctionnelles plus ou moins accentuées et souvent irréparables.

J'ai pensé qu'il y avait mieux à faire, et voici quelle est ma pratique dans ces cas depuis cinq ans environ. Après la

(1) Cette note a été l'objet d'un rapport à la Société de chirurgie, lu par M. le professeur agrégé Lejars, dans la séance du 8 juillet 1903.

désinfection très rigoureuse et très large de tout le champ traumatique, j'excise aux ciseaux ou au bistouri tous les tissus cautérisés, en commençant par la peau. Tout ce qui est brûlé est enlevé. Si l'os se trouve entamé, j'en abrase à la curette tranchante ou à la gouge les parties mortifiées. J'obtiens ainsi une plaie cruentée que je pourrai traiter tout à l'heure par la suture immédiate, en reconstituant les rapports normaux des différents organes sectionnés. En procédant ainsi j'abrège considérablement la durée du traitement, je restitue aux tissus leurs fonctions primitives et je ramène la cicatrice à sa plus simple expression.

Cette pratique ne peut, évidemment, s'appliquer aussi aisément aux très larges cautérisations qui devraient nécessiter des autoplasties compliquées; elle s'applique uniquement aux sections par fil d'un calibre peu élevé (10 à 15 millimètres de diamètre), dont le pouvoir calorique n'a pu irradier sur une zone par trop étendue.

Je cite à titre d'exemples quelques-unes de mes observations.

Observation I. — Le jeune Eugène C..., âgé de vingt ans, ouvrier au train-fil, fait une fausse manœuvre et reçoit le fil d'acier incandescent à l'avant-bras droit. Il s'agit d'une section transversale longue de huit centimètres environ, à trois travers de doigt au-dessous de l'articulation du coude, à la face postérieure de l'avant-bras, d'une section intéressant la peau, l'aponévrose antibrachiale et le muscle extenseur commun des doigts. Les bords des parties sectionnées sont rôtis. L'action comburante du fil s'étend à 5 millimètres environ de chaque côté de la section. Au delà les tissus paraissent absolument sains. L'accident est survenu le 19 septembre 1898. Le lendemain après avoir réséqué toutes les parties brûlées, cutanées, aponévrotiques et musculaires, je suture le muscle et l'aponévrose avec de la soie fine et la peau avec le crin de Florence; pansement à la gaze iodoformée.

Huit jours après, je supprime les fils cutanés. Réunion par première intention.

La guérison fut très rapide, et déjà le 17 octobre, c'est-à-dire pas même un mois après l'accident, le blessé reprenait son poste à l'usine.

J'ai revu le blessé cinq mois plus tard. La cicatrice était linéaire, souple, non adhérente aux parties profondes. Les fonctions du membre ne se ressentaient aucunement de l'accident.

Ce cas fut le point de départ de la méthode dont cette note fait l'objet.

Obs. II. — Lucien G..., vingt-cinq ans. Section par fil rouge d'acier de toutes les parties molles y compris le périoste au tiers inférieur de la face interne de la jambe gauche. Direction transversale; longueur 9 à 10 centimètres; largeur de la brûlure de chaque côté de la section, 6 millimètres environ. Accident du 18 octobre 1900. Entré à l'Hôtel-Dieu de Mont-Saint-Martin le même jour. Excision des tissus mortifiés. Suture immédiate. Réunion par première intention. Sorti guéri le 11 décembre 1900. Suites fonctionnelles absolument parfaites.

Obs. III. — Charles M..., dix-huit ans. Accident du 20 février 1903. Plaie profonde transversale, longue de 8 centimètres environ, au tiers inférieur de la jambe gauche, face interne; section du tendon du muscle jambier postérieur, du périoste et mortification superficielle du tibia. Résection des parties cautérisées, 4 millimètres, sur chaque lèvre. Ablation à la gouge du tissu osseux brûlé. Suture à la soie fine du périoste et du tendon du jambier postérieur, et de la peau au crin de Florence. Réunion par première intention. Quitte l'hôpital le 11 mars 1903 guéri. Absence de suites fonctionnelles. Cicatrice linéaire non adhérente aux tissus profonds. Légère dépression à l'endroit où l'os a été abrasé.

A PROPOS DE VÉSICATOIRES

Par le docteur Georges Dupont, d'Yzernay (Maine-et-Loire).

Lorsque, pour la première fois, il y a vingt-deux ans, j'entrai dans un service d'hôpital, j'eus l'honneur et le véritable plaisir d'assister à une leçon clinique faite par un jeune suppléant, aujourd'hui professeur très distingué d'une grande école de province.

Avec une éloquence naturelle doublée par une conviction profonde, le savant clinicien nous déclara, tout net, qu'il fallait, de toute nécessité, renoncer au vésicatoire canthari-dien, parce qu'il était inutile, douloureux et dangereux. C'était bien dit, bien déduit, et d'une logique qui me semblait irréfutable. J'en fus béant d'admiration : mon séjour à Paris ne fit que corroborer mes idées proscriptives contre le « vésicatoire ». Dans la Ville-Lumière, nul thérapeute ne prononça, même, ce nom maudit, devant moi.

Aussi, à mon retour dans mon pays natal, dans mon petit trou du bocage choletais, je regardais en pitié les vieux confrères voisins, qui usaient, et même abusaient peut-être un peu, du vésicatoire. Quel tenace aveuglement, pensais-je, et quelles hécatombes de malheureux qu'on pourrait sauver, par la simple abstention!!

Grande fut donc ma stupéfaction, quand je vis dix, quinze, vingt vésicatoires appliqués sans mon assentiment, ou même contre mon ordre formel, ne produire aucun accident appréciable, mais peut être, plutôt, parfois (horresco referens), quelque effet favorable. J'en étais suffoqué, mais ne voulais pas du tout me rendre à l'évidence, me répétant à satiété, sur mon bon cheval, le long des routes poudreuses ou des chemins rocailleux : « Le vésicatoire est inutile, douloureux et dangereux. »

Reprenons, aujourd'hui, ces trois termes :

1° Inutile? — Peut-être; est-ce parfaitement sûr? Au point de vue théorique, son action thérapeutique peut se défendre, puisque M. Ferrand, autrefois, et, tout récemment, M. Albert Robin l'ont énergiquement et scientifiquement défendu. Quant à moi, je ne suis pas assez versé dans la théorie de la leucocytose et de la phagocytose, ni dans les expériences sur les échanges et le chimisme respiratoires, pour donner mon avis à ce sujet. Mais il me semble que, puisqu'elle n'est pas absurde, c'est à chaque médecin, dans sa pratique, et par son observation personnelle, de se faire une idée, personnelle aussi, sur cette médication. Pour ma part, je crois qu'après avoir trop demandé au vésicatoire, on ne lui demande pas assez; et je ne rougis plus d'y avoir recours en certaines circonstances...

2° Douloureux? — Sans doute... Pourtant, bien que je n'en aie, heureusement, aucune expérience personnelle, je ne crois pas que la douleur de la vésication soit aussi vive qu'on veut bien le dire. Elle est, en tout cas, très allègrement supportée par des femmes, des enfants; et j'ai vu, plus d'une fois, des hommes partir à leur travail des champs, immédiatement après la levée d'un large vésicatoire. D'ailleurs n'y a-t-il pas d'autres médications douloureuses, qui sont très en honneur : pointes de feu, injections mercurielles, etc.? Je ne pense donc pas que la douleur, qu'il provoque, soit une raison suffisante, pour faire abandonner le vésicatoire, lorsqu'on le croit utile.

3° Dangereux? — Oh! assurément bien peu... J'ai, depuis quinze ans, tenu un état statistique très exact à ce sujet. Il en résulte que j'ai pu contempler, hier, la deux mille six cent vingt-cinquième plaie produite, dans ma clientèle, par un vésicatoire cantharidien — vous avez bien lu : la deux mille six cent vingt-cinquième plaie... Et ne croyez pas que j'en sois venu à prescrire, abusivement, le vésicatoire... non; mais, à mon arrivée dans ce pays, c'était un remède populaire, employé, à tort et à travers, pour toutes sortes de maux. Dans une seule semaine de décembre 1890, au cours d'une épidémie grave d'influenza, j'ai vu quarante-huit vésicatoires, les trois quarts appliqués sans ordonnance préalable. J'ai vu mettre des « emplâtres de mouche », suivant l'expression consacrée, sur des lymphangites, sur des furoncles, sur des abcès, sur des phlébites, sur des eczémas, sur des morsures d'insectes, ou d'animaux quelconques, etc. Aujourd'hui encore, malgré mes efforts incessants, depuis de longues années, pour en empêcher l'usage, au moins sans avis médical préalable, il n'est à peu près personne ici, qui, souffrant d'une toux plus ou moins opiniâtre, d'une douleur plus ou moins tenace, ne commence par « se coller un emplâtre, ou deux », avant de consulter l'homme de l'art.

Eh bien! sur ce nombre énorme de vésicatoires, appliqués sans le moindre discernement, durant vingt-quatre heures quelquefois, en tous les points de la surface cutanée, sur des individus de tout sexe, de tout âge (depuis quelques semaines jusqu'à quatre-vingt-dix ans), et de toutes conditions, je ne pourrais citer qu'un seul cas, dans lequel la mort a pu être attribuée à la vésication cantharidienne. Il s'agissait d'un enfant de dix-huit mois, albuminurique et œdématié, à la suite d'une varicelle, auquel la mère avait appliqué, durant douze heures, un vésicatoire de 5 centimètres carrés « de son bon chef et pour tirer le vrin » (*sic*), m'a-t-elle dit. Franchement, cette mort ne peut être mise à la charge du vésicatoire, pas plus que les empoisonnements de nourrissons par la tisane de pavots ne peuvent, loyalement, être mis à la charge de la médication opiacée.

En dehors de ce fait, je n'ai jamais vu aucun accident général sérieux : un peu plus de 8 p. 100 des sujets ont souffert d'une cystite cantharidienne très modérée, caractérisée par des envies plus ou moins fréquentes d'uriner, et des urines plus ou moins *légèrement* albumineuses, le tout durant de six à douze heures, une seule fois quarante-huit heures. L'*écrasante* majorité n'a accusé aucun symptôme quelconque d'intolérance pour la médication.

Quant aux accidents locaux, ils devraient, théoriquement, être de règle. En effet, la malpropreté de la peau est habituelle; le savonnage préalable n'est presque jamais pratiqué, étant considéré comme tout à fait superflu, sinon nuisible; le vésicatoire reste en place douze heures, au moins, en sorte qu'en enlevant le sparadrap on enlève aussi l'épiderme, et que le derme reste à nu, tout saignant, bien souvent; la plaie ainsi produite ne reçoit aucun soin antiseptique; elle est, tout simplement, pansée avec des feuilles de bette (poirée blonde commune) dont on enlève, au couteau, la nervure centrale, que l'on tapotte, pour les assouplir, avec des mains, le plus souvent mal lavées, et que l'on enduit de graisse douce (saindoux).

Malgré des conditions aussi défavorables, je n'ai observé que deux cas d'ulcérations graves de la plaie, ayant nécessité l'une deux mois, et l'autre six semaines de traitement. A part cela, il n'y a pas 2 p. 100 « d'emplâtrés » qui présentent une éruption furonculeuse consécutive peu sérieuse, ou quelques abcès sans importance. Le reste guérit avec la plus grande rapidité, et sans le moindre incident.

De tout ce qui précède, je me vois absolument *obligé* de conclure :

1° Que la médication par vésicatoire cantharidien, même employée en dépit du bon sens, n'amène que peu d'accidents;

2° Que bien peu de médicaments, si inoffensifs soient-ils, seraient susceptibles d'être ainsi maniés, sans plus d'inconvénients;

3° Qu'appliqué avec méthode et propreté, le vésicatoire ne donnerait aucun accident, pas plus, en tous cas, que toute médication active (opium, cocaïne, atropine, hyosciamine, aconitine, digitaline, etc.), que personne ne songe à supprimer;

4° Que tous les confrères, qui ont la foi, peuvent user, congrûment, d'emplâtres ou de sparadraps; de mouches d'Espagne, de Milan, ou autres lieux, en toute sûreté de conscience.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Guide professionnel et technique à l'usage des membres des sociétés d'assistance aux malades et blessés des armées de terre et de mer (1), par le docteur SAGRANDI, médecin-major.

Ce livre est divisé en deux parties : la première a trait à l'*instruction professionnelle* et concerne les notions relatives au rôle des sociétés d'assistance aux blessés en temps de paix et en temps de guerre, à l'organisation et à la hiérarchie du corps de santé militaire, au fonctionnement du service en campagne, etc. Dans une seconde, se placent toutes les connaissances *techniques* indispensables aux membres des sociétés d'assistance. Dans ce chapitre, intitulé : *Instruction technique*, l'auteur présente et met à la portée de ses lecteurs les théories pastoriennes; il explique les principes de l'hygiène, de l'asepsie et de l'antisepsie et donne quelques notions très simples sur les différentes maladies et sur la façon de les soigner.

Rédigé dans le seul but de guider et d'utiliser les bonnes volontés auxquelles l'expérience fait défaut, le *Guide professionnel et technique* du docteur Sagrandi est appelé à réussir auprès des lecteurs auxquels il s'adresse.

L. BABONNEIX.

Principes d'anatomie et de physiologie appliqués à la gymnastique (2), par le docteur ROBLOT.

En quelques pages simples et précises, M. le docteur Roblot résume le cours professé par lui à l'École de Joinville sur l'anatomie et la physiologie appliquées à la gymnastique. Les professionnels de la gymnastique ont besoin, non d'un livre savant et compliqué, mais de données élémentaires qui leur permettent d'utiliser au maximum les efforts physiques qu'ils fournissent et de comprendre le pourquoi de ces efforts; ils veulent, en d'autres termes, se servir d'une façon raisonnée et intelligente de la machine animale. C'est pour eux que le docteur Roblot a écrit un livre qui, comme l'a dit M. le docteur E. Monin, « est le compendium nécessaire, la base inévitable de tout enseignement gymnastique. »

L. BABONNEIX.

(1) In-18, avec 31 fig. Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

(2) 3e édition revue et augmentée, avec 49 fig. dans le texte. — Paris, Librairie scientifique et littéraire, 4, rue Antoine-Dubois.

Les accidents du travail. Guide du médecin expert en matière d'accidents du travail (1), par le docteur L. Becker; traduit par les docteurs L. Grellen et C. Moreau.

On sait toute l'importance qu'ont prise, en ces dernières années, les recherches médicales et juridiques relatives aux accidents du travail. Aussi M. Becker a-t-il eu l'idée de faire paraître, sur ce sujet, un traité qui constitue un véritable guide du médecin expert dans les questions, souvent si épineuses, que soulève la nouvelle législation. Le livre commence par un chapitre de généralités où l'auteur définit les accidents du travail et l'incapacité partielle ou totale de travail, étudie les moyens de dépister la simulation et enseigne comment il faut procéder à une expertise médicale.

Dans un second chapitre, M. Becker passe en revue les différentes maladies : traumatismes avec toutes leurs complications (érysipèle, septicémie, pyohémie, ostéomyélites, tétanos, thromboses et embolies consécutives aux fractures, tuberculoses viscérales, cutanées, ostéo-articulaires; delirium tremens; diabète; névroses et lésions organiques du système nerveux); traumatismes craniens, cervicaux; traumatismes thoraciques et abdominaux; traumatismes des membres. Il est difficile d'analyser ce livre, qui consiste presque uniquement dans l'examen médico-légal de questions spéciales, mais il faut signaler le nombre et la valeur des documents qui y sont contenus. Et ceux qui ont déjà eu l'occasion d'être embarrassés à propos de la loi sur les accidents du travail, y trouveront, avec l'exposé de la jurisprudence, tous les renseignements utiles pour donner un avis inattaquable.

L. BABONNEIX.

Le lait. Les théories pasteuriennes appliquées à l'industrie laitière. Pasteurisation et stérilisation. Principales méthodes d'analyse. Fraudes et falsifications (2). Conférences faites à l'institut Pasteur, par le docteur Henri de Rothschild.

Dans le premier chapitre de cet opuscule, M. Henri de Rothschild résume les propriétés physiques et chimiques du lait et étudie brièvement les principales substances qui entrent dans la composition du lait : beurre, caséine et albumine, sucre de lait, substances minérales, ferment du sucre de lait et la caséine; il indique les maladies du lait et aussi les maladies qui peuvent se transmettre par le lait.

Le second chapitre est consacré à l'étude de la *pasteurisation* et de la *stérilisation*; l'auteur signale, en les exagérant quelque peu, les incontestables avantages du lait stérilisé : « En thérapeutique infantile, écrit-il dogmatiquement, on peut dire que le lait stérilisé est le spécifique de la gastro-entérite, comme le sérum de Roux est le spécifique de la diphtérie. »

Les *méthodes d'analyse du lait* occupent le troisième chapitre; méthodes rapides dont se servent les industriels pour se faire une opinion approximative sur la qualité d'un lait; méthodes exactes permettant seules de doser rigoureusement les différents éléments du lait. Enfin l'étude des *falsifications* du lait et des moyens pratiques de les reconnaître terminent cet opuscule qui, s'il ne présente que peu d'originalité, offre au moins le mérite d'être clair et complet.

L. BABONNEIX.

Sur les semicarbazides et leurs propriétés pharmacodynamiques (3), par A. Lumière, L. Lumière et J. Chevrotin.

Les auteurs étudient dans cette brochure les propriétés physiologiques de certaines semicarbazides, c'est-à-dire de corps dérivant de l'hydrazine d'urée. Les semicarbazides monosubstituées, employées à hautes doses, sont douées de propriétés antithermiques. A dose plus faible, elles ne paraissent pas agir sur la température des animaux normaux, mais elles abaissent d'une façon constante celle des animaux fébricitants.

La phénylsemicarbazide, employé à dose thérapeutique, ne modifie ni la respiration ni la pression artérielle, ni le pouls; elle ne trouble pas la digestion ni l'assimilation; la seule action qu'elle exerce sur l'économie est une action antipyrétique.

Les semicarbazides monosubstituées sont insolubles et inactives; les semicarbazides de la forme hydrazinique sont toxiques, par conséquent inutilisables; les semicarbazides disubstituées sont peu toxiques, mais aussi sans activité.

L. BABONNEIX.

Les déséquilibrés du système nerveux. Etude clinique et thérapeutique (1), par le docteur A. Raffray; préface du docteur H. Barth, médecin de l'hôpital Necker.

Les déséquilibrés du système nerveux sont légion; ce sont eux qui présentent ces symptômes si étranges, si complexes, si déroutants parfois, ce sont eux que l'on décrits dans ces traités classiques, sous les noms de neurasthéniques, de névropathes, d'hystériques ou simplement de nerveux. Ces dénominations vagues englobent une multitude d'états pathologiques différents dans leur nature comme dans leur expression clinique, et que le docteur Raffray essaye aujourd'hui de classer, d'exposer, et de guérir.

La déséquilibration peut tenir à des troubles cérébraux, ou bulbo-médullaires; elle peut encore tenir à des désordres fonctionnels des différents appareils : respiratoire, circulatoire, digestif, génito-urinaire, etc. Favorisée par l'hérédité morbide, cette déséquilibration n'est, pendant bien des années, qu'un simple trouble fonctionnel; mais, si on ne sait pas la soigner, elle finit par donner lieu à des altérations humorales qui conduisent elles-mêmes à des lésions organiques irrémédiables. D'où la nécessité d'un traitement préventif, tant psychique que physique, et d'un traitement curatif, qui s'adressera au repos sous toutes ses formes.

L. BABONNEIX.

Collectio ophtalmologica veterum auctorum Arnaldi de Villanove. Libellus regiminis de confortatione visu et Johannis de Casso. Tractatus de conservatione visus (2), par le docteur P. Panvier (d'Avignon).

C'est une vérité presque banale aujourd'hui qu'il n'y a plus guère que dans les vieux auteurs que l'on trouve des choses nouvelles. Aussi le docteur Panvier (d'Avignon) a-t-il eu l'idée de rééditer deux ouvrages bien oubliés, l'un d'Arnauld de Villeneuve, l'autre de Jean de Casso. Mais Arnauld de Villeneuve fut « surtout un copiste » et « son ouvrage ne contient rien de saillant », et quant à Jean de Casso, il s'est contenté « d'emprunter beaucoup à différents auteurs ». Aussi n'y aurait-il pas lieu de se féliciter de cette exhumation si elle ne nous avait valu quelques pages érudites et spirituelles de notre distingué confrère.

L. BABONNEIX.

Catalogue complet des thèses de doctorat de la Faculté de médecine de Bordeaux (3).

La librairie Robin vient de rassembler toutes les thèses de la Faculté de Bordeaux et de les ranger suivant un double classement, l'un par sujets traités, l'autre par nom d'auteur. Heureuse idée, qui sera appréciée comme il convient de

(1) Bruxelles, H. Lamertin, 20, rue du Marché-au-Bois.
(2) In-16 de 96 p. Prix : 1 fr. 60. — Paris, O. Doin.
(3) Lyon, Imprimerie Waltemer et Cie, 3, rue Stella.

(1) In-8°. — Paris, Asselin et Houzeau.
(2) Paris, J.-B. Baillière, 1903.
(3) Bordeaux, L. Robin. — Paris, Michalon.

tous ceux qui ont des recherches bibliographiques à faire, et qui visent avec raison à économiser leur temps et leur peine.

L. BABONNEIX.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. AUDOUIN. Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle. — M. ZICAS. Contribution à l'étude des épithéliomes branchiaux. — M. SAVIGNAC. L'ordonnance du tuberculeux. — M. PEYSSONNEAU. Etude sur le traitement intensif de la syphilis (injections intra-musculaires de quelques sels solubles de mercure). — M. BOUDINSKI. De l'inégalité pupillaire chez les aortiques. — M. SUBSOL. Essai sur l'étude du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie essentielle. — M. CUBERTAFON. Des arthrites tuberculeuses à forme rhumatismale. — M. FOURNIER. De la thrombose cardiaque dans la diphtérie. — M. MINELLE. L'alcool en thérapeutique infantile (maladies aiguës fébriles). — M. LANDRY. De la gravité du rhumatisme chez les enfants dans ses rapports avec les complications cardiaques; gravité des cardiopathies. — M. FAZEMBAT. Responsabilité légale des médecins traitants. — M. GALLOIT. État actuel de l'électro-diagnostic. — M. SAHUT. Abcès du sinus maxillaire. — M. BRAVY. Contribution à l'étude clinique des compressions médullaires. — M. COULON. De l'augmentation du poids dans les jours qui précèdent la mort du nourrisson. — M. MASSERET. De l'hystéropexie abdominale (technique, résultats). — M. DEVAUX. Lésions des annexes durant l'évolution des fibromes utérins. — M. RACLOT. Des alopécies du nouveau-né dans leurs rapports avec le traumatisme obstétrical. — M. DUC-DODON. Des fistules de la glande de Bartholin. — M. KIEFFER. Contribution à l'étude des complications de la gastro-entérostomie et des moyens de les éviter. — M. BIGEON. Des perforations traumatiques de l'estomac. — M. MAHOUDEAU. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de sels de mercure. — M. AUBRÉE. Le traitement mercuriel du tabes. — M. ÉTIENNE. De la phlébectomie dans les phlébites variqueuses des membres. — M. PROUST. Influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité sur la tuberculose pulmonaire. — M. LEGILLON. Sur quelques indications opératoires dans le ptosis. — M. PERNET. Les méningites. Etude statistique et clinique des cas observés à l'hôpital Trousseau pendant les années 1901-1902. — M. FLAMENCOURT. Les rayons X et l'exploration de l'aorte thoracique. — Mlle BROIDO. Agents pathogènes de la dysenterie. — M. BARRE. Asphyxie locale des extrémités et albuminurie. — M. DE LEON. Contribution à l'étude des cysticerques du cerveau. — M. SILHOL. L'examen du sang en chirurgie et en particulier au point de vue du diagnostic et pronostic de l'appendicite. — M. GUÉRIN. L'empyème vrai du sinus maxillaire; diagnostic différentiel avec la sinusite maxillaire chronique par la mesure de la capacité du sinus (signe de Mahu) et par la diaphanoscopie. — M. LORTAT-JACOB. L'iode et les moyens de défense de l'organisme. — M. MACÉ. Etude sur les mycœses expérimentales (aspergillose et saccharomycose). — M. BRUANDET. Infiltration épithéliale expérimentale. — M. MEILLERE. Le saturnisme. Etude historique, physiologique, clinique et prophylactique. — M. FOUCAUD. Fonction intestinales dans les affections de l'estomac. — M. BATISSE. Des formes graves de la péritonite à pneumocoques. — M. DE LA RUE. Des affections acquises de l'aorte chez l'enfant (orifice et crosse de l'aorte). — M. MESNIL. Les mères qui ne peuvent pas allaiter au sein leur enfant. — M. FRANÇOIS. Caractères et élevage des prématurés. — M. MARIETTE. Valeur séméiologique des modifications de l'utérus au début de la grossesse. — M. GIFFARD. De l'arrêt de la tête dernière en position directe, au détroit supérieur (difficulté de l'extraction). — M. JACOBSOHN. Du traitement de l'impétigo par le nitrage d'argent. — M. TISSIER. La Croix-Rouge française et les navires-hôpitaux pendant la campagne de Chine (1900-1901). — M. LANCE. Etude clinique sur l'exclusion de l'intestin. — M. TEILLET. Des accidents pleuro-pulmonaires pendant les suites de couches, le plus souvent précurseurs de la phlegmatia alba dolens. — M. ROGER. De la pleurésie purulente du nouveau-né. — M. BOURLOT. Contribution à l'étude de la périostite albumineuse. — M. PARIS. Contribution à l'étude des modifications sanguines chez l'enfant diphtérique traité par le sérum antidiphtérique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Le lundi 29 février 1904 il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux. Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 20 février.

Marine. — M. le médecin de première classe Nollet (H.-C.) du port de Toulon, est désigné pour remplir les fonctions de médecin résident à l'hôpital maritime de Brest.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Devez (de Cayenne).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Guesde (de la Guadeloupe) et Nicole (de Lambézellec).

Société de médecine de Toulouse (hôtel d'Assézat et de Clémence-Isaure). — *Programme des prix pour* 1904. — Prix de Mme Gaussail : « Malformation congénitale des organes génito-urinaires et de l'anus au point de vue chirurgical. » — Valeur du prix : 600 francs.

Programme des prix pour 1905. — Prix J. Naudin : « Des suppurations bacillaires chez les animaux. » — Valeur du prix : 400 francs.

Prix de Mme Gaussail : « Des modifications de la moelle osseuse dans les infections. » — Valeur du prix : 600 francs.

Médailles d'encouragement : Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre société savante (art. 31 des statuts).

Conditions générales des concours : Les mémoires écrits lisiblement, en français, sont seuls admis à concourir; ils devront être adressés franco à M. le secrétaire général, au siège de la Société (hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure, à Toulouse), avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les mémoires manuscrits sur sujets divers, destinés au concours des médailles d'encouragement, devront parvenir franco à M. le secrétaire général, avant le 1er mars de chaque année.

Les membres résidants de la Société ne peuvent pas prendre part aux divers concours.

Les étudiants en médecine y sont admis.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété; toutefois leurs auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au secrétaire général.

La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu du 1er au 15 mai.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la trentième et unième semaine 815 décès, au lieu de 764 pendant la semaine précédente (moyenne 916).

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 15).

La variole n'a causé que 1 décès (moyenne 13).

La rougeole a causé 6 décès (moyenne 13); la scarlatine, 1 (moyenne 3); la coqueluche, 5 décès (moyenne 8); la diphtérie, 6 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 69, au lieu de 78 pendant la précédente semaine (moyenne 43).

La diarrhée infantile a causé 101 décès de 0 à 1 an, au lieu de 49 pendant la semaine précédente (moyenne 125). La mortalité par diarrhée étant ordinairement considérable en cette saison, on ne saurait trop insister sur la nécessité de veiller tout particulièrement à l'alimentation des jeunes enfants et à la parfaite stérilisation du lait qui leur est donné.

En outre, 20 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 73 décès au lieu de 81 pendant la semaine précédente (moyenne 88). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 8 (moyenne 11); pneumonie, 19 (moyenne 22); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 43 (moyenne 49), dont 13 sont dus à la congestion pulmonaire et 23 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 196 décès; la méningite tuberculeuse, 15; la méningite simple, 19; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Feyat (de Pont-Lévêque).

Clinique Baudelocque. — M. G. Lepage, agrégé, commencera le vendredi 21 août, à dix heures du matin, des conférences de clinique obstétricale. Ces conférences auront lieu les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Note sur le traitement des tuberculoses chirurgicales par les courants de haute fréquence, par les docteurs Léon Imbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et J. Denoyès, préparateur du service d'électrothérapie et de radiographie. — Montpellier, imprimerie Delord-Bœhm et Martial.

Des sanatoriums ouverts et fermés, rapport au Congrès international d'hydrologie et climatologie de Grenoble (22 septembre 1902), par le docteur Marcellin Cazaux, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, médaille d'or de l'Académie de médecine (1902). — Paris, C. Naud.

Essai sur la psycho-physiologie des monstres humains, par N. Vaschide et Cl. Vurpas. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Rudeval.

Diagnostic des rétrécissements de l'urètre, par le docteur Léon Imbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — Montpellier, imprimerie Delord-Bœhm et Martial.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE

ÉPITHÉLIOMA TUBULÉ DU NEZ D'ASPECT GLANDULAIRE

A POINT DE DÉPART DANS LA COUCHE DE MALPIGHI

Par le docteur Paul VIGNARD,
Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

OBSERVATION. — *Tumeur végétante du dos du nez. Excision. Restauration de l'auvent nasal. — Histologiquement : Epithélioma tubulé d'aspect glandulaire à point de départ dans la couche de Malpighi. — « Carcinoma epitheliale adenoïdes » de Krompecher.* — Antoine R..., cinquante-quatre ans, entre à la clinique de M. le professeur Poncet le 16 mars 1903.

C'est un homme vigoureux, bien portant, qui exerce la profession de manœuvre dans une fabrique de bougies, et dont les antécédents héréditaires ou personnels ne méritent pas de fixer l'attention. Il raconte qu'il y a quatre ans apparut à la partie inférieure de la face dorsale du nez près de la pointe du lobule, une tumeur boutonneuse, acuminée et légèrement blanchâtre à son extrémité. Le malade amena son ulcération par des grattages répétés. Une croûte se forma, enlevée bientôt après, et ainsi de suite sans que le malade s'inquiétât autrement.

Il y a un an environ la tumeur, qui avait acquis le volume d'une noisette se mit à grossir plus rapidement, les hémorragies occasionnées par les grattages étaient plus abondantes et plus fréquentes, les croûtes qui se formaient dans l'intervalle des suintements plus noires et plus épaisses ; le malade les enlevait avec précaution par des lavages à l'eau chaude. Ce qui l'inquiétait surtout et ce qui détermina son arrivée à l'hôpital, ce fut l'accroissement très rapide de sa tumeur pendant les trois derniers mois.

Le malade se présente portant sur le lobule du nez une masse du volume d'un petit citron qui remonte sur le dos du nez presque jusqu'à la partie inférieure des os propres et déborde la pointe de l'organe d'environ 4 centimètres (fig. 1 et 2). Globuleuse mais non point piriforme et présentant une assez large base d'implantation, elle pend au-dessus de la lèvre supérieure qu'elle masque en partie, bouche complètement les narines et apporte une gêne assez sensible à la préhension des aliments, à la respiration et à l'émission des sons. Elle est particulièrement importune pour le malade lorsqu'il veut boire, car elle précède dans l'intérieur du verre les lèvres du malade. Peu lobulée, et ne rappelant pas à ce point de vue les hypertrophies acnéiques de l'extrémité inférieure du nez, elle présente une teinte générale assez uniforme, tirant sur le violet et piquetée régulièrement de petits points jaunâtres mais suppurants.

Elle est recouverte sur toute son étendue comme d'une mince pellicule qui rappelle assez bien une enveloppe de baudruche ou mieux encore une couche mince de collodion qui lui donne un aspect luisant, et des reflets. Par places, cette fine enveloppe a craqué comme un vernis et laisse apercevoir et toucher le tissu propre de la tumeur, dont la consistance est molle et comme spongieuse. Cependant on n'y perçoit aucun battement.

Cherche-t-on à la soulever, on s'aperçoit qu'elle est assise sur la pointe du nez, mais on a l'impression qu'elle n'adhère pas sur une surface aussi large que celle qu'elle mesure. On peut en la relevant dégager les orifices des narines et se rendre compte qu'ils ne sont occupés par aucun prolongement appréciable. Ganglions sous-maxillaires doubles, petits et non douloureux. Le malade, du fait de l'accroissement relativement assez lent de sa tumeur (puisque les débuts remontent à quatre ans), a fini par s'accoutumer assez bien à la gêne qu'elle lui occasionne, de même qu'aux plaisanteries qu'elle a pu lui susciter.

L'augmentation rapide et notable pendant ces trois derniers mois est seule parvenue à éveiller ses craintes. En outre il commence à être notablement incommodé par l'odeur fade et repoussante qu'il dégage, et qu'entretient sans cesse le suintement qui se résout petit à petit en la croûte vernissée que nous avons décrite. Après avoir éliminé rapidement le diagnostic d'acné hypertrophique ordinaire dont les caractères ne rappellent en rien ceux de la tumeur en question, et l'hypothèse d'une tumeur cancroïdale vulgaire dont les bourgeonnements ne vont pas sans ulcérations et destruction des tissus voisins, M. le professeur Poncet porte le diagnostic d'épithélioma végétant à point de départ probablement dans les glandes sébacées. Toutefois il attire notre attention sur les caractères un peu particuliers de cette tumeur, sur sa régularité de contours, son absence de lobulation nette, son encapsulement, sur cette sorte de mince pellicule transparente et luisante.

Le 23 mars le malade est endormi. Ablation des ganglions sous-maxillaires doubles. La tumeur est fendue en deux sur la ligne médiane pour voir quels sont ses rapports avec la

profondeur. Elle ne pénètre pas dans les fosses nasales, mais elle adhère intimement aux cartilages du nez et ceux-ci sont enlevés avec le néoplasme. Hémorragie extrêmement exubérante au départ s'est affaissée et apparaît beaucoup moins. Il n'y a pas trace de récidive. Le malade se déclare très satisfait de son état.



Fig. 1. — *Tumeur végétante, ulcérée de l'auvent nasal* (vue de face).



Fig. 2. — A R... *Tumeur végétante, ulcérée de l'auvent nasal* (vue de profil).

abondante, mais vite réprimée par la pose de quelques pinces et un tamponnement de courte durée. A ce moment tout l'auvent nasal a disparu, la cloison et la sous-cloison se dressent au centre de la plaie. Deux tubes rigides sont introduits dans les narines.

On taille alors sur les côtés du nez, dans la région nasogénienne, deux lambeaux quadrilatères qui sont disséqués profondément jusqu'à ce qu'ils arrivent à se réunir sur la ligne médiane. Ils sont alors suturés aux téguments qui bordaient les orifices des narines et recouvraient la sous-cloison. La réunion s'est faite par première intention et le malade quitte le service au bout de vingt jours c'est-à-dire le 5 avril. Le résultat esthétique est très satisfaisant. On recommande au malade de dilater progressivement les orifices des fosses nasales.

Il a été revu deux mois après, la cicatrice un peu

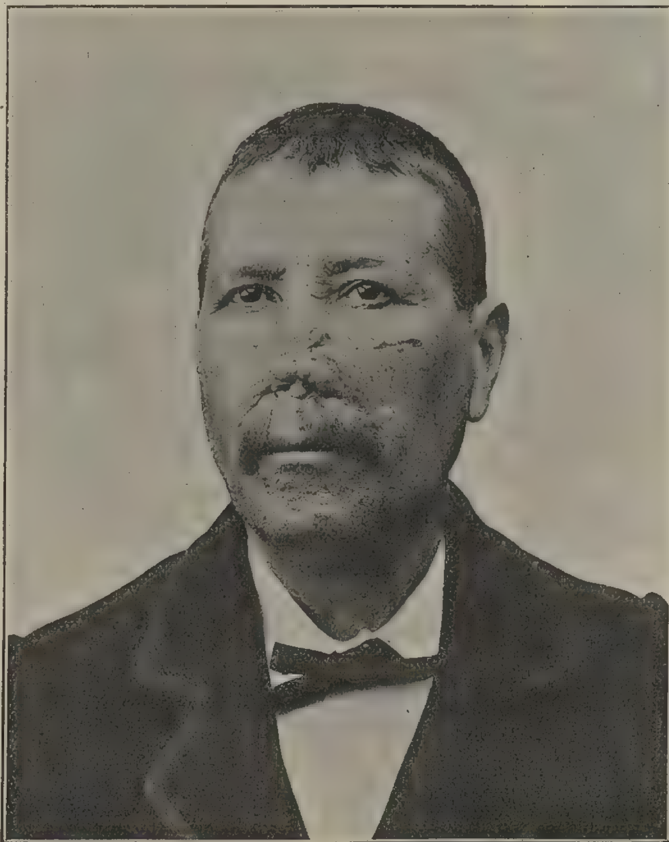


Fig. 3. — A R... Trois mois après l'opération.

La photographie ci-jointe permet mieux que toute description de juger du résultat (fig. 3).

Des coupes de la tumeur ont été pratiquées au laboratoire de la clinique et colorées à l'éosine hématoxylique. Au microscope on voit au sein d'un tissu conjonctif qui a subi la dégénérescence hyaline des boyaux de cellules qui coupés en travers évoquent l'idée d'une structure alvéolaire et glandulaire.

Les cellules qui tapissent ces sortes d'acini sont en tout semblables à celle de la couche cylindrique ou basale de Malpighi.

On ne trouve nulle part traces de rapports avec les glandes sébacées ou sudoripares.

Pas de globes cornés nettement constitués, et les cellules n'offrent pas de tendance vers l'évolution cornée.

Il s'agit donc d'un épithé-

lioma tubulé de la peau qui n'a pris naissance ni dans les glandes sébacées, ni dans les glandes sudoripares, mais dont les éléments constitutifs proviennent de la couche de Malpighi.

Cette variété de tumeurs est connue depuis longtemps, décrite dans la première édition du traité de Cornil et Ranvier dans des termes que reproduit du reste la deuxième édition de cet ouvrage.

Nous avons retrouvé dans la littérature allemande un article très documenté de Krampecher, in *Zeigler's Beitrage* de 1900.

Il a réuni 21 cas bien observés de tumeurs semblables. Il constate la prédilection de ces néoplasies pour le visage et la peau de la région mammaire. En effet dans sa statistique 13 fois la tumeur siégeait à la face (4 fois sur le nez) et dans 5 cas elle occupait la région mammaire. Krompecher fait remarquer que, contrairement à ce que l'on observe pour le cancroïde vulgaire, ces épithéliomas, tubulés, ne se rencontrent pas volontiers au point de passage de la muqueuse à la peau. Ils éclosent en plein territoire cutané. Leur tendance ulcérative est peu marquée, au contraire, ils croissent en hauteur et forment des saillies en forme de champignons peu lobulés et surtout recouverts d'une pellicule luisante qui semblent les encapsuler. Rarement ils se généralisent dans les ganglions. Dans le cas que nous avons relaté, il existait à droite et à gauche dans les régions sous-maxillaires de petits ganglions que nous avons extirpés par mesure de précaution, mais nous ne saurions dire s'ils étaient envahis, l'examen histologique n'ayant pas été fait. Krompecher, dans tous les cas par lui rapportés, considère les cellules néoplasiques comme dérivant exclusivement des cellules cylindriques de l'assise de Malpighi. Cependant comme cette assise se prolonge dans l'intérieur des conduits excréteurs des glandes sébacées et sudoripares, il reconnaît que la tumeur peut avoir avec ces organes des rapports qui peuvent prêter à confusion si l'on ne fait pas un examen histologique minutieux.

Il insiste longuement sur la genèse de ces boyaux, de ces tubes cellulaires, qui, à la coupe, donnent l'impression d'une tumeur glandulaire. Il montre les cellules de la couche de Malpighi proliférant dans la profondeur sous forme de conduits cylindriques qui peuvent se dilater, engendrant de véritable kystes, dans l'intérieur desquels on voit parfois se produire les végétations papillaires tout comme dans les kystes de l'ovaire.

Enfin, il peut arriver que les couches superficielles de l'épiderme s'invaginent en profondeur dans l'intérieur de ces boyaux épithéliaux et viennent mêler des productions cornées aux caractères que nous avons signalés plus haut. Krompecher figure dans une préparation deux ou trois globes cornés et en cherchant patiemment nous sommes arrivés à en découvrir un très net dans une des nôtres. Mais c'est là un caractère secondaire et de peu d'importance.

Krompecher rappelle les diverses dénominations sous lesquelles on a décrit histologiquement ces néoplasmes. Israël les désignait sous le nom d'épithélioma folliculaire de la peau, Fabre-Domergue sous celui d'épithélioma pavimenteux embryonnaire, Kaufmann les appelait carcinomes pyriformes.

Lui-même propose un nom nouveau, celui de carcinome adénoïde, qui rappelle l'aspect glandulaire que présentent les coupes sous le champ du microscope.

En résumé, on peut voir se développer sous la peau et particulièrement au visage et au sein une variété d'épithélioma qui diffère du cancroïde et de l'épithélioma sébacé et sudoripare. Il provient exclusivement de la couche basale de Malpighi.

D'évolution lente, car dans la plupart des cas la tumeur datait de trois ou quatre ans ; il affecte une allure végétante et a peu de tendances à faire des ulcérations. Son aspect est assez particulier, et dû à l'encapsulement pour ainsi dire du néoplasme sous une membrane pellucide très mince et légèrement brillante. Dans certains cas cependant il s'étend excentriquement en surface et si ses tendances à bourgeonner sont faibles, on a alors l'aspect clinique de « l'ulcus rodens » que Krompecher rattache entièrement à la variété de tumeur que nous décrivons.

L'évolution de ces tumeurs est lente, leur généralisation rare, ce qui permet de les enlever avec chances de succès durable, même lorsque leurs dimensions sont déjà considérables.

Pour les mêmes raisons on pourra tenter des autoplasties et des restaurations esthétiques auxquelles on s'applique difficilement, quand les tumeurs sont très malignes et qu'une récidive rapide guette la cicatrice.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Répartition du meconium dans le tube intestinal d'après l'autopsie de vingt-cinq fœtus. (*Lancet*, 2 mai 1903, p. 1220.) — L'opinion assez répandue d'après laquelle l'appendice ileo-cœcal ne contient jamais de meconium a déterminé M. Low à étudier la façon dont cette substance se trouve répartie dans le tube digestif du fœtus. Son examen a porté sur vingt-cinq sujets et il a pu constater que le meconium existe souvent dans la cavité de l'appendice dès le milieu du quatrième mois et qu'on l'y trouve presque toujours après cette période. La quantité de meconium est variable. Si le cœcum est distendu par cette substance, l'appendice l'est également, mais on peut aussi trouver du meconium dans l'appendice bien que le cœcum soit à peu près vide. Du côté du gros intestin on trouve le rectum distendu dès le début du cinquième mois et à partir de cette époque le meconium s'accumule de façon à remplir progressivement tout le côlon. Enfin, on trouve du meconium dans la partie terminale de l'iléon vers le milieu du quatriéme mois, en quantité variable.

A. HOUSQUAINS.

CHIRURGIE

Anastomose nerveuse dans le traitement de la paralysie faciale. (*Ann of. Surgery*, mai 1903, p. 641.) — Cette opération, d'après Cushing, a été pratiquée deux fois, l'une par Faure, l'autre par Kennedy. Ce dernier pratiqua la section du facial et le sutura au spinal ; il put ainsi rétablir la fonction du facial. Dans l'observation personnelle de Cushing, il s'agit d'une blessure par arme à feu ayant intéressé la portion pétreuse du temporal et détruit le nerf facial. Six semaines après le traumatisme, le spinal fut suturé au bout périphérique du facial. Dans l'espace de quatre mois, on put constater un retour manifeste de l'action motrice dans les muscles paralysés. Six mois après l'opération, le résultat obtenu approchait de beaucoup l'état normal.

Dans une opération de ce genre, le succès dépend d'un certain nombre de facteurs parmi lesquels il convient de signaler le soin apporté à la dissection, et à la mise bout à bout des nerfs à anastomoser, la limitation aussi grande que possible du traumatisme opératoire, l'asepsie de la plaie.

A. HOUSQUAINS.

LARYNGOLOGIE

Prophylaxie des abcès de l'amygdale. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 août 1903, p. 527.) — Le docteur BRINDEL (de Bordeaux), après avoir étudié longuement les complications des abcès de l'amygdale insiste sur ce fait que ces complications surviennent, dans l'immense majorité des cas, chez les malades porteurs d'abcès qu'on laisse évoluer spontanément.

« Que l'abcès mette sept, huit, dix, quinze jours à se frayer une voie à travers les tissus dit-il, qu'il souvre par un petit trajet tortueux d'où le pus s'échappera avec peine, le résultat est le même : il y a rétention purulente dans l'organisme, et rétention dans une région dangereuse, dans une sorte de carrefour entouré d'organes importants qui s'accommodent mal du voisinage d'une suppuration.

Après l'exposé de ces faits, nous croyons inutile d'insister sur la nécessité qu'il y a à ouvrir les abcès de l'amygdale, et à les ouvrir le plutôt possible, alors même qu'il n'y aurait encore que quelques gouttes de pus.

Un certain nombre de praticiens généraux s'imaginent volontiers qu'on doit attendre sept, huit ou dix jours avant de frayer une porte à la suppuration. Ils préfèrent voir le liquide apparaître par transparence entre les faisceaux musculaires disjoints du pilier antérieur pour plonger au sein du foyer abcédé l'extrémité de leur bistouri, dont le reste de la lame est soigneusement enveloppé.

Sans se préoccuper des gémissements du malheureux patient, qui aspire lui aussi, et bien vivement, après « la maturité de l'abcès », ils se contentent de lui faire appliquer quelques cataplasmes autour du cou ou de lui prescrire quelques gargarismes, dont le malade récalcitrant refusera de se servir.

L'expectation, dans les abcès de l'amygdale, ne nous paraît pas justifiée. L'intervention s'impose dès que le diagnostic est établi : nous rencontrons à chaque instant du pus au deuxième et au troisième jour, et si, dans quelques cas, nous le reconnaissons volontiers, les malades ne trouvent pas, après cette ouverture hâtive, le bien-être *immédiat* qui accompagne l'évacuation d'un gros abcès déjà ancien, l'inflammation n'en est pas moins enrayée, et la maladie abrégée dans de très grandes proportions.

L'ouverture hâtive nous semble donc, en définitive, le meilleur remède prophylactique des complications des abcès intra ou périamygdaliens.

Quelques mots seulement sur la manière de la pratiquer : le foyer de l'abcès étant souvent très profond à cette période (il faut quelquefois traverser une épaisseur de tissu de 2 à 3 centimètres), il est de toute évidence que l'emploi d'un bistouri nous semblerait tout au moins imprudent. La muqueuse est fortement congestionnée, les vaisseaux très dilatés autour du point enflammé : il y aurait lieu de redouter une hémorragie, qu'on a vu se produire plus tard, alors que la coque qui environne l'abcès est pourtant fort mince, et dont on a toutes les peines du monde à se rendre maître.

L'incision au bistouri a, d'ailleurs, l'inconvénient de se refermer trop facilement et de favoriser ainsi la formation d'un nouvel abcès par évacuation incomplète de la matière purulente.

Un seul instrument nous paraît réunir les conditions voulues pour ouvrir les abcès de l'amygdale accessibles par les voies naturelles, c'est le cautère sous la forme du thermo et beaucoup mieux de galvanocautère, ainsi que l'a préconisé le docteur Moure il y a quelques années.

L'application du galvanocautère dans l'ouverture des suppurations amygdaliennes est rapide, pas plus douloureuse que celle du bistouri; elle assure l'hémostase, est toujours antiseptique, et, de plus, a le grand mérite de laisser après elle un trajet ouvert par où le pus s'écoule librement à l'extérieur.

J'ai utilisé cet instrument bien des fois. Je n'ai toujours eu qu'à me louer de son emploi, et n'ai jamais vu de récidive sur place dans les jours qui suivent l'ouverture.

Si l'abcès périamygdalien était externe d'emblée, ne faisait qu'une très faible saillie dans l'isthme pharyngien et avait des tendances à s'extérioser, ce qui est rare, du reste, nous abandonnerions bien vite la voie buccale et aurions recours à l'ouverture au bistouri, par la voie externe, la seule à recommander en pareille occurrence. On la ferait à ciel grand ouvert, avançant couche par couche, s'aidant de la sonde cannelée plus encore que du bistouri : on aurait ainsi des chances pour épargner les vaisseaux et les nerfs, qu'une intervention à l'aveuglette, par voie buccale, risquerait malencontreusement de sectionner. » GAYARD.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'hématologie et de cytologie (1), par le docteur H. GEORGES.

Dans ce petit volume toutes les questions théoriques ont été éliminées au profit de la technique de l'hématologie et de ses applications de plus en plus nombreuses à la clinique journalière.

Après avoir indiqué la technique de l'examen du sang, l'auteur étudie les globules rouges à l'état normal et la signification de leurs diverses modifications; de même le leucocyte fait l'objet d'un chapitre spécial et la valeur de ses différentes modifications quantitatives et qualitatives sont soigneusement passées en revue. Chacun de ces chapitres sont suivis de considérations pratiques que tout médecin doit connaître à l'heure actuelle.

Dans différents chapitres sont étudiés les pigments du sang, le parasitisme sanguin, les différentes modifications du caillot et du sérum nécessaires à connaître pour le diagnostic de certains états pathologiques.

Puis la cytologie et le cyto-diagnostic des divers épanchements séreux et du liquide céphalo-rachidien font l'objet d'un chapitre spécial.

Enfin un index hémato-pathologique, dans lequel l'auteur montre les différentes modifications de la formule sanguine au cours de la plupart des affections, termine ce précis.

Grâce à ses planches, à ses divisions bien établies, à sa précision, cet ouvrage permettra très rapidement au lecteur de s'orienter dans l'hématologie et d'en saisir toute l'utilité. P. RAVAUT.

QUESTION D'INTERNAT

Symptomatologie du pneumothorax.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE. — Au point de vue symptomatique et quelle qu'en soit la cause primitive, on peut décrire au pneumothorax trois formes principales.

A. **Pneumothorax total.** — C'est celui qu'on peut observer au cours de l'emphysème (*pneumothorax des conscrits*, Gaillard).

Le *début* en est brusque : Louis comparait, comme soudaineté, le début des *perforations pulmonaires* au début des *perforations intestinales*; souvent favorisé par quelque cause occasionnelle (efforts de toux, de vomissement, etc.), parfois spontané, le début du pneumothorax s'accuse par une douleur thoracique subite, angoissante, unilatérale, une

(1) In-18 cart. de 250 p., avec 14 fig. dans le texte et 4 pl. en chromolithographie, hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

dyspnée extrême, des modifications rapides de la pression sanguine (pouls petit, extrémités froides, etc.).

Période d'état. — § I. *S. fonctionnels et généraux.* — 1. Des *signes fonctionnels* de la période d'état, les plus importants sont la *douleur* et la *dyspnée*. Due soit à la déchirure d'adhérences anciennes, soit à la distension brusque de la plèvre, la douleur, très aiguë, donnant aux malades la sensation d'une déchirure interne, siège à l'épine de l'omoplate (Béhier), à l'angle de l'omoplate ou au niveau du mamelon (Louis); elle irradie vers le rachis ou l'abdomen; d'abord très intense, elle diminue considérablement au bout de quelques jours. La *dyspnée* est, pour Laënnec et G. Sée, le symptôme prédominant. Due à la suppression brusque des fonctions d'un poumon tout entier, elle est extrêmement violente et peut aller jusqu'à l'orthopnée; elle se traduit par ses symptômes habituels (accélération des mouvements respiratoires, battement des ailes du nez, mise en jeu des muscles inspirateurs accessoires, cyanose des extrémités, angoisse, etc.). La dyspnée apparaît en même temps que la douleur, mais persiste après l'atténuation de cette dernière. La *voix* et la *toux* sont presque éteintes, comme *cassées*; l'*expectoration* est *tarie*.

Les *signes généraux* traduisent tous la gêne de la circulation. Le facies exprime l'angoisse; les lèvres sont cyanosées, la figure pâle, les yeux brillants; les extrémités sont froides, recouvertes d'une sueur visqueuse, parfois œdématiées; le pouls est petit, précipité; la température est presque constamment élevée, au moins au début.

§ II. *S. physiques.* — L'*inspection* doit porter : *a.* sur le *côté malade*. Elle révèle alors α. une *dilatation unilatérale du thorax*, variable suivant les cas, faible lorsqu'il n'y a qu'un petit épanchement gazeux ou lorsque la plèvre est inextensible; les espaces intercostaux sont dilatés, les côtes inférieures presque immobiles, les supérieures présentent une mobilité anormale. Cette dilatation unilatérale du thorax est considérée comme réelle par tous les auteurs, sauf par Béhier et de Castelnau, pour qui elle n'est qu'apparente. Pour ces auteurs, elle serait due à l'absence de retrait du thorax pendant l'expiration (et en effet elle diminue pendant l'inspiration, elle augmente après la mort); β. du *gonflement des réseaux veineux sous-cutanés*, gonflement qui peut s'accompagner d'œdème et, exceptionnellement, gagner les bras et les mains.

b. Du *côté sain*, on note exceptionnellement des *vergetures* (Thaon, Gimbert), qui siègent sur la région dorsale, affectent une disposition transversale, et ont été attribuées soit à un trouble trophique (Thaon), soit à un trouble mécanique (rupture des fibres élastiques du derme par distension compensatrice du côté sain (Gimbert). *c.* Les *organes voisins* sont *déplacés*, surtout chez l'enfant; le foie et la rate sont abaissés, le cœur dévié à droite dans les pneumothorax gauches, à gauche dans les pneumothorax droits.

La *palpation* fournit deux renseignements importants : la *dilatation et l'immobilité du côté malade*, l'*absence de vibrations vocales*. Constant, et dû à l'interposition d'un matelas gazeux entre le poumon qui vibre et la main, matelas qui éteint les vibrations, ce dernier signe présente une *valeur diagnostique extrême*.

Rappeler en un mot les résultats de la *mensuration*. La *percussion* portera d'abord sur les *régions en rapport avec l'épanchement gazeux*. Aux doigts, l'élasticité paraît augmentée: l'oreille perçoit un *son tympanique* : « Le pneumothorax est le type des maladies tympaniques et à tympanisme grave » (Faisans, *Examen physique de l'appareil respiratoire*).

Pour acquérir le caractère tympanique, le son pulmonaire normal subit des modifications portant sur ses trois éléments : l'intensité, la tonalité et le timbre. Son *intensité* augmente, son *timbre* devient analogue à celui que donne, par la percussion, la grosse tubérosité de l'estomac, enfin sa *tonalité* se modifie (Woillez) : tantôt la tension gazeuse intrapleurale n'est pas excessive, la tonalité s'abaisse, et l'on a alors le *tympanisme grave*; c'est le cas le plus fréquent; tantôt la tension gazeuse est excessive, la tonalité s'élève, donnant alors naissance à un *tympanisme aigu* (*atympanisme*), d'autant plus intéressant à connaître qu'*il peut donner l'illusion de la submatité* (v. Faisans, *loco citato*, p. 58, et G. Sée, *Maladies du poumon*). La *percussion pratiquée au niveau du poumon rétracté*, près de la colonne vertébrale, décèle de la *perte d'élasticité* et de la *submatité*.

Les phénomènes d'*auscultation* passent par *deux phases* : 1° dans une première, assez courte, il y a *abolition totale du murmure vésiculaire* : « Lorsque, chez un homme dont la poitrine résonne mieux d'un côté que de l'autre, on entend bien la respiration du côté moins sonore, tandis que, de l'autre, on ne l'entend pas du tout, on peut être assuré qu'il est affecté de pneumothorax dans ce dernier côté » (Laënnec). 2° Quelques jours après, *tous les bruits normaux* (respiration, voix, toux, bruits du cœur, glou-glou œsophagien, etc.) ou *anormaux* (râles, souffles), *prennent le timbre amphorique*, grâce au voisinage de la plèvre remplie d'air, qui fait office de boîte de résonance. *a.* Le *souffle amphorique* présente une intensité très variable (G. Sée), ordinairement faible [*résonnance* ou *bourdonnement amphorique*] (Laënnec), une tonalité constante, un timbre métallique particulier, que l'on imite en soufflant dans une cruche vide à goulot étroit. Il s'entend aux deux temps de la respiration, mais surtout à l'expiration. On le trouve, non au sommet, où la respiration est obscure, mais vers la base de la région axillaire, latéralement, et, en arrière, de la base du poumon à la fosse sous-épineuse incluse. Il présente des variations fréquentes, en rapport avec la plus ou moins grande tension du gaz intrapleural. *b.* Le *tintement métallique*, découvert par Laënnec, a été défini par cet auteur « un tintement analogue à celui d'une petite cloche ou d'un verre qui finit de résonner », et encore « un bruit qui ressemble parfaitement à celui que rend une coupe de métal, de verre ou de porcelaine, que l'on frappe légèrement avec une épingle, ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable ». Ce bruit, que l'on a encore comparé à celui que fournit la vibration d'une corde métallique tendue, est souvent unique. De timbre argentin caractéristique, « il se fait entendre quand le malade respire, parle ou tousse » (Laënnec). Il est faible quand le malade parle; « la toux, au contraire, le fait entendre d'une manière extrêmement frappante » (Id.). Son intensité est proportionnelle à la tension du gaz intrapleural. Sa pathogénie a été très discutée. Pour Laënnec, il résulte de la chute de gouttelettes du poumon sur la surface du liquide pleural. Pour Guérard, il est dû à la rupture d'une grosse bulle à l'orifice de la fistule pulmonaire. Pour d'autres encore, la fistule est située, non plus *au-dessus* ou *au niveau* de la surface du liquide pleural, mais *au-dessous*; les bulles de gaz traversent l'épanchement de bas en haut et viennent crever à sa surface. On peut objecter à ces diverses théories que la présence de liquide pleural n'est pas indispensable à la production du tintement (de Castelnau). En réalité, le tintement n'est autre chose qu'un râle se produisant dans les bronches et prenant au contact de la plèvre un retentissement métallique; c'est donc un *râle amphorique*. *c.* En rapprocher le *bruit de fistule* [Unverricht et Riegel] (v. classiques). *d.* La *voix* et la *toux* prennent aussi le caractère amphorique. *e.* L'*auscultation et la percussion combinées* donnent le *bruit d'airain* (Trousseau), qu'on perçoit en auscultant, tandis qu'un aide percute le point opposé de la poitrine avec deux pièces de monnaie. Ce bruit, qui donne à l'oreille la sensation d'un retentissement métallique, présente des variations multiples en rapport avec la tension intra-pleurale.

(*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le diagnostic médical n'est pas permis aux pharmaciens.

Les pharmaciens se montrent très émus d'un arrêt de principe que vient de rendre, spécialement en ce qui les concerne, la neuvième Chambre de la cour d'appel de Paris.

En première instance, les juges avaient décidé, sur la demande du syndicat des médecins de la Seine, que le pharmacien qui se livre à un *diagnostic médical à propos d'une analyse chimique* qui lui est confiée, commet, au point de vue pénal, le délit d'exercice illégal de la médecine.

Un pharmacien ayant interjeté appel, la Cour, conformément à la plaidorie de l'avocat, a ratifié la décision des premiers juges, en faisant valoir les motifs que voici :

« Considérant qu'il est reconnu par P... pharmacien, dans les conclusions par lui prises devant la Cour, qu'après l'analyse de l'urine de ses clients, s'il pense que ceux-ci sont en état de maladie, il les renvoie devant leur médecin, que si au contraire, il résulte de son examen que cet état de maladie n'existe pas, mais que le client est atteint d'une faiblesse générale, il lui délivre un remède fortifiant, lequel ne contient aucun toxique, et dont le débit est toléré dans les pharmacies, sans ordonnance du médecin; considérant qu'il résulte de ces déclarations qu'un diagnostic médical a toujours lieu de la part de P..., puisqu'il se prononce sur l'existence ou l'absence de la maladie, et délivre des médicaments, suivant le diagnostic posé; considérant que, suivant l'avis du docteur Villiers, professeur de chimie analytique à l'École supérieure de pharmacie, expert nommé par M. le juge d'instruction, le diagnostic des maladies étant de la compétence exclusive du médecin, et constituant la partie la plus délicate de son art, le pharmacien usurpe des fonctions qui lui sont interdites, lorsqu'il délivre, sans ordonnance, un médicament, à la suite d'un diagnostic porté par lui, et même lorsqu'il tire une conclusion quelconque d'une analyse d'urine à lui confiée, l'interprétation des résultats de ces analyses exigeant toute la science et toute l'expérience du médecin; que cette opinion de l'expert est conforme à la loi et doit être accueillie par la Cour; que l'existence du délit résulte donc de l'aveu du prévenu; qu'elle est, d'ailleurs, confirmée et par la production du livre sur lequel P... mentionne ses analyses, livre dans lequel il faisait suivre le résultat de ses analyses d'une indication de la maladie et du remède prescrit par lui, sans ordonnance du médecin. Les instructions que P... avait données à ses collaborateurs et élèves, et qui sont représentées, démontrent encore qu'il leur recommandait de ne délivrer des médicaments qu'après avoir pris connaissance de son diagnostic personnel; par ces motifs, la Cour confirme le jugement dont il est fait appel. »

Ajoutons que l'affaire n'en restera pas là, puisque le pharmacien condamné à 50 francs d'amende et 50 francs de dommages-intérêts envers le syndicat des médecins de la Seine, vient de se pourvoir en cassation. C'est donc à la Cour suprême qu'il appartient de se prononcer souverainement sur cette question de principe, qui, pour nous, a été bien résolue par la Cour d'appel. (*Journ. de méd. de Paris*, août 1903, n° 33.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Montpellier.* — Le lundi 14 décembre 1903, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôpital-Général un concours pour une place d'interne titulaire dans l'Asile public d'aliénés de l'Hérault.

Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au samedi 12 décembre, cinq heures du soir.

Écoles de médecine. — *Clermont.* — M. le docteur Billard, chargé de cours, est nommé professeur de physiologie.

M. le docteur Mally, chargé de cours, est nommé professeur de physique.

— *Dijon.* — M. le docteur Zipfel, suppléant, est nommé professeur d'anatomie.

— *Limoges.* — M. le docteur Biais, suppléant, est nommé professeur de physique.

— *Poitiers.* — M. le docteur Brossard, professeur d'histologie, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie médicale.

— *Reims.* — M. le docteur Bruandet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Université de Lille. — *Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Lille.* — Le concours annuel pour les prix de l'internat, institués par l'association des anciens internes, vient d'avoir lieu à l'hôpital de la Charité.

Le prix de médecine a été attribué à M. Dancourt et le prix de chirurgie à M. Chancel.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Trotobas, médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Lausiès (du Havre).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Pain (de Bourbon-Lancy) et Sagot (de Lannilis).

Guerre. — MM. les médecins aides-majors de première classe auxiliaires Butin, en service hors cadres à la Guadeloupe, et Lamandé, affecté au 2e d'infanterie coloniale, ont été nommés au grade de médecin aide-major de première classe dans le corps de santé des troupes coloniales et sont maintenus dans leur position actuelle.

Le XVIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 19 octobre 1903, sous la présidence de M. Charles Périer, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Tumeurs de l'encéphale; rapporteur : M. Duret, de Lille;

2° Exclusion de l'intestin; rapporteur : M. Hartmann, de Paris.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Association française d'urologie. — La VIIe session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 22 au 24 octobre 1903, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Des cystites rebelles » (rapporteurs : MM. Imbert et Pasteau).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boétie, Paris.

Exposition internationale d'hygiène théorique et appliquée (l'hygiène dans l'alimentation, le vêtement, l'habitation, le travail et l'éducation). — Le 30 août prochain s'ouvrira à Versailles, sous le patronage de la municipalité, une exposition internationale d'hygiène, accompagnée de conférences démonstratives et d'un Congrès.

L'hygiène sociale y tiendra pour la première fois la place que son rôle lui assigne. Le Comité recevra avec reconnaissance tous les documents intéressant les questions d'hygiène, tels que photographies, plans, dessins, projets, etc.

Toutes les communications concernant la participation des dispensaires, sanatoria, hôpitaux marins, sociétés anti-alcoo-

liques, etc., doivent être adressées dans le plus bref délai à M. le docteur Tabary, secrétaire du groupe II, à Paris, avenue Rapp.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Frelon (des Hermites) et de M. Menet, interne à l'hôpital Bichat, décédé à la suite d'une fièvre typhoïde contractée dans son service.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets de vacances à prix réduits.* — La Compagnie P.-L.-M. émet, jusqu'au 15 septembre 1903, des billets d'aller et retour collectifs de vacances de 1re, 2e et 3e classes, au départ de Paris pour toutes les gares situées sur son réseau. Ces billets sont délivrés aux familles d'au moins trois personnes effectuant un parcours simple minimum de 500 kilomètres ou payant pour ce parcours. Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples (pour les deux premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Ces billets sont valables jusqu'au 1er novembre.

Lorsqu'un billet de vacances ne comprend que trois voyageurs, ceux-ci sont tenus de voyager ensemble à l'aller et au retour; lorsque le billet de vacances comprend plus de trois voyageurs, trois d'entre eux au moins sont tenus de voyager ensemble à l'aller et au retour, les autres ont la faculté de voyager isolément, sous certaines conditions.

Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs compris dans un billet collectif de vacances, et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément, à moitié du prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre Paris et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

Ces voyages isolés pourront être faits dans des voitures de la classe du billet collectif ou d'une classe inférieure.

Arrêts facultatifs. Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance à la gare P.-L.-M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'électricité médicale, par le docteur E. Castex, agrégé des Facultés de médecine, professeur de physique médicale à l'université de Rennes, chef du service d'électrothérapie et de radiographie à l'Hôtel-Dieu. Gr in-18 de VII-672 p. avec 208 fig. cart. — Prix : 8 francs. — Paris, Librairie scientifique et littéraire F.-R. de Rudeval.

Précis d'hydrologie, par le docteur H. Causse, docteur ès-sciences, pharmacien supérieur, chargé du cours d'hydrologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. In-18 de V-317 p., avec 46 fig. cart. — Prix : 5 francs. — Paris, Librairie scientifique et littéraire F.-R. de Rudeval.

De l'hospitalisation d'urgence en temps de guerre, par le docteur Ferrier, médecin-major de première classe, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce. In-18 de 148 p., broché — — Prix : 3 francs. — Paris, Librairie scientifique et littéraire F.-R. de Rudeval.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

L'adipose douloureuse ou maladie de Dercum.

Par Paul SAINTON et Jean FERRAND,
Chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

I

C'est en 1888 que pour la première fois fut décrite l'adipose douloureuse par Dercum, professeur de neurologie à la Faculté de Philadelphie. Cette description fut présentée au Congrès des neurologistes à Washington sous le titre de : « Dystrophie du tissu conjonctif sous-cutané du bras et du dos associée à des symptômes analogues à ceux du myxœdème, » dénomination malheureuse, dit M. Ballet, parce que cette dystrophie était plutôt de l'hypertrophie et parce qu'entre le myxœdème et cette affection on trouve surtout des dissemblances. Dès cette époque, Dercum donnait de la maladie, non seulement une observation clinique très complète, mais le résultat de ses recherches anatomiques. Au moyen de ponctions successives dans les masses adipeuses avec un gros trocart, il avait retiré des fragments suffisants pour une étude histologique et il communique ses préparations.

En 1891, Henry, médecin de l'hôpital de Philadephie, rapporte l'observation d'une femme de soixante-trois ans dont le cas se rapproche de l'affection décrite par Dercum. Il s'agissait d'une femme très obèse, épileptique, ayant sur le corps des nodules graisseux et circonscrits. La malade resta quelque temps dans le service de Dercum qui fit même son autopsie. Mais Henry compare son affection au myxœdème; il lui donne le nom de paratrophie myxœdémateuse et préfère cette dénomination à celle de Dercum.

L'année suivante, en 1892, Dercum présente un nouveau cas, qu'il sépare nettement du myxœdème. La douleur et les tumeurs lui paraissent suffisants pour constituer une entité morbide particulière à laquelle il donne le nom d'*adipose douloureuse*. C'est par ce terme que l'on désigne aujourd'hui l'affection quand on ne lui attribue pas simplement le nom de son auteur, *maladie de Dercum*.

Le quatrième cas appartient encore à Dercum et fut publié la même année avec l'histoire clinique et l'autopsie.

Ce n'est qu'en 1894 que la premiere observation française fut rapportée par Morlot et Gallois. Ce malade est en même temps le premier exemple de l'affection dans le sexe masculin chez un sujet névropathe.

En 1895 Collins (de Philadelphie) cite plusieurs cas nouveaux qui lui sont personnels ou qui lui ont été fournis par Peterson et Loweland. En Allemagne Ewald publie un cas concernant également un homme de quarante-sept ans et l'améliore par le traitement thyroïdien.

Eshner (de Philadelphie), en 1898, rapporte deux cas inédits et étudie l'influence du traumatisme dans l'étiologie de l'affection. Deux autres exemples vus par Dercum et un par Mills complètent les travaux américains pour cette année.

C'est à ce moment que paraît le travail de M. Féré sur la question. Ses malades sont des femmes, dont l'hérédité névropathique est très chargée, ayant elles-mêmes des crises d'hystérie et des zones d'anesthésie. Il étudie complètement le diagnostic de l'affection et préconise le traitement hydrothérapique qui lui a donné dans ces deux cas de bons résultats. S'agit-il dans ces deux cas de la même affection exactement que celle qu'a décrite Dercum? On n'oserait l'affirmer en lisant les observations et la guérison très complète des sujets semblerait confirmer cette hypothèse.

Hale-White en 1899 publie un cas chez une femme de vingt-deux ans qui serait atteinte de l'affection depuis dix ans. Puis Giudiceandrea, en 1900, classe les différentes formes cliniques de la maladie; étudiant sa pathogénie il la range dans le groupe des trophonévroses. En même temps Burr cite une autopsie nouvelle d'une femme de trente-six ans atteinte d'adipose douloureuse et morte accidentellement d'urémie.

Les observations se succèdent alors rapidement en France. Il en paraît plusieurs d'Achard et Laubry dont une reprise par Debove, puis celle de Simionesco, celle de Rénon et Heitz concernant une femme de soixante ans atteinte antérieurement à la ménopause et améliorée spontanément à cette époque.

La médication thyroïdienne paraît avoir séduit les observateurs et ils l'emploient tous, se rangeant ainsi à l'avis de Vitaut qui fait de la maladie une perversion de la fonction thyroïdienne.

Après l'observation de Galland et Garand, paraît en 1902 celle de Johanny Roux (de Saint-Etienne); il s'agit là d'une coïncidence avec le goitre exophtalmique. Oddo et Chassy (à Marseille), publient celle d'une femme de trente-quatre ans améliorée aussi par l'opothérapie thyroïdienne.

A cette médication les russes Kaplan et Fedorow ajoutent la photothérapie.

Puis paraissent simultanément un cas nouveau de Papi et la relation d'une autopsie pratiquée par Dercum et Mac-Carthy, qui vient battre en brèche la théorie thyroïdienne et y substituer l'origine pituitaire de l'affection.

Plus récemment les cas nouveaux de Rüdinger (de Vienne) et d'Albert Weiss chez un homme, et en France l'observation de Rénon et Louste avec les résultats d'une biopsie.

Tous ces travaux ont d'ailleurs été analysés et réunis en substance dans la thèse de Sellerin, faite sous l'inspiration de Rénon, qui constitue une excellente monographie de la question, apporte une observation personnelle et donne le résumé de nos connaissances sur ce sujet au début de l'année 1903.

Si l'on y ajoute la clinique récente de M. Ballet, publiée dans la *Presse médicale*, qui étudie assez longuement la pathogénie de la maladie, celle encore inédite de M. le professeur Debove, un cas plus récent de Marcou (1) et un cas de Weiss (2), on arrive au total déjà considérable de 42 observations connues par la lecture desquelles on peut se faire une opinion sur l'adipose douloureuse.

Six (3) de ces observations ont été suivies d'autopsie, de sorte que tous les éléments sont réunis pour faire aujourd'hui de la maladie de Dercum un syndrome morbide auquel les auteurs devront trouver prochainement une place dans les traités classiques.

II

Symptômes. — C'est habituellement chez la femme, souvent après l'âge de quarante ans, voire même après la ménopause, que cette maladie débute chez la femme. Le premier symptôme en date est ordinairement la douleur. D'abord peu intense, elle n'empêche pas les malades de se livrer à leurs occupations habituelles. Quelquefois cependant dès le début elle est très aiguë : Giudiceandrea fut obligé de faire des piqûres de morphine pour la calmer. Roux et Vitaut signalent aussi un début brusque. Son siège est également très variable, les membres inférieurs sont toujours atteints les premiers; puis il y a généralisation et la maladie entre dans sa période d'état au bout d'un temps variable.

Il arrive que les douleurs soient au contraire précédées par l'adipose (Debove, Oddo et Chassy), mais le fait est exceptionnel.

La description de la maladie confirmée nécessite la division en deux grandes catégories des symptômes qu'elle présente : quatre signes primordiaux, tumeur, douleur, asthénie et troubles psychiques; quelques signes secondaires moins importants et inconstants.

Signes primordiaux. — Les *douleurs* sont d'abord spontanées; elles apparaissent en un point déterminé des membres, et irradient ensuite le long de ceux-ci; elles suivent parfois les trajets nerveux mais s'en écartent souvent. Les auteurs ont décrit diversement la nature de ces douleurs et M. Féré s'est attaché à en préciser les caractères dans les observations qu'il cite. L'un de ses malades avait la sensation que la douleur était sous-cutanée et qu'on lui décollait la peau en la faisant glisser sur les tissus : les mouvements respiratoires augmentaient cette sensation. D'autres sujets éprouvent des élancements douloureux avec l'impression que de l'eau chaude coulant le long de leurs membres (Dercum). Le malade d'Oddo et Chassy avait commencé par souffrir de douleurs articulaires. Quelques-uns ont été pris brusquement par des courbatures, de la fièvre, un état nauséeux. Un malade de M. Féré ne pouvait supporter le poids de ses vêtements, qui lui causaient des douleurs intolérables, tandis qu'il ne souffrait pas quand il était nu.

Souvent il est nécessaire d'exercer une certaine pression pour éveiller les douleurs qui n'existent pas spontanément; il en était ainsi chez les malades de Debove. Mais alors le moindre contact arrache des cris au malade (Achard et Laubry). Certaines tumeurs adipeuses sont plus douloureuses que d'autres et chez un même sujet on en trouve d'indolores à côté d'autres qui sont très sensibles.

Rarement ces douleurs sont continues; elles sont plutôt susceptibles d'exacerbations paroxystiques (Sellerin) et reparaissent plus vives et plus aiguës après des périodes de calme relatif. Sous l'influence des excès de régime, de l'abaissement de la température, les paroxysmes apparaissent tandis qu'ils s'apaisent par le repos et la chaleur du lit.

Les *tumeurs* sont tantôt limitées, tantôt diffuses, ce qui nous permet de distinguer surtout deux formes : l'une *nodulaire*, caractérisée par la présence de petits lipomes bien faciles à percevoir et à palper; l'autre *diffuse*, envahissant un membre ou un segment de membre et se présentant sous la forme d'un œdème plus ou moins étendu : celle-ci peut être généralisée à tout le corps. Entre ces deux formes prennent place des formes mixtes dans lesquelles on peut sentir au milieu des masses diffuses des portions plus limitées, plus saillantes et plus arrondies qui sont de véritables nodules.

a. Dans la forme nodulaire on voit survenir quelque temps après l'apparition des douleurs une légère rougeur de la peau avec tuméfaction œdémateuse et mal limitée. Progressivement cette tumeur augmente, par poussées, et c'est seulement lorsque les phénomènes inflammatoires du début (rougeur de la peau, œdème, etc.) ont diminué, que la tumeur persistante devient appréciable.

On sent alors une masse dont la consistance rappelle assez bien celle du lipome, elle est élastique, pseudo-fluctuante, paraissant assez bien circonscrite ou même encapsulée. Le volume varie depuis celui d'une petite noix jusqu'à la grosseur d'une orange. Lorsqu'il se produit des poussées aiguës la tumeur se limite moins bien, elle n'est plus aussi mobile en tous sens; une sorte d'œdème l'enchâsse et la maintient immobile. On peut souvent faire glisser la peau sur elle; d'autres fois elle est adhérente au tissu sous-cutané, la peau alors se plisse à sa surface et prend l'aspect sclérodermique.

L'adhérence aux parties profondes (muscles et aponévroses) est fréquente et augmente avec les poussées inflammatoires. La distribution topographique de ces tumeurs est essentiellement variable; elles occupent sans ordre aucun les membres, le dos ou la poitrine et ne paraissent avoir aucun rapport avec les distributions nerveuses.

Les membres sont cependant leur siège de prédilection, avec cette réserve que les pieds et les mains sont toujours respectés; mais ce fait est bien plus caractéristique encore dans la forme diffuse.

b. La forme diffuse se présente sous un aspect très différent. C'est habituellement au membre inférieur que l'aspect

(1) Marcou. *Arch. gén. de méd.*, 14 juillet 1903.

(2) Weiss. *Wien. Klin. Wochens.*, 23 avril 1900.

(3) Parmi ces observations nous comptons celle du docteur Ballet qui a indiqué les lésions essentielles constatées à l'autopsie de sa malade dans une note jointe à sa clinique (*Presse méd.*, 8 avril 1903).

est le plus caractéristique. Les segments de ce membre ne sont plus séparés ni visibles; dans toute la hauteur, depuis la cuisse jusqu'aux malléoles, l'œdème transforme le membre en un poteau informe, en une masse à peine plus large à la racine de la cuisse qu'au niveau du cou-de-pied et au milieu de laquelle les saillies articulaires du genou disparaissent plus ou moins complètement.

Le caractère le plus remarquable de cet œdème est la manière dont il se limite à la partie inférieure. Il forme en effet un bourrelet, saillant souvent de plusieurs centimètres au-dessus des malléoles, dessinant la forme dite du *pantalon de zouave*.

Au-dessous de ce bourrelet, la cheville et le pied apparaissent sains et normaux, ne participant jamais à l'œdème, et semblent en émerger comme d'une manche trop large.

Le membre inférieur n'est pas seul atteint. L'œdème envahit aussi souvent le membre supérieur et y revêt les mêmes caractères. Toutes les saillies musculaires et osseuses disparaissent dans l'adipose et seule la main émerge, paraissant d'autant plus fine qu'elle est toujours indemne.

Les régions les plus souvent atteintes après les membres sont les ceintures scapulaire et iliaque, puis le dos et le ventre qui peuvent prendre un développement tellement étendu que les malades ressemblent à de grands obèses. Mais la face est toujours respectée et ne participe jamais à cette augmentation de volume.

La sensation que donne cet œdème à la palpation est un peu variable suivant l'époque de la maladie à laquelle on la considère. Au début, en effet, il est assez mou et dépressible, mais il subit peu à peu la transformation lipomateuse et devient beaucoup plus dur. On ne peut plus ici faire glisser la peau sur les masses infiltrées. Elles paraissent faire corps avec la partie profonde du derme et sont réellement sous-cutanées.

Il en résulte même souvent des altérations de la peau qui se plisse, se ride à la surface des lipomes.

Les pores de la peau deviennent plus profonds, et l'on peut voir, surtout à l'extrémité du membre inférieur, un véritable aspect sclérodermique; cet état était très marqué chez une malade de Debove.

Tantôt l'œdème, après son apparition sur un membre ou un segment de membre, s'y localise et n'a aucune tendance à envahir les autres parties du corps; on dit alors que la forme est diffuse et localisée. Tel fut le cas d'Oddo et Chassy où seule la jambe gauche de la malade était prise. Dans deux cas de Dercum l'adipose avait envahi seulement le tronc.

Mais souvent l'adipose se généralise, soit successivement, envahissant les membres l'un après l'autre, soit d'emblée; c'est la forme diffuse et généralisée qui peut atteindre de grandes proportions. Cette forme est plus rare que les précédentes; la malade de Giudiceandrea en était atteinte; dans un cas de Dercum l'abdomen avait pris un énorme volume, formant un véritable tablier au-devant des cuisses.

Il est à remarquer du reste que ces énormes masses lipomateuses ne gênent en rien les mouvements. La liberté de ceux-ci est entièrement conservée et la malade peut exécuter tous les déplacements qu'on lui demande.

Mais on n'observe pas toujours la forme nodulaire ou la forme diffuse à l'état de pureté. Il y a (formant une sorte de transition entre les deux) parfois combinaison de ces deux formes et, au milieu de masses diffuses, on peut palper des nodosités plus ou moins volumineuses, qui font encore saillie sur le membre œdématié. Tel était le cas d'une malade de Debove.

En somme nodules et œdème, tantôt séparés, tantôt réunis ou superposés, se combinent pour donner à ces malades des aspects un peu différents, mais toujours la face, les pieds et les mains sont indemnes.

L'*asthénie* est par ordre d'importance le troisième des signes primordiaux de cette affection; elle ne manque pour ainsi dire jamais, mais elle est plus ou moins marquée.

Tantôt les malades éprouvent seulement une certaine difficulté à exécuter des mouvements violents, tantôt ils sont cantonnés au lit, refusant de se lever et même d'exécuter le moindre mouvement. Et cependant ce n'est pas l'adipose qui les empêche de se remuer, car le phénomène s'observe même dans les formes nodulaires les plus limitées. Du reste les auteurs qui ont mesuré au dynamomètre la force musculaire de leurs malades l'ont toujours très bien conservée (Roux et Vitant, Giudiceandea, Sellerin). Cette asthénie a été comparée à celle qui accompagne les lésions des capsules surrénales.

Enfin les *troubles psychiques* ont attiré l'attention de tous les auteurs. Bien qu'ils ne soient pas indiqués dans certaines observations comme celles de M. Féré, ils sont fréquents. Le malade de Sellerin était taciturne et sa mémoire présentait de grandes lacunes. Celui de Roux et Vitaut était très irascible. La malade d'Oddo et Chessy et celle de Ballet étaient sous le coup d'une dépression mélancolique constante; la dernière malade de M. Debove était plus curieuse, elle se plaignait constamment des nombreux malheurs qui l'avaient atteinte et cherchait chaque jour à apitoyer sur son sort par des histoires nouvelles ceux qui l'interrogeaient.

Il devenait impossible de lui imposer silence quand elle avait commencé à parler et le récit de ses malheurs imaginaires se terminait en général par des crises de larmes. Les auteurs signalent encore des insommies, des hallucinations (Dercum) ou un véritable délire de persécution. D'autres malades étaient épileptiques (Hale, White, Féré).

A côté de ces grands symptômes de la maladie il existe un certain nombre de signes secondaires qui sont moins constants mais cependant méritent d'être signalés. Ce sont en premier lieu les *hémorragies*. Parmi celles-ci les plus fréquentes sont les métrorragies; les malades ont cependant pour la plupart dépassé l'âge de la ménopause et, malgré cette particularité, surviennent des hémorragies tantôt régulières et mensuelles, tantôt irrégulières et très abondantes; on les a vues exister même chez des femmes de soixante-cinq ans. D'autres fois ces troubles existaient antérieurement à l'âge de la ménopause et celle-ci n'est jamais survenue d'une façon complète (Renon et Hertz).

Les hémorragies se manifestent aussi sous d'autres formes : épistaxis hématémèses; mais les plus curieuses sont certainement les suffusions sanguines sous-cutanées. Elles sont parfois spontanées, liées évidemment en ce cas à des troubles vaso-moteurs ou quelquefois provoquées par le moindre choc. Une des malades de Debove ne pouvait pas se cogner les jambes ou même se pincer la peau sans voir apparaître de larges ecchymoses persistant plusieurs jours.

Souvent c'est en piquant les malades légèrement pour rechercher l'état de leur sensibilité cutanée qu'on détermine ainsi des épanchements sanguins (Giudiceandea, Dercum, Achard et Laubry).

Les *troubles moteurs* sont en général peu marqués ou même nuls. On peut admettre en effet que les difficultés de

la marche, l'impotence relative qui ont été signalés par quelques auteurs sont sous la dépendance de l'asthénie constante chez les malades et non pas causés par des troubles moteurs véritables. Il n'en est pas de même des douleurs articulaires signalées par Renon et Heitz, Oddo et Chassy et plus récemment encore par Dercum, qui semblent faire partie, quoique exceptionnellement, du tableau de la maladie et qui seraient dues à une synovite chronique.

Bien que la diminution de réflectivité ait été signalée par Dercum, il semble rationnel que ce soit également sur le compte de l'asthénie qu'il faille mettre ce phénomène et que, sauf coïncidence curieuse, les réflexes cutanés et musculaires soient normaux chez les malades atteints d'adipose douloureuse.

Quant aux troubles de *sensibilité*, nous avons déjà étudié longuement les douleurs subjectives ressenties par les malades; ils se plaignent parfois de céphalées, de crampes et de prurit (Marcou). La sensibilité objective est presque toujours normale. Il y a presque unanimité sur ce point.

Deux ou trois cas à peine font exception à cette règle. Une malade de Dercum présentait des zones d'anesthésie et du retard à la perception de la piqûre. La malade de Hale White était dans le même cas. Enfin les malades de M. Féré présentaient des troubles névropathiques multiples et l'on peut penser que cet état n'était pas chez elles étranger aux troubles sensitifs qu'elles présentaient.

Il n'en est pas de même des *troubles sensoriels*. On observe assez souvent des paralysies oculaires de la musculature externe de l'œil (Dercum), tandis que les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont ordinairement conservés. L'acuité auditive est fréquemment diminuée, il en est de même de l'odorat et du goût.

Les troubles trophiques sont également fréquents. On signale des atrophies du systéme pilaire, diminution de la quantité des cheveux qui sont souvent cassants et perdent leur brillant. La peau est parfois épaissie au-dessus des nodules, surtout dans les bourrelets qui terminent aux chevilles et aux poignets l'œdème des membres; il y a parfois sclérodermie véritable.

Plus rares encore sont les atrophies musculaires (Giudiceandrea), les arthropathies (Rénon et Heitz, Oddo et Chassy).

Plusieurs auteurs ont pratiqué l'examen du sang, mais n'y ont trouvé aucune altération; les globules rouges et blancs sont en nombre suffisant et l'équilibre leucocytaire n'est pas modifié.

La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures est en général normale et oscille entre 1000 et 1500 gr. Quelquefois il y a polyurie comme dans le cas de Sellerin ou dans celui de Kaplan et Fedorow, mais on ne rencontre pas dans l'urine d'éléments anormaux.

Tels sont les symptômes de l'adipose douloureuse. Après une période douloureuse plus ou moins longue, l'adipose apparaît, soit nodulaire, soit diffuse, accompagnée de tout le cortège de signes que nous venons de décrire. La maladie dure ainsi des années et le plus souvent le sujet succombe, emporté par une affection intercurrente, à laquelle il est prédisposé par son inaction. On observe quelques cas de guérison que les auteurs ont attribuée à leurs médications.

III

Etiologie. — Nous n'avons l'intention de relever dans ce chapitre que les diverses particularités étiologiques qui semblent accompagner le début de l'adipose douloureuse. Il n'est pas en effet possible aujourd'hui d'assigner à la maladie une cause déterminante connue et il serait téméraire à l'heure actuelle d'affirmer son origine.

On doit cependant remarquer l'extrême fréquence du syndrome dans le sexe féminin. En effet, la plupart des observations signalées concernent des femmes et sur les quarante-deux qui sont connues, sept seulement ont rapport à des hommes. C'est là un fait de simple constatation, car, fait remarquer M. Debove, « cette particularité ne peut guère s'expliquer; aucun trouble sexuel spécial au sexe féminin ne paraît y prédisposer. »

L'adipose douloureuse n'est pas non plus une affection de la jeunesse. Si quelques rares observations concernent des sujets jeunes (onze ans, Hale White, et vingt-deux ans, W. Spiller) il n'en est pas moins certain que la maladie débute rarement avant l'âge de trente-cinq à quarante ans. Or c'est après cet âge que se produit habituellement la ménopause et la presque totalité de nos malades étant des femmes, c'est donc après la cessation de leur vie génitale que l'on voit apparaître chez elles les premiers symptômes de la maladie. Quelle relation y a-t-il entre ce cortège de troubles et la ménopause? Il est certain que celle-ci favorise l'apparition de l'obésité dans une certaine mesure. De plus quelques observations signalent un début précoce de la maladie coïncidant avec une disparition définitive des périodes menstruelles (Féré).

Il n'est pas rare non plus de voir la maladie débuter à l'âge de soixante-dix ans et même de soixante-dix-neuf (Achard et Laubry).

Si l'on ne peut définir exactement le rôle de l'âge et du sexe on peut en revanche affirmer que l'hérédité n'entre aucunement en jeu dans le développement de l'adipose douloureuse. Non seulement l'hérédité directe n'est pas signalée mais on ne peut donner aucun rôle à l'hérédité névropathique et si les malades sont eux-mêmes des névropathes on ne voit pas que leurs parents ancêtres ou collatéraux l'aient été en aucune façon.

Et cette absence de caractère héréditaire de l'affection nous permettra de la distinguer facilement des œdèmes trophiques héréditaires qui constituent, eux aussi, une rareté pathologique.

On a voulu faire jouer au traumatisme un rôle considérable dans le développement de la maladie de Dercum. Un malade de Franck, à la suite d'un traumatisme dans la région épigastrique, avait vu apparaître successivement quatre-vingts petites tumeurs douloureuses disséminées sur les membres. Celle de Giudiceandrea avait fait, à l'âge de dix-huit ans, une chute assez grave à laquelle il semble difficile d'attribuer une relation avec la maladie survenue vingt-cinq ans plus tard. La malade d'Eshner vit apparaître des tumeurs quinze à vingt jours seulement après un traumatisme. Un malade de Féré fut dans les mêmes conditions, et à la suite d'une chute sur le dos ne cessa de souffrir jusqu'à l'apparition de tumeurs disséminées. Il en fut de même chez le malade de Sellerin, qui reçut une contusion de la région lombaire gauche et qui y constata l'apparition d'une tumeur mobile et douloureuse quelques jours après.

Beaucoup d'autres observations, d'ailleurs, ne signalent aucun traumatisme, et quand on sait la facilité avec laquelle les malades accordent au moindre choc une influence étio-

logique de toutes les affections, on se demande si l'on peut accorder quelque créance à ces récits.

Il semble cependant certain que l'éclosion des accidents soit favorisée par certaines causes habituelles : par les infections antérieures, par les grossesses répétées, par l'allaitement, les intoxications. Une malade de Hale White était atteinte de syphilis héréditaire, enfin l'alcoolisme était évident chez un grand nombre de malades.

Tels sont les accidents que l'on relève dans l'histoire des malades atteints d'adipose douloureuse; mais nous serions bien embarrassés d'accorder à l'un ou à l'autre de ces facteurs étiologiques une importance primordiale, et aussi faut-il se contenter de les énumérer sans chercher à les classer par ordre de valeur.

IV

Anatomie pathologique. — Deux ordres de lésions doivent être considérées : en premier lieu, les lésions du tissu conjonctif, qui sont les lésions propres de l'adipose; ensuite, les altérations viscérales, par lesquelles on a cru pouvoir expliquer les premières.

Si les auteurs sont sensiblement d'accord sur celles-ci, il n'en est pas de même au sujet des lésions viscérales et glandulaires.

Pour étudier le tissu conjonctif et l'œdème, il n'était pas nécessaire d'attendre l'autopsie, et plusieurs biopsies ont été pratiquées; leur résultat a été sensiblement identique. Dercum lui-même. ayant pratiqué cette opération, a pu suivre l'évolution de l'adipose chez une même malade. Il s'est rendu compte du gonflement œdémateux de la première phase, caractérisé par la présence de grandes cellules fusiformes sans cellules graisseuses et de tissu conjonctif embryonnaire; puis il a vu la transformation adipeuse se faire et, enfin, il a assisté à la sclérose terminale, tissu conjonctif réticulé contenant déjà quelques éléments vasculaires et nerveux.

Vitaut et les autres ont surtout constaté la deuxième période de la maladie, la transformation graisseuse des cellules conjonctives (Sellerin, Louste).

L'examen des filets nerveux périphériques a montré une névrite interstitielle avec diminution et atrophie des fibres nerveuses dans les filets sous-cutanés sans altération des gros troncs nerveux.

Quant aux lésions glandulo-viscérales, elles sont peu connues. Très peu d'autopsies d'adipose douloureuse ont, en effet, pu être pratiquées. Six en tout sont relatées par les auteurs, et encore les deux premières, faites par Dercum, n'ont-elles donné qu'un résultat incomplet par suite de la perte de pièces dont l'examen histologique manque. Il y avait, dans ces deux cas, de grosses lésions du corps thyroïde. La troisième autopsie de Dercum est plus intéressante : « La glande thyroïde était très altérée, certains larges acini étaient distendus par la matière colloïde, leur taille était variable et leur épithélium était en une seule couche. En d'autres points, des cellules rondes remplissaient les mailles du stroma et enveloppaient de très petits acini sans matière colloïde. En certains endroits, l'épithélium des acini était plus élevé qu'à l'état normal et formait des sortes de saillies. Quoique la glande fut petite, il semble que certaines parties en étaient atrophiées. » Ballet, à l'autopsie de sa malade, signale une cirrhose diffuse du corps thyroïde.

Par contre, il existe une autopsie faite par Dercum dans laquelle les lésions du corps thyroïde manquaient absolument. Mais il y avait, dans ce cas, un adéno-carcinome de la glande pituitaire avec des amas de matière colloïde : l'infiltration néoplasique commençait dans la portion acineuse de la glande et se continuait dans la portion cérébrale. Cette autopsie est à rapprocher de l'avant-dernière que nous connaissions et qui est due à Burr : il y avait aussi, dans ce cas, une dégénérescence gliomateuse de l'hypophyse. La tumeur, grosse comme une noix, englobait le chiasma des nerfs optiques et avait totalement détruit la substance glandulaire.

Dercum a attiré l'attention sur une lésion tout à fait différente des précédentes. En examinant histologiquement la moelle dans son troisième cas d'autopsie, il a découvert, outre une atrophie marquée des cordons de Goll, la présence de fibres à myéline dans la pie-mère qui recouvre les cordons postérieurs de la moelle. Il insiste sur la présence de ces fibres à myéline qu'il a déjà observées dans un cas de syringomyélie, que Nageotte a vues dans certains tabes et les considère comme un signe de régénération de la moelle.

Sans préjuger de la pathogénie de l'adipose douloureuse, on peut cependant remarquer que dans les quatre cas d'autopsies dus à Dercum, dans le cas de Burr, dans celui de Ballet, il y avait toujours des lésions des glandes vasculaires sanguines, quatre fois du corps thyroïde et deux fois du corps pituitaire. Dans l'observation de Ballet, une cirrhose du foie à type annulaire avec dégénérescence graisseuse de la plupart des cellules s'ajoutait à ces lésions.

V

Pathogénie. — Les théories pathogéniques émises pour expliquer l'adipose douloureuse réflètent les incertitudes de l'anatomie pathologique. Il est cependant un fait qui ne saurait être mis en doute, c'est l'influence du système nerveux dans la genèse de cette maladie. Le rôle prédominant de lésions nerveuses dans la détermination topographique d'adiposes localisées ne fait aucun doute; il est inutile d'insister sur les exemples classiques de Landouzy, sur la répartition du tissu adipeux dans certains cas d'amyotrophie, sur les cas de Poison et Mitchell, où l'adipose apparut à la suite de section des nerfs, sur le rôle indiscutable d'une intervention trophique dans la symétrie des lipomes sus-claviculaires. Il n'est point jusqu'à l'obésité — et c'est là une théorie chère au professeur Debove — qui ne puisse être mise sur le compte d'un trouble du système nerveux, régulateur des réserves graisseuses.

Mais, en dehors de toute idée préconçue, les faits parlent eux-mêmes en faveur d'une origine nerveuse de la maladie.

Dercum est le premier qui ait incriminé la polynévrite comme pouvant jouer un rôle dans sa production. N'a-t-on point constaté dans toutes les autopsies faites jusqu'à ce jour, y compris la seule autopsie faite en France par M. Ballet, des lésions de névrite interstitielle des petits troncs nerveux : l'adipose serait alors un trouble trophique de même origine que les altérations de la peau, glossy-skin, scérodermie, œdème, consécutives à certaines névrites. Les douleurs, les troubles sécrétoires s'expliqueraient ainsi facilement. Il faut cependant reconnaître que la plupart du temps les gros troncs nerveux sont indemnes. Si l'on adopte cette hypothèse, il est difficile d'expliquer les phénomènes généraux; mais la constance du fait n'en doit pas moins être retenue.

Beaucoup moins vraisemblable est l'hypothèse d'une lésion médullaire. Quelle signification faut-il attribuer à

l'autopsie de Dercum, où les cordons de Goll étaient altérés dans la région dorsale supérieure et dans la région cervicale? Quelle importance faut-il donner aux lésions de chromatolyse que Burr signale dans le groupe latéral externe des cellules de la moelle, alors qu'on n'observe chez les malades ni atrophie musculaire, ni répartition métamérique des lésions adipeuses? Il semble qu'il s'agit là de lésions sans aucune valeur spécifique.

Quant à l'hypothèse d'une altération du cerveau, elle ne s'appuie que sur la coexistence de troubles psychiques et asthéniques chez les malades, sans aucune vérification nécropsique.

On ne peut, par suite, localiser dans un point spécial du système nerveux une lésion causale unique.

Force est donc de rechercher dans un trouble plus général le facteur réel de la maladie. Il est inutile de discuter longuement sur la théorie de Kaplan et de Fedorow, qui considèrent l'adipose douloureuse comme une maladie constitutionnelle générale, analogue à l'obésité, mais avec participation plus marquée du système nerveux; elle n'envisage point le trouble initial.

La plupart des auteurs tendent à croire que l'origine des accidents doit être cherchée dans une intoxication. Les uns, avec Roux et Vitaut, ne voient dans la maladie de Dercum qu'une forme particulière de perversion de la fonction thyroïdienne. Cette opinion s'appuie sur les lésions du corps thyroïde trouvées dans certaines autopsies, sur la coexistence possible avec le goitre exophtalmique, enfin sur les succès de la cure thyroïdienne. Ces arguments n'ont qu'une valeur relative et ne s'appliquent qu'à la totalité des cas. Ballet a fait une critique fort juste de la théorie thyroïdienne. Pour lui, les lésions trouvées à l'autopsie ne semblent pas décisives et l'observation de Roux est insuffisamment démonstrative. « Jusqu'à présent, dit-il, ni les analogies cliniques, ni les lésions anatomiques, ni la coïncidence fortuite d'un goitre avec la maladie de Dercum ne nous paraissent suffisamment probants pour qu'on soit en droit de faire d'ores et déjà de l'adipose douloureuse une affection d'origine thyroïdienne. Il en est de même des résultats du traitement thyroïdien, qui a suffi à faire maigrir quelques malades. Et d'abord ce résultat n'a pas été obtenu d'une façon constante; d'autre part, les obèses vulgaires maigrissent aussi quand ils absorbent du corps thyroïde, ce qui ne prouve pas que l'obésité reconnaisse pour cause une lésion de cet organe. »

Les mêmes objections peuvent être adressées à la théorie qui voit dans un trouble de la fonction pituitaire la cause des désordres; cette glande à rôle encore problématique a été trouvée altérée dans deux cas, et si l'on s'en rapporte aux expériences d'Andriezen, son altération pourrait expliquer certains symptômes de l'adiposis dolorosa, tels que les troubles psychiques et l'asthénie. D'autres glandes à sécrétion interne ont été accusées de participer au même processus et sans plus de preuves; tels la glande ovarienne et le testicule.

D'autres auteurs, au lieu d'accuser les poisons endogènes, attribuent une grande importance aux intoxications d'origine externe; l'alcool, le tabac, les poisons microbiens ont été accusés, et ce serait, d'après M. Ballet, la théorie la plus vraisemblable. Pour lui, la maladie de Dercum paraît résulter d'une « intoxication sur la nature de laquelle nous ne sommes pas encore renseignés, mais qui n'est ni l'alcoolisme, ni la syphilis, qui ne semble pas être une intoxication thyroïdienne. Peut-être l'empoisonnement est-il lié au fonctionnement défectueux d'une glande à sécrétion interne, mais nous ignorons laquelle. Quoi qu'il en soit, dans notre hypothèse, cette intoxication déterminerait à la fois des lésions nerveuses périphériques et de l'encéphalopathie.

Sellerin arrive à cette conclusion qu'il s'agit d'un syndrome ayant son origine dans les parties les plus diverses du système nerveux sous l'influence de poisons endogènes ou exogènes. Il admet aussi qu'il n'est pas impossible que « dans quelques observations la maladie ne soit due à un simple trouble dynamogène du système nerveux ». C'est un point particulier de la question qui mériterait d'être développé; car l'état psychique de certains malades, aussi bien que leur guérison relativement rapide, ne sont pas sans faire songer à la possibilité de troubles purement fonctionnels d'origine nerveuse, voire même hystérique. Cette explication ne saurait suffire pour tous les cas, mais elle est vraisemblable pour un certain nombre où l'on voit des tumeurs indolores préexistantes devenir subitement douloureuses.

VI

Diagnostic. — Quelque rare que soit cette affection, depuis que les auteurs l'ont décrite et ont attiré sur elle l'attention des cliniciens, on a de temps en temps l'occasion d'en faire le diagnostic ou tout au moins de le discuter quand on se trouve en présence d'un cas d'œdème à morphologie et évolution normales. Ce n'est pas en effet chez un brightique banal ou en face d'une phlébite typique que le problème se posera, mais dans la plupart de ces cas d'éléphantiasis et d'œdème d'origine nerveuse que l'on connaît aussi depuis peu de temps et qui forment plusieurs catégories mal classées que l'on a tendance à diviser à l'infini ou à réunir en un seul groupe suivant la manière dont on les interprète.

L'éléphantiasis des membres inférieurs n'est pas beaucoup plus fréquent que l'affection qui nous occupe. Elle en est très différente. D'abord il y a une variété d'éléphantiasis que nous n'observons dans nos pays que chez les individus ayant séjourné aux colonies. Ce sont les cas attribués à la filariose qui amène un œdème énorme des membres inférieurs. Dans ces cas on retrouve habituellement la filaire dans le sang bien que certains naturalistes contestent aujourd'hui ces rapports entre la filariose et les éléphantiasis. Rien de semblable n'existe dans l'adipose douloureuse. Souvent le sang de ces malades a été examiné et jamais on n'y a remarqué la présence de filaires. Dans les observations même on ne signale pas le passage de ces malades dans les pays chauds où se contracte la filariose, pas plus chez celles que nous avons examinées nous-mêmes que chez la plupart des autres. Il n'y a donc aucune analogie entre l'éléphantiasis par filaire et l'adipose douloureuse.

On a bien décrit des éléphantiasis nostras survenant par poussées aiguës, s'accompagnant de douleurs et de phénomènes généraux; on pense même que ce syndrome peut être réalisé par le streptocoque comme il l'est par la filaire. Il est certain que des infections cutanées multiples et répétées survenant au membre inférieur (érysipèles) peuvent à la longue amener un épaississement des téguments avec pigmentation qui n'est pas sans analogie avec les troubles trophiques dus à la filariose. Cependant ce n'est pas encore là de l'adipose, et si le signe douleur ne manque pas, il est cependant impossible de considérer comme du tissu adipeux les masses énormes qui transforment le membre inférieur en un poteau informe.

L'obésité simple peut simuler la maladie de Dercum; mais dans ce cas l'adipose envahit aussi bien les viscères que le tissu sous-cutané. Il n'y a ni douleurs ni troubles sensitivo-sensoriels.

Le myxœdème s'en rapproche davantage et bien souvent à ne considérer qu'un membre pris au hasard on serait fort embarrassé de porter un diagnostic; mais le myxœdème loin de respecter la face, l'affectionne particulièrement, la bouffissure du visage est caractéristique. Si les atrophies du système pileux, les troubles intellectuels sont un peu analogues, l'âge des sujets est bien différent. Maladie de l'enfance et parfois de l'adulte, le myxœdème ne se montre pas dans la vieillesse : l'insuffisance thyroïdienne, qui ne permet souvent pas aux femmes d'arriver à la puberté, ne se rencontre plus après la ménopause, à moins d'être tout à fait fruste. Enfin l'opothérapie est d'un grand secours dans cette maladie, tandis que son action est très contestable dans l'adipose douloureuse.

Mais la maladie de Dercum se rapproche bien davantage des œdèmes nerveux de toutes sortes qui ont été si bien étudiés par Debove, Joffroy, Mathieu et Weill, Meige (1), etc.

Parmi ces œdèmes de cause nerveuse il en est de classiques et connus dont il est facile de déterminer l'origine.

Parmi ceux-ci nous rangeons les troubles trophiques œdémateux qui surviennent chez les hémiplégiques ou chez les malades atteints d'une affection médullaire soit unilatérale, la sclérose latérale, la syringomyélie, soit bilatérale, le tabes, la paralysie infantile, etc. Il en est de même de ceux qui accompagnent les névrites périphériques de cause toxique, soit les névrites alcooliques (Drummond, Echirkoff), soit l'intoxication par le sulfure de carbone (Mathieu et Sikora).

Avec les œdèmes fugaces des basedowiens nous entrons dsns le groupe des névroses. L'œdème hystérique est bien caractérisé par sa coloration spéciale qui lui a valu le nom d'œdème bleu, par les troubles circulatoires qui l'accompagnent et par les altérations sensitives et sensorielles qui ne manquent jamais. Il semble même que l'œdème blanc hystérique qu'avait décrit Sydenham soit mis en doute aujourd'hui s'il ne se transforme pas tôt ou tard en œdème bleu.

Le professeur Debove décrivit en 1897 à la Société médicale des hôpitaux un nouvel œdème des membres inférieurs. Il s'agissait d'une femme de vingt-trois ans, malade depuis dix-huit mois d'un œdème des cuisses, des jambes et des deux pieds, sans enflure à la fesse ni au creux poplité. En l'absence de signes viscéraux et de stigmates hystériques, le professeur Debove fut d'avis de ne pas mettre d'étiquette étiologique sur cet œdème et de le nommer seulement *œdème segmentaire*. On peut en rapprocher le cas présenté par Duckworth à la Société clinique de Londres (1899). Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans atteinte d'un œdème du membre inférieur gauche sans aucune lésion viscérale, ganglionnaire ou sanguine apparente.

L'observation de Vigouroux (2) est absolument comparable. Elle concerne une jeune fille de vingt-deux ans, atteinte au membre inférieur gauche d'un œdème dur blanc et indolore, qui n'était imputable à aucune lésion perceptible et ne s'accompagnait même d'aucun trouble moteur ni sensitif.

Il nous semble évident que tous ces cas diffèrent sensiblement de l'adipose douloureuse, d'abord par le symptôme douleur qui manquait complètement chez ces malades. De plus il s'agit là de femmes jeunes, vingt, vingt-deux et vingt-trois ans, tandis que l'adipose douloureuse ne survient guère avant la ménopause. Enfin les auteurs ne nous signalent aucun trouble psychique chez ces malades : il y a donc là encore une différence dont-il nous faut tenir compte.

En est-il de même pour tous les cas de trophœdème chronique héréditaire de Meige et de Milroy?

Meige a observé une famille dont il a pu voir quatre générations. Plusieurs membres de chaque génération présentaient un œdème dur blanc et indolore aux deux membres inférieurs, atteignant soit la totalité soit une partie seulement du membre. Il faut noter que cette affection n'était pas douloureuse, qu'elle semble avoir atteint indistinctement les hommes et les femmes de cette famille.

De plus ou relève chez quelques uns d'entre eux des troubles de la sensibilité objective, atteignant nettement des segments de membres et ayant par conséquent tous les caractères des troubles de sensibilité hystériques. Enfin le début de la maladie n'est pas celui de l'adipose douloureuse puisqu'il se fait à l'âge de la puberté.

Les 22 individus cités par Milroy et répartis en 6 générations sont plus curieux encore. Mais ici de même que dans les cas de Desnos, de Higier et de Ricochon, c'est la notion d'hérédité qui domine, tandis qu'elle manque absolument dans l'affection dont nous nous occupons.

Beaucoup plus voisin de l'adipose douloureuse est le pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique, décrit par Mathieu en 1893 et dont on peut rapprocher des observations du professeur Joffroy, citées à la Société médicale des hôpitaux en 1897. Dans ces cas, en effet, il s'agit de femmes âgées, de cinquante-huit à soixante ans, ayant par conséquent dépassé la ménopause.

Ces femmes étaient obèses et présentaient un œdème dur, résistant, brusquement terminé par un bourrelet au niveau des chevilles, avec conservation de l'intégrité des pieds, soit tout à fait les caractères de l'œdème de nos adiposes. Elles ne présentaient pas de troubles de la sensibilité objective, mais souffraient de douleurs assez violentes dans tout le membre inférieur. M. Mathieu insiste beaucoup sur ce fait dans le cas de sa malade et rapporte ces douleurs à une névrite sciatique. En raison des manifestations arthritiques de la malade, eczéma, coliques hépatiques, etc., c'est le nom d'œdème neuro-arthritique qui lui fut attribué. Mais il semble que la ressemblance est telle avec les adiposes douloureuses que, même en l'absence de troubles psychiques qui paraissent avoir manqué dans ce cas, on peut se demander s'il n'y a pas d'analogie complète entre tous ces œdèmes.

Quelle que soit l'interprétation que l'on donne à tous ces cas d'œdème, qu'ils soient névropathiques ou non, que les uns se rapprochent de l'adipose douloureuse au point de se confondre avec elle, que les autres s'en éloignent complètement, la discussion n'a porté jusqu'ici que sur la forme diffuse de l'adipose douloureuse.

Quant à la forme localisée nodulaire elle ressemble à d'autres affections.

Dans la neuro-fibromatose généralisée ou maladie de Reklinghausen les tumeurs sont plus petites. Bien que leur origine nerveuse ne soit nullement prouvée, elles sont beaucoup plus dures et fibreuses au toucher que les nodules de l'adipose. Elles sont également plus confluentes et ne respectent pas la face ni les mains; elles sont rarement douloureuses. Enfin elles ne font pas toutes saillie sous la peau

(1) Meige. *Iconog. de la Salpêtrière*, nov. 1899.

(2) Vigouroux. Œdème dystrophique du membre inférieur gauche, *Iconog. de la Salpêtrière*, nov. 1899.

et la palpation profonde révèle la présence d'autres tumeurs plus ou moins mobiles. La peau de ces malades ne tarde pas à se pigmenter. Si l'asthénie est un symptôme commun aux deux affections, elle est toujours plus marquée ainsi que les troubles psychiques dans la maladie de Recklinghausen.

Le molluscum généralisé multiple est non indolent et rarement localisé aux membres.

Les gommes ne sont jamais aussi nombreuses; quelques-unes sont ramollies ou ulcérées.

Nous citerons seulement les cysticerques ladriques, les dermatomyomes multiples, la sarcomatose cutanée généralisée, les nodosités de l'érythème noueux, les névromes plexiformes.

L'adéno-lipomatose de Launois et Bensaude affecte le même aspect; les tumeurs donnent la même sensation pseudo-fluctuante, mais elles sont très diversement réparties. Les tumeurs ne siègent pas au membre inférieur, mais surtout dans la région cervicale, derrière la nuque et dans le dos. Elles sont situées dans les régions topographiques qui correspondent aux ganglions lymphatiques et l'on a pu, dans les examens histologiques qui en ont été faits, retrouver le tissu ganglionnaire dans leur masse. Cette affection est quelquefois tuberculeuse (Labbé et Ferrand).

L'examen des nodules de l'adipose n'a jamais révélé que des lobules graisseux. Il est vrai que cet examen n'a encore été pratiqué qu'un très petit nombre de fois jusqu'ici, car il n'a été permis de faire qu'un très petit nombre d'autopsies de cette affection.

Cependant l'adéno-lipomatose survient à tout âge; ce n'est pas à proprement parler une affection de la vieillesse comme l'adipose douloureuse. De plus tandis que celle-ci atteint surtout les femmes, c'est particulièrement le sexe masculin qui est touché par la première.

Il n'y a donc pas lieu de confondre ces deux maladies. En est-il de même des lipomes vrais. Nous ne parlons évidemment pas de ces tumeurs habituellement uniques siégeant de préférence dans la région sus-clavilaire ou dorsale, atteignant indistinctement tous les âges et tous les sexes et relevant de la chirurgie.

Mais il existe une variété de lipomes qui se développent symétriquement des deux côtés du corps; habituellement, très nombreux on les considère comme suffisants pour caractériser une entité morbide et l'on trouve des cas de ce genre décrits sous le nom de lipomes symétriques ou lipomes multiples. Il n'est pas impossible que certaines observations de cette nature soient identiques à des cas d'adipose douloureuse.

Quelques auteurs ont même reconnu que ces lipomes multiples s'accompagnaient fréquemment de troubles psychiques et M. Féré avec Mlle Francillon ont décrit plusieurs cas analogues chez les paralytiques généraux de Bicêtre. Y a-t-il là une relation entre ces tumeurs et la paralysie générale progressive, comme il y a une relation entre les troubles physiques variés et l'adipose douloureuse? ou bien tous ces cas sont-ils semblables et peuvent-ils se synthétiser?

Nous ne voulons pas nous prononcer sur ce fait, mais il est certain que l'attention des observateurs appelée sur la prédominance tantôt d'un symptôme, tantôt d'un autre, a pu les égarer et leur faire décrire comme des affections diverses une foule de cas trop peu différents les uns des autres pour constituer chacun une entité morbide. C'est l'opinion de Cheinisse (1), qui, dans un travail récent, n'hésite pas à identifier l'adipose douloureuse avec les lipomes symétriques douloureux. Un cas observé récemment par l'un de nous, et qui doit faire l'objet d'une publication ultérieure, nous confirme dans cette idée que toutes les transitions doivent être réalisées en clinique entre les diverses variétés d'adiposes : aussi, dans notre définition, attribuons-nous à la maladie de Dercum la valeur d'un syndrome clinique et non d'une entité morbide.

VII

Traitement. — Malgré la diversité des traitements employés contre l'adipose douloureuse on n'est arrivé qu'à des résultats insignifiants, non seulement dans la guérison, mais même dans l'amélioration de cette maladie.

Quelques chirurgiens hardis se sont attaqués directement au tissu hypertrophié et ont tenté d'en débarrasser les malades; il s'agissait dans ces cas de la forme nodulaire. Le malade de Roux et Vitaut s'était fait extirper deux nodules, et l'amélioration chez lui avait été réelle. Par contre M. Féré cite un malade de Franck auquel on avait fait l'ablation de quatre-vingts tumeurs du même genre survenues à la suite d'un traumatisme dans la région épigastrique. Ces tumeurs n'avaient pas tardé à se reproduire et cela se comprend puisqu'il est impossible malgré tout de supprimer la cause de l'hypertrophie adipeuse. Il semble donc par ce résultat peu encourageant que le traitement chirurgical doive être abandonné complètement.

Le massage et les traitements hydrothérapiques ont donné de bons résultats à M. Féré, mais il est bon de remarquer l'état névropathique de ses malades et il faut penser que l'amélioration de leur état général, si elle a été réelle, ne peut pas être considérée comme une guérison de l'adipose douloureuse.

Dercum et Spiller ont eu quelques bons résultats de la compression des membres, mais très passagers.

Quant aux préparations médicamenteuses qui ont été employées nous citerons la médication salicylée, donnée sans doute à cause de ses propriétés analgésiques. Dercum l'aurait utilement employée.

La strychnine semble avoir donné de meilleurs résultats à Giudiceandrea qui a observé à la suite de son administration une diminution des douleurs et une plus grande liberté de mouvements. Les tumeurs aussi avaient diminué de volume.

On comprend moins l'essai de l'arsenic chez des sujets déjà obèses, cependant Roux et Vitaut l'ont employé avec succès sous forme de liqueur de Fowler et ont obtenu une diminution du volume des tumeurs.

Plus intéressante est la médication thyroïdienne qui a été donnée systématiquement par un grand nombre d'auteurs, Ewald le premier, frappé de l'analogie de l'adipose douloureuse avec le myxœdème, essaya l'opothérapie thyroïdienne.

En quelques semaines il obtint une amélioration très sensible avec amaigrissement de plusieurs kilos paraissant porter surtout sur les tumeurs. Mais les essais qui ont été tentés depuis en suivant son exemple ont été moins heureux. Quelques auteurs ont obtenu des résultats favorables sans être des guérisons tels que Giudiceandrea, Galland et

(1) L. Cheinisse. L'identité de la lipomatose symétrique douloureuse avec la maladie de Dercum, *Semaine méd.*, 8 juillet 1903.

Garand, Roux et Vitaut, Oddo et Chassy. D'autres n'en ont retiré aucun bénéfice, malgré un traitement prolongé, tels Eshner, Hale White, Kaplan et Fedorov, Sellerin.

Parmi tous ces modes de traitement il n'en est aucun qui ait donné jusqu'ici de résultats vraiment satisfaisants, ni qui ait pu éclairer sur le mode de production des principaux symptômes de la maladie. Il semble bien qu'il faille rejeter complètement toute intervention opératoire sur les tumeurs ou sur l'adipose et tant qu'on ne connaîtra pas bien la cause physiologique de la maladie on devra se borner à lutter contre l'élément douleur, à moins qu'on ne préfère essayer successivement tous les extraits d'organes que l'opothérapie met aujourd'hui à la disposition du clinicien.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(29 juillet 1903)

Dernière séance avant les vacances, la Société s'ajournant au mercredi 7 octobre.

M. J.-L. Faure apporte deux cas de **tumeurs branchiales.** Le premier concerne un homme qui était atteint d'une énorme tumeur simulant un épithélioma du pharynx, avec crises d'étouffement et hémorragies. M. Faure tenta d'en pratiquer l'extirpation, à cause des adhérences nombreuses à la trachée et aux organes voisins il y renonça. Trois mois après le malade succomba à une hémorragie due à une ulcération de l'artère thyroïdienne inférieure.

Le second malade fut opéré en 1898, il n'a pas eu de récidive.

M. Pozzi relate un cas fort intéressant de **rate ectopiée avec torsion du pédicule.**

Il s'agit d'une jeune femme de vingt ans, paludéenne, chez laquelle on avait antérieurement constaté une grosse rate.

La malade présentait des symptômes qui furent rapportés à de la pelvi-péritonite, sans qu'on pût être affirmatif au sujet du diagnostic.

Une laparotomie montra, près de l'utérus et y adhérant presque, une tumeur noire, bosselée, du volume du poing, sans pédicule apparent.

Ce n'était autre que la rate ectopiée.

La malade, guérie, quitta l'hôpital. Un peu plus tard elle revint mourir dans le service à la suite d'un empoisonnement au sublimé. L'autopsie montra l'absence complète de rate. Il s'agissait bien d'une rate ectopiée, fait rare, ajoute M. Pozzi, puisque Urso n'a pu en réunir que dix-sept cas.

MM. Walther et Lejars ont également observé des cas analogues.

M. Potherat apporte trois cas de **kyste hydatique du poumon** dont l'un se guérit spontanément par ouverture dans les bronches.

M. R. Le Fort (de Lille) communique enfin une observation d'**endothéliome de la rate** enlevé par la laparotomie et une observation d'**anévrysme du creux poplité** traité avec succès par l'extirpation de la poche.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Corps de santé des troupes coloniales. — M. le médecin-major de première classe Germain, au 7e d'infanterie coloniale, est désigné pour servir à Madagascar par permutation de tour de départ avec M. le médecin aide-major de première classe Grandmaire, précédemment affecté à cette colonie et qui est maintenu au 3e d'infanterie coloniale.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Petit, du port de Brest, actuellement en service à Toulon, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major du *Goëland*, dans la station locale du Sénégal.

Congrès international d'hygiène et de démographie de Bruxelles. — Ce congrès qui se tiendra du 2 au 8 septembre comprend deux divisions, la première consacrée à l'hygiène et la seconde à la démographie.

Voici le programme complet de chacune de ces deux grandes sections du congrès :

Première division (*Hygiène*).

Première section. — *Bactériologie. Microbiologie et parasitologie appliquées à l'hygiène.* — 1re Question : Mode d'action et origine des substances actives des sérums préventifs et des sérums antitoxiques.

2e Question : Quelles sont les meilleures méthodes pour mesurer l'activité des sérums ?

3e Question : De la valeur du sérum antidiphtérique au point de vue de la prophylaxie.

4e Question : Unification des procédés d'analyse bactériologique des eaux.

5e Question : La tuberculose humaine et celle des animaux domestiques sont-elles dues à la même espèce microbienne : le bacille de Koch ?

Cette question sera discutée par les deux premières sections réunies.

Deuxième section. — *Hygiène alimentaire : Sciences chimiques et vétérinaires appliquées à l'hygiène.* — 1re Question : *a.* Quelles sont les maladies des animaux de boucherie qui rendent leurs viandes impropres à l'alimentation ? *b.* Parmi ces viandes, quelles sont celles qui peuvent être consommées après avoir été stérilisées ? *c.* Quelles sont les viandes qui doivent être absolument détruites ?

2e Question : Réglementation de la vente du lait destiné à l'alimentation. — Etude des causes qui font varier la composition chimique du lait; mesures à prendre pour empêcher la vente de laits trop pauvres en principes utiles; organisation du contrôle; méthodes analytiques à employer.

3e Question : La stérilisation des conserves alimentaires.

Conditions dans lesquelles doit s'effectuer cette opération.

Vérification de la stérilité.

Y a-t-il lieu de tolérer une certaine quantité d'antiseptique dans les conserves que l'on ne peut stériliser ? Dans l'affirmative, quels sont les antiseptiques qui pourront être employés ?

4e Question : Conditions à observer et procédés techniques à adopter pour détruire les microbes pathogènes du lait, sans compromettre la qualité et la valeur des produits.

Troisième section. — *Technologie sanitaire : Sciences de l'ingénieur et de l'architecte appliquées à l'hygiène.* — 1re Question : L'épuration bactérienne; *a.* des eaux d'égout; *b.* des eaux résiduaires industrielles.

2e Question : Les avantages et les inconvénients des égouts du système unitaire et du système séparatif.

3e Question : Etablir, au point de vue des exigences de l'hygiène, les conditions que doivent remplir les eaux issues des terrains calcaires.

4e Question : Hygiène des voies publiques.

Les ordures ménagères, leur collecte, leur transport et leur

traitement final : règles hygiéniques à suivre dans les maisons et dans les villes.

5e Question : Progrès réalisés depuis vingt ans en matière de chauffage et de ventilation des habitations privées et collectives.

6e Question : Règles générales d'hygiène à observer dans la distribution, l'aération permanente et la décoration intérieure des maisons d'habitation.

Quatrième section. — *Hygiène industrielle et professionnelle.* — 1re Question : Ankylostomasie.

Faire connaître le développement topographique de l'ankylostomasie dans les pays houillers, le pourcentage des ouvriers qui en sont atteints et les rapports de cette maladie avec les conditions hygiéniques des mines de houille où elle a été constatée (ventilation, température, humidité, etc.).

Indiquer les mesures prophylactiques pratiques et réalisables à prendre pour enrayer le mal.

Signaler celles qui sont appliquées et les résultats qui ont été obtenus.

2e Question : Mesures à prendre en vue de préserver la santé des ouvriers occupés dans les usines où l'on traite les minerais de zinc et de plomb et dans celles où l'on produit les composés de plomb.

3e Question : Dans quelle mesure peut-on, par des méthodes physiologiques, étudier la fatigue, ses modalités et ses degrés dans les diverses professions? Quels sont les arguments que les sciences physiologiques et médicales peuvent ou pourraient faire valoir en faveur de tel ou tel mode d'organisation du travail?

4e Question : Quelle est l'influence du travail dans les salles de filature de lin, sur la santé des ouvriers?

Quelles sont les mesures à prendre, notamment au point de vue de la température et de l'état hygrométrique de l'air, pour améliorer les conditions du travail dans ces salles?

5e Question : Le travail dans les couperies de poils.

Déterminer les causes d'insalubrité de cette industrie, la nature et la gravité des affections qu'elle provoque et les mesures à prendre pour l'assainir.

6e Question : Indiquer les mesures sanitaires prises en différents pays, concernant la petite industrie et l'industrie à domicile.

Discuter ces mesures : apprécier en quoi elles laissent à désirer et mériteraient d'être modifiées ou complétées.

Cinquième section. — *Hygiène des transports en commun.* — 1re Question : Organisation de la propagande hygiénique et de la lutte contre les maladies transmissibles dans le personnel actif des chemins de fer.

2e Question : Des meilleurs procédés de désinfection des wagons servant au transport des voyageurs, des bestiaux et des marchandises.

Cette question sera traitée par les cinquième et sixième sections réunies.

Sixième section. — *Hygiène administrative. Prophylaxie des maladies transmissibles. Habitations ouvrières. Hygiène infantile.* — 1re Question : Règles à suivre dans l'alimentation du premier âge. Moyens à employer pour faire entrer dans la pratique les notions d'hygiène infantile et surtout les préceptes de l'alimentation des nourrissons. Protection légale et administrative des nouveau-nés.

2e Question : But de l'inspection médicale et hygiénique des écoles publiques et privées. Organisation de cette inspection. Conditions d'efficacité.

3e Question : Intervention des pouvoirs publics dans la lutte contre la tuberculose.

Il y aura lieu de distinguer les pays dans lesquels existe l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et ceux où elle n'existe pas.

4e Question : La prophylaxie sanitaire de la peste et les modifications à apporter aux règlements quarantenaires.

5e Question : Intervention des pouvoirs publics :

1° En ce qui concerne la construction d'habitations salubres destinées à la population ouvrière nécessiteuse ; *a.* Intervention indirecte : faveurs fiscales, adoucissement des prescriptions relatives à la police des constructions, etc.; *b.* Intervention directe : participation dans les associations de construction; construction par les municipalités et institutions de bienfaisance elles-mêmes; expropriation générale ou individuelle;

2° Par la réglementation des conditions d'hygiène que doivent réunir les logements (anciens et nouveaux) donnés en location aux classes ouvrières et nécessiteuses et l'imposition de mesures de propreté et d'entretien à exiger des locataires ;

3° Par la surveillance à exercer sur ces logements.

6e Question : La pratique de la désinfection des habitations.

Septième section. — *Hygiène coloniale.* — 1re Question : Alimentation des Européens et des travailleurs indigènes dans les pays chauds.

2e Question : Prophylaxie de la malaria.

3e Question : Prophylaxie de la maladie du sommeil.

4e Question : Prophylaxie du béri-béri.

5e Question : Prophylaxie de la variole dans les pays chauds. Vaccination et variolisation.

6e Question : Organisation de l'enseignement de la médecine coloniale.

Deuxième division (*Démographie*).

1re Question : Mouvements et causes de la mortalité et exposé critique de la statistique des mort-nés dans les différents pays.

On attire l'attention des rapporteurs sur la déclaration à l'état civil des produits de la gestation à partir de six semaines et des embryons de moins de six mois.

2e Question : Mortalité dans la première enfance : fréquence, causes et mesures à prendre.

On appelle l'attention des rapporteurs sur l'organisation dans les divers Etats d'une statistique uniforme de la mortalité des enfants de moins d'un an.

3e Question : De l'organisation d'une statistique officielle et uniforme des causes de décès.

4e Question : Les bases d'une statistique correcte de la natalité. Moyens de prévoir, d'après les constatations de la démographie, les tendances à l'augmentation ou à la diminution des naissances. Fluctuations dans les naissances.

5e Question : Quels sont les meilleurs coefficients à employer pour l'étude des lois qui règlent les mouvements de la population : mariages, naissances, décès?

Quelles sont les formules qui les déterminent le mieux?

6e Question : Examen des objections faites à la loi qui attribue les mouvements de la population aux rapports entre les ressources et les besoins.

7e Question : Etude de la démographie statique et dynamique des agglomérations urbaines.

On appelle l'attention des rapporteurs sur l'examen de l'utilité et de la possibilité de distinguer la population native de la population immigrée.

8e Question : Les tables de mortalité professionnelle des ouvriers dans les diverses industries.

Les moyens de les dresser promptement et scientifiquement là où elles n'existent pas, de les rendre comparables de pays à pays.

A quel point les tables d'un pays peuvent-elles être provisoirement utilisées par un autre?

9e Question : Aliénation mentale : *a.* Développement, causes, mesures à prendre; *b.* Méthodes à adopter et données démographiques à recueillir en ce qui concerne les aliénés soignés dans leurs familles.

10e Question : La mortalité causée par l'abus des boissons alcooliques : les faits, causes et mesures à prendre.

11e Question : Migrations intérieures. — Dépopulation des campagnes. — Accroissement de la population des villes. — Avantages et inconvénients. Causes et mesures à prendre.

12e Question : Quel profit la démographie pourrait-elle retirer de l'établissement d'une statistique des pauvres et quelle est la meilleure méthode pour dresser cette statistique? (*Armen Kataster*).

13e Question : Statistique et causes des suicides.

14e Question : Inventaire et étude critique des archives au point de vue de la démographie historique.

Services oto-rhino-laryngologiques de l'hôpital Saint-Antoine et de l'hôpital Lariboisière. — Cours de vacances, sous la direction de M. le docteur Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine et de M. le docteur Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

M. le docteur E. Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, avec le concours de MM. les docteurs H. Caboche, assistant du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine commencera le jeudi 10 septembre un cours de diagnostic et de thérapeutique cliniques.

Les élèves seront exercés individuellement au diagnostic et à la technique instrumentale spéciale. Les leçons, au nombre de dix-huit, auront lieu tous les jours, à neuf heures du matin, à l'hôpital Lariboisière. Les docteurs et étudiants qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire dès maintenant, soit auprès de M. le docteur Caboche, à l'hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, soit auprès de M. le docteur Bourgeois, à l'hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg Saint-Antoine.

Les inscriptions sont reçues par lettre. Le nombre des élèves est limité. Le montant des droits à verser est de 80 francs.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Etudes de psychologie physiologique et pathologique, par E. Gley, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° (Bibliothèque de philosophie contemporaine). — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les phénomènes psychiques, recherches, observations, méthodes, par J. Maxwell, docteur en médecine, avocat général près la Cour d'appel de Bordeaux, préface du professeur Ch. Richet. 1 vol. in-8° (Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

L'éducation de l'oreille dans la surdité, par l'abbé Rousselot. In-8° avec 12 fig. — Paris, Institut de laryngologie et orthophonie, 6, quai des Orfèvres.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 97. — MARDI 25 AOUT 1903. 76e ANNÉE. MARDI 25 AOUT 1903. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

LES FAUSSES PHOSPHATURIES

Par le docteur F.-X. GOURAUD, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

Pour bien apprécier à sa juste valeur la teneur des urines en phosphates, pour connaître la vraie signification des coefficients phosphatés, il est de toute nécessité d'être renseigné sur les transformations successives que subit l'élément phosphoré dans l'organisme, sur les phénomènes chimiques qui précèdent l'excrétion urinaire phosphatée. Absorbé sous forme de phosphate minéral ou de phosphore organique (lécithine, nucléine), le phosphore subit, pour être incorporé à la cellule vivante, une série de mutations, de synthèses qui le font entrer dans des molécules de plus en plus compliquées. Inversement, lorsque le phosphore désassimilé quitte la cellule, il est encore incorporé à ces grosses molécules de phosphore organique : il a besoin d'une série de dédoublements, de simplifications qui l'amènent à l'état de phosphates, sous lequel il peut être éliminé.

On voit donc que l'abondance des phosphates urinaires est fonction de deux facteurs : la quantité de phosphore désassimilé au niveau des tissus, l'intensité des processus de simplification de ce phosphore; si une partie importante reste à l'état de phosphore organique, l'élimination baissera d'autant.

L'importance de cette notion de simplification moléculaire d'oxydation du phosphore (1) est particulièrement manifeste dans les maladies aiguës. Presque toutes les pyrexies amènent une diminution manifeste des phosphates urinaires. Et pourtant la fièvre amène toujours une désassimilation exagérée de phosphore. Le contraste entre ces deux phénomènes est dû justement à ce qu'une bonne partie du phosphore désassimilé reste à l'état de phosphore organique par suite de l'insuffisance des mutations nutritives, et encombre les tissus et le sérum. Plus la maladie est grave, plus l'oxydation du phosphore désassimilé est inférieure, et plus les phosphates urinaires diminuent. Mais si la guérison survient, l'organisme se débarrasse : il brûle tous les éléments qui encombrent son parenchyme, le phosphate, notamment, et il en résulte une décharge phosphaturique qu'on constate dans les urines (1).

Cette cause d'erreur si importante n'existe pas pour les états chroniques : la rétention des déchets cellulaires y est impossible ou presque. On ne comprend pas en effet une accumulation intra-organique tant soit peu notable et durant plusieurs mois. L'organisme arriverait à un état de sursaturation incompatible avec la vie. On peut admettre pour les états chroniques que l'abondance des phosphates urinaires est parallèle à la quantité du phosphore désassimilé. Mais les causes d'erreur n'en existent pas moins dans l'interprétation des formules phosphatées, et cette fois elles changent de sens : on est plutôt tenté de conclure à une phosphaturie qui n'existe pas; la classe des *fausses phosphaturies*, si importantes à connaître pour le clinicien, comporte des cas pathologiques presque plus nombreux que les phosphaturies vraies.

Les unes sont *quantitatives* : on a fait le dosage et le chiffre des vingt-quatre heures dépasse notablement la normale. On conclut à tort à la phosphaturie, oubliant de comparer le chiffre des phosphates à celui de l'azote. Le malade est par exemple un gros mangeur, qui n'a beaucoup de phosphates que parce qu'il mobolise beaucoup d'albumine. A. Robin, dans ses travaux sur les coefficients urinaires, a bien montré que seul le rapport des phosphates à l'azote donnait la valeur réelle de la phosphaturie.

Plus fréquentes encore sont les fausses phosphaturies qu'on pourrait appeler *qualitatives* : un malade a constaté qu'il urinait trouble, qu'il avait des urines laiteuses; on s'est aperçu d'un abondant dépôt au fond d'un bocal; l'examen microscopique révèle des cristaux de phosphates : on croit à la phosphaturie, et on porte à tort un pronostic grave.

Ces émissions laiteuses, ces urines lactescentes ne sont pas rares : surtout fréquentes chez les dyspeptiques et les neurasthéniques, elles peuvent s'accompagner de phénomènes fort douloureux : douleurs urétrales ou vésicales, brûlure à la miction, pesanteurs lombaires; certains malades rendent des masses crayeuses pouvant atteindre la grosseur d'un pois. L'urine se putréfie avec une grande rapidité,

(1) Nous continuons à employer ce terme habituel qui n'est pas scientifiquement exact.

(1) Cf. thèse F.-X. GOURAUD. *Des échanges phosphorés dans l'organisme normal et pathologique. Des phosphaturies*, Paris 1903.

et se couvre alors d'une pellicule d'apparence graisseuse et irisée.

Le caractère de discontinuité est très important : certains malades n'ont qu'une miction douloureuse par jour, d'autres présentent leurs crises à un ou deux mois d'intervalle, sous l'influence d'écarts de régime, de fatigue, de changements de saison. Ce phénomène n'est presque jamais très prolongé. Malades et médecins n'en sont pas moins fort effrayés.

C'est bien à tort, car ces malades ne sont que rarement phosphaturiques au vrai sens du mot. Nous avons réuni 18 observations d'urines laiteuses ou de gravelle phosphatique : 4 malades seulement, soit 22 p. 100, étaient vraiment phosphaturiques; tous les autres avaient un chiffre de phosphates égal ou inférieur à la normale.

Parmi ceux-ci un grand nombre avaient les urines alcalines; et c'est cette alcalinité qui avait produit la précipitation des phosphates dans la vessie. Elle peut relever de causes fort variables dont une des plus fréquentes est l'hyperchlorhydrie. Le plus grand nombre de nos malades avaient une proportion excessive de phosphates terreux et ce sont ces phosphates terreux que l'urine ne parvenait plus à dissoudre. C'est ce que A. Robin a décrit sous le nom de phosphaturie terreuse des dyspeptiques; mais les dyspeptiques en sont pas les seuls à présenter ce trouble nutritif.

On voit donc que les urines laiteuses ne sont dues que dans un cinquième des cas à une phosphaturie vraie; les autres malades ont simplement une alcalinité sanguine exagérée ou de la phosphaturie terreuse; dans un cas comme dans l'autre le pronostic est fort différent.

Si le calcul des phosphates urinaires est d'une grande importance, il est donc entouré de nombreuses causes d'erreur qu'il faut bien connaître : dans les états aigus la rétention masque l'exagération de la désassimilation phosphorée. Dans les maladies chroniques au contraire, on est plutôt porté à conclure faussement à la phosphaturie, alors qu'il s'agit d'un trouble nutritif qui ne comporte ni le même pronostic, ni le même traitement.

LE GIGANTISME

D'après M. P. Roy (1).

Bien que le gigantisme ait déjà été le sujet de nombreux travaux, il n'en reste pas moins, par beaucoup de points, une affection mal connue et presque mystérieuse. Et même, sur la définition du mot géant, les différents auteurs sont encore loin de s'entendre.

Qu'est-ce qu'un géant? « C'est une personne démesurée » dit M. Yves Saint-Paul dans son article du *Nouveau dictionnaire Larousse illustré*. Cette définition est, à très peu près, celle de tous les dictionnaires; celle « d'homme d'une taille *excessive* comparée avec la taille ordinaire des autres hommes » (d'Alembert), n'ajoute que peu de chose à la précédente. Mais celle de Geoffroy-Saint-Hilaire : « individus dont la taille est très supérieure aux dimensions moyennes de leur race » apporte un élément nouveau et établit déjà entre le gigantisme *endémique* et le gigantisme *sporadique* la distinction que reprendra plus tard Taruffi. F. Delisle s'efforce de donner une définition plus précise encore : « Les géants sont des êtres dont la taille, à l'âge *adulte*, est de beaucoup supérieure à celle des individus de la même espèce et *placés dans des conditions analogues d'existence.* » Cette définition sépare en effet le gigantisme *passager*, des enfants ou des adolescents, et le gigantisme vrai des adultes.

D'autres définitions insistent surtout sur les caractères anthropologiques des diverses parties du squelette des géants. Pour Larcher, le géant est un être parfait, supérieur en tout à tous ses contemporains, c'est un véritable « surhomme ». Pour Henry Meige, au contraire, la plupart des géants sont des êtres anormaux; au lieu de représenter un type de l'humanité plus parfait que ceux actuellement existants, ils « représentent une déviation du type humain sain et normal, caractérisée par des anomalies morphologiques et des troubles incompatibles avec l'état de santé : ce sont à la fois des *monstres* et des *malades*. »

Adoptant complètement les idées de M. H. Meige sur la signification du mot géant, M. Pierre Roy définit le gigantisme *une anomalie de la croissance du squelette se traduisant par une taille excessive du sujet, par rapport aux dimensions moyennes de sa race et entraînant une dysharmonie morphologique et fonctionnelle qui est caractéristique de cet état morbide.*

Par cette définition, M. Roy élimine absolument le gigantisme normal; pour lui, tout gigantisme est pathologique et l'expression « de gigantisme pathologique, employée par quelques auteurs, doit être abandonnée comme pléonasmique. »

Une des formes les plus intéressantes du gigantisme est le *gigantisme acromégalique*. Cette forme, qui est la plus commune, est aussi la mieux connue depuis les travaux de M. P. Marie.

C'est en 1886 que P. Marie a signalé pour la première fois « une affection singulière caractérisée par l'hypertrophie non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques ». G. Guinon dès 1889, *séparait le gigantisme* de l'*acromégalie* au nom des raisons suivantes : « 1° tous les acromégaliques, ainsi que l'a montré M. P. Marie, sont loin d'être des géants; en effet... le plus grand nombre des malades avaient moins de 1m75 (pour les hommes), et, chez les femmes, le chiffre de 1m60 semblait répondre à la majorité des cas; de telle sorte qu'on peut dire que, assez souvent, les sujets atteints d'acromégalie présentent une taille un peu au-dessus de la moyenne; 2° dans le gigantisme, l'aspect n'est nullement celui que l'on constate dans l'acromégalie, le gigantisme n'est, le plus souvent, que l'exagération d'un processus normal, l'acromégalie est une véritable maladie. »

Ces idées sont combattues par Brissaud et Meige, pour lesquels gigantisme et acromégalie ne sont qu'une seule et même affection. Les faits de Lauger, Cunningham, Taruffi, Tamburini, Dana, Woods Hutchinson, Launois et Roy semblent donner raison à Brissaud et Meige, et, justifier l'opinion que ces auteurs exposent ainsi : « Le gigantisme et l'acromégalie sont une seule et même maladie. Dans celle-ci comme dans celle-là, l'hypertrophie primitive du squelette et l'hypertrophie secondaire des parties molles se produisent dans un laps de temps déterminé, puis le processus ostéogénique s'arrête. Si cette époque de la vie, pendant laquelle l'exubérance de l'ossature, s'accomplit, appartient à l'*adolescence* et à la jeunesse, les résultats est le *gigantisme*, et non l'acromégalie. Si elle appartient à l'âge *adulte*, c'est-à-dire à une époque de la vie où la stature est depuis longtemps un fait acquis, le résultat est l'*acromégalie*. Si enfin, après avoir appartenu au temps de la jeunesse, elle empiète sur le

(1) Th. de Paris, 1903.

temps où l'on est homme fait, le résultat est la *combinaison de l'acromégalie et du gigantisme. L'acromégalie est le gigantisme de l'adulte, le gigantisme est l'acromégalie de l'adolescent.* »

M. P. Roy se range sans hésitation à l'avis de MM. Brissaud et Meige : « Nous sommes encore à trouver l'observation précise et complète d'un géant (squelette, géant vivant ou géant autopsié), qui ne présente ni déformations acromégaliques, ni tumeur du corps pituitaire. Nous ne voulons pas affirmer qu'un tel géant ne puisse se rencontrer; mais, pour notre part, nous ne l'avons pas trouvé. » Et d'ailleurs, l'existence constante de lésions du corps pituitaire dans les cas d'acromégalie et de gigantisme montre les relations intimes de ces deux affections et indique que, relevant toutes deux de la même cause, elles doivent être considérées toutes deux comme des syndromes pituitaires.

Le gigantisme acromégalique est donc *cette forme clinique de gigantisme où la dysharmonie morphologique et fonctionnelle caractéristique reproduit, à un degré plus ou moins accentué, les symptômes et les déformations acromégaliques, après soudure, retardée ou non, des épiphyses.*

Chez le géant acromégalique, la difformité peut être telle qu'elle se remarque à première vue, presque autant que la grande taille du sujet : « le volume disproportionné des mains et des pieds, l'aspect disgracieux, parfois même repoussant du visage, l'affaissement souvent notable du tronc rendent peu enviable l'apparent prestige de la taille gigantesque, même aux yeux du profane qui ne pose pas le diagnostic d'acromégalie devant le sujet exhibé. »

Le crâne, et en particulier la face des géants, a de longtemps attiré l'attention publique par son étrangeté. Lombroso trouve à son géant une « face rappelant dans sa monstruosité celle du gorille et du lion », Woods Hutchinson remarque chez le sien une « expression de tête de chacal » caractéristique. Ces modifications morphologiques se doublent de modifications anthropologiques qui ne diffèrent en rien, le plus souvent de celles qu'on observe dans l'acromégalie. C'est-à-dire que, chez ces géants, l'on retrouve cet inégal développement du crâne, de taille à peu près normale, et de la face, énormément augmentée, surtout dans le sens vertical. La face prend ainsi un aspect démesurément allongé et ovalaire, tenant surtout à l'agrandissement de deux diamètres en particulier : le diamètre bimalaire et la hauteur générale de la face. Le front, bas et étroit, surplante les yeux enfouis dans d'énormes saillies orbitaires; le nez est volumineux, la langue atteint souvent un volume extraordinaire. Les lèvres, surtout l'inférieure, sont grosses; cette dernière, proéminente et pendante, aggrave encore le progmathisme du maxillaire inférieur dont l'hypertrophie localisée et disproportionnée est assurément, sinon le meilleur signe, du moins l'un des plus caractéristiques et des plus faciles à reconnaître de l'acromégalie. Le menton de galoche, gros, massif, avec à la fois, augmentation de la hauteur du maxillaire et projection en avant de son bord inférieur est noté chez bon nombre de géants.

En somme, on peut dire que les trois grands signes les plus caractéristiques de l'acromégalie à la face : hypertrophie localisée et progmathisme du maxillaire inférieur saillie exagérée des pommettes, augmentation des os propres du nez et des sinus frontaux se retrouvent à un degré plus ou moins accentué chez les géants acromégaliques.

Après la face, les pieds et les mains offrent, chez les mêmes sujets, des déformations propres à la maladie de P. Marie. « Sans doute, personne ne songe à s'étonner que les géants aient de grandes mains et des grands pieds; mais il y a lieu de remarquer que le développement des extrémités de leurs membres est disproportionné même avec l'hypercroissance généralisée de leur squelette. » L'histoire des géants est, à cet égard, riche en anecdotes, et c'est, paraît-il, une coutume chez les géants, et particulièrement chez les sujets acromégaliques, de prendre pour bagues les bracelets de leurs femmes. Mains camardes, en battoir (P. Marie) ou en bêche (*spade-like*), mains capitonnées (Péchadre) aux plis accentués et profonds; doigts énormes, aussi gros à leurs bases qu'à leurs extrémités, doigts en saucisson (P. Marie), carrés du bout, à ongles striés longitudinalement; pieds camards, plus élargis et épaissis qu'allongés et présentant les mêmes déformations que les mains, tel est le signalement propre aux segments distaux des membres chez les acromégaliques et chez les géants acromégaliques.

Les déformations qui portent sur le tronc sont tout aussi caractéristiques que celles de la face et des extrémités. « A cet égard, le trait le plus frappant, le plus fréquemment observé et de tout temps, c'est qu'un grand nombre de géants ont vu leur taille diminuer, s'affaisser pour ainsi dire, et il est indéniable que les géants bossus sont beaucoup trop nombreux pour qu'on ne puisse voir là qu'une simple coïncidence. »

On pourrait encore retrouver chez les géants la plupart des signes subjectifs de la maladie de P. Marie : céphalée, inappétence sexuelle, troubles visuels, boulimie. C'est que la forme décrite par M. Roy sous le nom de *gigantisme acromégalique* n'est pas une forme distincte, irréductible. Elle se relie aux autres par une série de formes de transition. Ce qui caractérise essentiellement les malades, dans ce cas, c'est l'ossification de leurs cartilages diaphyso-épiphysaires. C'est parce que leurs diaphyses sont soudées et que, chez eux, l'ostéogénèse enchondrale ne pouvant plus avoir lieu, le processus morbide ne porte désormais que sur l'ossification périostique. Primitivement géants, ils s'acromégalisent par la suite. *Le gigantisme acromégalique est un aboutissant, la terminaison habituelle des autres formes.*

L'histoire du *gigantisme infantile* est beaucoup plus simple que celle de la forme acromégalique parce qu'elle est beaucoup plus récente. C'est, en effet, aux travaux de MM. Launois et Roy, Poncet, Briau, Pirsche, que l'on doit de connaître cette nouvelle forme de gigantisme.

Dans le gigantisme infantile, *la dysharmonie morphologique et fonctionnelle caractéristique se traduit par la persistance, chez un sujet ayant atteint ou dépassé l'âge de la puberté, de caractères morphologiques appartenant à l'enfance : le plus important, au point de vue de la croissance gigantesque, de ces caractères anormalement persistants, est la non-ossification des cartilages épiphysaires.*

Des cas observés par lui, M. Roy conclut que le caractère de la croissance, dans le cas de gigantisme infantile, c'est la continuité et la persistance. Les malades grandissent encore à trente ans; l'accroissement de leur taille ne paraît pas avoir de limites. Cet accroissement porte surtout sur les membres inférieurs : il est dû à la non-soudure des cartilages épiphysaires. « C'est parce que les os des membres voient leurs épiphyses se souder tardivement que les membres s'allongent relativement plus que le buste lorsque la hauteur du corps s'élève » (Manouvrier).

Donc, à s'en tenir au seul examen du squelette, on doit admettre qu'il existe, chez un certain nombre de géants, des caractères morphologiques de l'enfance qui persistent

à l'âge adulte : non-ossification des cartilages de conjugaison, allongement disproportionné des membres inférieurs, etc. Ces faits cliniques sont à rapprocher de certains faits expérimentaux que M. Roy résume ainsi : « 1° allongement du train postérieur chez les animaux ayant subi la castration dite de convenance (Bœuf, Chapon, etc.); 2° allongement du train postérieur chez le lapin castré expérimentalement (Poncet et ses élèves); 3° allongement des membres inférieurs sur divers squelettes d'eunuques; allongement des membres, particulièrement des membres inférieurs, chez les géants infantiles ».

Les relations indéniables qu'on observe expérimentalement entre l'état des glandes génitales mâles et le développement du squelette, se retrouvent en clinique. L'atrophie génitale paraît en effet être la règle chez un certain nombre de géants, remarque faite, depuis longtemps, par Geoffroy Saint-Hilaire et que confirment tous les travaux récents (Matignon, Dana, H. Meige, Bonardi, Launois et Roy, S. Garnier, Wood Hutchinson, Buday, Janesco, etc.).

Le gigantisme infantile n'est pas une forme isolée des autres, irréductible. Tant que le malade n'a pas ses épiphyses soudées, il ne cesse de grandir et de s'accroître; mais ses cartilages finiront bien un jour par s'ossifier, et alors, si le processus hyperostéogénique continue à se manifester, l'os, ne pouvant continuer à s'accroître en longueur, s'augmentera en épaisseur. Le géant infantile sera devenu un géant acromégalique ».

La preuve définitive des rapports étroits qui relient gigantisme infantile et gigantisme acromégalique est donnée par ce fait qu'une même pathogénie s'applique à ces deux formes. Dans les deux cas, on retrouve une lésion — le plus souvent un épithéliome — du corps pituitaire. Et ainsi gigantisme acromégalique et gigantisme infantile apparaissent nettement comme de véritables syndromes pituitaires.

L. BABONNEIX.

REVUE DES THÈSES

Sur un cas d'appendicite subaiguë avec volumineuse tumeur inflammatoire latéro-cæcale d'apparence néoplasique, par le docteur Louis RICHARD. (Th. de Paris, 1903, Rousset, éditeur.)

L'auteur rapporte au début de cet intéressant travail une observation inédite d'appendicite subaiguë, entrée à l'hôpital le sixième jour avec des signes d'occlusion aiguë. Le diagnostic en fut délicat. On pensa à bon droit à une appendicite avec pseudo-occlusion, occlusion intestinale révélatrice d'un cancer du cæcum, tuberculose iléo-cæcale. L'opération fit découvrir en plus d'un foyer de péritonite limitée, *cause certaine de l'occlusion*, une tumeur indurée, située sur le bord droit du cæcum à aspect franchement néoplasique, surtout étant donné les gros bourgeons rouges qu'elle contenait à l'intérieur. L'appendicite qui contenait un de ces bourgeons mit sur la voie du vrai diagnostic; l'examen histologique prouva qu'il s'agissait d'une *tumeur inflammatoire d'origine appendiculaire*.

Ce cas est à opposer aux *appendicites dites à forme néoplasique*, qui ont l'évolution clinique du cancer du gros intestin, mais sont dues à une poche suppurée rétro-cæcale contenant l'appendice perforé. Elles ont une marche chronique et présentent toujours de la fièvre à maximum vespéral.

Le *tuberculome iléo-cæcal* a également une marche chronique rappelant celle du cancer et pouvant également à l'opération en imposer pour un néoplase.

Le diagnostic se fera par la recherche de la coïncidence d'autres tuberculoses, par le séro-diagnostic de la tuberculose de MM. Arloing et Courmont et par l'examen histologique. L'appendice peut être envahi par la tuberculose sans donner lieu au syndrome de l'appendicite. L'appendicite tuberculeuse est, en effet, une rareté.

L'*actinomycose appendiculaire* a l'évolution clinique ou d'un tuberculome ou d'un cancer. Ses lésions macroscopiques sont également celles du néoplasme. En l'absence des grains jaunes caractéristiques, on ne pourra faire le diagnostic que par l'examen histologique.

L'*appendicite* amène souvent la production de *masses inflammatoires péricæcales* qui, elles aussi, tant par leurs symptômes que par leur aspect, font penser à la tuberculose et surtout au cancer. En l'absence d'une notion nette d'appendicite antérieure, les coupes histologiques permettront seules le diagnostic. Notre appendicite, à gros gâteau latéro-cæcal, d'apparence néoplasisique, rentre dans le cadre de ces tumeurs inflammatoires.

Les tumeurs colloïdes du cæcum ou de l'appendice se présenteront sous la forme d'une tumeur volumineuse, tendue, qu'on reconnaîtra à l'opération, constituer une poche cloisonnée par une charpente conjonctive caractéristique qui donne à l'ensemble un aspect aréolaire. Cette poche contient une substance gélatineuse opaque, granuleuse, d'un blanc jaunâtre.

L'occlusion qui l'accompagnait était de la fausse occlusion par péritonite. Les auteurs récents proposent, comme moyen de diagnostic entre les pseudo-occlusions appendiculaires et les occlusions vraies, l'élévation de la température, la douleur de la fosse iliaque droite, l'hémo-diagnostic indiquant une leucocytose de 40000 à 50000 dans le cas d'appendicite suppurée, au lieu de 6000 à 8000 leucocytes par millimètre cube à l'état normal et de 20000 à 25000 dans l'occlusion vraie; la chaleur appliquée sur un foyer de suppuration exaspérant la douleur locale, enfin, la température axillaire plus basse de 0°6 normalement que la température rectale, et qui serait de 1 degré à 1°4 dans le cas d'appendicite.

Étude critique sur les vomissements incoercibles de la grossesse, par le docteur Marius PIERRHUGUES. (Th. de Paris, 1902, Joannin, édit.)

D'une étude très documentée, M. Pierrhugues tire les conclusions suivantes qui résument bien l'état actuel de la question :

Les vomissements incoercibles de la grossesse sont parfois d'origine réflexe; dans ce cas, ils sont bénins et cèdent facilement au traitement approprié. Le plus souvent, au contraire, ils sont d'origine centrale et sont causés par l'action d'un poison endogène de l'organisme sur le système nerveux central. Ce poison n'a pas pu être encore isolé.

L'étiologie de ces vomissements est complexe; il faut mettre en jeu l'état nerveux de la femme, l'intégrité des fonctions éliminatrices; mais il faut y ajouter, avant tout, l'accumulation des produits toxiques de l'organisme par suite de la suppression des différentes fonctions glandulaires.

A côté du rôle joué, au point de vue de la sécrétion interne des glandes par le foie et la glande thyroïde, il y a lieu de faire entrer en ligne de compte l'*ovaire*.

Quelle que soit la valeur de cette opinion, elle n'est encore qu'à l'état d'hypothèse et il est certain que le rapport de la *toxémie ovarienne* avec les vomissements incoercibles doit, pour pouvoir être affirmé, être l'objet de recherches ultérieures pour nous éclairer sur ce point.

Le traitement de ces vomissements devra être rationnel et physiologique.

On devra faire attention à la nutrition de la femme.

Cette nutrition sera constatée par l'analyse de l'urine et des pesées fréquentes.

Ces pesées, selon leurs variations quotidiennes plus ou moins brusques, sont aussi importantes à observer que l'état du pouls, car elles sont le criterium de l'intervention obstétricale.

Cette intervention ne doit pas être considérée comme un traitement définitif des vomissements incoercibles de la grossesse : aussi faut-il rechercher avec persévérance les moyens de les diminuer de plus en plus et de les faire disparaître s'il est possible. C'est pourquoi l'auteur propose d'essayer les préparations d'ovaires et de liquide ovarique en particulier. Ces essais ne sont encore qu'à l'étude, mais seront, pense-t-il, susceptibles de nous dévoiler la valeur de cette médication; aussi son emploi devra-t-il être tenté, vu son innocuité.

VARIÉTÉS

Les médecins de Paris pendant la première moitié du XVe siècle de 1396 à 1450.

Par le docteur A. Corlieu.

Le nombre des médecins de Paris pendant la première moitié du xve siècle était relativement faible pour la population, si nous le comparons au nombre actuel de praticiens. Ce nombre s'est ressenti des bouleversements politiques de l'époque. On n'a que des données approximatives de la population de Paris, que les historiens font varier de 120 à 200000 habitants, car la population ne s'évaluait jadis que par feux. Ce n'est qu'à partir de 1801 que, par suite de décrets, la statistique démographique a été régulièrement faite.

En 1396, d'après les *Commentaires de la Faculté de médecine* (1), — précieuse et unique collection manuscrite rédigée par chaque doyen de la Faculté, — le nombre des médecins, *medici regentes*, s'élevait à 37 dont voici les noms tant français que latins :

Thomas de Saint-Pierre,
Guillaume Boucher (*Carnifex*),
Jean De Daumont,
Raoul *De Herbis*,
Martin Gazel,
Pierre *De Aussona*,
Guillaume De la Chambre,
Henri Crevesac,
Thomas Blanchecappe,
Joseph Voygnon,
Albert Leriche,
Jean Richard,
Jean Lecomte,
Boniface De Sauvières,
Richard De Boisbaudry,
Gerges *De Castro* (Duchateau),
Jean Lelièvre,
Thomas Le Mauge,
Henri De Pithevilliers,
Pierre Miotte,
Guillaume De Sens,
Henri Pelat,
Jean Le Tanquard,
Pierre Des Vallées,
Pierre *De Castanea*,
Gilles *De Durlendio*,
Jean De Marle,
Jean Des Fontaines,
Raoul Blanche,
Jean Du Martroy,
Jean Fondeur (*Fusoris*),
Marc De Milan,
Jean *De Roda*,
Philippe Herpin,
Gilles Herbaut,
Gérard *De Lingon*,
Robert Levieux (*Veteris*),
Louis Lapierre (2).

Si nous feuilletons les *Commentaires* qui nous donnent tous les deux ans les noms des médecins, nous constatons que de 1396 à 1398, quatorze avaient déjà disparu : ce sont

Henri Crevesac,
Thomas Blanchecappe,
Joseph Voygnon,
Jean Richard,
Georges De Castro,
Georges Des Vallées,
Honoré De Pithevilliers,
Pierre De Castanea,
Raoul Blanche,
Marc De Milan,
Jean De Roda,
Philippe Herpin,
Gilles Herbaut,
Robert Levieux.

(1) Corlieu. *L'Ancienne Faculté de médecine de Paris*, 1877, p. 155.
(2) *Commentaires*, t. I, p. 16.

En 1400, il y avait 27 *medicis regentes*,

1402,	—	29	—
1404,	—	33	—
1406,	—	30	—
1408,	—	34	—
1410,	—	28	—
1412,	—	28	—
1414,	—	30	—
1416,	—	27	—
1418,	—	26	—

A partir de 1420, le nombre a baissé considérablement. En 1418, Paris souffrait de la peste et de la famine. Les historiens rapportent que le nombre des décès s'est élevé à environ 50000 en cinq semaines. Il est bon de rappeler que c'était à l'époque si désastreuse de la lutte entre les Armagnacs et les Bourguignons; que le 29 mai 1418, Paris fut livré aux Bourguignons par Perrinet Leclerc. « Trois jours durant, disent les historiens, on massacra les Armagnacs, le connétable et plus de 3500 individus. » Peste, famine, guerre civile et étrangère, ces trois grands fléaux sévirent avec intensité pendant trente-deux ans. A ces maux il faut joindre des froids excessifs pendant des hivers longs et rigoureux. Un septier de froment (environ 1 hectol. 59) était payé 11 à 12 livres d'or; même prix pour les fèves. Le petit peuple mangeait du pain de noix. Il y avait également disette de bois; les Anglais, maîtres de Pontoise, empêchaient l'entrée des vivres. Le 22 octobre 1418, la Faculté différa après la fête des Rois les leçons et disputes ordinaires, à cause de la misère des temps. La cherté augmenta encore en 1421. Nous avons aussi passé par ces rudes épreuves pendant l'année terrible où nous avons subi l'épidémie de variole, la famine, les froids excessifs et où la mortalité s'est élevée d'une façon effrayante.

Le Traité de Troyes (21 mai 1420) avait livré la France aux Anglais : le dauphin Charles avait été déclaré indigne de succéder à son père Charles VI, devenu fou, et cet infâme Traité avait déclaré Henri V, roi d'Angleterre, « régent et héritier de la couronne de France. »

C'est pendant tout le temps de la domination anglaise que le nombre des médecins s'est le plus abaissé, les Anglais ayant été les maîtres de Paris de 1420 au 13 avril 1436. En effet, toujours d'après les *Commentaires de la Faculté* :

En 1420, il y avait 15 médecins (*medici regentes*).

1422,	—	18	—
1426,	—	17	—
1428,	—	13	—
1430,	—	15	—
1436,	—	12	—

Quant aux malades il est évident qu'ils ne recevaient aucun secours.

La Faculté avait dû faire sa soumission au roi d'Angleterre; mais, le 18 avril 1436, pour fêter la rentrée de Charles VII à Paris, elle nomma une commission pour se rendre auprès du souverain.

En 1438, Paris comptait 9 médecins.

1442,	—	10	—
1446,	—	13	—
1450,	—	10	—

C'étaient :

Jean De Langrenais, qui devint prêtre;
Robert Poitevin;
Jean Tiphaine;
Pierre De Chacy, chanoine de Paris;
Enguerand De Parenti;
Guillain De Algia;
G. De La Chambre;

P. Pilastre;
J. Jean;
Jean Levesque (1).

Paris était redevenu capitale de la France. Deux ans après, en 1452, le cardinal D'Estouteville fit son important réforme de l'Université, réforme qui permit aux médecins de se marier : *Vetus statutum quo conjugati à regentia in Facultate medicinæ prohibentur, impium et irrationabile...* (2).

Que les temps sont changés! Aujourd'hui la population de Paris, d'après le dernier recensement, est de 2536834 habitants, il y a 2965 praticiens, soit environ 1 médecin pour 821 habitants.

M. Henri Bérenger (*Revue des Revues*, 1898), dans un article sur le Prolétariat intellectuel en France, a donné le chiffre approximatif de ce que gagnent les médecins parisiens. S'il en est 5 ou 6 qui gagnent entre 200000 et 300000 francs, il en est 1200 qui gagnent au-dessous de 8000 francs, c'est-à-dire que ceux qui n'ont pas de fortune personnelle vivent dans la gêne, que beaucoup d'entre eux se rejettent sur les spécialités, ou sur un exercice louche, ou se font *rabatteurs*, et trouvent dans la dichotomie un utile supplément.

Quand, après cinquante-deux ans de doctorat, on est sorti assez heureusement de la lutte pour la vie; quand on peut, comme le navigateur d'Horace, contempler du rivage les épaves de la tempête, on a peut-être quelques droits de dire à ses jeunes confrères qui rêvent de gagner à Paris les millions des princes de la science et du bistouri, ces vers de Boileau, légèrement modifiés :

Redoutez de Paris les trompeuses amorces
Et consultez longtemps *votre bourse* et vos forces.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. Moreau. Étude sur les calculs enchâtonnés de la vessie. — M. Dehau. Les sanatoria dans le traitement de la tuberculose. — M. Croizet. Contribution à l'étude des névrites oxy-carbonées. — M. Guénard. De la cure des grands prolapsus génitaux par la méthode de Bouilly. — M. Boivin. Etiologie et traitement de l'eczéma des nourrissons. — M. De Léon. Contribution à l'étude des cysticerques de l'encéphale. — M. Lemaire. De la fréquence des kystes hydatiques du poumon en Algérie. Leur diagnostic précoce. — M. Pirault. La bourdaine au point de vue pharmacologique et thérapeutique. — M. Heller. Contribution à l'étude des paralysies faciales congénitales par agénésie du rocher. — M. Queinnec. Contribution à l'étude des lipomes multiples symétriques et en particulier des lipomes circonscrits. — M. Denomme. De la position du malade dans les opérations sur la tête et sur le cou. — M. Gouraud. Des échanges phosphaturés dans l'organisme normal pathologique des phosphaturies. — M. Aubinière, Contribution à l'étude de la diphtérie prolongée. — M. Decobert. Du gélo-diagnostic des selles et de son emploi au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde. — M. Poulard. Adénopathies dans les affections oculaires. — M. Demain. De la para-métrite récidivante associée au prolapsus utéro-vaginal. — M. Jouhaud. Caractères biologiques de l'entérocoque. — M. Delherm. Le traitement par l'électricité de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse. — M. Terrien. Contribution à l'étude de la syphilis rénale et en particulier du syphilo-brightisme. — M. Dieuzaide. Troubles intellectuels transitoires de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. Carcy. Traitement de l'orchi-épididymite blennorhagique aiguë; étude comparative.

(1) *Commentaires*, t. II, p. 101.
(2) Du Boulay. *Histoire de l'Université de Paris*, t. V, p. 569.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Service de santé militaire. — Des exercices spéciaux du service de santé auront lieu du 25 au 29 août 1903. En voici le programme :

Première journée (mardi 25 août) : A huit heures quarante-cinq du matin, réunion des officiers à la salle des adjudications (corridor d'Arles, hôtel des Invalides); entrée 51 *bis*, boulevard Latour-Maubourg; — de neuf heures à onze heures du matin, conférence par le directeur technique. Conférence par un officier d'état-major; — à partir de une heure et demie, préparation, organisation des unités sanitaires. Chargement du matériel des différentes formations.

Deuxième journée (mercredi 26 août) : A cinq heures du matin, départ des formations sanitaires pour Joinville le-Pont. Service de marche et cantonnement. Chaque unité fera son cantonnement; — de deux à cinq heures du soir, démonstrations et exercices techniques pour les infirmiers et brancardiers, dans les différentes formations sanitaires.

Troisième journée (jeudi 27 août) : à sept heures du matin, marche des formations sanitaires dans une colonne de division. Combat d'une division sur le plateau de Champigny. Première phase, attaque de Chennevières-Ormesson; deuxième phase, combat vers le Plessis-Trévise. Fonctionnement du service de l'avant pendant et après le combat (service régimentaire, ambulance divisionnaire opérant en deux sections séparées); — à quatre heures du soir, relève de l'ambulance par l'hôpital de campagne. Exploration nocturne du champ de bataille, s'il y a lieu.

Quatrième journée (vendredi 28 août) : 1° matin (de cinq à neuf heures, combat de la division à Queue-en-Brie et Pontault. Fonctionnement du service de santé de l'avant pendant le combat (service régimentaire, ambulance divisionnaire, ambulance de corps); — 2° après-midi (de une à cinq heures), mouvement rétrograde de la division. Retraite des formations sanitaires, enlèvement du matériel; évacuation des blessés sur la ligne de retraite par les moyens de transport des formations et les moyens de réquisition.

Cinquième journée (samedi 29 août) : sept heures du matin, établissement et fonctionnement de l'hôpital d'évacuation à la gare militaire de Plant-Champigny. Formation d'un convoi d'évacuation dirigé de l'hôpital de campagne (Chennevières) sur l'hôpital d'évacuation; — neuf heures du matin, organisation d'un train sanitaire improvisé; — dix heures du matin, conférence sur l'hôpital d'évacuation et le service de l'arrière. Critique technique de l'ensemble des opérations; — deux heures du soir, dislocation et retour à Paris des formations sanitaires.

Nota. — Les exercices spéciaux auront lieu sous la direction technique de M. le médecin principal de première classe Vaillard.

MM. Derouet et Piquot, médecins majors, donneront à MM. les Officiers de réserve et de l'armée territoriale tous les renseignements nécessaires.

Tenue de campagne, sauf la giberne et le brassard réservés aux officiers prenant part aux opérations sanitaires.

Renseignements généraux. — Moyens de transport pour se rendre sur le terrain.

A. Chemin de fer de Vincennes (pour Joinville, la Varenne-Chennevières, etc.).

a. Pour Joinville, départ à l'heure 5', 20', 35' et 50'.

b. Pour la Varenne-Chennevières, départ à l'heure 5' et 35'.

B. Métropolitain jusqu'à la barrière de Vincennes (pour Joinville et Champigny).

a. Tramway de Joinville-Champigny, départ de la barrière à l'heure 2' et 32'

b. Tramway nogentais, départ de la barrière à l'heure 0', 15', 35 et 45'.

C. Grande Ceinture (pour Champigny).

Départ de la gare de l'Est à 5 h. 37, 6 h. 49, 7 h. 10, 12 h. 30, 1 h. 52.

Arrivée à Champigny à 6 h. 39, 7 h. 32, 8 h. 20, 1 h. 13, 2 h. 35.

Mêmes moyens de transport pour la gare militaire de Plant-Champigny.

Marine. — Voici la liste, par ordre alphabétique et par port, des candidats à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux, reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits :

Brest. — MM. Blanchet, Bodet, Boulard, Boyer de la Giroday, Broustail, Brunetel, Ceillier, Clavel, Corson, Daniel, Le Fers, Georgelin, Gouriou, Joubert, Kernéis, Lalanne, Leprêtre, Mathieu, Mazurié, Mirguet, Oudat, Pellé, Pitois, Pouliquen, Richer, Rivière, Salomon et Soing,

Rochefort. — MM. Althabégoity, Baril, Basque, Cautain, Chatenay, Colat, Demellier, Denœux, Dornoy, Dubarry, Escudié, Ezano, Fouquernie, Gaillard, Gouillon, Gravellat, Hubert, Jaulin du Seutre, Lajus, Laurens, Laurès, Marcaudier, Mazaubert, Moreau, Nicomède, Nogue, Penaud, Péré, Pineaud, Saujon, Sébilleau, Stevenel, Veron, Vialard, Viole et Wibratte.

Toulon. — MM. Ayrolles, Baujeau, Bech, Benoist-Gonin, Borreil, Bourgarel, Boyer, Bruneau, Cahuzac, Le Camus, Chabardes, Clot, Colombani, Combes, Coulomb, Curet, Le Dentu, Faton, Ferrer, Frontgous, Girard, Giudice, Guérin, Guillen, Guimezanes, Hébrard, Hermann, Hudellet, Jandot dit Daujon, Lautier, Mariotte, Mazet, Muraz, Rebufat, Renoux, Ringenbach, Robert, Rochigneux, Rostagni, Salacroup, Ségard, Teste, Thibaudet, Vallereau de Mouillac et Vincent.

Statistique — Le service de la statistique municipale a compté pendant la trente-deuxième semaine, 824 décès, au lieu de 815 pendant la semaine précédente (moyenne 916).

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (moyenne 15).

La variole n'a pas causé de décès.

La rougeole a causé 6 décès (moyenne 13); la scarlatine, 5 (moyenne 3); la coqueluche, 1 décès (moyenne 8); la diphtérie, décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 64, au lieu de 69 pendant la précédente semaine (moyenne 43).

La diarrhée infantile a causé 89 décès de 0 à 1 an, au lieu de 101 pendant la semaine précédente (moyenne 125); on ne saurait trop insister sur la nécessité de veiller tout particulièrement à l'alimentation des jeunes enfants et à la parfaite stérilisation du lait qui leur est donné.

En outre, 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 84 décès au lieu de 73 pendant la semaine précédente (moyenne 88). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 8 (moyenne 11); pneumonie, 20 (moyenne 22); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 50 (moyenne 49), dont 16 sont dus à la congestion pulmonaire et 21 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 167 décès; la méningite tuberculeuse, 24; la méningite simple, 23; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 28 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dubertrand (de Bègles) et Joseph Hahn, ancien médecin-major.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'examen de l'œil au point de vue de l'aptitude au service militaire, par le docteur Barthélemy, médecin-major de deuxième classe. Un vol. in-18 avec 65 fig. et 13 pl. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DES ARTHRITES AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

Par le docteur P.-A. LOP,
Chargé de cours à l'École de médecine de Marseille.

I

Dans un précédent travail (*Presse méd.* 1900) à l'occasion d'une observation, recueillie dans ma clientèle, je me suis occupé du diagnostic et du traitement des arthrites pelviennes.

Aussi ne referai-je pas aujourd'hui l'étude de ces complications articulaires, bien connues depuis les travaux du professeur Budin; je m'en tiendrai seulement à la communication de deux nouveaux cas dont un très remarquable par son étiologie et d'une observation d'arthrite du coude, très intéressante par sa nature, survenue au quatrième jour du puerperium.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Présentation du siège. Arthrites pelviennes, éclatement de la symphyse pubienne, arrachement circulaire du vagin à son insertion vulvaire, paralysie double des extenseurs des membres inférieurs.* — Mme X... primipare, vingt-sept ans. Assistée par une sage-femme. Début du travail le 2 février 1903 à six heures du soir, dilatation très probablement complète le 3 au matin. A midi le travail s'arrête complètement, et à cinq heures du soir n'entendant plus les battements du cœur, l'accoucheuse pratique l'extraction du fœtus.

Qu'a-t-elle fait, comment s'y est-elle prise? je ne l'ai jamais su, car elle disparut le même jour où l'on me fit appeler, c'est-à-dire le troisième de l'accouchement.

L'extraction du fœtus fut suivie d'une abondante hémorragie qui s'arrêta grâce au secours d'un étudiant en pharmacie habitant dans le voisinage qui eût l'idée de conseiller un tamponnement de l'utérus.

L'extraction de l'enfant aux dires de la famille a duré deux heures et demie pendant lesquelles la malade est restée en position obstétricale forcée : cuisses sur l'abdomen, les genoux touchant presque le menton et les jambes solidement maintenues en flexion sur la cuisse par deux aides.

Vers le milieu de la nuit qui suivit la délivrance, la malade en voulant uriner, s'aperçut qu'elle ne pouvait pas soulever ses jambes au-dessus du plan du lit ni se mettre sur son séant, sans éprouver de vives douleurs dans les membres inférieurs.

Aussi pendant trois jours cette malheureuse femme est restée dans le décubitus le plus absolu, les pieds en équinisme forcé, supportant avec peine le contact des draps, et constamment souillée par l'urine et les matières fécales dont on ne pouvait pas arriver à la débarrasser; elle accusait en outre de vives douleurs dans les hanches et l'abdomen.

Examen. — Cette malade, présente un état général déplorable, le facies est pâle, décoloré, les traits tirés par cinq jours de souffrances et d'insomnie; le pouls est petit, fréquent, température 38°5.

Elle est couchée absolument aplatie, incapable de remuer la partie inférieure du tronc; l'abdomen est souple, l'utérus bien rétracté n'est pas douloureux, la vessie se vide bien l'accoucheuse n'ayant jamais pu la sonder, ne trouvant, paraît-il pas, le méat urinaire perdu au milieu des tissus déchirés et contus.

Effectivement en examinant la vulve on voit son orifice considérablement tuméfié; les petites lèvres sont en quelque sorte déchiquetées; en découvrant le vagin à l'aide d'une valve antérieure qu'elle n'est pas ma surprise de trouver ce conduit complètement désinséré de ses attaches vulvaires.

Cet organe semble avoir été disséqué et son bord antérieur est rétracté presque au niveau de sa partie moyenne; cette désinsertion se poursuit latéralement à droite et à gauche et surtout à droite où le muscle est mis à nu; plus loin le vagin est intact et chose remarquable, le col utérin ne présente aucune des lésions habituelles auxquelles on est en droit de s'attendre après une extraction aussi laborieuse que celle qui a été faite. Les culs-de-sacs et les annexes n'offrent rien de particulier à signaler, les lochies sont peu odorantes.

Cette exploration faite lentement, est des plus douloureuses et mal supportée; je n'étais pourtant pas au bout de mes surprises.

L'examen du bassin me fait constater un éclatement de la symphyse pubienne dans lequel on peut aisément loger deux doigts, il existe en outre une disjonction des symphyses sacro-iliaques surtout accusée à droite.

Cet examen n'a pu être continué à ce moment là, la malade ayant eu une syncope.

A ma deuxième visite, la malade ayant passé une meilleure nuit, je pus compléter mon examen.

Du côté des membres inférieurs la mobilité volontaire est

supprimée, la malade semble frappée de paraplégie, les mouvements provoqués sont des plus douloureux, et c'est avec grand peine que la malade peut détacher ses membres du plan du lit, la flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin est impossible; enfin, chose curieuse, les deux pieds sont en équinisme forcé et cette hyper-extension est tellement douloureuse qu'il est impossible de faire la moindre tentative de réduction sans déterminer une lypothymie.

Du côté des autres organes il n'y a rien de particulier à signaler.

Le *traitement* opposé à ces accidents à été le suivant : placée sur le bord du lit, après anesthésie, application d'un double spica silicaté qui rapproche étroitement les symphyses.

Puis après avivement au ciseau de la portion désinsérée du vagin et avoir enlevé toutes les parties contuses, machées et sphacélées de l'orifice vulvaire, j'arrive avec assez de peine à affronter le vagin à la vulve par 10 points de catgut.

Injection intra-utérine de permanganate de potasse et pansement humide au phéno-salyl.

Les membres inférieurs sont ensuite envoloppés de ouate et placés sous un cerceau, pas d'incident opératoire, réveil facile.

La ceinture silicatée est gardée vingt-cinq jours au bout desquels n'étant plus supportée et l'examen m'ayant démontré les symphyses très améliorées, je la remplaçai par un bandage de corps très serré maintenu par un double spica avec bandes de toile non silicatées.

Dès le quinzième jour, j'ai fait commencer des massages et des mouvements au niveau des articulations des orteils, et tibio-tarsiennes; l'extension forcée des deux pieds a été des plus laborieuses à combattre et aujourd'hui 1er juin c'est à peine si la malade commence à poser la totalité de la face plantaire sur le sol.

Les symphyses sont totalement revenues, même la symphyse pubienne qui avait été la plus malmenée.

J'ai omis d'indiquer que la mensuration faite, les symphyses rapprochées indiquent un bassin absolument normal.

II

Le mécanisme de ces diastasis articulaires est d'explication je crois facile : manœuvres multiples prolongées maladroites pour extraire paraît-il un fœtus mort très volumineux (dont il eût été intéressant de connaître l'état d'ossification du crâne), tout cela sur des symphyses relâchées physiologiquement et peut être enflammées antérieurement à l'accouchement, la malade prétendant avoir constamment souffert des hanches pendant la marche à partir du quatrième mois de sa grossesse. Les lésions extraordinaires du vagin reconnaissent les mêmes mécanismes que les lésions articulaires.

Quant à la paralysie des extenseurs des membres inférieurs, son mécanisme intime est peut-être difficile à expliquer, je crois pourtant qu'on peut le comprendre de la façon suivante :

La malade est restée deux heures et demie en position obstétricale les cuisses en flexion exagérée sur le bassin et les jambes sur les cuisses; les pieds avaient été confiés aux aides dont une main empêchait la jambe de s'étendre et l'autre, appliquée sur la face dorsale du pied, maintenait solidement celui-ci.

J'ai fait répéter, par les deux personnes qui ont servi d'aides, l'attitude qu'elles avaient eu pendant l'accouchement, j'ai pu me rendre ainsi compte que pendant toute sa durée les pieds de la malade étaient demeurés en extension forcée par les mains chargées de les maintenir, et, afin que ces mains ne puissent pas glisser, la sage-femme avait pris la précaution de les envelopper avec des serviettes.

Je crois plausible la façon d'interpréter l'étiologie de ces roubles moteurs, le mécanisme invoqué ayant déterminé une luxation des tendons muscles extenseurs.

Deuxième observation. — *Présentation du sommet, arthrite pelvienne, accouchement spontané OIGA.* — Primipare, vingt-trois ans, bonne santé, accouchée à la Clinique obstétricale le 31 août 1902, durée de travail neuf heures, délivrance normale. L'enfant, une fille de 3^{k}010 bien constituée, ayant une tête avec des diamètres normaux et une ossification normale.

Le 9 septembre la malade, ayant demandé à quitter le service, s'apprête, au moment où je terminais la visite, à se lever pour arranger ses affaires; cela bien entendu sans ma permission, puisque la sortie ne devait avoir lieu qu'après deux ou trois levés.

Aussitôt debout la malade est prise de fourmillements, de crampes et ne peut plus remonter sur son lit; recouchée ces phénomènes douloureux disparaissent et la malade se plaint, en revanche, d'éprouver de vives douleurs dans les hanches et la région sacrée; douleurs déjà éprouvées sitôt après l'accouchement et mises sur le compte, disait-elle, de « coliques de matrice ».

Ces phénomènes douloureux, dit la malade, se montraient surtout quand elle s'asseyait pour donner le sein ou pour prendre ses repas et surtout quand on la mettait sur le bassin; aussitôt examinée le diagnostic de ces accidents douloureux fut vite posé; effectivement le doigt est-il à peine introduit dans la portion antérieure du vagin qu'il arrive dans une sorte d'hiatus large de 3 centimètres, formé par les branches du pubis qui sont très mobiles et se dessinent très nettement sous la peau; chose assez curieuse, malgré ce diastasis, il n'existe pas de douleurs spontanées, seule la pression les provoque et les réveille; l'existence d'un œdème mou du vagin au niveau des culs-de-sacs démontre que les symphyses sacro-iliaques sont, elles aussi, malades à leur tour et quand on appuie le doigt sur ces symphyses la malade se dérobe aussitôt.

Les mouvements de flexion de la hanche sur le bassin et de rotation en dehors sont très limités et déterminent de vives douleurs.

Après cet examen la malade est immobilisée par un solide bandage de corps en coutil maintenu par un double spica et vingt jours après elle sortait sur sa demande considérablement améliorée.

Troisième observation. — *Accouchement prématuré à six mois, infection gonococcique, arthrite du coude droit au quatrième jour de l'accouchement.* (Observation recueillie par l'interne du service.) — Primipare, trente-trois ans, couchée n° 2 de la clinique obstétricale, service de M. le professeur Queirel. Entrée le 30 mars 1903 en prévention d'infanticide.

Cette femme s'est accouchée le 26 mars au sixième mois d'un enfant qui a été trouvé mort à côté d'elle et que l'on suppose avoir succombé à des manœuvres criminelles. La délivrance paraît avoir été normale.

Elle est arrivée dans le service le quatrième jour de l'accouchement sans que rien d'anormal eût été constaté jusqu'alors.

Le 1er avril au soir légère élévation de la température avec apparition d'une douleur dans le coude droit.

Le 2 avril le coude est très douloureux, il a augmenté de volume, il est rouge et chaud; l'avant-bras fléchit légèrement sur le bras; il existe un léger œdème en arrière de l'olécrane sur les côtés et sous l'insertion tricipitale; le doigt perçoit une fluctuation manifeste; l'épanchement bien que très net paraît cependant peu abondant.

Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont très douloureux; les mouvements de pronation et de supination sont conservés et ne provoquent qu'une douleur modérée s'ils ne sont pas exagérés. Seule l'articulation du coude est prise et la malade ne se plaint uniquement que d'un écoulement vaginal assez abondant qui a déterminé un peu d'érythème des grandes lèvres, elle accuse en outre des mictions fréquentes et douloureuses depuis le second jour de son accouchement.

Du 2 avril au 8 avril la température s'est maintenue autour de 38 degrés avec un état général relativement satisfaisant, mais avec une aggravation sensible dans les troubles urinaires cystite.

A partir du 8 avril la tuméfaction articulaire a diminué progressivement et le 15 il n'y avait pour ainsi dire plus de trace de l'arthrite, néanmoins par précaution je garde la malade quelques jours encore et le 21 je la renvoie dans le service des consignés où elle doit attendre le résultat de l'instruction judiciaire dont elle est l'objet.

La vaginite et la cystite sont très notablement améliorées.

Examen bactériologique. — En présence d'une localisation articulaire aussi nette et avec si peu de réaction générale au cours de la puerpéralité, j'avais aussitôt songé à de l'infection blennorragique que l'examen bactériologique est venu confirmer.

L'examen de l'écoulement vaginal a démontré, outre de nombreux staphylocoques et quelques bacilles difficiles à caractériser, une très forte proportion de gonocoques de Neisser.

J'ai dit plus haut que l'apparition d'une arthrite aiguë au cours de la puerpéralité avec conservation de l'état général, le peu d'intensité de la réaction fébrile attirèrent aussitôt mon attention sur l'absence très probable de relations entre cette localisation articulaire et la possibilité d'une infection puerpérale ordinaire à streptocoques.

En effet les manifestations articulaires de la streptococcie puerpérale ne sont, comme on le sait, que très rarement unilatérales et n'apparaissent en général que dans les cas graves, on peut même dire désespérés, traduisant l'infection profonde de l'économie, tandis que chez cette malade c'est à peine si cette arthrite a déterminé une légère réaction générale; cette inflammation fut surtout très douloureuse, comme le sont toutes les manifestations articulaires de la blennorragie.

Arthrite séreuse avec épanchement modéré, mais impotence quasi absolue avec douleurs très vives; tous autant de symptômes qui cadrent mal avec ce que nous montre d'habitude l'infection puerpérale dans ses manifestations articulaires.

Cet ensemble clinique joint aux renseignements fournis par l'interrogatoire me conduisit à admettre l'hypothèse d'une infection gonococcique, hypothèse que l'examen bactériologique des sécrétions vaginales et l'évolution clinique confirmèrent pleinement.

En terminant je ferai remarquer que cette femme s'est accouchée toute seule et qu'elle est restée sans soins alors qu'elle était en pleine infection blennorragique. Ce fait semblerait démontrer que l'infection puerpérale à gonocoque, admise presque sans conteste par la pluralité des accoucheurs allemands, n'est pas aussi commune qu'ils ne le pensent. Dans ce cas, est-ce simple fait du hasard ou bien une preuve de ce qu'ont avancé Bumun et Kronnig à savoir que le gonocoque n'envahissait que très exceptionnellement les parties profondes de l'endomètre? Expliquant ainsi le peu de fréquence de l'infection puerpérale déterminée par ce micro-organisme.

Je pense pourtant que dans mon cas comme dans ceux de Patenostre, Vinay, Begouin et Bar, la virulence du gonocoque est assez exagérée au cours de la puerpéralité pour donner lieu à des manifestations à distance, très souvent mises sur le compte du rhumatisme puerpéral alors qu'elles doivent être rapportées à la blennorragie. Cette virulence nouvelle prise par le gonocoque au contact des différentes espèces microbiennes renfermées dans l'écoulement lochial explique l'apparition ou l'exacerbation d'inflammations extra ou péri génitales et d'accord avec Fruhinsolz (th. de Nancy, 1902) j'estime que l'action du gonocoque au cours de la puerpéralité doit pourtant être prise en considération et que s'il est rare qu'il mette l'existence des femmes en danger il ne les expose pas moins à des complications dont quelques unes peuvent déterminer, les arthrites en particulier, a des troubles fonctionnels définitifs ou difficiles à guérir.

HOTEL-DIEU DE MONT-SAINT-MARTIN

GANGRÈNE EN BLOC DU LOBE PULMONAIRE SUPÉRIEUR GAUCHE

CONSÉCUTIVE A UNE PNEUMONIE FRANCHE AIGUE. CRACHATS NON FÉTIDES. RÉSECTION COSTALE. ISSUE EN MASSE DU LOBE GANGRENÉ. MORT.

Par le docteur S. Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin, près Longwy) (1).

Il n'est pas dépourvu d'intérêt, au moment où la discussion sur le traitement de la gangrène pulmonaire est ouverte à la Société de chirurgie à l'occasion d'un rapport très documenté lu par M. Lejars, d'en présenter un nouveau cas unique en son genre par certains de ses côtés.

Voici le fait :

M. F.-J. N..., âgé de quarante neuf ans, ouvrier des usines métallurgiques depuis l'âge de treize ans, n'a jamais fait de grandes maladies, mais était sujet aux bronchites et était d'une constitution délicate. Artério-sclérose. Absence d'antécédents héréditaires.

Vers le commencement de décembre 1902, il est pris d'un violent frisson et d'un point de côté à gauche. Il présente alors tous les signes et symptômes d'une pneumonie franche aiguë localisée au lobe inférieur du poumon gauche. Crachats d'abord sanguinolents, ensuite couleur sucre d'orge. Cette pneumonie évolue normalement pendant les premiers huit jours.

Mais le neuvième jour, le malade ressent un nouveau frisson, la fièvre atteint 40°5, la dyspnée s'accentue, et à l'auscultation on constate la propagation de la phlegmasie au lobe supérieur gauche. Grande prostration. Crachats toujours couleur sucre d'orge.

Progresssivement, les signes physiques du côté du lobe inférieur s'amendent, tandis qu'au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, aux râles crépitants et au souffle tubaire succède un souffle franchement caverneux. En même temps, la nature des crachats se modifie. Ceux-ci deviennent de plus en plus abondants, arrivent par flots et sans effort, surtout le matin au réveil; ce sont de véritables vomiques en petit. Ils sont nettement purulents, de couleur gris-cendre, mais n'ont point d'odeur. L'examen bactériologique

(1) Cette note a été l'objet d'un rapport à la Société de chirurgie, lu par M. le professeur agrégé Lejars, dans la séance du 8 juillet 1903.

de ces crachats a été négatif quant à la présence des bacilles de Koch.

Ces nouveaux phénomènes ont débuté trois semaines après le commencement de la maladie. Il va sans dire que l'état général du malade s'en ressentait d'une façon de plus en plus alarmante. Inappétence, fièvre, diarrhée.

Je diagnostique un abcès interlobaire avec peut-être gangrène du poumon, *peut-être*, car j'ai été habitué jusqu'alors à considérer la fétidité des crachats comme chose constante dans la gangrène pulmonaire. Ce signe manquant, mon doute sur la nature de l'affection paraissait légitime.

Sur ma proposition, le malade fut transporté le 4 janvier 1903 à l'Hôtel-Dieu de Mont-Saint-Martin pour y être opéré.

Le lendemain de son entrée, je procède à la résection de la sixième côte gauche sur une longueur de 7 centimètres environ, un peu en arrière de la ligne axillaire postérieure. Je tombe sur la plèvre épaissie, dont les deux feuillets sont adhérents entre eux. Je divise la plèvre et, immédiatement, en écartant le lobe inférieur du poumon, d'apparence normale, et le lobe supérieur, de couleur gris-noirâtre et frappé de gangrène, j'arrive à une vaste cavité remplie de magma purulent *non fétide*.

Avant de continuer, je dois signaler l'aspect spécial de ce tissu pulmonaire sphacélé. Il était atteint d'anthracosis par l'incrustation des poussières métalliques et charbonneuses. Est-ce que la présence de ce charbon n'avait-elle pas quelque vertu désodorisante dans l'espèce?

Je nettoie la cavité avec un jet de sérum physiologique et ensuite avec de l'eau oxygénée, et je la draine avec des compresses de gaze stérilisée. Le pansement est renouvelé tous les jours, et tous les jours j'en ramène des lambeaux du tissu pulmonaire mortifié.

Le cinquième jour après l'opération, j'attire au dehors, sans la moindre difficulté et sans une goutte de sang, une masse énorme de parenchyme pulmonaire, qui n'est autre chose que le lobe supérieur détaché en bloc. J'aperçois alors au fond de la vaste cavité une grosse bronche à orifice béant. A partir de ce moment, les injections sont rendues impossibles, car le liquide reflué en partie vers la trachée par cette bronche perméable est aussitôt rejeté par la bouche en provoquant des accès de suffocation. Les injections sont remplacées par le badigeonnage des parois de la caverne à l'eau oxygénée neutre. Depuis l'admission du malade à l'hôpital, sa fièvre oscille entre 38 et 39°5. Les forces lui font défaut, malgré l'ingestion quotidienne de douze œufs crus, le champagne, les toniques.

Le 14 janvier, il est pris d'un violent point de côté à droite, accompagné d'un frisson et d'une grande oppression. A l'auscultation, souffle, râles sous-crépitants fins à la base du poumon droit.

Cette congestion, due sans doute à une embolie, se dissipe au bout de quelques jours, mais est suivie bientôt d'une phlébite à la jambe droite.

Le malade traîne ainsi en s'affaiblissant et finalement succombe, le 30 janvier, à l'adynamie progressive et à la septicémie non conjurée, malgré l'élimination du sphacèle pulmonaire.

Ce cas est instructif à plusieurs titres :

1° Par son début. Une pneumonie franche aiguë a su servir de prélude à la gangrène pulmonaire;

2° Par la rapidité de son évolution. Toute la maladie a duré à peine deux mois. La gangrène s'est manifestée trois semaines après le début de la pneumonie;

3° *Par l'absence de toute odeur du côté des crachats et du tissu pulmonaire sphacélé*;

4° Par la présence d'anthracosis, circonstance qui, peut-être, avait une influence sur la désodorisation des produits de putréfaction du tissu pulmonaire;

5° Par l'étendue inaccoutumée de la gangrène, qui s'est attaquée à tout un lobe pulmonaire;

6° Par l'absence de l'hémorragie au moment du détachement du bloc sphacélé;

7° Par la coïncidence des signes physiques avec le siège des lésions, ce qui a permis de faire la résection costale au point opportun.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Hypnotisme, suggestion, psychothérapie avec considérations nouvelles sur l'hystérie (1), par le profeseur BERNHEIM (de Nancy).

Cet ouvrage est la seconde édition considérablement augmentée du volume que fit paraître pour la première fois en 1890 le savant professeur de Nancy. Le lecteur n'y trouvera pas seulement l'exposé des conceptions diverses sur l'hypnotisme et la suggestion mais surtout un plaidoyer en faveur d'une thérapeutique peut être un peu délaissée : la psychothérapie. En effet, à chaque instant en clinique nous voyons des résultats thérapeutiques obtenus par une suggestion plus ou moins calculée de la part du médecin, d'autres dans lesquels le malade se suggestionne lui-même. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir les heureux résultats obtenus lorsque, comme le fait le docteur Bernheim, l'on use d'une façon courante de la psychothérapie. L'emploi de cette méthode est une question de doctrine : le lecteur trouvera dans cet ouvrage tous les arguments pour ou contre sa pratique.

Envisagée au point de vue général la suggestion a dominé toute l'histoire de l'humanité et la suggestion thérapeutique a été successivement pratiquée consciemment ou inconsciemment par les prêtres, les charlatans, les magiciens. Après cet aperçu historique très intéressant l'auteur définit la suggestion, l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui, puis dans plusieurs chapitres d'une portée philosophique il analyse par quel mécanisme intime le cerveau transforme en acte l'idée suggérée. Il étudie ensuite l'hypnose, les différents moyens de provoquer le sommeil hypnotique qui n'est autre qu'un état de suggestabilité exaltée. Puis au point de vue expérimental l'auteur démontre les principaux phénomènes que la suggestion peut produire : suggestion de la motilité, de la sensibilité, création d'images sensorielles (hallucinations, etc.), d'actes de passions, etc., et fatalement arrive à discuter le problème du libre arbitre.

Au point de vue pratique enfin, l'auteur consacre plus de la moitié de son volume à rapporter les nombreuses observations de malades guéris par la suggestion : tantôt ce sont des névroses traumatiques, des troubles hystériques divers, des chorées, des affections neurasthéniques, tantôt ce sont des troubles liés à des affections organiques qui sont améliorés ou guéris par la psychothérapie.

L'on voit donc l'intérêt pratique qui s'attache à la psychothérapie, car, comme le dit le docteur Bernheim, « la suggestion guérit souvent, soulage lorsqu'elle ne guérit pas, est inoffensive lorsqu'elle ne peut soulager ». P. RAVAUT.

Manuel de bactériologie clinique (2), par le docteur PUNCK.

Cet ouvrage renferme les principales notions élémentaires de bactériologie nécessaires actuellement au médecin pra-

(1) 2e édition. In-8° de 700 pages. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.
(2) 2e édition. In-8° de 239 p. et 7 pl. coloriées. — Bruxelles, H. Lamertin.

ticien; chaque espèce microbienne est étudiée séparément et ses caractères différentiels sont bien mis en lumière. Cet exposé se termine sur un résumé de l'état actuel de la question de l'immunité et des résultats pratiques des vaccinations et de la sérothérapie.

P. RAVAUT.

QUESTION D'INTERNAT

Symptomatologie du pneumothorax (1).

En résumé, dans le *pneumothorax total*, les vibrations vocales sont affaiblies ou nulles; le son, modifié dans ses trois qualités, devient tympanique; les phénomènes d'auscultation prennent le caractère amphorique.

B. **Pneumothorax partiel**. — C'est celui qu'on observe le plus souvent dans la tuberculose à la période cavitaire. Le *début* en est presque toujours insidieux (parce que seule une partie limitée du champ respiratoire est supprimée) et ne se traduit souvent que par une légère augmentation de la dyspnée.

A la *période d'état*, les *signes fonctionnels* sont *peu accusés*; les *signes généraux* sont ceux de la cachexie tuberculeuse; les *signes physiques* sont les mêmes que précédemment, mais *limités*. L'*inspection* décèle une *voussure partielle* : il n'y a pas de vergetures du côté sain; le déplacement des organes voisins est peu marqué. Les *vibrations locales* peuvent *paraître conservées* (vibrations de voisinage, Grancher), A l'*auscultation*, on constate que, à côté d'une zone amphorique, on peut trouver des régions du poumon où persiste un murmure vésiculaire affaibli.

C. **Pneumothorax avec épanchement**. — Les *signes fonctionnels* sont les mêmes que précédemment. Des *signes généraux*, le plus important est la fièvre, variable suivant la nature de l'épanchement, mais constante. La *percussion* révèle une *matité un peu spéciale* au niveau de l'épanchement (Dieulafoy, *in* Faisans). La *percussion et l'auscultation combinées* donnent la *succussion hippocratique*, décrite par Hippocrate, Morgagni et A. Paré, Laënnec. Pour rechercher la *commotion hippocratique*, « il suffit de secouer un peu rapidement l'épaule du malade, en ayant soin même de borner le mouvement et de l'arrêter sans à-coup » (Laënnec). Si l'on ausculte en même temps le malade, on perçoit une sorte de glou glou, dû à la collision de l'air et du liquide. Ce signe se trouve « dans tous les cas où il existe à la fois un épanchement liquide et un épanchement aériforme dans les cavités de la poitrine » (Laënnec). Rapprocher de la succussion hippocratique le *bruit de glou-glou pleural* (Raymond et Variot), qui ne s'observe que dans les pneumothorax *cloisonnés*, alors que la succussion hippocratique ne peut exister que si le liquide est *libre* dans la cavité pleurale.

MARCHE. FORMES. — Il est impossible de décrire une marche générale au pneumothorax, cette marche variant à l'extrême suivant les formes.

I. **Formes anatomiques**. — A. PNEUMOTHORAX OUVERT. — Le début en est brusque. A la période d'état, la dilatation unilatérale du thorax est modérément accentuée, le tympanisme et l'amphorisme sont parfaits, parce que la tension gazeuse intrapleurale n'est pas trop considérable; le déplacement des organes n'est pas trop marqué. *La pression du gaz intrapleural est à peu près égale à celle de l'atmosphère*. ce gaz ne contient pas plus de 5 à 10 p. 100 de CO^2. Les signes fonctionnels sont assez marqués, sans arriver toutefois à un degré extrême. La guérison est possible dans cette forme; mais, le plus souvent, le pneumothorax finit par se transformer en hydro ou en pyopneumothorax. (Rappeler les expériences de Gilbert et Roger, de Rodet et Pourrat.)

B. PNEUMOTHORAX FERMÉ. — Il faut distinguer deux cas (G. Sée), suivant que la pression intrapleurale est *inférieure* à la pression atmosphérique : les troubles sont alors *peu accusés*, — ou que cette pression est *supérieure* à la pression atmosphérique : les troubles sont alors *très accusés*.

Dans ce cas, après un début variable, apparaissent des signes de compression des organes voisins et une dilatation unilatérale du thorax plus marquée que précédemment; le tympanisme devient aigu; les phénomènes amphoriques sont peu nets. Le gaz intrapleural contient plus de 10 p. 100 de CO^2 et 80 p. 100 d'Az. Cette forme *peut* aboutir à la guérison, parce que le gaz tend à se résorber spontanément.

C. PNEUMOTHORAX A SOUPAPE. — Dans ces cas, chaque nouvelle inspiration augmente la tension intrapleurale et, par suite, les phénomènes de compression : le pneumothorax est *suffocant* (Bouveret). Le début est brusque, dramatique; les signes fonctionnels (dyspnée) sont d'emblée très intenses. Le poumon du côté opposé se fatigue (*insuffisance pulmonaire aiguë* de Wintrich), et la mort survient rapidement, en quelques jours, et même, exceptionnellement, en quelques heures.

II. **Formes étiologiques**. — A. PNEUMOTHORAX DANS LA TUBERCULOSE. — S'observe surtout à la première période (Weil, G. Sée et Mathieu, etc.). A cette période, il affecte le type de pneumothorax à soupape. On a admis que, dans quelques cas, il peut exercer une influence favorable sur l'évolution ultérieure des lésions tuberculeuses (Hérard). Le pneumothorax de la troisième période est, le plus souvent, un pneumothorax ouvert.

B. PNEUMOTHORAX EMPHYSÉMATEUX (Gaillard). — Il s'observe : *a*. chez les *emphysémateux confirmés* : cette forme est rare, présente une marche très rapide et presque toujours fatale; *b*. chez les *emphysémateux au début* (pneumothorax dit *accidentel* ou des *conscrits*, Gaillard). Le début de cette forme est brusque. Les signes locaux sont ceux d'un pneumothorax total; les signes généraux sont très atténués. L'évolution est rapide et la terminaison presque toujours favorable.

C. PNEUMOTHORAX DANS LES PLEURÉSIES PURULENTES. — Il est dû à l'ouverture, soit à la paroi thoracique, soit à la surface du poumon, de l'abcès pleural. Sa symptomatologie ne présente rien de particulier, son évolution est celle de la pleurésie purulente qui le cause.

D. PNEUMOTHORAX DANS LES PLEURÉSIES PUTRIDES. — Le propre des pleurésies putrides est de dégager des gaz qui s'accumulent dans la cavité pleurale. Les signes physiques, en cas de pleurésie putride, seront donc à la fois des signes de pleurésie et des signes de pneumothorax. C'est dire qu'on peut y retrouver le souffle amphorique, le tintement métallique, la succussion hippocratique, etc. [V. BOUIC, *Pleurésies putrides* (1)]. Le diagnostic se fera par l'étude des antécédents, l'examen des signes fonctionnels et généraux, toujours très graves, les résultats de la ponction.

E. PNEUMOTHORAX CHIRURGICAL. — Sa symptomatologie ne présente rien de spécial, si ce n'est les signes concomitants : α. l'*emphysème*, sur la pathogénie duquel on a beaucoup discuté (théorie de Richet); β. l'*hémothorax*; γ. la *traumatopnée*; ς. la *hernie traumatique du poumon* (v. Traités de chirurgie et quatre agrégés).

PRONOSTIC. — Variable suivant : *a*. la *cause du pneumothorax* (tuberculose, emphysème, pleurésie purulente ou putride, pneumothorax chirurgical); *b*. la *variété anatomique*: le pneumothorax à soupape est le plus grave; *c*. l'*état de santé antérieur du malade* (cœur, poumons, plèvre, etc.).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 95, p. 952.

(1) Analysé in *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 78, p. 793.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. NOIX. L'allaitement mixte. — M. BOILEVIN. Sur une observation à engouement et à inflammation herniaire. — M. MARTIN SAINT-LAURENT. Le formol en thérapeutique; son application dans le traitement des séborrhées du cuir chevelu. — M. LEMAISTRE. Tumeurs péri-urétérales de la vessie. — M. GOAS. Insuffisance aortique d'origine artérielle. — M. FRIZAC. De l'amygdalite chronique; les traitements de choix; leurs indications dans les diverses formes de cette affection. — M. MICHALOVITCH. Contribution à l'étude de la vulvo-vaginite et ses principales complications chez les petites filles. — M. AUJEAN. Étude sur le traitement mercuriel intensif dans les accidents graves de la syphilis. — M. ROCHON. Le scorbut infantile en France. — M. BARTHÉLEMY. Influence du milieu hospitalier sur l'évolution des maladies infantiles. — M. AUBIN. Sur la nature de l'ictère hémaphéique. — M. GARDAVOT. La leucémie aiguë hémorragique. — M. MÉNAGER. Contribution à l'étude des hydrocèles péritonéo-vaginales. — M. LABROUSSE. Quelques notes sur un médecin philosophe de la Faculté de Paris, P.-J.-G. Cabanis (1757-1808). — M. MERLEAU-PONTY. Montaigne et les médecins. — M. RIGAUD. Contribution à l'étude de l'angiome musculaire primitif. — M. GIFFARD. De l'entéro-colite muco-membraneuse infantile. — M. MONTFORT. Contribution à l'étude du rôle de la prostate dans la production des tumeurs épithéliales infiltrées de la vessie. — M. BOURGET. La radiographie dans le diagnostic des calculs du rein. — M. LÉGÉ. Traitement opératoire du ptosis par le procédé de Motais. — M. GHAZAROSSIAN. Contribution à la pathogénie de l'ovaire scléro-kystique. — M. GUENIOT. Etude sur la lithiase vésiculaire; ses formes anatomiques envisagées au point de vue chirurgical. — M. GIRAUDEAU. Torsion intra-abdominale du grand épiploon. — M. QUILLOT. Rôle des nerfs dans la conduction des infections. — M. LISSAR. Contribution à l'étude de l'avortement tubaire. — M. HOUZEL. Les hémorroïdes et l'état hémorroïdal chez l'enfant. — M. FESSARD. Etude sur le fonctionnement de la maternité de la Pitié du 1er avril 1898 au 1er avril 1903. — M. GOULARD. Contribution à l'étude clinique et pathogénique de l'alhétose double. — M. BOUIC. De la sécrétion sudorale dans la tuberculose pulmonaire. — M. MONNIER. Du syndrome spasmodique dans les infections. — M. COUVREUR. Essai sur la renaissance de la saignée. — M. AUDISTÈRE. De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac. — M. CHAUMONT. De l'helminthiase dans ses rapports avec les maladies infectieuses. — M. PERGOLA. De la mort rapide et imprévue dans les cancers de l'intestin. — M. DELSART. De la péricardite dothiénentérique. — M. DU PASQUIER. Les troubles gastriques dans la tuberculose pulmonaire chronique. — M. DAVID. Les réactions sanguines dans les appendicites et les affections abdominales qui les simulent. — M. QUESNEL. Essai sur la pathogénie du dermoïde et du dermo-lipome du globe de l'œil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Rouen.* — Un concours pour la nomination à une place d'interne en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 12 novembre 1903. Les épreuves commenceront à quatre heures, à l'Hospice-Général, salle des séances.

La Commission administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 23 octobre 1903. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux,

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'administration, quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 28 octobre au plus tard.

Guerre. — RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE. — Par décret en date du 16 août 1903, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Morat, Burlureaux, Gaucher, Catrin, Sommeillier, Treille et Moussous.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Gosselin, Bouteloup, Bernard, Hiard, Phisalix, Butel, Moreau, Briand, Belle, Grellot, Cenas, Dupau, Carcassonne, Garand, Cabasse, Loumeau, Broussolle, Planteau, Dupré, Giraud, Chevalier, Heitz, Carpentier, Roland, De Cours, Carron de la Carrière, Gorecki, Perrin de la Touche, Rivaud, Duvau, Treille, Soulié, Belliard, Amiet, Salva, Maubrac, Bide, Maunoury et Meunier.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Chabrol, Camescasse, Gauillard, Fauvel, Bresson, Geghre, Azam, Le Renard, Carpentier, Genesteix, Grasset, Michel, Joly, Roulet, Bouyon, Raulin, Montalti, Bordas et Léonardi.

Au grade de médecin major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin aide-major de première classe de réserve Pauliet. — MM. les Médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Paul-Roncour, Rouveix, Briand, Segrestan, Vandenabeele, Chayron, Maritan, Amat, Beaudouin, Rouyer, Legrix, Meyer, Dubar, Delespierre, Legrain, Jeanselme, Charmeil, Thominet, Jean, Parmentier, Vanneufville, Lamare, Catuffu, Lamiot, Faure, Masingue, Gaudineau, Nivet, Carlier, Tillie, Michaux, Thouvenet, Chopard, Marrel, Polguere, Naudin, Cambours, Claa et Roussy.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Dupiellet, Princeteau, Audubert, Bessières, Thore, Martin, Regnault, Berry, Dumas, Terson, Roux, Cadeac, Boudaille, Pascaud, Castan, Faure, Olivier de Sardan, Gachan, Morizot, Guedeney, Guillaumont, Roy, Royer, Heim, Coche, Samalens, Delord, Legrand, Lapanne, Taillard, Darquier, Diamantberger, Bruch, Marie, Le Bart, Boutet, Flu, Cabanes, Morange, Dupont, De Gaulejac, Dupond, Delmas-Marsalet, Patet, Samain, Albert, Bonnet, Bellicaud, Biaille de Laugibaudière, Le Cerf, Becart, Jallot, Guertin, Le Boul, Changeux, Bardonnet, Saint Pé, Dietrich, Durand, Gourichon, Venot, Perrin, Shieffer, Vigneron, Treheux, Teynac et Faugère.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Ravet, Lemarie, Godin, Berthelot, Jaurand, Moiroud, Picquet, Munot, Levassort, Lavergne, Bruneau, Fournac, Bertrand, Mercat, Hyvernat, Marsset, Cazauvielh, Pineau, Branthomme, Soula, Salmon, Oudaille, Gourichon, Beluze, Petitjean, Courtade, Citerne, Grassin, Martin, Fauret, Combaud, Brunet, Julien, Benoit, Joubert-Laurencin, Girard, Krohn, Foulquier, Nicolin, Dezacq-Derecq, Loreton-Dumontet, Guery, Parizot, Allix, Perrier, Jocqs, Roulland, Richard, Meloche, Pacaud, Deladrière, Merley, Clément, Monnot, Lamy, Baisle, Rousseau, Teulière, Lefèvre, Pison, Chompret, Gascuel, Gros Perrin, Delmas, Rebillard, Tauzin, Sibilat, Canac, Houeix de Labrousse, Gilles, Giraud, Texier, Teulières, Laguens, Lepers, Medail, Dulout, Courtade, Robert, Peraud, Chevallet, Vigne, De la Brosse, Teulon, Fassina, Pitrat, Saillet, Temoin, Clément, Icar, Richer, Bar, Nicolle, Rousseau, Cronier, Coffin, Mascarel, Fallot, Monin, Lemaire, Faussillon, Rey, Le Meignen, Chardon-Fleuret, Bechadergue-Lagreze, Marque, Cousin, Mary, Balp, Raymonenq, Allard, Jaugey, Monin, Vigouroux (Abel), Vigouroux (Auguste), Billout, Chaffard, Poulalion, Corbin, Thilly, Le Noir, Julg, Brosset, Bussat, Jacquemard, Choppin, Palhier, Larnaudie, Pascal, Flament, Delcroix, Thibaudet, Glorie, Gaudez, Bertrand, Cornet, Charmoy, Galand, Prouvost, De Saint-Cyr de Monlaur, Champeil, Graverry, Vaucaire, Lambilliotte, Janet, Favelier, Souques, De-

jardin, Giraud, Aubel, Vacher, Brossard, Morin, Mourruau, Laine, Taccoen, Lemiere, Abadie, Cayet, Deroche, Dietz, Duchesnau, Caron, Guillaud, Cuvillier, Robineau-Duclos, Bruhl, Delmez, Hamon, Cousin, Rallière, Repin, Dubois, Roux, Cuzin, Forgeot, Duchesne, Decoux, Hahusseau, Murray, Gaujon, Guillemaud, Ballenghien, Daleas, Marin, Bichet, Dufour, Petitbon, Billard, Barjon, Prioux, Rivière, Brianceau, Laurent, Debost, Pineau, Minjard, Bossu, Poulat, Poulain, Moisson, Chamozzi, Rocquet, Tetau, Gigon, Willemin, Sauvineau, Charrin, Roux, Ogier, Favre, Coulanges, Marcellin, Sarles, Seguret, Caillol, Pansier, Servières, Bonnet, Castanier, Rollin, Vieu, Ribet, Pinatel, Auge, Banvillet, Dufourc, Laurençon, Guyod, Fauchon, Rosaire, Roger, Fourcaud, Eudlitz, Derrien, Duros, Gibory, Cossart, Duvacher, Lobstein, Hyvernaud, Moreau, Hasle, Lafond, Bruneau, Carette, Panas, Bonamaison et Marty.

Marine. — M. le médecin en chef de deuxième classe Chevalier, du port de Rochefort, est désigné pour aller concourir au service à terre du port de Cherbourg, au lieu et place de M. le docteur Ortal (application de l'art. 37 de l'arrêté du 15 avril 1899).

M. le docteur Chevalier devra avoir rejoint son poste le 1er septembre prochain.

Le nettoyage par le vide à la Faculté. — Le système de nettoyage par le vide « Soterkenos », qui a déjà été employé avec succès au Trocadéro, à la Comédie-Française, à l'Opéra-Comique, aux Gobelins, etc., vient d'être expérimenté à la Faculté, du 7 au 11 de ce mois.

Basé sur l'application du vide à l'aspiration des souillures et impuretés, il présente l'avantage de ne soulever aucun vol de poussières, et, à ce titre, est éminemment hygiénique. Très commode, très rapide, n'exigeant pas la dépose des objets à nettoyer, il est aussi bien plus efficace que les anciens procédés. Nous croyons savoir que M. le Doyen, et nombre de ses collègues, qui en ont contrôlé eux-mêmes le fonctionnement, en ont été entièrement satisfaits.

Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Depuis le 5 août, la Cie P.-L.-M. appliquera les appareils garde-place aux voitures circulant entre Paris et Clermont, et Paris et Vichy, dans les trains suivants :

Train no 927 partant de Paris à 8 h. 38 matin ;

Train no 924 partant de Clermont à midi 25 ;

Train no 2914 partant de Vichy à 1 h. 02 soir.

Les voyageurs pourront faire retenir leurs places à l'avance au départ des gares de Paris, Clermont et de Vichy, moyennant le payement d'une taxe de location de 1 franc par place.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le cloisonnement vésical et la division des urines. Applications au diagnostic des lésions rénales, par le docteur Cathelin, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 96 p. avec 23 fig. — Prix : cartonné, 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis d'exploration clinique du cœur et des vaisseaux, par les nouvelles méthodes : cardiographie, sphygmomanométrie, sphygmotonométrie, sphygmographie, pléthysmographie et radiologie, par le docteur Georges Brouardel, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 176 p. avec 35 fig. — Prix : cartonné, 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

La surélévation congénitale de l'omoplate.

Par MM. Albert MOUCHET,
Chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker,
et Pierre CLÉMENT,
Interne des hôpitaux de Paris.

La surélévation congénitale de l'omoplate, *Hochstand der Scapula* des auteurs allemands, est une affection caractérisée par un déplacement total de l'omoplate en haut, presque constamment associé à un mouvement de bascule, de « sonnette », rapprochant l'angle inférieur de la colonne vertébrale et s'accompagnant habituellement de modifications de volume et de forme de cet os.

I

Historique. — C'est Sprengel (1) qui le premier en 1891, attira l'attention sur cette malformation en décrivant 4 cas nets de surélévation congénitale de l'omoplate gauche. Il édifia sur ces faits une théorie pathogénique spéciale et depuis cette époque, dans la littérature allemande, *malformation de Sprengel* est devenu synonyme de surélévation congénitale de l'omoplate.

Kölliker (2) peu après, puis Permann (3) et Beely (4) signalent des cas nouveaux de cette malformation ; Bolten (5) et Hoffa (6) publient chacun une observation.

En 1893, Schlange (7) présente au Congrès de Berlin deux malades atteints de cette difformité.

La même année, en France M. Kirmisson (8) publie 2 cas de surélévation droite, dont 1 à caractères un peu spéciaux, et attire l'attention sur la rotation de l'omoplate autour de l'axe antéro-postérieur.

En 1895, Kölliker (9), publiant une nouvelle observation, reconnaît que la formation osseuse décrite jadis par lui comme une exostose du bord supérieur de l'omoplate n'est en réalité que le bord supérieur de cet os exagérément saillant.

Les années suivantes (1896 et 1897), nous citerons les noms de Holz (10), de Wolfheim (11) qui passe en revue les travaux publiés jusqu'alors en donnant une observation personnelle, de Pischinger (12) et de Tilanus (13) : ces deux derniers apportent chacun trois observations.

Dans son *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale* (1898), M. Kirmisson consacre un article à la surélévation de l'omoplate; il cite 3 faits personnels et, après avoir exposé la symptomatologie de la malformation, il en discute la pathogénie.

Depuis cette époque, on voit s'accroître le nombre des publications consacrées à la surélévation de l'omoplate. Nous trouvons en France les deux faits de Sainton (14), celui de Monnier (15) concernant un enfant observé en 1885 chez Verneuil, celui de Jouon (16), la communication de Nové-Josserand (17), enfin la thèse de Clerc (18), rédigée sous l'inspiration de ce chirurgien et rapportant 27 observations.

En Allemagne, il n'est publié en 1899 que le cas bilatéral de Honsell (19), mais en 1901 paraissent deux travaux importants, la thèse de Wachter (20) et le mémoire de Rager [de Copenhague (21)] qui, le premier, essaie de classer les observations, éparses jusque-là, en types bien déterminés.

En outre, la surélévation congénitale de l'omoplate fait l'objet d'une communication de Kayser au XXXe Congrès de chirurgie allemande (Berlin 1901) et se trouve rapportée dans de nombreuses observations publiées en Allemagne et à l'étranger.

Kausch (22) insiste sur l'absence de la partie inférieure du muscle trapèze qui serait une cause de la malformation.

Bruno-Lamm (23) signale la combinaison d'une surélévation de l'omoplate et d'un torticolis.

Gourdon (24); Weiss et Frœlich (25) en France ; Wilson et Torrange (26), Goldthwait (27), en Amérique, enrichissent la littérature de faits nouveaux et intéressants. Enfin paraît la thèse de Guido Müller (28) où se trouvent consignées 55 observations; l'auteur sépare nettement la surélévation congénitale de la surélévation acquise, d'origine rachitique, signalée par Kolliker (29) en 1898 et décrite depuis par Gross (30) [1899], et Bender (31) [1902]. Enfin, tout récemment, nous citerons les travaux de Frœlich (32), de Mohr (33) concernant un cas de surélévation bilatérale ; l'analyse de la séance

d'avril 1902 de l'Académie de New-York parue dans la *Revue d'orthopédie* (1903) et enfin les toutes récentes communications de M. Kirmisson (34) à la Société d'obstétrique de Paris et de Hirsch (de Berlin) au IIe Congrès de la Société allemande de chirurgie orthopédique.

II

Description clinique. — La surélévation congénitale est assez rare; on en signale 61 observations; car aux 55 de Müller, il faut ajouter, outre celles de Frœlich (32), de Mohr (33) et de Kirmisson (34), le cas de Watermann (35), les deux de Sick (36), et le cas bilatéral de Hirsch (37).

Sur ces 62 cas, 8 seulement sont bilatéraux, les 54 autres sont unilatéraux et siègent surtout à gauche (près de la moitié des cas).

La malformation s'observe dans les deux sexes, un peu plus fréquemment chez l'homme; elle est remarquée surtout dans la première enfance, bien que dans un petit nombre de cas elle ait été reconnue seulement à vingt, trente, voire même quarante et un ans.

Il est très difficile de donner une idée générale de la difformité, car les observations sont essentiellement variables. Le mieux nous paraît être de distinguer *trois formes cliniques* en procédant par degré de complexité croissante :

I. Dans un premier groupe de cas, il y a *simple surélévation* de l'omoplate;

II. Dans un deuxième groupe, l'omoplate est élevée et en même temps *tordue autour de son axe antéro-postérieur*; l'angle inférieur est rapproché de la ligne des apophyses épineuses; exceptionnellement il en est éloigné;

III. Dans un troisième groupe de faits enfin, on observe des *changements de forme de l'omoplate* associés ou non à une torsion plus ou moins grande de l'os. C'est dans ce groupe qu'il faut ranger certaines formations osseuses spéciales sur lesquelles nous reviendrons en détail. La figure 2 tente de reproduire le cas complexe type.

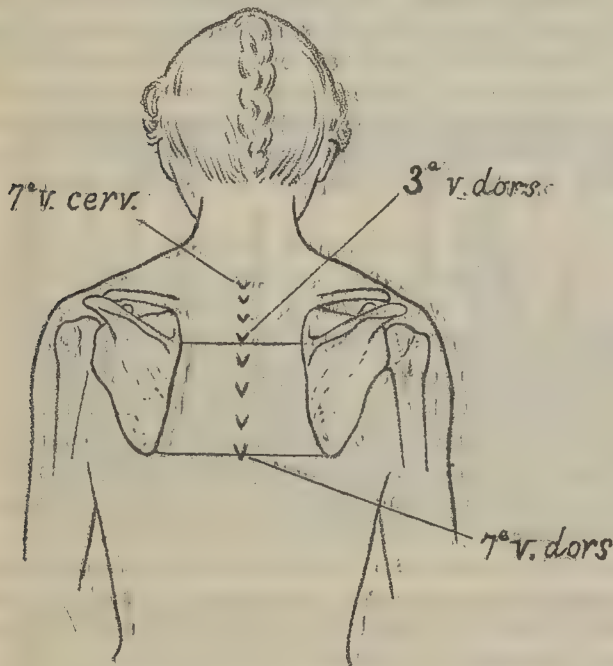


Fig. 1. — *Situation normale des omoplates.*

I. Élévation simple de l'omoplate. — L'inspection de la région dorsale nous montre, en cas de surélévation unilatérale, une *attitude de l'épaule* caractéristique.

L'omoplate est remontée à tel point que l'angle inférieur, situé normalement sur l'horizontale passant par la septième ou huitième apophyse épineuse dorsale, correspond soit à la cinquième, soit à la sixième apophyse dorsale.

Cette ascension varie suivant les cas et se reconnaît nettement en mesurant la distance entre la crête iliaque et l'angle inférieur correspondant, les crêtes iliaques étant au même niveau.

Toute la région cervico-scapulaire se trouve dès lors modifiée; quand le sujet tourne le dos, la ligne du cou paraît plus courte, plus droite, moins excavée que celle du côté opposé; la fosse sus-épineuse paraît peu développée.

Quand on regarde le sujet de face, on constate surtout l'élévation du moignon de l'épaule; le creux sus-claviculaire paraît effacé. La palpation de ce creux est difficile, elle provoque des douleurs et par suite des contractions musculaires gênantes; d'autre part, le bord supérieur du scapulum se rapproche tellement de la clavicule qu'il l'atteint parfois; il fait, en tous cas, dans l'épaisseur du trapèze une saillie assez appréciable pour empêcher d'insinuer les doigts entre la clavicule et le bord supérieur de l'omoplate.

De profil, le bord externe du trapèze paraît tendu et semble ainsi diminuer l'espace compris entre l'épaule et les parties latérales du cou.

Enfin, en cas de *surélévation bilatérale*, l'aspect est tout différent. Le cou paraît court, presque absent, profondément enfoncé entre les deux épaules.

II. Élévation de l'omoplate avec bascule. — Le mouvement de bascule autour de l'axe antéro-postérieur amène les modifications suivantes :

L'*angle inférieur* surélevé se rapproche de la colonne vertébrale et la distance entre cet angle et la ligne des apophyses épineuses qui normalement est de 4 à 5 centimètres diminue; si bien que, dans certains cas, il y a contact entre les deux pièces osseuses.

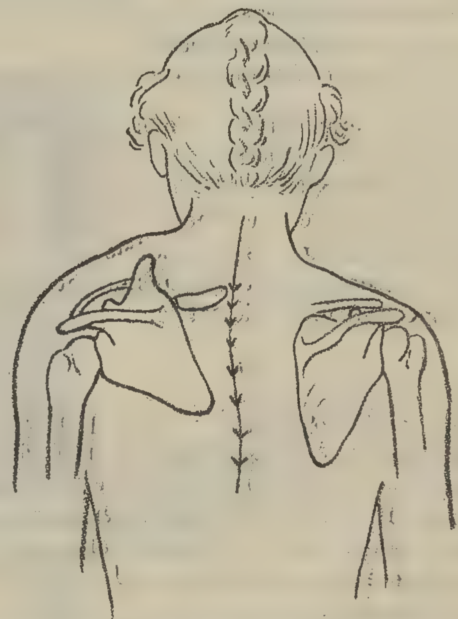


Fig. 2. — *Surélévation congénitale de l'omoplate gauche.* (Type schématique complexe.)

(On voit dans cette figure schématique la clavicule gauche plus mince, plus convexe en haut; l'omoplate pourvue d'un prolongement exostosiforme de l'angle supéro-interne, et reliée aux apophyses épineuses par une production osseuse partie du bord spinal.)

Le *bord spinal*, au lieu d'être vertical et parallèle à la colonne vertébrale, devient oblique en bas et en dedans, d'où formation, avec la ligne médiane, d'un angle plus ou moins aigu à ouverture supérieure. L'*angle supéro-interne s'élève*, le bord supérieur est oblique en bas et en dehors, le bord axillaire s'abaisse et tend à se rapprocher de l'horizontale. La cavité glénoïde (angle supéro-externe) s'abaisse aussi, entraînant le moignon de l'épaule.

Telle est la position la plus fréquente. Exceptionnellement, Kirmisson a signalé le mouvement de bascule inverse, éloignant l'angle inférieur de la colonne vertébrale.

Plus rare est le mouvement de bascule autour de l'*axe transversal*, mouvement qui porte en avant le bord supérieur de l'os, tandis que l'angle inférieur fait une forte saillie à la région dorsale.

III. Changements de volume et de forme de l'omoplate. — En dehors de ces changements de direction, l'omoplate surélevée présente d'autres caractères.

Si parfois ses dimensions sont absolument normales, dans un plus grand nombre de cas, elles sont modifiées. Elles peuvent être agrandies, c'est l'exception ; le plus souvent, elles sont diminuées, par suite d'un arrêt de développement pouvant s'étendre à la clavicule et à l'humérus (Rager).

La *mensuration* permet de les apprécier exactement; tous les diamètres présentaient un centimètre de raccourcissement dans certains cas de Nové-Josserand (17), de Wolfheim (11), de Kirmisson, cités dans la thèse de Clerc (18). Ces modifications peuvent d'ailleurs ne pas porter sur tous les diamètres de l'os, mais bien sur un seul, le diamètre vertical parfois, le frontal dans la majorité des cas.

Fréquemment enfin, existent des modifications morphologiques intéressantes.

Dans certains cas, on observe un *prolongement exostosiforme de l'angle supéro-interne de l'omoplate*. Kolliker, qui l'avait pris jadis pour une véritable exostose, reconnut son erreur pendant l'opération ; c'est l'angle supéro-interne qui fait une saillie « en doigt recourbé » dans la fosse sus-claviculaire, sans s'unir à la clavicule, et s'accompagne souvent d'un « recroquevillement » en avant du bord supérieur de l'omoplate.

Dans d'autres cas, le scapulum est relié à la colonne vertébrale par des *productions spéciales* partant de divers points du bord spinal, soit au niveau de son extrémité inférieure, soit au niveau de son quart supérieur, au voisinage de l'épine.

La *Radiographie* permet d'apprécier nettement, non seulement la forme, les dimensions et les rapports, mais encore — c'est là le point intéressant — la nature de ces productions.

Il ne faudrait pas toutefois lui accorder plus de créance qu'elle ne mérite. Certaines de ces productions peuvent ne pas apparaître nettement aux rayons X, alors qu'elles sont osseuses, mais à peine chargées de sels calcaires.

D'autre part, le prolongement exostosiforme de l'angle supéro-interne de l'omoplate ne peut pas être reproduit sur l'épreuve radiographique dans ses dimensions exactes, lorsqu'il est très projeté en avant.

Dans le cas présent comme dans tous les cas de malformations osseuses, l'examen radiographique, malgré ses imperfections, n'en est pas moins le complément nécessaire de l'exploration clinique.

Parfois, il s'agit de *muscles dégénérés* et *encroûtés de cartilage* [Monnier (15)].

Souvent, c'est une *pièce osseuse* ou ostéo-cartilagineuse partant de la base de l'épine et rejoignant la colonne vertébrale à une hauteur variable, soit à un demi-centimètre de l'apophyse épineuse de la première vertèbre dorsale [cas 3 de Rager (27)], soit au niveau de l'apophyse épineuse des dernières cervicales (5ᵉ, 6ᵉ et surtout 7ᵉ) [Rager (21)], soit même à l'atlas [Sainton (14)]. Cette pièce osseuse est plutôt juxtaposée qu'unie intimement à l'omoplate ou à la colonne vertébrale; elle adhère à ces os par du tissu fibreux; parfois elle leur est reliée par un rudiment d'articulation.

Cet os anormal ressemble tantôt à une clavicule [Sainton (14)] dont il présente les courbes, tantôt à une apophyse épineuse.

Enfin dans certains cas rares [Kayser, Wilson et Torrange (26)] la radiographie a permis de constater la présence d'une *côte cervicale supplémentaire* s'insérant sur l'omoplate.

Ces malformations de l'omoplate ne sont pas toujours seules à caractériser la difformité de Sprengel; elles s'accompagnent fréquemment d'autres *malformations de voisinage*. C'est ainsi que dans bon nombre de cas, on note une légère *scoliose* dont la courbure est dorsale ou cervico-dorsale et dont la convexité peut siéger soit du côté malade (32 p. 100) soit plutôt du côté sain (69 p. 100).

Plus rare est l'existence d'une courbure de compensation dorsale inférieure ou lombaire.

Dans les luxations bilatérales, la scoliose existe fréquemment et avec les mêmes caractères.

Le *membre supérieur*, parfois atrophié, est soit en position normale, soit *en rotation externe*, soit enfin dans une *attitude spéciale*. « A la naissance ou peu après, le bras est appliqué en arrière contre le dos, l'avant-bras fléchi sur le bras et le dos de la main en contact avec la crête iliaque du côté opposé » (Clerc, Muller).

Les *muscles* voisins, trapèze, angulaire, rhomboïde, sterno-cléido-mastoïdien, sont en général normaux et réagissent bien à l'exploration électrique; mais, du côté lésé, on a noté assez souvent l'*absence* de certains d'entre eux (sterno-cléido-mastoïdien [Kayser (38)], grand pectoral [Schlesinger (39)] et surtout *partie inférieure du trapèze* [Kausch (22)]; absence souvent compensée, d'ailleurs, par l'hypertrophie des masses musculaires voisines). Quand il n'y a pas absence, il y a souvent *atrophie* d'un ou plusieurs de ces muscles; parfois ils sont rétractés; c'est ainsi que Bruno Lamm a observé un torticolis congénital produit par le raccourcissement du sterno-cléido-mastoïdien.

Enfin, on a vu de ces muscles transformés en bandelettes fibreuses (Monnier, Sainton).

Les anomalies musculaires peuvent s'étendre à distance et Gourdon (24) a vu, dans un cas, l'atrophie gagner les muscles du bras.

Il peut exister enfin, concurremment à la surélévation congénitale de l'omoplate, des difformités ou des anomalies en d'autres points du corps. Nous les signalerons à l'anatomie pathologique.

III

Symptômes fonctionnels. — Les *troubles fonctionnels*, très peu accusés en général, peuvent manquer et c'est par ha-

sard que l'affection est découverte à une époque plus ou moins éloignée de la naissance.

Lorsqu'ils existent, ces troubles se manifestent par de la douleur, rarement spontanée, le plus souvent provoquée par la pression du bord supérieur de l'omoplate, par la gêne ou même l'impossibilité d'élever le bras et de le faire tourner surtout en dehors, et cela malgré l'intégrité de l'articulation de l'épaule.

L'angle formé par le tronc et le bras élevé peut atteindre 145, 170, 180 degrés même; mais assez souvent, il ne dépasse pas 90 degrés (Kirmisson).

Ces mouvements peuvent s'accompagner de *craquements* assez forts (Gourdon), perceptibles au niveau du corps de l'omoplate et dus peut-être à des exostoses sous-jacentes.

L'abduction est légèrement diminuée.

Enfin on a noté une fois (Wilson) l'extension incomplète du bras en avant.

Ces troubles fonctionnels sont dus tantôt à l'atrophie et au raccourcissement des muscles trapèze, angulaire, etc., tontôt à des facteurs mécaniques comme, par exemple, la proximité de la colonne vertébrale et du prolongement exostosiforme; mais il n'existe pas de rapport net entre la longueur de ce prolongement et l'intensité des troubles fonctionnels.

Tel est le tableau clinique de la surélévation congénitale de l'omoplate.

IV

Anatomie pathologique. — L'*anatomie pathologique*, qui dans ce cas serre de près la clinique, nous est en partie connue, puisque nous avons décrit les modifications de forme et de dimensions de l'os, la scoliose concomitante et l'état des muscles voisins.

Il faut signaler cependant, en coïncidence avec la malformation de l'omoplate, *des arrêts de développement inconstants*, siégeant plus souvent du côté malade que du côté sain et dont l'importance devient réelle au point de vue pathogénique.

La *clavicule* peut se trouver modifiée dans sa forme, dans ses dimensions, dans ses courbures. Elle est parfois plus mince, plus convexe en haut.

De même la palpation combinée à la mensuration et la radiographie peuvent déceler une atrophie de l'*humérus*.

On a observé également une asymétrie cranienne, faciale, une atrophie faciale, un développement incomplet du grand pectoral (Wolfheim), une absence congénitale du radius avec atrophie du pouce (Hoffa), une luxation congénitale de la hanche (Kirmisson), des hernies inguinales congénitales (Rager).

Dans un cas, Schlange a noté des troubles trophiques de la moitié... gauche du corps; Sainton le pied bot *talus valgus*, Hodlmoser (40) le rein mobile, Rager un défaut de fermeture des arcs postérieurs des deux dernières cervicales et des deux premières dorsales, fait d'autant plus remarquable qu'il y avait coexistence d'une côte cervicale supplémentaire.

En un mot, on trouve signalées dans beaucoup d'observations les difformités les plus variées et les plus singulières, échappant par cela même à toute classification.

V

Diagnostic. — Constater la surélévation de l'omoplate est un fait d'observation banal. C'est la congénitalité qu'il faut pouvoir reconnaître, et la chose n'est pas toujours aussi simple qu'on pourrait le croire.

Il faut distinguer la surélévation congénitale de la *surélévation acquise d'origine musculaire*, c'est-à-dire due à la paralysie des abaisseurs de l'omoplate ou à la contracture des élévateurs de cause locale ou d'origine hystérique (*).

Dans ces deux cas, les troubles fonctionnels sont plus intenses et l'on observe des modifications profondes dans les réactions électriques des muscles qui n'existent pas dans la surélévation congénitale.

Dans la paralysie du trapèze l'omoplate est surélevée, mais elle est fortement détachée du tronc.

L'*ankylose de l'articulation scapulo-humérale*, due à une arthrite, au cal vicieux d'une fracture du col, produit la surélévation, mais dans la malformation de Sprengel, l'intégrité de l'articulation scapulaire est la règle; ici, par suite de l'ankylose, l'omoplate ne fait qu'un avec l'humérus; on la voit basculer et se porter en haut quand le bras est maintenu rapproché du corps par une contracture permanente des adducteurs, par exemple.

La coexistence fréquente d'une *scoliose* et de la surélévation du scapulum pourrait amener à considérer cette dernière comme secondaire, par conséquent acquise et non congénitale. Mais d'une part la scoliose est trop légère pour causer une pareille ascension de l'omoplate. De plus, dans l'immense majorité des cas, le bord spinal se rapproche de la colonne vertébrale ou, sinon le bord spinal, tout au moins l'angle inférieur, le bord axillaire pouvant devenir presque horizontal.

Or dans la scoliose vraie, quand l'omoplate est surélevée, le bord spinal s'écarte de la ligne épineuse.

Enfin dans la surélévation congénitale, tandis que l'omoplate subit des changements de forme appréciables, les côtes restent absolument normales, ce qu'on ne voit pas dans la scoliose pure.

Tels sont les principaux éléments du diagnostic. Il se pourrait fort bien d'ailleurs que, dans un certain nombre de cas, la scoliose fût congénitale comme la surélévation de l'omoplate elle-même; et il est bien probable que si la radiographie avait été systématiquement employée dans tous les cas de malformation scapulaire, elle aurait permis de découvrir une de ces anomalies vertébrales que l'un de nous a trouvées à plusieurs reprises dans des scolioses congénitales (**).

Plus difficile est le diagnostic de la surélévation congénitale avec la *surélévation acquise*, d'*origine rachitique*, décrite par Kölliker, Gross, Bender. Celle-ci apparaît quelques années après la naissance. Souvent bilatérale (3 fois sur 4), elle présente comme caractères particuliers :

Les dimensions anormales de l'apophyse coracoïde et de l'acromion;

La direction de la cavité glénoïde qui regarde plus en avant qu'en dehors;

L'intensité des troubles fonctionnels; ainsi le bras dépasse rarement l'horizontale, car la tête humérale heurte le butoir osseux formé par l'apophyse coracoïde allongée et élargie;

La coexistence de déformations rachitiques telles que les nouures éphysaires, la courbure anormale des tibias, le *genu valgum* bilatéral;

(*) Cas de Pravaz, in Th. de Clerc, Lyon 1899.

(**) Albert Mouchet. *Gaz. hebdom.*, 19 mai 1898; *Soc. anat*, nov. 1899; *Gaz. hebdom.*, 8 juin 1902.

L'aggravation de la malformation avec le temps.

Tous phénomènes rendant le pronostic de l'affection assez réservé.

VI

Pathogénie. — Comment se produit la difformité dont nous venons d'étudier les caractères? C'est là une question qui a été fort discutée et qui n'est peut-être pas près d'être résolue définitivement.

Déblayons d'abord le terrain et débarrassons-nous de quelques hypothèses pathogéniques qui ne méritent pas d'être retenues.

Ce n'est évidemment pas le prolongement exostosiforme du bord supérieur de l'omoplate qui empêche cet os de descendre; ce n'est pas davantage la bande fibreuse, plus ou moins encroûtée de cartilage ou d'os, unissant l'omoplate aux vertèbres. Ces productions sont inconstantes; elles constituent elles-mêmes des anomalies dont la cause reste à trouver.

Nous ne nous arrêterons pas davantage au « rachitisme fœtal »; cette expression impropre est appliquée à un certain nombre de difformités disparates dont nous ne connaissons pas la cause, et son emploi ne fait que reculer la difficulté au lieu de la résoudre.

Sprengel qui décrivit le premier cette malformation de l'omoplate, imagina pour l'expliquer une *compression du fœtus dans l'utérus*, par pénurie de liquide amniotique. Dans 2 de ses 4 cas, l'enfant était né avec le bras sur le dos et avait plus tard une tendance à tenir le bras par derrière et à le porter légèrement tourné en dehors. L'élévatton congénitale de l'omoplate serait due en somme pour Sprengel à une attitude vicieuse du membre *in utero*; ce serait une « Belastungdeformität », une difformité par compression intra-utérine.

Les renseignements obtenus par la majorité des auteurs sur l'évolution de la grossesse et de l'accouchement chez les mères d'enfants à omoplate surélevée, ne sont le plus souvent ni assez complets, ni assez précis pour nous permettre de vérifier le bien fondé de la théorie mécanique émise par Sprengel. En tout cas il n'est point invraisemblable d'admettre qu'une insuffisante quantité de liquide amniotique, qu'un « oligoamnios », comme on dit quelquefois, ne puisse devenir la cause d'une attitude vicieuse de l'omoplate, persistant après la naissance.

Cette compression intra-utérine, qui n'a rien de commun avec les adhérences ou les brides amniotiques dont l'action semble si nette dans la production de certaines lésions congénitales (Dareste), est-elle capable de déterminer les profondes modifications musculaires et osseuses qui caractérisent bon nombre de surélévations de l'omoplate? Voilà ce qu'on ne peut affirmer et ce qui semble fort douteux à M. Kirmisson.

Cet auteur croit plutôt à une *malformation osseuse primitive*; il pense que la cause première du déplacement congénital de l'omoplate réside dans un arrêt de développement de cet os, et il cite à l'appui de sa thèse la description anatomique d'une pièce intéressante provenant du service de M. Bar (*).

D'autres auteurs avec Hoffa, Schlange, invoquent une *théorie musculaire*, comme on l'a fait pour le *torticolis*. Les muscles insérés sur la partie supérieure de l'omoplate, trapèze, angulaire, seraient primitivement rétractés et maintiendraient cet os en position haute. Rien de mieux, mais où l'hypothèse nous paraît devenir insuffisante, c'est quand il s'agit d'expliquer les déformations de l'os parfois notables, toujours plus importantes que les lésions des muscles.

Dans ces derniers temps, la théorie musculaire semble avoir gagné du terrain à l'étranger; Kausch, Holdmöser, pour ne citer que les principaux, font jouer un rôle capital à l'atrophie ou à l'absence de la partie inférieure du trapèze dans la pathogénie de l'élévation congénitale de l'omoplate.

Dans certains cas en effet, on a noté l'atrophie, l'absence partielle du muscle trapèze, mais on a noté aussi l'atrophie ou l'absence d'autres muscles dont l'action élévatrice sur l'omoplate est moins démontrée. On a signalé parfois la diminution de contractilité électrique des muscles trapèze, angulaire, etc. Mais le plus souvent on n'a trouvé aucune modification de l'excitabilité électrique dans les muscles les plus atrophiés. Voilà pourquoi nous avons quelque peine à admettre avec Bloch l'hypothèse de lésions osseuses et musculaires résultant d'une *myélite aiguë, développée antérieurement dans la vie intra-utérine.*

C'est en somme l'ancienne théorie de Jules Guérin, que Verneuil avait reprise pour la luxation congénitale de la hanche, et qui n'a pas résisté aux arguments des anatomo-pathologistes. Malgré la tentative récente de Courtillier pour la réhabiliter dans le pied-bot, nous ne pensons pas que cette théorie nerveuse mérite plus de faveur dans la surélévation congénitale de l'omoplate que dans le déplacement congénital du fémur. Les deux malformations sont comparables; dans l'une comme dans l'autre, les modifications des muscles sont des atrophies simples, dues au développement incomplet de ces muscles, ce ne sont pas en général des altérations dégénératives pouvant être mises sur le compte d'une lésion primitive du système nerveux. L'arrêt de développement serait donc, dans l'une et l'autre affection le fait primordial, qu'il soit dû ou non à une compression intra-utérine. D'autres troubles de développement peuvent frapper le squelette, en dehors de l'atrophie, pour produire à la hanche la coxa vara; à l'omoplate, l'allongement exostosiforme de l'angle supéro-interne.

Peut-être cependant convient-il de ne pas se montrer trop absolu et de réserver une place à la théorie musculaire dans la pathogénie de certains cas simples où la surélévation de l'omoplate est tout, et la déformation osseuse presque rien.

VII

Pronostic. — Le pronostic du déplacement congénital de l'omoplate est réservé, en ce sens que, si cette malformation ne tend guère à s'accroître avec les progrès de l'âge, elle ne tend pas davantage à régresser, et ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que la thérapeutique la mieux appropriée ne parvient pas toujours à remédier à la difformité.

Sans doute le fonctionnement du membre supérieur n'est guère troublé, en général, mais il y a des cas où il l'est passablement; quant à l'esthétique, elle est toujours plus ou moins compromise. On comprend que le pronostic soit subordonné au degré de la difformité scapulaire, à la présence de productions osseuses reliant cet os aux vertèbres, aux autres arrêts de développement concomitants sur lesquels le traitement peut n'avoir aucune prise.

(*) Kirmisson. *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, p. 494. Paris, Masson, 1898.

VIII

Traitement. — Le traitement doit varier suivant les cas.

Dans les *cas simples*, où la surélévation simplement disgracieuse ne compromet pas les fonctions, on peut se contenter du *traitement orthopédique*. On soumettra l'enfant à une gymnastique méthodique et au massage pour augmenter les mouvements de l'épaule.

Si la difformité est assez accusée on conseillera le port d'un *corset* destiné à attirer l'épaule en bas et en dedans.

Kolliker a employé, dans ce but, un corset bas avec un lien élastique, ou une ceinture pelvienne, ou un tuteur latéral avec appareil élastique sur l'épaule correspondante.

Le traitement orthopédique donne plus de jeu à l'articulation de l'épaule, permet plus d'extension dans les muscles du bras; enfin, grâce aux appareils précités, l'omoplate surélevée a, dans nombre de cas, subi une descente de plusieurs centimètres.

Le *traitement opératoire* peut être imposé par des considérations esthétiques ou par la persistance des troubles fonctionnels, il n'est vraiment indiqué que s'il existe un obstacle osseux ou musculaire net à l'abaissement de l'omoplate. Il faut par conséquent préciser la nature de cet obstacle pour y apporter un traitement approprié.

S'il existe un prolongement exostosiforme de l'angle supéro-interne de l'omoplate avec courbure en avant du bord supérieur, rendant ainsi impossibles les mouvements d'abduction et de rotation en dehors — mouvements indispensables à l'élévation du bras — il faut *réséquer cet angle* et même une partie du bord supérieur. Voici le procédé qu'emploie Zuckerkandl (thèse de Müller) : après une incision correspondant au bord supérieur du scapulum, on incise le trapèze, on désinsère l'angulaire de l'omoplate, le sus-épineux jusqu'à l'omo-hyoïdien, juste devant le grand dentelé et le sous-scapulaire, et on résèque assez d'os pour élever le bras jusqu'à 180 degrés. L'opération sera suivie ultérieurement d'un traitement orthopédique.

Quand il existe des *pièces osseuses reliant l'omoplate à la colonne vertébrale*, il faut en pratiquer l'*extirpation* (Wilson, Torrange, Goldthwait, etc.).

L'obstacle reconnaît-il pour cause la rétraction ou la transformation fibreuse des muscles rhomboïde, angulaire ou trapèze, on les sectionnera à ciel ouvert comme on le fait pour le torticolis.

La myotomie sous-cutanée est généralement abandonnée avec raison à l'heure actuelle, et ce n'est pas pour cette difformité plus complexe que le torticolis qu'il conviendrait de la faire revivre.

Tous les chirurgiens qui ont eu recours au traitement opératoire disent en avoir obtenu de bons résultats fonctionnels. Cela ne doit pas nous étonner, puiqu'on a supprimé ainsi l'obstacle qui gênait les mouvements de l'omoplate, mais nous sommes mal renseignés sur les suites éloignées de ces interventions et nous doutons fort que le résultat esthétique reste aussi satisfaisant que le résultat fonctionnel.

Dans les cas simples, non justiciables d'une opération sanglante, le traitement orthopédique fournit toujours quelques améliorations, mais non la guérison complète. C'est encore ce traitement, consistant surtout en massage, en gymnastique rationnelle, qui doit être employé quelque temps après l'opération si l'on veut retirer de celle-ci tout le bénéfice qu'elle comporte.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que le chirurgien est absolument désarmé opératoirement ou non en présence de certains cas complexes, où l'arrêt de développement frappe, avec l'omoplate, le membre supérieur, les vertèbres, etc.

BIBLIOGRAPHIE

1. SPRENGEL. Die angebor. Veschiebung d. Schulterblattes nach oben, *Arch. f. klin. Chir.*, 1891, Bd XLII. — 2. KÖLLIKER. Bemerkung z. Aufsatz von Dr. Sprengel, *Arch. f. klin. Chir.*, 1891, Bd XLII; — Zür Frage der angebor. Hochstand d. Schulterblattes, *Centralbl. f. Chir.*, 1892, XXII.— 3. PERMANN. Twänne Fall af medfödd försk jutuing uppat af skulderbladet, *Nordiskt. med. Arkiv*, 1892, XXIV. — 4. BEELY. Scoliosis capitis. Caput obliquum, *Zeits. f. orthopäd. Chir.*, 1892, Bd II. — 5. BOLTEN. Uber den angebor. Hoschstand d. einen Schulterblattes, *Münch. med. Wochens.*, 1892, n° 38. — 6. HOFFA. Ein Fall von angebor. Hochstand d. einen Schulterblattes, *Sitzungsber d. Wurzburger physik. Gesells.*, 1892, n° 7. — 7. SCHLANGE. Demonstr. von abnorm. Hochstand d. einen Hälfte des Schultergürtels spec. d. Scap. in. d. Berlin. med. Gesellschaft, *Berl. klin. Wochens.*, 1893, II, 22; — Uber Hochstand des Scapul., *Verhandl. deuts. Gesells. f. Chir.*, 22e congrès, Berlin, 1893; — *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XLVI. — 8. KIRMISSON. De quelques malformations congénitales de l'omoplate, *Revue d'orthop.*, 1893, IV. — 9. KÖLLIKER. Zur Frage d. angebor. Hochst. d. Schulterbl., *Centralbl. f. Chir.*, Juli 1895, p. 643. — 10. HOLZ. Angebor. Verschiebung des Schulterblatts nach oben, *Med. Korrespondenzbl. d. Wurtemb. arztl. Landesverein*, 1896, n° 33. — 11. WOLFHEIM, Ueber den angebor. Hochstand d. Schulterblatts, *Zeits. f. orthop. Chir.*, 1896, IV. — 12. PISCHINGER. 3 Fälle von angebor. Hochstand d. Scapula, *Münch. med. Wochens.*, 1897. — 13. TILANUS. Iver Sprengels Difformieteit, *Weckblad vor Geneesk*, 1897, S. 190. — 14. SAINTON. Sur un nouveau cas de déplacement congénital de l'omoplate, *Revue d'orthop.*, 1898; — Nouveau cas de surélévation, *Revue d'orthop.*, 1899. — 15. MONNIER. Cas de déplacement congénital de l'omoplate, *Revue d'orthop.*, 1899. — 16. JOUON. Nouveau cas de déplacement congénital de l'omoplate, *Revue d'orthop.*, 1899. — 17. NOVÉ-JOSSERAND. Position élevée de l'omoplate, *Lyon méd.*, 1899. — 18. CLERC. *Contribution à l'étude de la position élevée de l'omoplate*, Th. de Lyon, 1899. — 19. HONSELL. Doppelseitiger Hochstand d. Schulterblatts, *Beitrag. zur klin. Chir.*, 1899, Bd 24. — 20. WACHTER. Uber angebor. Hochstand d. Schulterblatts, *Diss. Strasburg*, 1901. — 21. RAGER. Drei Fälle von angebor. Hochst. des Schulterbl., *Zeits. f. orthop. Chir.*, p. 30, Bd IX, Heft 1, 1901. — 22. KAUSCH. Cucullarisdefect als Ursache d. congen. Hochst. d. Scapula, *Centralbl. f. Chir.*, 1901, 28, n° 22. — 23. BRUNO LAMM. Ueber die Combination von angebor. Hochstand d. Schulterblatts mit muscularem Schiefhals, *Zeits. f. orthop. Chir.*, Bd X, Heft 1, p. 40, 1902. — 24. GOURDON. 4 cas de surélévation de l'omoplate, *Ann. de chir. et d'orthop.*, 1901, n° 2; — Surélévation congénitale de l'omoplate droite, *Journ. de med. de Bordeaux*, 27 avril 1902. — 25. WEISS et FRŒLICH. De la luxation congénitale de l'omoplate à l'occasion d'un cas personnel, *Revue méd. de l'Est*, 1er juin 1902. — 26. WILSON et TORRANGE. 2 cas de côte cervicale s'insérant sur l'omoplate, *Revue d'orthop.*, 1901, extrait des *Annals of Surgery*, avril 1900. — 27. GOLDTHWAIT. Congen. elevat. of the shoulder, *Transact. of the Americ. orthop. Assoc.*, 1901. — 28. GUIDO MÜLLER. *Ueber den angeborenen und erwobenen Hochstand des Schulterblattes*, Th. de Leipsig, 1902. — 29. KÖLLIKER. Der erwob. Hochstand d. Scapula, *Arch. f. klin. Chir.*, 1898, 57, Bd IV. — 30. GROSS. Der erwob. Hochstand d. Scapula, *Beitr. zur klin. Chir.*, 1899, Bd XXIV, Helft 3. — 31. BENDER. Zur Kenntniss des erwob. Hochstandes d. Scapula, *Münch. med. Wochens.*, 1902, n° 9. — 32. FRŒLICH (de Nancy). *Zeits. f. orthop. Chir.*, Bd IX, Heft 1, 1903, p. 73. — 33. MOHR. Zur Casuistik des beiderseitigen angebor. Schulterblatthochs-

tandes, *Zeits. f. orthop. Chir.*, Bd IX, Heft 2, 1903, p. 331. — 34. Kirmisson. Soc. d'obstét., 8 juin 1903. — 35. Watermann. Acad. de New-York, 18 april 1902, in *Revue d'orthop.*, 1903. — 36. Sick. Ueber angebor. Schulterblatthochstand, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, Bd LXVII. — 37. Hirsch (de Berlin). 2e Congrès de Soc. allem. de chir. orthop., in *Allgem. med. Centr. Zeit.*, 11 juillet 1903, n° 28, p. 573. — 38. Kayser. *Revue de chir. gén.*, 1901; Congrès de chirurgie, Berlin, avril 1901. — 39. Schlesinger. Zur Lehre von angebor. Pectoralisdefect u. d. Hochstand d. Scap., *Wien. klin. Wochens.*, 1900, XIII. — 40. Hödlmoser (de Sarajevo). Sprengelsche Difformität mit cucullarisdefect und rechtsseitiger Wanderniere bei einem 12 jährigen Knaben, *Wiener klin. Wochens.*, 1902, n° 52.

REVUE DES THÈSES

L'iode et les moyens de défense de l'organisme, par le docteur Lortat-Jacob. (Th. de Paris, Stenheil, éditeur.)

L'observation clinique démontre que l'iode et les iodures jouissent de propriétés thérapeutiques évidentes, quoique variables suivant les cas. Aussi M. Lortat-Jacob s'est-il proposé, dans son excellente monographie, d'étudier les propriétés physiologiques de ces substances, leur action sur les différents organes, et, en particulier, sur les organes lymphatiques.

La première question à résoudre était celle de l'absorption de l'iode et des composés iodés. De ses expériences, M. Lortat-Jacob conclut que ce sont les leucocytes qui absorbent l'iode; il s'agit là, non d'un phénomène banal de dissolution, de teinture des leucocytes par le métalloïde, mais d'une véritable digestion opérée par le protoplasma de certains leucocytes déterminés, à l'exclusion des autres.

Au cours de ses expériences, l'auteur a pu préciser les phénomènes qui se passent dans le péritoine et dans le sang lors d'une intoxication iodée. Dans le péritoine, il se produit, sous l'influence de l'injection, une très abondante réaction endotheliale, une agglomération presque générale de tous les leucocytes contenus dans la sérosité péritonéale et une hypersécrétion du liquide. Dès le début, il y a hyperleucocytose; puis, très peu de temps après, apparaît une hypoleucocytose caractérisée par la présence des hématies et de quelques polynucléaires qui s'ajoutent aux mononucléaires de l'épanchement péritonéal. A cette période fait suite une phase d'hyperleucocytose avec mononucléose caractérisée par la disparition des hématies et des polynucléaires, et la grande richesse en éléments nucléés constitués surtout par de gros leucocytes mononucléés et par une certaine quantité de macrophages. Cette hyperleucocytose mononucléaire est persistante et caractérisée, dans son ensemble, par la réaction des séreuses sous l'influence des injections iodées; elle se différencie ainsi des réactions polynucléaires produites par d'autres substances (bouillon, sérum) et se rapproche, au contraire, de la mononucléose due à l'injection de pilocarpine.

Dans le sang, il existe une altération précoce des polynucléaires, si l'on injecte des doses massives; à des doses moyennes, on assiste à une mononucléose vraie et persistante.

Quelle est l'action de l'iode et des iodures sur le tissu lymphoïde?

Les différents processus aigus et subaigus déterminés par l'iode donnent des résultats comparables. Dans tous les cas, il y a conservation de l'activité du tissu lymphoïde des ganglions et de la rate; ces organes sont fréquemment congestionnés, leurs cellules fixes réagissent vivement. Vient-on à injecter une quantité considérable d'iode, on peut arriver à produire, dans les ganglions et dans la rate, des lésions variables de sclérose, mais, fait capital, quelle que soit la dose de toxique employée et quelle que soit la durée de l'intoxication ayant déterminé la mort, *jamais le tissu lymphoïde ne présente la moindre lésion de nécrose.*

Certains faits histologiques distinguent l'action de l'iode et des iodures. Les iodures déterminent une véritable éosinophilie ganglionnaire et splénique, l'iode, employé seul, fait disparaître les éosinophiles du tissu lymphoïde. L'iode doit donc, par ses réactions spéciales sur le tissu lymphoïde et sur les dépendances des séreuses, être considéré comme le médicament spécifique du tissu lymphoïde. Son mode d'administration importe d'ailleurs, au plus haut point, les réactions viscérales et vitales variant avec le composé iodique employé.

Ces faits permettent d'expliquer les bons effets thérapeutiques de l'iode dans certaines affections. Ce n'est pas dans les affections aiguës, mais dans les affections chroniques des ganglions et des séreuses que ce médicament doit être employé. Dans ces circonstances, il agira en exagérant l'activité du tissu lymphoïde qui fabrique des macrophages et provoquera ainsi une réaction mononucléaire, réaction de défense vis-à-vis des intoxications et des infections arrivées à leur dernière période.

Il y a plus. Les relations actuellement bien connues qui existent entre la mononucléose et l'immunité permettent de supposer que l'iode pourra désormais devenir un puissant agent d'immunisation. « Dans la pratique, l'administration de l'iode servira pour le mieux les intérêts de l'organisme lorsqu'il aura à pourvoir aux frais d'une immunisation durable ».

L. Babonneix.

Traitement sanglant des fractures de jambe (fractures obliques) fermées et récentes, par le docteur P. Guibal. (Th. de Paris, 1903, J. Rousset, éditeur.)

Dans un excellent travail, le docteur P. Guibal montre que l'emploi systématique de la radiographie devrait être appliqué à l'étude des fractures de jambe. Seule, la radiographie permet de voir l'état du foyer de fracture aux diverses périodes de leur traitement; seule, elle donne des renseignements nets et indiscutables.

Les procédés habituels de réduction : extension continue, immobilisation après efforts de traction sous le chloroforme donnent rarement une coaptation exacte des fragments; plus souvent, ils procurent un rapprochement imparfait, mais suivi d'un résultat fonctionnel suffisant.

Dans un certain nombre de cas, le chevauchement résiste à des tractions exécutées sans l'anesthésie générale poussée jusqu'à la résolution musculaire absolue; la radiographie montre que, dans ces cas, la forme n'est pas restituée au squelette, l'étude des suites éloignées révèle que la fonction du membre est sérieusement atteinte ou abolie.

C'est à ces fractures rebelles seules que l'auteur applique l'intervention sanglante précoce, c'est-à-dire l'ouverture du foyer, la coaptation exacte des fragments, leur suture et l'immobilisation jusqu'à l'achèvement de la consolidation. Cette intervention, qui tire ses indications de la radiographie, réussit parfaitement lorsqu'elle est effectuée dans des conditions d'absolue asepsie.

L. Babonneix.

Etude clinique sur l'exclusion de l'intestin, par le docteur P.-M. Lance. (Th. de Paris, 1903, Vigot, éditeur.)

L'exclusion intestinale est l'acte opératoire qui consiste à fermer la lumière d'une anse intestinale, sans interrompre ses connexions mésentériques. Faite sur tout le gros intestin elle entraîne peu de troubles; quant à l'exclusion de l'intestin grêle, elle peut être presque complète sans être incompatible avec la vie.

L'exclusion unilatérale n'exclue pas sur le petit intestin;

sur le gros intestin, elle exclue d'une façon inconstante. L'exclusion bilatérale avec fermeture totale entraîne, immédiatement ou tardivement, des accidents. L'anse exclue doit toujours pouvoir évacuer des sécrétions au dehors par un orifice suffisant; si une fistule existe déjà, on pourra la conserver et fermer les deux bouts; à son défaut, on abouchera une des deux extrémités ou les deux à la peau.

L'exclusion bilatérale donne d'excellents résultats dans la cure des fistules pyo-stercorales, des fistules intestinales à accès difficile ou d'origine complexe. Pour le traitement des anus contre nature, elle ne donne pas de résultats supérieurs à l'entéro-anastomose suivie de la fermeture de l'anus. Dans la tuberculose intestinale et surtout cæcale, si le malade ne présente pas de lésions pulmonaires avancées, elle peut donner des guérisons inespérées. Il en est de même dans les tumeurs cæcales inflammatoires, non néoplasiques, et, exceptionnellement, dans certains cas d'invagination chronique du gros intestin.

L'exclusion unilatérale semble devoir être réservée à la cure des colites graves rebelles au traitement médical et à certains cas d'obstruction chronique. Elle donne ici des résultats parfait et plus constants que ceux de l'entéro-anastomose simple. L. BABONNEIX.

Les occlusions intestinales pendant la puerpéralité (occlusions gravidiques, paragravidiques, extragravidiques), par le docteur Paul GAUCHERY, ancien interne des hôpitaux, docteur ès sciences. (Th. de Paris, 1903, J.-B. Baillière, éditeur.)

L'occlusion intestinale en rapport avec la puerpéralité n'est pas un accident aussi rare qu'on pourrait le supposer, car M. Gauchery a pu en réunir 57 cas au cours de grossesses utérines et 9 au cours de grossesses ectopiques. Elle semble avoir deux maxima de fréquence : l'un à l'époque du terme l'autre vers la fin du deuxième trimestre de la gestation; elle se montre de préférence chez les multipares.

L'influence de la grossesse sur l'occlusion semble répondre à trois catégories de faits : occlusions intestinales purement gravidiques, c'est-à-dire provoquées par la grossesse; occlusions paragravidiques, ou influencées par elles, constituant la majorité des occlusions puerpérales; occlusions extragravidiques, c'est-à-dire compliquant la grossesse et indépendantes d'elle.

L'influence nocive de l'occlusion intestinale sur la grossesse se traduit de plusieurs façons : mort simultanée de la mère et du fœtus : séparation prématurée des deux êtres avec conservation de la double existence ou de l'une d'elles seulement; séparation prématurée des deux êtres dont l'existence est compromise; avortement suivi de la mort de la mère ou de sa guérison. Si l'occlusion survient pendant la gestation, il y a arrêt de la grossesse dans le tiers des cas par avortement ou accouchement prématuré; si c'est à l'époque du terme, il semble y avoir une provocation hâtive du travail.

Parmi les causes de l'occlusion, c'est l'étranglement interne qui tient le premier rang; puis viennent les compressions larges et en dernier lieu les vices de position : volvulus, torsions, coudures.

Les symptômes sont ceux des occlusions ordinaires : l'arrêt des gaz et des matières est souvent le phénomène initial; les vomissements ne manquent presque jamais, ainsi que la douleur (importance du signe de Besnier : douleur primitivement localisée) : le météorisme abdominal acquiert une plus grande valeur symptomatique vers les cinquième et sixième mois; le signe de Wahl a été noté plusieurs fois.

Le diagnostic positif se basera sur les mêmes signes que dans les occlusions ordinaires; l'arrêt des matières et surtout des gaz conserve ici toute sa valeur; les vomissements n'ont jamais été pris pour des vomissements incoercibles de la grossesse. Les douleurs, par leur localisation (signe de Besnier), leurs caractères, en imposent rarement pour des contractions utérines.

Le diagnostic différentiel semble devoir être avec des causes d'erreur notées plusieurs fois dans nos observations : coprostase et accidents qu'elle peut déterminer au cours de la puerpéralité; péritonite, appendicite, étranglement herniaire, perforations intestinales, grossesses extra-utérines simulant une occlusion, rupture utérine pendant le travail.

Le diagnostic étiologique est souvent impossible, surtout avec les pseudo-occlusions par paralysie intestinale; l'étranglement interne par brides ou adhérences anciennes sera soupçonné par les anamnestiques.

Le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant : la mortalité maternelle est de 63 p. 100; la mortalité infantile de 44 p. 100.

Le traitement palliatif n'a sa raison d'être que dans les pseudo-occlusions par paralysie intestinale. Toutefois on sera tenté de l'employer au début : grandes irrigations intestinales, les lavements purgatifs, bains chauds, lavements électriques, tant est décevante l'allure clinique des occlusions intestinales. Le traitement chirurgical seul permet de lever l'obstacle ; en cas d'échec, on pratiquera un anus contre nature, se réservant une laparotomie secondaire s'il y a lieu, quand les accidents immédiatement menaçants se seront atténués. Les cas traités chirurgicalement rendent le pronostic de cette terrible complication moins sombre, puisque l'auteur a pu évaluer la mortalité maternelle à 53 p. 100, la mortalité infantile à 38 p. 100 des cas opérés, tandis qu'elle a été de 76 p. 100 d'une part et 66 p. 100 de l'autre dans les cas non opérés. L. GAYARD.

Les pseudarthroses du col du fémur, par le docteur C. CHAPOTIN. (Th. de Paris, 1903, Steinheil, éditeur.)

Assez rares, les pseudarthroses du col du fémur s'observent presque exclusivement chez l'adulte, chez lequel elles constituent une complication relativement fréquente des fractures intra-capulaires.

Elles reconnaissent surtout pour cause le défaut de coaptation des fragments par suite de l'ascension du fragment externe due à la rétraction musculaire.

L'existence d'une pseudarthrose ancienne s'accompagne de résorption plus ou moins complète des fragments du col. Elle aboutit à des résultats fonctionnels variables : tantôt les malades peuvent encore se servir suffisamment de leurs membres, tantôt ce sont de véritables impotents.

Pour les fractures ne datant pas de plus de douze mois, on essaiera d'abord d'obtenir la formation d'un cal osseux, grâce à l'accolement exact des surfaces au moyen de l'extension continue et de la pression latérale. En cas d'insuccès, on aura recours à l'enchevillement des fragments par une cheville d'ivoire, ou, plutôt, à la résection de la tête fémorale suivie de la production d'une ankylose fémoro-iliaque. L. BABONNEIX.

Les inoculations opératoires du cancer, par le docteur G. LEVESQUE. (Th. de Paris, 1903, Steinhel, éditeur.)

Qu'il s'agisse de sarcome ou d'épithéliome, les éléments cancéreux sont susceptibles d'inoculation (ou de greffe) au sujet porteur de la tumeur primitive. Ces inoculations se produisent tantôt spontanément, tantôt à la suite d'interventions chirurgicales.

D'où cette conséquence pratique : lors de l'extirpation des tumeurs malignes, il faut s'entourer de toutes les précautions aptes à empêcher l'ensemencement du champ opératoire. Il faut éviter non-seulement le morcellement de la tumeur primitive, mais aussi de tout tissu susceptible de contenir des vaisseaux lymphatiques émanant de cette

tumeur. La même conclusion s'applique aux ganglions qui doivent être enlevés d'un bloc, non avec les doigts, mais chirurgicalement au bistouri. Tout organe cancéreux doit, en somme, être enlevé comme tout organe infecté, par une méthode aseptique, non inoculante. L. BABONNEIX.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Responsabilité; hospice; malade; médecin; manque de soins; surveillance possible; malade payant; convention; inexécution; prétendue cause étrangère; condamnation.

(*Cour d'appel de Dijon, première chambre, 18 mars 1903.*)

Le malade traité dans un hospice est bien fondé à diriger une action en dommages-intérêts contre la Commission administrative de l'hospice, comme responsable du médecin qui l'a soigné, alors que les faits dommageables dont il se plaint ne sont pas des manquements à l'exercice technique de la médecine, mais des négligences auxquelles, selon la prétention du malade, une surveillance plus vigilante n'aurait pas permis de se produire.

De plus, s'il s'agit d'un malade payant, il est créé, entre la Commission et lui, une obligation contractuelle, qui donnait à celle-ci le devoir de lui assurer, dans la mesure où cela dépendait d'elle, les visites et les soins que nécessitait son état; cette Commission ne peut donc prétendre que le fait, par son médecin, de ne pas examiner et de ne pas même visiter le malade, provient d'une cause qui lui est étrangère et ne saurait être mise à charge, aux termes de l'article 1147 du Code civil.

Cet arrêt est intervenu sur appel d'un jugement du Tribunal civil de Dijon, du 12 août 1902, qui avait statué en sens contraire.

« La Cour :

Attendu que B... précise, dans son assignation, la faute qu'il accuse la Commission des hospices d'Auxonne d'avoir commise à son égard, en alléguant que le médecin de l'hôpital où il est entré, médecin officiel de l'établissement, préposé de la Commission, lié à celle-ci par le rapport de commis à commettant, ne lui a pas donné les soins nécessités par son état; que la jambe s'étant repliée à gauche, lors de son arrivée, fut laissée dans cette position jusqu'au 8 octobre suivant, le médecin de l'établissement ne s'étant pas donné la peine de l'examiner;

Attendu que, dans ces conditions, les faits dommageables dont B... demande réparation ne sont pas des manquements à l'exercice technique de la médecine, que la Commission n'aurait pu complètement empêcher, ni même critiquer, mais des négligences, auxquelles, selon la prétention du malade, une surveillance plus vigilante n'aurait pas permis de se produire;

Attendu que, dès lors, l'action de l'appelant est légitimement fondée sur l'article 1384 du Code civil, et doit être déclarée recevable;

Attendu, au surplus, que B..., ayant été reçu à l'hôpital comme malade payant, il s'est créé entre la Commission et lui une obligation contractuelle qui donnait à celle-ci le devoir d'assurer à B..., dans la mesure où cela dépendait d'elle, les visites et les soins que nécessitait son état; que cette Commission est donc sans droit à prétendre que le fait, par son médecin, de ne pas examiner et de pas même visiter le malade provient d'une cause qui lui est étrangère, et ne saurait lui être mise à charge aux termes de l'article 1147 du Code civil;

Par ces motifs,

Statuant sur l'appel émis par B... du jugement rendu par le Tribunal civil de Dijon, le 12 août 1902, et le déclarant recevable et bien fondé;

Dit qu'il a été mal jugé, bien appelé;

Met à néant ce dont est appel;

Émendant, et par décision nouvelle :

Renvoie, pour être statué au fond, les parties devant le Tribunal civil de Dijon, autrement composé;

Condamne la Commission administrative des hospices d'Auxonne en tous les dépens de première instance et d'appel. » (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1903, n° 34.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. HELLION. Etude sur la résolution, la photothérapie des fluxions dentaires. — M. PERCHERON. Du diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. Valeur de la ponction lombaire. — M. FORRET. De l'onychogryphose. — M. MOUCHOTTE. Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum. — M. KATZ. Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. — M. FRENKEL. De la forme tardive de la phlegmatia alba dolens. — M. LAISNEY. Contribution à l'étude des exostoses multiples. — M. MORISSE. Contribution à l'étude du traitement électrique des névralgies. — M. MINVIELLE. La médecine au temps de Henri IV; médecins, maladies et autopsie du roi. — M. LEPLAT. Le médecin et l'éducation. — M. OLIVIER. Etudes cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels. — M. CRETEL. Contribution à l'étude du diagnostic des anévrismes de l'aorte thoracique. — M. VIGUIER. Contribution à l'étude de la démorphinisation. — M. GEORGET. Le signe de Kernig dans la pneumonie. — M. LEMERLE. Etude clinique sur un cas de sarcomatose généralisée; considérations sur le diagnostic de la généralisation insidieuse des cancers latents. — M. LECERF. Les abcès multiples de la peau des nourrissons. — M. SCHWARZSCHILD. Guérison possible des pleurésies purulentes sans intervention opératoire. — M. GIRAUDET. Etude sur les lésions du cotyle et de l'os iliaque au cours de la coxalgie. — M. LESUEUR. Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'appendicite chez les tuberculeux. — M. SALSAC. Papillomes cutanés du mamelon. — M. DOMINICI. Globules rouges et infection. — M. GUYON. Sur les hallucinations hypnagogiques en général dans la chorée. — M. ALAYRAC. De l'emploi du sérum de Trunecek en thérapeutique. — M. VIGROUX. Traitement de l'arthrite aiguë blennorrhagique en particulier par le courant continu. — M. MORLET. Des indications de la colpotomie dans les inflammations pelviennes. — M. QUEYRAT. Du service de santé dans les armées de l'ancien régime. — M. ZAPHIRIADES. Contribution à l'étude du frottement sous-scapulaire. — M. ROBIN. Etude sur la syphilis infantile. — M. MOISNARD. De l'excès de volume du fœtus (grossesse et accouchement) et de l'avenir du gros enfant. — M. BELLIN. Etude sur l'anatomie des cellules mastoïdiennes et leurs suppurations. — M. ANGER. Contribution à l'étude du traitement de l'hydrocèle simple par la méthode de l'inversion simple de la tunique vaginale. — M. HONORÉ. De l'appendicite herniaire. — M. DESCLAUX. Les nerfs oculo moteurs dans l'hémiplégie organique. — M. NEGELLEN. De l'ostéite déformante (maladie osseuse de Paget) : étude clinique; radiographie et anatomo-pathologique; essai de pathogénie. — M. PERCHERON. Du diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'enfant: valeur de la ponction lombaire. — M. FORRET. De l'onychogryphose. — M. CABANNE-TELLÉ. De la pérygastrite douloureuse. — M. GAY. Contribution à l'étiologie de l'ozène et en particulier sur la coexistence de cette maladie sur plusieurs membres d'une même famille. — M. GRIPON. Essai sur le thiocol et ses applications thérapeutiques. — M. LAIGRE. Etude physiologique du convallarior maïalis et de ses principes actifs. — M. HELLION. Etude sur la résolution de la photothérapie des fluxions dentaires.

— M. ARMAND-DELILLE. Rôle des poisons du bacille de Koch dans la tuberculose des méninges et des centres nerveux. — M. HEITZ, Les nerfs du cœur chez les tabétiques. — M. BRENOT. De l'influence de la copulation pendant la grossesse. — M. ROY. Influence de l'extraction de la première molaire sur l'évolution de la dent de sagesse. — M. LOUVEAU. Plaies du foie par armes à feu; traitement. résultats opératoires. — M. NOÉ. Recherches sur la vie oscillante; essai de biodynamique. — M. LIÉGARD. Les saints guérisseurs de la Basse-Bretagne. — M. TROUVÉ. Etude historique et statistiques sur les preuves anatomo-pathologiques de la guérison de la tuberculose pulmonaire. — M. BERTHON. Traitement des anéloïdes. — M. COLDEFY. Les accidents du sérum antidiphtérique. — M. LAUBRY. Etude et interprétation de quelques critiques au cours des maladies; rétention et crise. — M. CLARY-BOUSQUET. La position de Rose en oto-rhino-laryngologie. — Mme BARDIN. Scorbut infantile. — M. CARTON. Contribution à l'etude des modifications du sang pendant l'accouchement et les suites de couches normales et pathologiques (numération et équilibre leucocytaire). — M. CLARET. Contribution à l'étude de quelques tumeurs primitives de la paroi abdominale antérieure. — M. LECOUILLARD. Des effets thérapeutiques de la distension vésicale. — M. PANTHES. De l'analgésie chirurgicale par rachicocaïnisation lombaire. — M. BOYER. La consolidation dans les accidents du travail. — M. NAEGELIN. Sur une observation d'onyxis par intoxication professionnelle (teintures à base d'aniline). — M. LACOMBE. Des principales formes d'amnésie et plus spécialement de l'amnésie traumatique, envisagées au point de vue médico-légal. — M. LEVASSORT. Etude sur les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales; étude clinique et pathogénique. — Mme DURAND. Un cas de splénomégalie. — M. RONDEAU. Contribution à l'étude des cancers primitifs du poumon, etc. — M. FEILLARD. De l'argent colloïdal et de son emploi dans le traitement des angines acino et acinopathes. — M. BILLARD. Sur la forme de tuberculose pulmonaire hémoptoïque à étapes éloignées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 24 août 1903, ont été affectés, savoir :

A la Guadeloupe. — M. le médecin-major de première classe Hébrard remplira les fonctions de chef du service de santé de la colonie.

En Indo-Chine. — M. le médecin-major de deuxième classe Gauducheau.

En Afrique occidentale française. — M. le médecin aide-major de première classe Chapeyrou.

En France. — Médecin-major de première classe : au 24e d'infanterie coloniale, M. Daliot.

Médecins-majors de deuxième classe : au 2e d'artillerie coloniale à Cherbourg, M. Lenoir; au 1er d'artillerie coloniale à Rochefort, M. Lowitz.

MM. les médecins aides-majors de première classe : au 22e d'infanterie coloniale, MM. Gaimard et Marque; au 1er d'artillerie coloniale à Lorient, M. Lamoureux.

— Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire en Indo-Chine :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Morel, au poste médical de Vinh; — Arnould, mis à la disposition de M. le résident supérieur de l'Annam; — Rencurel, à l'hôpital d'Haïphong.

MM. les médecins aides-majors de première classe Munier, au poste médical de Quinhone; — Lartigue, à l'infirmerie de Bac-Quang; — Lacour, à l'ambulance de Lang-Son.

MM. les médecins aides-majors de première classe stagiaires Léger, au 10e d'infanterie coloniate à Dap-Cau; — Deunf, au 9e d'infanterie coloniale à Lan-Kay; — Sallet, au 4e de tirailleurs tonkinois, infirmerie de Bac-Quang.

Marine. — M. le médecin de première classe Réjou, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Calédonien*, annexe de l'école de canonnage.

M. le médecin principal Théron, du port de Toulon, est désigné pour servir à la prévôté du 3e dépôt des équipages de la flotte.

M. le médecin de deuxième classe Barthe, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur l'*Estoc* (station locale de l'Annam et du Tonkin).

Statistique — Le service de la statistique municipale a compté pendant la trente-troisième semaine, 810 décès, au lieu de 824 pendant la semaine précédente (moyenne 916).

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 15).

La variole n'a causé que 1 décès.

La rougeole a causé 9 décès (moyenne 13); la scarlatine, 1 (moyenne 3); la coqueluche, 4 décès (moyenne 8); la diphtérie, 3 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 50, au lieu de 64 pendant la précédente semaine (moyenne 43).

La diarrhée infantile a causé 78 décès de 0 à 1 an, au lieu de 89 pendant la semaine précédente (moyenne 125); on ne saurait trop insister sur la nécessité de veiller tout particulièrement à l'alimentation des jeunes enfants et à la parfaite stérilisation du lait qui leur est donné.

En outre, 16 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 77 décès au lieu de 84 pendant la semaine précédente (moyenne 88). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 11 (moyenne 11); pneumonie, 16 (moyenne 22); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 44 (moyenne 49), dont 14 sont dus à la congestion pulmonaire et 22 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 166 décès; la méningite tuberculeuse, 14; la méningite simple, 12; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès.

Association d'enseignement médical professionnel. — *Cours de vacances.* — Du mercredi 16 au mardi 29 septembre se feront les cours et démonstrations pratiques dont la liste suit :

1° *A l'hôtel des Sociétés savantes*, rue Serpente. — Oto-rhino-laryngologie, M. Georges Laurens. — Bactériologie, M. Macaigne. — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde. — Massage, M. Marchais. — Maladies des voies urinaires, M. Noguès. — Electrothérapie, M. Zimmern. — Accouchements, M. Dubrisay. — Art de formuler, M. Laboulay. — Thérapeutique appliquée, M. Landowski. — Maladies mentales, M. Marie. — Maladies nerveuses, M. Sollier.

2° *Dans différents services.* — Gynécologie, M. Arrou (Saint-Antoine). — Chirurgie pratique, M. Souligoux (Lariboisière). — Auscultation (cours *a*), M. Caussade (Tenon). — Auscultation (cours *b*), M. Bergé (La Charité). — Maladies de l'estomac, M. Parmentier (Tenon). — Ophtalmologie, M. Terson (Clinique, 52, rue Jacob).

Les inscriptions sont reçues dès maintenant et jusqu'au 8 septembre, dernière limite. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours.

Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne huit à dix leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut souscrire par correspondance.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Martial, secrétaire, 4, rue de Villejust.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lecointre (de Mirebeau).

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Voyages circulaires en Italie.* — Il est délivré toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M. ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires très variés permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie. La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire, vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

Exemple d'un de ces voyages : — Itinéraire 81-A[3] : Paris-Dijon-Mâcon, Aix-les-Bains, Modane, Turin, Milan, Venise, Bologne, Florence, Pise, Gênes, Vintimille, Nice, Marseille, Lyon, Dijon, Paris.

Durée du voyage : 60 jours. — Prix : 1re classe, 253 fr. 50; 2e classe, 183 fr. 20.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PERSONNE TRÈS HABITUÉE AUX SOINS DES MALADES les plus difficiles (maladies nerveuses notamment) demande un poste de garde-malade dans une famille. — S'adresser aux bureaux du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'alimentation lactée chez le nouveau-né, par le docteur L. BUTTE, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, lauréat de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine, préface par le docteur PORAK, membre de l'Académie de médecine, accoucheur en chef de la Maternité de Paris. Un vol. in-18 de XII-184 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, Librairie scientifique et littéraire F.-R. de Rudeval et Cie.

L'extirpation du cancer du sein, par le docteur MÉRIEL, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse, ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie, chef des travaux de médecine opératoire, lauréat de l'Académie de médecine (1901), membre de la Société anatomique. 1 vol. in-8° avec 38 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Aperçu sur la classification, la pathogénie et le traitement des deutéropathies syphilitiques, par M. H. HALLOPEAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vice-président de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — Clermont (Oise), imprimerie Daix frères.

Le bain nasal, par le docteur DEPIERRIS, médecin consultant aux eaux de Cauterets. Gr. in-8°, 16 p. avec fig. — Prix : 1 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre	....	1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	Sesqui-oxyde de fer......	0.44
— de chaux	....	
Chlorure de sodium	....	
Matières organiques	....	

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

LIBRAIRIE MASSON ET Cie
120, boulevard St-Germain.

Entre aveugles : conseils à l'usage des personnes qui viennent de perdre la vue, par le docteur Emile JAVAL, directeur honoraire du laboratoire d'ophtalmologie de l'École des hautes-études, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 avec frontispice. — Prix : 2 fr. 50.

LIBRAIRIE O. DOIN
8, place de l'Odéon.

Revue critique sur les lois de la formation des sexes, par le docteur F.-P. GUIARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut, de l'Académie de médecine et des hôpitaux. In-8° de 100 p. — Prix : 2 francs.

ÉLIXIR DE VIRGINIE
Souverain contre les
MALADIES du SYSTÈME VEINEUX
Varices, Hémorrhoïdes, Varicocèle, Phlébite, Œdèmes chroniques, Accidents du Retour d'âge, Congestions et Hémorrhagies de toute nature.
LE FLACON : 4f50 *franco.*

CIGARETTES AMÉRICAINES
préparées par **O. LEROY**, *Licencié ès-Sciences, Pharmacien de Première Classe.*
Asthme, Coryza, Toux, Bronchite, Maladies des Voies Respiratoires.
LA BOITE : 3 francs *Franco.*

VIN DE MORIDE
aux Plantes Marines
LAURÉAT DE L'INSTITUT — PRIX MONTHYON
Engorgements ganglionaires, Lymphatisme, Chlorose, Affections de Poitrine.
LA BOUTEILLE : 4 fr. *Franco.*

DRAGÉES NYRDAHL
à base d'Ibogaïne
(Nouvel alcaloïde extrait de l'Iboga du Congo).
Maladies du Système nerveux : Neurasthénie, Impuissance, Surmenage, etc.
LE FLACON : 5 fr. *Franco.*

VENTE EN GROS : **PHARMACIE MORIDE**, 2, *Rue de la Tacherie, Paris.*

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURE *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TRISCUIT
PAIN NATUREL
DÉPÔT POUR LA FRANCE : **28, Rue Joubert, Paris,** *et toutes Pharmacies.*

Créosotal et Duotal "Heyden"
Les plus efficaces dans la **Tuberculose, Phtisie, Bronchite, Scrofules, etc.**
Exiger la Marque originale : "HEYDEN".
Notice et Renseignements : **L. BARBERON**, *15, Place des Vosges, PARIS.*

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE

En flacons de 30 et de 60 grammes fermés à la lampe.

ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le **CHLOROFORME ADRIAN** est d'une conservation indéfinie
VENTE EN GROS : **9 et 11, Rue de la Perle, PARIS**



PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE **MIDY** DOSE: 2 à 6 MESURES PAR JOUR

MYCODERMINE DÉJARDIN
(EXTRAIT DE **LEVURE** DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES doué de toute l'efficacité de la LEVURE FRAICHE)

N° 100. — MARDI 1er SEPTEMBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 1er SEPTEMBRE 1903. — N° 100.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

PESTE, INFECTION SECONDAIRE PAR LE TÉTRAGÈNE

Par le docteur LE ROY DES BARRES,
Professeur à l'École de médecine d'Hanoï, médecin du Lazaret.

Le nommé D... van G..., âgé de vingt et un ans, coolie, entre au Lazaret le 11 mars dans la journée. C'est un individu robuste et de grande taille pour un Annamite. La température à l'entrée était de 39°5 dans l'aisselle. L'état général est mauvais, le malade présente un délire doux, s'accompagnant de carphologie. Il existe, dans l'aisselle gauche, une tuméfaction ganglionnaire dont la palpation réveille la sensibilité du malade.

Des ganglions périphériques non douloureux sont à peine appréciables aux deux régions inguinales. Les ganglions cervicaux et axillaires droits ne sont pas perceptibles.

Sur le corps on note l'existence de quelques phlyctènes.

La langue est sèche, couverte d'un enduit blanc sale, les dents sont fuligineuses.

La gorge un peu rouge, mais sans fausses membranes.

Le foie déborde un peu les fausses côtes, mais n'est pas douloureux à la pression. La rate est perceptible à la palpation, son aire de matité est plus considérable qu'à l'état normal.

Le ventre est souple, sans engorgement ganglionnaire dans les fosses iliaques. Pas de vomissements.

Le pouls est à 120, régulier, un peu faible. Le cœur a des bruits normaux. Aucune particularité à noter au niveau du poumon; pas de traces de congestion pulmonaire.

Les urines, un peu colorées, ne renferment pas d'albumine.

Le malade est incapable de répondre aux questions qui lui sont posées, et comme il a été trouvé par la police dans une case abondonnée, il est impossible de savoir la date du début de la maladie. Mais d'après son état et l'aspect des ganglions pris, nous estimons que le début doit remonter à environ deux jours et demi, ce qui était exact, le malade dans la suite nous ayant déclaré avoir la fièvre depuis la nuit du 8 au 9 mars.

Le traitement suivant est alors institué :

Sérum antipesteux 60 centimètres cubes en injection sous-cutanée; collargol 3 centigrammes en solution aqueuse à 1 p. 100 en injection sous-cutanée.

Sérum artificiel fort 100 centimètres cubes en injection sous-cutanée; bichlorhydrate de quinine 1 gramme en deux fois. Nettoyage de la bouche à l'eau boriquée.

Lait, thé, eau de riz.

Le 12 au matin, l'état général est meilleur; la température est de 38°2, le pouls à 95. Le malade ne délire plus, répond aux différentes questions qui lui sont posées; il se plaint particulièrement de ne pouvoir remuer le bras gauche sans amener de vives douleurs; de plus, les mouvements du cou sont un peu pénibles. L'adénite axillaire a en effet augmenté, et les ganglions cervicaux gauches sont également engorgés. Toujours pas de traces de congestion pulmonaire. Les urines sont un peu plus claires que le jour précédent, et ne renferment pas d'albumine.

En présence de cet état, il est pratiqué une injection intraveineuse de 40 centimètres cubes de sérum antipesteux, de plus une injection sous-cutanée de sérum artificiel, et une de 2 centigrammes de collargol sont faites dans la journée.

A quatre heures un cachet de 75 centigrammes de bichlorhydrate de quinine est donné. A la visite du soir l'état est meilleur; la température est à 38 degrés, la douleur au niveau de la nuque et de l'aisselle a diminué, le gonflement des ganglions à ce niveau est moindre.

Le 13 au matin, température : 37°6, bon état général. La langue est encore blanche, le malade se plaint de constipation. L'engorgement ganglionnaire a diminué.

Traitement : sérum antipesteux 20 centimètres cubes en injection sous-cutanée; sulfate de soude 20 grammes.

Le soir la température s'est élevée à 38°2, le malade se plaint de courbatures, mais l'engorgement ganglionnaire n'a pas augmenté.

Le 14 à la visite du matin, nous trouvons le malade très abattu. La nuit a été très mauvaise, le malade a eu du délire. Il est actuellement plus calme, se plaint d'une gêne respiratoire assez forte, mais pas de point de côté. La pression au niveau de la région hépatique est douloureuse et le foie déborde les fausses côtes plus que les jours précédents. Les conjonctives sont ictériques. Les urines fortement colorées sont très albumineuses et renferment des pigments biliaires en petite quantité; dans la suite on avait dû sonder le malade. La percussion dénote une diminution de sonorité au niveau des deux bases pulmonaires. Pas de matité anormale au niveau des ganglions trachéo-bronchiques.

A l'auscultation, pas de souffle, mais quelques râles souscrépitants au niveau des bases. L'expectoration est insignifiante et les crachats muco-purulents, mais non sanguinolents.

Température : 39°2. Pouls : 120 avec quelques irrégularités

Traitement. — Sérum antipesteux 20 centimètres cubes en injection intraveineuse; sérum artificiel fort 50 centimètre cubes en injection sous-cutanée.

Collargol 2 centigrammes en injection sous-cutanée; bichlorhydrate de quinine 75 centigrammes.

Dans la soirée la température est à 39°5. Le malade est très abattu, répond à peine aux questions qui lui sont posées.

La respiration est très embarrassée; le malade n'a pas la force de cracher. A l'auscultation on note que les râles sous-crépitants ont envahi presque entièrement les deux poumons, mais la respiration est à peine soufflante.

Le 15 au matin, la perte de connaissance est complète; la température est à 40 degrés. Les adénopathies n'ont pas augmenté de volume.

L'ictère est prononcé. Le foie déborde de 4 travers de doigt les fausses côtes. La respiration est accélérée (35 mouvements respiratoires par minute); toujours pas de souffle à l'auscultation. Les urines contiennent des pigments biliaires en abondance et renferment en outre beaucoup d'albumine.

Traitement. — Injection intraveineuse de 40 centimètres cubes de sérum antipesteux; injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel faible; injection sous-cutanée de 2 centigrammes de collargol.

La mort a lieu à onze heures et demie.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée six heures après la mort. L'ouverture de la cavité thoracique ne donne issue à aucun liquide.

Les poumons sont fortement congestionnés, surtout aux bases; mais pas de traces d'hépatisation, et les fragments de parenchyme pulmonaire surnagent.

Il existe une légère adénopathie trachéo-bronchique. La cavité péricardique renferme un verre à bordeaux environ de liquide citrin. Le myocarde est mou, teinte feuille morte. Le cœur renferme de gros caillots fibrineux, mais la surface de l'endocarde est saine.

La cavité abdominale ne renferme aucun liquide.

Les anses intestinales sont congestionnées, mais le péritoine à leur niveau ne présente aucune altération.

La muqueuse de l'intestin est normale.

Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume, mais aucun d'eux n'est ramolli.

Le foie est volumineux, sa surface est criblée de petites taches acuminées, d'un blanc jaunâtre, qui tranchent sur la teinte jaune rougeâtre du reste du parenchyme. Ces nodules ont la largeur d'une petite lentille au maximum.

A la coupe, le foie est farci de nodules semblables, dont le contenu est puriforme, ce sont des abcès miliaires.

Les voies biliaires sont normales. La rate est hypertrophiée, ramollie, et son tissu se déchire au moindre contact.

Les reins sont fortement congestionnés. Le cerveau et la moelle épinière ne présentent aucune lésion appréciable à l'œil nu, sauf une congestion assez notable des enveloppes.

Les ganglions axillaires gauches et cervicaux présentent les altérations classiques de la peste et sont ramollis; à la coupe ils donnent un liquide puriforme. Les autres ganglions périphériques sont congestionnés, légèrement hypertrophiés, mais non ramollis.

Examen bactériologique. — Les cultures et l'examen direct des abcès miliaires du foie, ont montré la présence du tétragène seul.

Dans la rate le tétragène était associé au bacille de la peste.

Les ganglions axillaires ne renfermaient que le bacille pesteux. Les cultures du sang, pris dans les cavités cardiaques, du liquide péricardique, ont donné des cultures pures de tétragène.

Réflexions. — Les infections généralisées à tétragène sont relativement rares; c'est la première fois, croyons-nous, que l'association morbide de la peste et d'une infection à tétragène est signalée. La porte d'entrée de cette infection secondaire est difficile à déterminer. A l'état normal, on rencontre le tétragène surtout dans la bouche; à l'état pathologique le tétragène a été rencontré dans des collections purulentes au voisinage du tube digestif, dans des cavernes pulmonaires; mais on a pu aussi le rencontrer dans le pus des furoncles et des abcès cutanés. Enfin, le tétragène peut occasionner une véritable septicémie, avec quelquefois des phénomènes marqués de congestion hépatique.

C'est à ce dernier type qu'appartient notre observation. L'infection tétragénique a été favorisée sans aucun doute par la peste, qui évoluait chez notre malade; et le tétragène s'est comporté là, comme se comporte quelquefois le streptocoque. Mais par où s'est faite l'invasion de ce microbe? La peau de notre malade présentait bien quelques excoriations, mais aucune de quelque importance. Les voies digestives supérieures étaient plus compromises; il n'existait pas d'angine avec fausses membranes, ni même d'angine sableuse, mais une rougeur diffuse et très accentuée de toute l'arrière-gorge. Les dents ne présentaient que peu d'altérations, mais elles étaient couvertes de fuliginosités; la langue était sèche. On peut donc admettre que la porte d'entrée était au niveau de la bouche et de l'arrière-gorge.

Il nous faut en outre formuler une autre hypothèse, mais pour la rejeter, c'est la possibilité d'une infection par inoculation sanguine, au moment de l'injection intraveineuse de sérum antipesteux. Ces injections étaient pratiquées avec toutes les précautions aseptiques d'usage, et le sérum injecté était pris dans des flacons dont le contenu était limpide et ne dégageait aucune odeur. De plus, parmi les flacons dont le contenu nous avait paru suspect et pour cela n'avaient pas été injectés, jamais nous n'en avons trouvé qui aient été altérés par le tétragène; les microbes rencontrés étaient des saprophytes vulgaires ou du staphylocoque.

Au point de vue clinique, l'évolution de la maladie a présenté deux phases. Dans une première phase la peste a évolué seule, et, à la suite des injections de sérum, l'état général était devenu bon. Puis tout d'un coup le tableau change, l'état général est mauvais, la fièvre fait de nouveau son apparition. Cliniquement le diagnostic était difficile, voire même impossible : on pouvait songer, comme cela se voit quelquefois, à un retour offensif de l'infection pesteuse. C'est ce diagnostic que nous avions adopté, et à cause de cela, nous avons multiplié les injections de sérum antipesteux. Il est certain que quelques symptômes cadraient mal avec ce diagnostic, absence de crachats sanguinolents, douleur vive au niveau du foie, et hypertrophie de cet organe.

Ces deux derniers symptômes, quoiqu'ils existent assez fréquemment dans la peste, où le foie est ordinairement très altéré et où les malades meurent souvent avec des signes d'insuffisance hépatique, ne sont jamais aussi accentués que dans ce cas particulier.

A l'entrée du malade, le 11 mars, un examen du sang avait montré l'existence d'une leucocytose très abondante, avec un grand nombre de polynucléaires et la présence d'énormes lymphocytes, mais en très petit nombre; à la suite des injections de sérum la formule leucocytaire s'était modifiée, les lymphocytes étaient très nombreux. Lorsqu'un examen pratiqué le 14 mars nous montra une leucocytose plus considérable encore que le premier jour, avec polynucléose extrêmement abondante, c'était l'indication d'une modification sanguine en rapport avec la modification survenue dans l'état du malade. Mais dans toutes les préparations faites, nous n'avons jamais rencontré le tétragène.

Malheureusement des cultures du sang n'ont pas été faites pendant la vie; aussi nous est-il impossible d'affirmer qu'à ce moment l'infection sanguine était réalisée; cela est vraisemblable, mais, comme nous l'avons vu, le sang des cavités cardiaques, prélevé lors de l'autopsie, relevait du tétragène à l'état de pureté.

Si le diagnostic avait été fait, aurait-on pu espérer, grâce à un autre traitement, sauver le malade? C'est peu probable; la peste est une infection redoutable par les désordres qu'elle occasionne dans les différents organes. Les nombreux cas que nous avons eu l'occasion de soigner ne nous font pas partager l'optimisme des auteurs qui écrivent, que toujours la convalescence est rapide et que très vite le malade ne se ressent plus de la terrible crise qu'il vient de traverser. De plus, notre malade n'était pas guéri, il était seulement amélioré, et un retour offensif de la peste était toujours possible. Dans ces conditions avec un organisme réagissant mal, il devait fatalement succomber à une infection secondaire qui par elle-même n'est pas toujours mortelle; et le traitement quel qu'il fût n'aurait pas donné de succès. D'ailleurs, le traitement employé était celui de toutes les septicémies (quinine, collargol, sérum artificiel).

Nous n'avons pas employé le collargol en injection intraveineuse, car nous n'étions pas assez sûr de la pureté du produit mis à notre disposition. Peut-être pourrait-on objecter que les doses massives de sérum antipesteux, les seules d'ailleurs qui donnent des résultats dans le traitement de la peste, ont pu, sinon empêcher, du moins contrarier la réaction de l'organisme vis-à-vis du tétragène. Il est certain que les injections de sérum antipesteux produisent des réactions intenses, qui se traduisent par des modifications dans la formule sanguine. Mais ces réactions sont-elles bien exactement spéciales au sérum antipesteux, ne peuvent-elles pas être produites, en partie du moins, par d'autres sérums, et sont-elles contraires à la défense de l'organisme? La question est loin d'être tranchée; et quelques faits que nous avons observés, nous autorisent à penser que le sérum antipesteux, injecté à un individu atteint d'une autre affection que la peste, est susceptible, dans certains cas, d'amender fortement la gravité des phénomènes. Ces faits seront d'ailleurs relatés et étudiés plus longuement dans un travail ultérieur.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES NÉPHRITES

D'après M. L. LE NOUENE (1).

De toutes les affections rénales, les pyonéphroses ont longtemps paru être les seules qui soient justiciables du traitement chirurgical, et ce n'est qu'à une époque très récente que l'on a songé à opposer l'intervention sanglante à certains accidents graves de néphrite. C'est en 1886, en effet, que Péan enlève un rein pour des douleurs intolérables compliquant une albuminurie abondante. Quelques années après, Tiffany opère, dans le seul but de calmer les douleurs, une femme qui souffrait violemment du rein droit et réclamait à tout prix un soulagement. L'intervention, qui consista en une simple incision de la capsule du rein, fut suivie d'une amélioration notable des symptômes douloureux.

A peu près à la même époque, des hématuries inquiétantes conduisirent quelques spécialistes à intervenir chirurgicalement. Sabatier, en présence d'hémorragies rénales et de symptômes graves d'urémie, pratique la néphrectomie: le malade guérit. L'examen histologique du rein décela des lésions profondes de néphrite scléreuse. Senator, Broca, Hamonic, de Kaermacker, Albarran, Poirier, Potherat, Pousson, Demons, Tuffier, croyant avoir affaire à de la tuberculose, à de la lithiase, à un épithélioma du rein, enlèvent des reins atteints seulement de néphrite interstitielle; Le Dentu relate plusieurs cas de douleurs rénales intolérables améliorées par l'incision du rein.

Les heureux résultats obtenus par les chirurgiens que nous venons de citer devaient encourager les interventions et les diriger contre le processus inflammatoire lui-même. Aussi R. Harrison, Weir, Rose, Lennander, Legueu, Loumeau opèrent-ils des pyélonéphrites et même des néphrites aiguës d'ordre médical, mais c'est surtout à Pousson que revient le mérite d'avoir nettement préconisé le traitement chirurgical dans les néphrites médicales. Depuis les travaux de Pousson, Monod, Routier, Spauton, Reynès rapportent de nouveaux cas de néphrites opérées chirurgicalement; Claude et Balthazard étudient expérimentalement les effets de la décapsulation du rein; Castaigne et Rathery recommandent l'intervention sanglante dans les cas de néphrites primitivement unilatérales; Lépine étudie et discute les indications du traitement chirurgical dans les néphrites médicales.

Quels sont les résultats de l'intervention sanglante dans les *néphrites aiguës*? M. Le Nouëne distingue, dans les néphrites aiguës, deux grandes classes: *néphrites aiguës consécutives à une infection vésicale; néphrites aiguës non consécutives à une infection vésicale.*

Les premières comprennent d'abord les *néphrites aiguës avec abcès*, abcès multiples, disséminés, souvent très petits. Dans ces cas, quelques chirurgiens ont fait la néphrotomie (Pousson, Wilms, Potherat, etc.), d'autres la néphrotomie avec néphrectomie partielle (Lenander), d'autres la néphrectomie totale (R. Weir, Pousson). Dans un cas, l'intervention a consisté dans la décapsulation du rein (Edebohls). Il existe actuellement 11 cas de pyélonéphrite avec abcès consécutive à une infection vésicale ayant subi un traitement chirurgical. Sur ces 11 cas, tous graves, il y a eu 2 décès, les 9 autres malades ont guéri: pour quelques-uns, l'urine est devenue normale; pour d'autres, elle s'est seulement rapprochée de l'état normal, présentant encore de l'albumine et des leucocytes.

D'autres fois, l'inflammation rénale n'est pas encore arrivée à la phase de suppuration: dans ces *néphrites aiguës non suppurées*, les altérations du rein sont encore assez profondes pour que l'on ait pu, après échec des moyens médicaux, recourir au traitement chirurgical, et particulièrement à la néphrotomie (Reynès, Loumeau, Le Nouëne): sur ces 3 cas, l'auteur note 3 guérisons.

Lorsqu'il s'agit de *néphrites aiguës non consécutives à une infection vésicale*, il faut encore distinguer les *néphrites aiguës avec abcès* et les *néphrites aiguës non suppurées*. Dans les premières, le pronostic est fort grave, et la vie du malade peut être immédiatement mise en danger par l'apparition de phénomènes urémiques. Aussi divers chirurgiens sont-ils intervenus contre ces néphrites hématogènes avec abcès miliaires (Israël, Monod, Edebohls, Pousson, Routier, Gerssser, Lilienthal, Le Nouëne). Les uns ont pratiqué la néphrectomie; les autres la néphrotomie double, d'autres encore, la décapsulation du rein. De ces faits semble découler la conclusion que, dans les néphrites doubles, la néphrotomie

(1) Th. de Paris, 1903, J. Rousset, éditeur.

soit simultanée, soit successive des deux reins peut amener la guérison.

S'agit-il de *néphrite aiguë sans abcès non consécutive à une infection vésicale*, l'intervention chirurgicale s'impose encore dans certains cas : « dirigée contre la néphrite subaiguë, elle aura pour but d'empêcher l'évolution vers le mal de Bright; entreprise au cas d'infection aiguë, elle lutte contre e processus grave qui altère profondément le rein et l'état général. » Aussi Harrison a-t-il pratiqué la néphrotomie dans trois cas de néphrites médicales (scarlatineuse, grippale, *a frigore*). Hœber est intervenu de même dans un cas de néphrite grippale, Engelbach dans une néphrite consécutive à la lithiase rénale : ces cinq cas de néphrites hématogènes traités par la néphrotomie ont tous guéri, fait important, et dont il convient de faire ressortir la signification pratique.

L'intervention chirurgicale est donc légitime dans certaines lésions rénales : « Il ne saurait être question d'intervenir dans tous les cas de néphrite. Le plus souvent, après une maladie infectieuse, en face de l'albuminurie accompagnée de fièvre, le traitement médical conserve tous ses droits. De même, l'infection rénale qui se déclare au cas de cystite ou de lithiase doit d'abord être soignée par les moyens thérapeutiques ordinaires. Mais, si les symptômes, au lieu de rétrocéder, s'aggravent ou même persistent, il peut y avoir avantage à ne pas trop attendre et à intervenir avant que la résorption des toxines n'ait transformé en cachexie urinaire cet état de demi-santé. Les interventions proposées, quand elles sont pratiquées sur des malades en état de supporter une opération, n'ont pas une gravité excessive. Les opérations diverses (néphrectomie, néphrotomie, etc.) ne peuvent donc être condamnées d'avance dans les cas d'infection rénale. »

Quelle doit être la nature, quel doit être le but de cette intervention?

Il est facile de comprendre les succès obtenus par la néphrectomie. Cette opération radicale enlève avec la glande le foyer infectieux, et, si le rein congénère peut suffire désormais à la fonction, le résultat de l'intervention est heureux; la néphrotomie se propose de diminuer la congestion et la tension intra-rénale; enfin, l'incision du rein en faisant disparaître ou en diminuant la mise en tension qui paralyse la glande, rend celle-ci apte à reprendre sa fonction éliminatrice en même temps qu'elle la met en état de résister au processus infectieux.

A ces diverses tentatives chirurgicales, on a fait un certain nombre d'objections. La première est tirée de la bilatéralité des lésions. « Les néphrites infectieuses sont très souvent doubles et la bilatéralité des lésions rend le traitement chirurgical inutile et dangereux. » A cette objection, M. Le Nouëne répond que les lésions infectieuses peuvent n'exister que d'un côté, qu'elles ne sont pas forcément bilatérales. Du reste, l'infection rénale fût-elle double, tout traitement chirurgical ne doit pas être abandonné, et, sans parler de la néphrotomie bilatérale, il est logique d'admettre que l'on peut, par l'incision de l'un des reins, combattre la septicémie rénale, même quand l'autre rein est atteint.

Une seconde objection consiste dans la difficulté de savoir sur quel rein faire porter l'intervention. Certes, dans les formes très graves ou prolongées de l'infection, il peut être difficile de se décider. Mais ce sont là des cas exceptionnels, et, le plus souvent, les signes cliniques indiquent à l'opérateur quel est le rein malade.

Le choix de l'intervention est toujours assez délicat. La néphrectomie est plus radicale, mais aussi plus meurtrière, la néphrotomie est « si peu grave qu'elle peut être pratiquée comme simple moyen d'exploration ». Aussi l'auteur préfère-t-il cette dernière opération qui, tout en étant suffisante, comporte une gravité moindre et permet, pour l'avenir, la conservation précieuse d'une partie du parenchyme rénal.

« Réservant la néphrectomie pour les cas exceptionnels où le rein, profondément altéré, semble incapable d'accomplir en partie ses fonctions et où le congénère est sain, il faut adopter la néphrotomie quand il y a lieu d'intervenir dans les infections rénales aiguës. »

Encouragés par les résultats du traitement chirurgical dans les néphrites aiguës, les spécialistes ont osé s'attaquer au *mal de Bright* qu'ils ont traité surtout par la néphrotomie et par la décortication, exceptionnellement par la néphrectomie.

C'est Pousson qui, le premier, intervint de parti pris par l'incision rénale contre les lésions de la néphrite chronique. Pratiquée sur des sujets dont l'état était toujours très grave, le plus souvent en pleine urémie, la néphrotomie a été suivie de mort deux fois sur six; dans les quatre autres cas, elle a procuré une amélioration considérable qui a pu, cliniquement, être considérée comme une véritable guérison.

La décortication du rein dans les néphrites chroniques a surtout été proposée par Edebohls. Sans attendre les symptômes alarmants du mal de Bright, cet auteur incise la capsule propre, la sépare du parenchyme, la résèque ou la récline. Pratiquée par Fergerson, Edebohls, Ramon, Guiterne, Le Nouëne, la décortication des reins paraît une opération bénigne et capable d'améliorer pour un certain temps l'état du malade. Les opérations tentées contre le brightisme sont donc légitimes, et il sera peut-être utile, dans les cas désespérés, d'y recourir sans retard. L. B.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Nouvelles préparations.

Voici la formule d'une poudre laxative à laquelle son préparateur a donné le nom de Tribérane :

Sucre pulvérisé	70	grammes.
Racine de réglisse pulvérisée	20	—
Feuille de séné lavé à l'alcool	20	—
Soufre précipité	10	—
Vanilline	0g20	
	120g020	

Mêlez intimement, porphyrisez et passez au tamis.

Une cuillerée à thé, ou plus, au milieu du repas du soir dans de l'eau ou du pain azyme mouillé.

Ce mélange préparé avec soin provoque une ou deux évacuations alvines, bilieuses, le lendemain matin, sans coliques, ni purgation, et ne présente pas les inconvénients de l'accoutumance.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'urologie et les médecins urologues dans la médecine ancienne, par le docteur Gilles de Corbeil. *Sa vie, ses œuvres, son poème des urines* (1), par le docteur C. Vieillard.

« Dès l'origine de la médecine, les anciens commencèrent à considérer les urines et cherchèrent à y découvrir quelque

(1) In-8°. — Paris, F.-R. de Rudeval.

chose qui pût leur servir à connaître les maladies et à les guérir. » Hippocrate consacre de longs développements à l'urologie et signale une importante cause d'erreur à éviter : « Prenez garde, dit-il, de ne pas vous en laisser imposer par des urines semblables que pourrait fournir la vessie atteinte de quelque affection, car, alors, l'urine donne un signe qui appartient, non plus au corps entier, mais à la vessie seule. » Galien compose un livre sur les urines, et, dans son livre *De crisibus*, expose sa doctrine relative aux signes de la coction des humeurs : les excréments, les urines et les crachats. Théophile écrit un traité des urines qui n'est pas très étendu, mais ne laisse rien à désirer au point de vue de la clarté et de la précision. Actuarius, Clétius, Stéphanus, Malatios, Isaac composent des ouvrages analogues. Au XVI[e] siècle, les théories uroscopiques sont en grand honneur, Forestier appelle Actuarius le prince de tous ceux qui ont écrit sur l'urine : *Omnium qui de urinis scripsere, facile princeps*.

Parmi ces médecins urologiques, M. Vieillard étudie particulièrement Gilles de Corbeil qui florissait vers le XII[e] siècle et a laissé, entre autres œuvres, un poème sur les urines.

Dans la première partie de ce poème, l'auteur étudie les vingt couleurs différentes de l'urine : « De couleur noirâtre, l'urine annonce la guérison de la fièvre quarte. Elle présage aussi la mort par extinction de la chaleur naturelle. Dans la fièvre, urine noire, fétide, rare, épaisse, est un signe certain de mort. » Les nuances livide, blanche et subtile, glauque, lactée, pâle, citrine, rousse, rouge, etc., sont minutieusement étudiées quant à leur signification diagnostique et pronostique. Dans la seconde partie, Gilles de Corbeil énumère les choses contenues dans l'urine : « Ce sont le cercle, les bulles, les grains, la buée, l'écume, le pus, la graisse, le chyme, le sang, le sable, les poils, le furfur, les crimmoïdes, les écailles, les atomes, le sperme, la matière cendreuse, le sédiment, l'esprit qui monte en haut. »

Le poème fournit aussi des indications sur le début d'une grossesse ou le sexe du fœtus. « La sécheresse de la matrice, l'assoupissement des désirs, la suppression des règles, la perversion de l'appétit, les vomissements, la compression du membre viril pendant le coït, le gonflement des mamelles, les coliques que provoque l'usage de l'eau miellée sont les signes ordinaires de la grossesse... L'éclat du teint, la légèreté des membres, l'écoulement d'un lait épais, la grosseur du ventre plus prononcée à droite font présumer de la conception d'un garçon. Les signes opposés présagent une fille. »

M. Vieillard termine son étude aussi érudite que spirituelle par le *Traité des urines* de Jean de Cuba, montrant ainsi que l'urologie n'est pas une science nouvelle et que, depuis longtemps, elle brille du plus vif éclat.

L. BABONNEIX.

La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale (1), par le docteur LEREDDE.

Contrairement à l'opinion commune, M. Leredde soutient que le tabes et la paralysie générale sont de véritables affections syphilitiques : « Le tabes et la paralysie générale ne sont pas des entités morbides indépendantes, mais simplement des modalités anatomo-cliniques liées à une diffusion particulière, à une évolution lente du processus syphilitique. Entre elle et les formes typiques de la syphilis cérébrale ou spinale tous les intermédiaires existent. » Si cette vérité a été méconnue jusqu'à aujourd'hui, c'est parce que, comme toutes les autres lésions du système nerveux, les lésions syphilitiques du tabes et de la paralysie générale entraînent des lésions secondaires : aux symptômes temporaires du début font suite des symptômes définitifs incurables.

D'où cette importante conséquence : c'est que le tabes et la paralysie générale sont justiciables du traitement spécifique ; soignés non par les frictions, mais par des injections de sels solubles (benzoate, hermophényl) à hautes doses, ils *peuvent* et *doivent* guérir.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, C. Naud, éditeur.

Revue critique sur les lois de la formation des sexes (1), par le docteur F.-P. GUIARD.

Le docteur Guiard adopte, au sujet de la formation des sexes, l'hypothèse de Thury, d'après lequel c'est de la maturité plus ou moins parfaite à laquelle est parvenu l'ovule au moment de la fécondation que dépend le sexe de l'être procréé, le sexe étant féminin lorsque cette maturité n'est pas encore arrivée à un certain degré, masculin quand elle l'a dépasé. Cette hypothèse, qu'il étaye sur un ensemble de preuves des plus intéressantes, a soulevé une discussion des plus serrées à la Société du IX[e]. M. Boissard ne croit pas que l'on puisse jamais connaître les lois qui régissent la sexualité ; il appuie cette opinion sur des objections : 1° tirées de l'ordre métaphysique et moral ; 2° tirées des lois de l'hérédité, et définit peu galamment la femme un produit débile « à petit squelette, petits muscles, petit cerveau » ; M. P. Robin critique, au nom de l'embryologie, les théories de M. Guiard ; M. Lutaud observe que c'est presque toujours après les règles que s'effectue la fécondation et que, par conséquent, si la loi de Thury était vraie, le nombre des garçons devrait l'emporter de beaucoup sur celui des filles. Répondant aux objections précédentes, M. Guiard persiste à penser que la sexualité est réglée par une loi constante dont il importerait au plus haut point de connaître la formule générale.

L. BABONNEIX.

Deux conférences sur l'alcoolisme (2), par le professeur J. GRASSET.

Continuant sa courageuse campagne contre l'alcoolisme, M. le professeur Grasset étudie aujourd'hui l'*alcoolisme insidieux* et réfute la théorie pour laquelle l'alcool, loin d'être un poison, est un aliment de choix. L'*alcoolisme insidieux*, c'est l'alcoolisme des gens du monde qui, avec bonne foi, absorbent force boissons apéritives et vins médicinaux ; c'est l'alcoolisme des dames qui prennent régulièrement de l'eau de mélisse, de la chartreuse, des vins secs et arrivent ainsi, sans y prendre garde, à l'œnilisme et à l'éthylisme.

L'alcool-*poison*, c'est l'alcool dont on consomme des quantités exagérées, c'est même l'alcool tout court, car, s'il est vrai que, pris à certaines conditions et à doses réduites, l'alcool est un aliment, il n'en est pas moins évident que cette substance est un poison grave, que l'alcoolisme constitue un des plus grands fléaux des sociétés modernes.

L. BABONNEIX.

Hémoglobin-scale (3), par le docteur T. W. TALLQUIEV.

Ce carnet renferme une série de feuilles de papier buvard au moyen desquelles il est aisé d'apprécier très rapidement le taux de l'hémoglobine du sang. Pour cela, il suffit de déposer une goutte de sang sur la feuille de buvard, de la détacher du carnet et de la comparer à une série de teintes étalon ; chacune de ces teintes correspond à un pourcentage d'hémoglobine, de sorte qu'en quelques minutes cet examen peut être fait approximativement.

P. RAVAUT.

(1) In-8° de 100 p. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.
(2) Montpellier, Coulet et fils, éditeurs.
(3) Maloine, dépositaire.

Les neuro-arthritiques à Plombières (1),
par le docteur E. Hamaide.

Les neuro-arthritiques sont tantôt des nerveux, tantôt des dyspeptiques, tantôt des rhumatisants. Tous sont améliorés par les eaux de Plombières : les nerveux déprimés qui se trouvent particulièrement bien de l'action dynamique et électrique et de la haute température des eaux; les dyspeptiques auxquels conviennent surtout l'eau en boisson, les lavages de l'estomac et de l'intestin, les bains et douches appropriés; les rhumatisants, qu'améliorent particulièrement les étuves. L. BABONNEIX.

Les phénomènes de suggestion et d'auto-suggestion (2),
par le docteur L. Lefèvre.

« Cet ouvrage, dit l'auteur, n'est pas un traité de l'hypnotisme; ce n'est pas même un traité complet de la suggestion puisque les phénomènes de l'hypnose, suffisamment connus, n'y sont pas décrits : il n'est que l'exposé de quelques vues originales sur les conséquences qui découlent de l'existence de la faculté de suggestibilité de l'âme. »

Pour faciliter la compréhension de ces vues, M. Lefèvre rappelle d'abord, en quelques pages, les principes généraux de la *psychologie physiologique*, nous faisant assister au mécanisme de la pensée, à la formation des idées et des sensations. Puis il aborde l'étude proprement dite des *phénomènes de suggestion et d'auto-suggestion*, signale les rapports de ces phénomènes avec la pathologie, la thérapeutique, et la psychologie et précise leurs diverses applications pathologiques. Livre original et curieux, et qui intéressera à la fois médecins et philosophes. L. BABONNEIX.

Un cas d'hémiatrophie faciale gauche (3),
par le docteur Rutten.

L'auteur rapporte, dans cette brochure, un nouveau cas d'hémiatrophie faciale et refait, à ce sujet, l'histoire complète de cette maladie peu connue. Un index bibliographique soigné termine cette revue générale, qui met au point une des questions les plus obscures de la pathologie nerveuse. L. BABONNEIX.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. Solon. Contribution à l'étude de la lithiase intestinale d'origine médicamenteuse. — M. Lutier. Les nouveaux procédés d'investigation dans le diagnostic des méningites tuberculeuses. — M. Zacchiri. Recherches sur la généralisation du bacille diphtérique; étude clinique et bactériologique. — M. Pichereau. Les hautes doses de mercure dans le traitement de la syphilis. — M. Delbecque. Contribution à l'étude des fractures de la clavicule chez le nouveau-né pendant l'accouchement. — M. Baffet. La dépopulation plus spécialement envisagée au point de vue obstétrical. — Mme Hoffmann. Blépharite ciliaire d'origine lacrymale. — M. Cousyn. Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus et des annexes. — M. Theuveny. Diagnostic clinique des accès éclamptiques. — M. Rousseau. Les incisions et sutures esthétiques en chirurgie abdominale et gynécologie. — M. Steinhart. De la manœuvre de Mauriceau. — Mlle Roussel. Contribution à l'étiologie de la scoliose. — M. Dambrin. Etude sur l'anatomie pathologique et le traitement des lésions de l'intestin dans les contusions abdominales. — M. Audard. Le drainage vaginal du péritoine dans l'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées. — M. Lhuillier. De la rétention d'urine dans les kystes hydatiques du petit bassin. — M. Alexandre. L'omentopexie dans les cirrhoses hépatiques. — M. Herrouet. De la névralgie syphilitique du trijumeau. — M. Manet. L'auto-hétéro-accusation chez les hystériques. — M. Taubmann. Les états psychiques morbides et les vésanies dans la maladie de Basedow. — M. Bozo. Des amputations spontanées de la langue. — M. Jouanin. Des incisions laparotomiques médianes. — M. Vésignie. Contribution à l'étude des hernies de l'appendicite et du cæcum. — M. Dibos. Contribution à l'étude des gangrènes typhoïdes des membres. — M. Bouyssou. Treitement des kystes paradentaires. — M. Moog. Les éliminations urinaires dans les néphrites subaiguës dites parenchymateuses. — M. Combes. Myosis et paralysie alterne. — M. Boucher de la Ville-Jossy. Contribution à l'étude des réflexes dans la maladie de Parkinson. — M. Gautier. De l'hypertrophie de la rate dans les maladies du cœur : étude clinique. — M. Manget. Manifestations oculaires de quelques pseudo-rhumatismes infectieux. — M. de Clomesnil. Contribution à l'étude des tumeurs de l'orbite. — M. Prat. Sur la résection du ganglion de Gasser. — M. Crepin. Les œdèmes neuro-arthritiques. — M. Gratier. La vipère en thérapeutique. — M. Haas. Contribution à l'étude du képhir maigre. — M. Rodocanachi. Des ictères chroniques simples. — M. Sari. Quelques observations au sujet de l'application du sérum de Trumecek dans le traitement de la sclérose de l'oreille, le labyrinthisme et le décollement de la rétine. — M. Frechou. Des rapports de l'hérédo-syphilis osseuse tardive (maladie de Lannelongue) avec l'ostéite déformante progressive (maladie de Paget). — M. Richard. Luxation de Huguier (luxation du pied par rotation en dehors). — M. Auzat. Du traitement des pleurésies purulentes chroniques. — M. Garçon. Du phagédénisme mercuriel à la suite d'injections de sels mercuriels insolubles. — Mlle Debains. Contribution à l'étude des infections veineuses d'origine amygdalienne. — Mlle Pissareff. L'action des nouvelles radiations, rayons de Rœntgen et rayons de Bequerel, sur les êtres vivants. — M. Meuriot. Des hallucinations des obsédés; pseudo-hallucinations. — M. Apte. Les stigmatisés; étude historique et critique sur les troubles vaso-moteurs chez les mystiques. — M. Fabre. De l'atrophie tabétique du nerf optique et de son traitement. — M. Durand. Contribution à l'étude des déformations et mutilations consécutives à la tuberculose osseuse des extrémités. — M. de Kerambrun. Contribution à l'étude du traitement intensif de la syphilis par les injections d'huile grise à haute dose. — M. Guille-Desbuttes. De la forme hépato-gangréneuse du cancer de l'estomac. Contribution à l'étude des formes du cancer de l'estomac. — M. Devilliers. Contribution à l'étude des hémorroïdes; leur traitement par l'hamamelis virginica et l'adrénaline. — Mlle Kalita. Splénomégalies méta-ictériques. — M. Katz. Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. — M. Etienne. La « zone dangereuse » de la syphilis au point de vue des risques héréditaires. — M. Flambart. La femme enceinte dans la société moderne; ce qui a été fait à Paris par l'Etat, la municipalité et l'initiative privée en faveur des mères privées de ressources et de leurs enfants. — Mme Dujour. Du rapport du poids fœtal au poids placentaire dans les malformations fœtales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Nantes.* — M. Monnier, chef des travaux d'histologie à l'Ecole de médecine de Nantes, est prorogé pour trois ans dans ses fonctions.

Institut des aveugles. — M. Morax, chef du service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière, est nommé médecin-oculiste de l'Institut départemental des aveugles.

Guerre. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 28 août 1903, MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lecomte, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran, est maintenu au 87e d'infanterie; Couturier, pour

(1) Paris, J.-B. Baillière, éditeur.
(2) Bruxelles, H. Lamertin, éditeur.
(3) Namur, A. Godenne, éditeur.

les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Macaire, pour le 1er étranger.

Marine. — M. le médecin de première classe Berriat, du port de Cherbourg, actuellement embarqué sur le croiseur-cuirassé le *Gueydon*, est autorisé à permuter, pour convenances personnelles, avec M. le docteur Henry, officier du même grade en service à Brest.

Cours de radiographie pratique. — M. Ch. Vaillant, chef du laboratoire de radiographie de l'hôpital Lariboisière, fera pendant le mois de septembre une série de cours de radiographie pratique. Les cours auront lieu au laboratoire même.

Le prix du cours est de 50 francs pour six leçons. S'inscrire à l'avance au laboratoire.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires (prix, conditions, itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnements, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le *Livret-guide-horaire P.-L.-M.*, mis en vente au prix de 0 fr. 50 dans toutes les gares, les bureaux de ville et les bibliothèques des gares de la Compagnie. Cette publication contient, avec de nombreuses illustrations, la description des contrées desservies par le réseau.

La Compagnie met également à la disposition du public dans les bibliothèques des principales gares, au prix de 0 fr. 25 l'exemplaire :

1° La carte-itinéraire de Marseille à Vintimille, avec notes historiques, géographiques, etc., sur les localités situées sur le parcours;

2° Les plaquettes illustrées désignées ci-après, décrivant les régions les plus intéressantes desservies par le réseau P.-L.-M. :

Editées en langue française, anglaise et allemande : *a.* Réseau P.-L.-M.-Suisse-Italie; *b.* Monuments romains et villes du moyen âge du réseau P.-L.-M.; *c.* Chamonix-Mont-Blanc; *d.* Savoie-Suisse; *e.* Dauphiné; — Éditées en langue française et anglaise : *f.* Littoral de la Méditerranée; *g.* Saison thermale.

L'envoi de ces documents est fait par la poste sur demande adressée au Service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris (XIIe arrond.), et accompagnée de 0 fr. 85 en timbres-poste pour le *Livret-guide-horaire P.-L.-M.* ou de 0 fr. 35 pour chacune des autres publications énumérées ci-dessus.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PERSONNE TRÈS HABITUÉE AUX SOINS DES MALADES les plus difficiles (maladies nerveuses notamment) demande un poste de garde-malade dans une famille. — S'adresser aux bureaux du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les phénomènes psychiques. Recherches, observations, méthodes, par J. Maxwell, docteur en médecine, avocat général près la Cour d'appel de Bordeaux. Préface du professeur Ch. Richet. In-8°, Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

La fin de la vie, par le docteur J. Grasset. In-8°. — La Chapelle-Montligeon, imprimerie-librairie de Notre-Dame de Montligeon.

Note sur la pathogénie des phlegmons de la cavité de Retzius, par le docteur Léon Imbert. (Communication faite à la sixième session de l'Association française d'urologie, Paris, 1902.) — Clermont (Oise), imprimerie Daix frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE 17



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

INFLAMMATIONS MÉNINGÉES

AVEC RÉACTIONS CHROMATIQUE, FIBRINEUSE ET CYTOLOGIQUE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Par M. G. FROIN, interne des hôpitaux de Paris.

Nous observons en ce moment, dans le service de notre maître M. Widal, à l'hôpital Cochin, trois malades atteints de lésions du névraxe avec syndromes morbides très dissemblables, accompagnés cependant de modifications du liquide céphalo-rachidien tout à fait comparables. Il s'agit de liquides jaunes contenant de nombreux éléments cellulaires. Mais ils ont présenté une quantité de fibrine tellement exceptionnelle, et les coagulations massives du liquide céphalo-rachidien étant encore peu connues, nous avons cru utile de rapporter ces faits.

PREMIER CAS. — Une femme, âgée de trente-six ans, est atteinte de paralysie faciale droite depuis le mois de novembre 1902, puis de paraplégie flasque douloureuse ayant débuté au mois d'avril 1903. Depuis le 22 mai 1903, nous lui avons fait quatre ponctions lombaires.

Le 22 mai, on retire 12 centimètres cubes de liquide qui s'écoule en gouttes lentes et est reçu dans trois tubes. Il est limpide et présente une belle couleur jaune d'or. Au bout de dix minutes environ, ce liquide se coagule dans les trois tubes, formant un bloc compact, très peu rétractile. Après dissociation du caillot et centrifugation, on trouve sur lames de nombreux lymphocytes avec quelques globules rouges. Il existe une forte proportion de globuline et de sérine. On décèle la présence de fer par le sulfocyanure d'ammonium.

Le 3 juin, on donne issue à 15 centimètres cubes de liquide qui s'écoule en gouttes lentes. Il est limpide, mais légèrement jaunâtre dans les trois tubes et donne, dix minutes environ après la ponction, un coagulum étendu à toute la masse liquide; ce coagulum est moins plein qu'à la première ponction, mais il est encore impossible de le tasser par agitation du tube. La cytologie = lymphocytose abondante. Le point cryoscopique = — 56. Le KI, ingéré à la dose de 4 grammes depuis huit jours, n'est pas décelé dans le liquide céphalo-rachidien. La globuline et la sérine se trouvent en proportions aussi fortes qu'à la première ponction. La recherche du fer est nettement positive.

Le 17 juin, on donne issue à 10 centimètres cubes qui s'écoulent, après un léger jet, en gouttes lentes. Le liquide est limpide et présente une teinte jaunâtre, extrêmement légère, à peine visible. On aperçoit, environ deux heures après la ponction, dans les trois tubes, un coagulum fibrineux comparable à une toile d'araignée; il se rétracte et se pelotonne facilement après agitation des tubes. La cytologie = lymphocytose abondante et globules rouges. Le point de congélation = — 49. Le KI ne se trouve pas dans le liquide céphalo-rachidien. Après dissociation du coagulum sur lames, on ne décèle aucun microbe et en particulier pas de bacilles de Koch. On pratique l'inoculation intrapéritonéale du liquide à deux cobayes, à la dose de 2 à 5 centimètres cubes; un mois après, les animaux sont sacrifiés et ne présentent aucune trace de lésion tuberculeuse.

Le 21 août, on retire 12 centimètres cubes qui s'écoulent en gouttes lentes, dans trois tubes. Le liquide est limpide et apparaît encore très légèrement jaunâtre, quand on le compare avec un liquide normal. Au bout d'une heure environ, on aperçoit deux ou trois petits lambeaux fibrineux qui flottent dans le liquide. La cytologie = lymphocytose abondante. Le point de congélation = — 57. La globuline et la sérine ont beaucoup diminué.

En somme, liquide sans hypertension notable, à couleur jaunâtre, à réaction fibrineuse graduellement décroissante et à cytologie positive. Il est à remarquer que la réaction cytologique ne s'atténue pas en même temps que la réaction fibrineuse. Pendant ce temps, les phénomènes cliniques sont restés absolument identiques.

DEUXIÈME CAS. — Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, atteinte d'ostéites tuberculeuses multiples depuis l'âge de huit ans. Le 16 juillet 1903, on lui fait un grattage de la crête de l'os iliaque gauche et, dans les jours qui suivent, après une courbature générale, elle est prise de fièvre élevée, avec agitation, céphalée, douleurs rachidiennes, léger signe de Kernig.

Le seizième jour après l'apparition des accidents méningés, une ponction lombaire donne issue à 4 centimètres cubes de liquide, en gouttes très lentes, qui se coagule

dans l'aiguille au cours de la ponction. Ce liquide est limpide, mais très jaune et il forme aussitôt, dans toute sa masse, un caillot compact dont l'aspect grisâtre tranche sur le jaune éclatant du liquide. La cytologie = très nombreux polynucléaires et globules rouges. L'ensemencement du liquide et du coagulum sur bouillon et gélose est négatif. La chaleur donne un précipité albumineux très abondant.

Le vingt-huitième jour, alors que tous les phénomènes méningés ont disparu, une ponction lombaire permet de retirer 12 centimètres cubes environ de liquide, qui s'écoule en gouttes très rapides. Il est clair et présente au bout d'une heure un mince coagulum faisant toile d'araignée dans toute la masse liquide. La réaction est alcaline. La cytologie = polynucléaires et surtout nombreux lymphocytes. La cryoscopie = — 52. Le KI, ingéré depuis douze jours à la dose de 4 grammes, ne peut être décelé dans le liquide céphalo-rachidien. La globuline et la sérine sont en quantité très notable. On décèle sur une lame deux ou trois diplocoques prenant le Gram, mais l'ensemencement du liquide en bouillon et sur gélose, ainsi que l'inoculation à une souris, sont négatifs.

Dans ce cas, nous avons eu une atténuation parallèle des phénomènes cliniques et des réactions pathologiques du liquide céphalo-rachidien. La modification chromatique semble avoir été assez éphémère. La réaction fibrineuse a diminué considérablement en l'espace de douze jours, en même temps que la formule cytologique à polynucléaires, s'est à peu près transformée en lymphocytose abondante.

Troisième cas. — Un homme de quarante ans entre à l'hôpital le 20 août, pour une paraplégie. La maladie a débuté le 14 août, à la suite d'un refroidissement : il est survenu très rapidement de la paraplégie, puis les muscles du tronc et des membres supérieurs, les sphincters se sont paralysés. L'allure clinique a été tout à fait celle d'un syndrome de Landry, évoluant sans fièvre.

Le septième jour, on retire 12 centimètres cubes de liquide qui sort en gouttes lentes. Il est un peu jaunâtre et présente, une demi-heure environ après son extraction, un coagulum qui apparaît dans tout le liquide, mais se rétracte assez facilement. La cytologie = lymphocytes. Le point cryoscopique = — 57. La globuline et la sérine sont en quantité moyenne. Le coagulum est dissocié, sur lames, mais ne montre pas de microbes. Les ensemencements en bouillon et sur gélose sont négatifs.

Le neuvième jour, on donne issue à 16 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, qui sort en gouttes lentes. Il est toujours légèrement jaunâtre, et il se fait en une demi-heure un coagulum peu consistant, identique à celui de la première ponction. La cytologie = lymphocytose moyenne. La cryoscopie = — 58. La globuline et la sérine sont peu abondantes. Quatre centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien ont été ensemencés dans 400 centimètres cubes d'eau peptonée; le même ensemencement a été pratiqué avec le sang du malade : on n'a rien obtenu.

Si l'on compare ce cas avec les deux faits précédents, les réactions chromatique, fibrineuse et même cellulaire y sont moins intenses, mais le coagulum fibrineux s'est montré néanmoins plus compact que dans les inflammations méningées banales.

Nous attirons l'attention sur la quantité de fibrine contenue dans ces liquides. Nous les avons vus, à deux reprises, quoique absolument limpides, donner une véritable gelée, formant un caillot massif très peu rétractile après une forte agitation du tube. Dans la suite, l'édification de la fibrine s'est faite d'une façon moins compacte, mais le coagulum se tassait encore difficilement et faisait masse dans le liquide. Il est plus habituel de voir la fibrine sous d'autres aspects. Ainsi, dans les méningites cérébro-spinales, il y a souvent de petits filaments ou des flocons fibrineux nageant dans un liquide louche; dans la plupart des méningites tuberculeuses et dans certaines tumeurs du névraxe, il se fait un coagulum fibrineux, mais c'est presque toujours une trame légère et délicate, à apparition tardive, qui se rétracte ou s'effondre et se tasse en boule à la moindre agitation du liquide. Les coagulations fibrineuses massives sont plus exceptionnelles, et nous ne connaissons que deux autres faits comparables à ceux que nous venons de rapporter, l'un observé par M. G. Ballet (1) et l'autre publié par M. J. Lépine (2).

La coloration jaune s'efface en même temps que diminue la fibrine, mais il n'y a pas de corrélation directe entre les réactions cellulaires et fibrineuses. Nous savons, d'une façon générale, que nombre de maladies du névraxe, avec cytologie positive, ne s'accompagnent pas de fibrine : certaines syphilis secondaires (3), le tabes, la paralysie générale, le zona, etc. Dans notre première observation, nous avons pu constater, à trois mois d'intervalle, une atténuation énorme de la fibrinification, tandis que la réaction cellulaire est demeurée très intense.

Nous suivons d'ailleurs tous ces malades et nous essayons de saisir certains faits concernant la pathogénie du processus fibrineux dans les méninges.

LA SPLÉNOMÉGALIE DANS LA SYPHILIS ACQUISE

D'après M. David (4).

La connaissance des lésions spléniques au cours de la syphilis acquise est de date assez récente. Ce n'est, en effet, qu'en 1864 que Bärensprung signala pour la première fois l'hypersplénie, souvent accompagnée de périsplénite, que l'on observe dans l'hérédo-syphilis. En 1867, S. Gée fait, à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, une communication sur l'hypertrophie de la rate chez les enfants. Pour cet auteur, la rate serait considérablement augmentée de volume dans un quart des cas de syphilis héréditaire; parfois, on trouve en même temps une hypertrophie du foie et des ganglions lymphatiques. Le développement de la rate peut servir à indiquer la gravité de la cachexie : la plupart des enfants qui la présentent à un haut degré meurent; quelques-uns survivent : la rate diminue alors graduellement de volume à mesure que la santé se rétablit.

Jusqu'en 1872, aucun travail important ne paraît sur le sujet qui nous occupe. A cette époque, Parrot insiste sur la constance des lésions spléniques dans l'hérédo-syphilis. Ses conclusions sont confirmées par Cornil, Blaise, Hintzen, Barlow, et développées dans un long article de Birsch-Hirschfeld; Haslund considère comme constante l'hypertrophie splénique et la rattache à l'influence directe de l'hérédo-syphilis. Müller, Lancereaux, Jullien, Chauffard, Sevestre, Mauriac, Baginski, Schönberg, Surico (5) com-

(1) Communication orale de M. Sicard.

(2) J. Lépine. Le liquide céphalo-rachidien dans les processus méningés subaigus d'origine rhumatismale, *Lyon méd.*, 23 août 1903.

(3) P. Ravaut. Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire, *Ann. de dermat. et de syphil.*, juillet 1903 (analysé in *Gaz. des hôpit.*, 1903, p. 1009).

(4) Th. de Lille, 1903.

(5) M. Marfan vient de consacrer un important mémoire à l'étude de la splénomégalie dans l'hérédo-syphilis.

plètent nos connaissances sur ce sujet et contribuent à faire, de la splénomégalie, un symptôme classique de l'hérédo-syphilis.

Cliniquement, la splénomégalie se traduit par une augmentation de volume de l'organe, laquelle est facilement appréciable; la rate peut ainsi atteindre le double, le quadruple et même le décuple de son poids, jusqu'à 100 grammes d'après Ziegler.

Elle dépassera donc plus ou moins le rebord des fausses côtes et pourra même descendre presque jusque dans la fosse iliaque, remplissant alors tout l'hypocondre gauche.

Quelle est la fréquence de cette splénomégalie? Sans aller jusqu'à dire, avec Birsch-Hirschfeld, qu'on l'observe chez presque tous les syphilitiques, on peut dire qu'elle existe très souvent; mais elle passe souvent inaperçue, et c'est ce qui fait que, dans les classiques, elle est à peine signalée.

L'hypertrophie splénique, dans l'hérédo-syphilis, a-t-elle la même fréquence à tous les âges? Parrot en faisait l'apanage exclusif du tout jeune enfant, opinion certainement trop exclusive, car « on peut la retrouver à tout âge dans la première enfance ». Il est d'ailleurs difficile d'assigner des limites précises à la durée de cette hypertrophie, car « sous des influences mal déterminées, il peut se faire une sorte de réveil de l'affection spécifique assoupie, mais non éteinte, une véritable poussée du côté de la peau, des muqueuses, des viscères, et, naturellement aussi, de la rate ». Quoi qu'il en soit, tout ce qu'on peut dire, c'est que la splénomégalie existe dans les premiers temps de la vie, et il est intéressant, à ce propos, de faire remarquer, avec Macé, que la splénomégalie est souvent un signe très précoce et devançant l'apparition de toutes les manifestations extérieures.

La syphilis héréditaire précoce n'est pas seule à exercer une influence sur la rate.

Dans l'hérédo syphilis tardive, la rate peut également être hypertrophiée, comme l'a montré M. Fournier. Il est bon de connaître ces faits et de les avoir présents à la mémoire, car ils peuvent conduire à des erreurs de diagnostic regrettables.

Comment s'exerce l'influence de la syphilis sur la rate? Depuis Dreysdale et H. Lee, Hillier, W. Cooke, deux théories sont en présence : l'une attribuant l'hypertrophie splénique à l'engorgement du système porte, l'autre à la cachexie.

Parrot, rappelant les relations vasculaires qui unissent le foie et la rate, admet que c'est par l'imperméabilité du foie qu'il faut expliquer le reflux du sang vers la rate, sa turgescence habituelle et son hypertrophie considérable. Cette théorie est contestée par Surico : « On pourrait, dit cet auteur, demander à Parrot pourquoi l'hypertrophie splénique est constante dans la syphilis héréditaire, alors que la syphilis congénitale du foie n'existe pas toujours, bien qu'étant cependant fort fréquente. Cela est si vrai que, dans mes observations, les lésions hépatiques étaient légères et parfois nulles, et cependant j'ai rencontré assez souvent la congestion splénique, parfois à un degré on ne peut plus avancé. » Et Surico attribue la splénomégalie à l'influence de maladies intercurrentes; il invoque « la dyscrasie sanguine profonde qui accompagne l'affection syphilitique, celle-ci faisant ainsi sentir ses effets, d'abord sur le sang, ensuite sur la rate ».

Cette conception amène naturellement à considérer l'hypertrophie de la rate comme une hypertrophie compensatrice. Luzet admet que la syphilis héréditaire détermine une cachexie avec anémie intense, que tendent à compenser les organes hématopoiétiques jusqu'à un âge assez avancé. Loos, M. Labbé et P. Armand-Delille retrouvent cette anémie signalée par M. Luzet.

En somme, l'accord est loin d'être fait sur la pathogénie de la splénomégalie dans l'hérédo-syphilis. Sommes-nous du moins plus fixés sur la nature des lésions que l'on rencontre dans ces cas? Les gommes de la rate sont exceptionnelles, et Cornil dit n'en avoir jamais observé; cependant, Rendu et Baumgarten en ont vu d'incontestables. Le plus ordinairement, ce qu'on note, ce sont des lésions diffuses, et Hochsinger regarde cette tendance aux infiltrations cellulaires diffuses et aux proliférations cellulaires comme caractéristiques de la syphilis héréditaire, comme caractéristique de la syphilis héréditaire précoce. Malheureusement, la clarté manque à cette description et les examens histologiques précis sont très peu nombreux. Birsch-Hirschfeld, Müller, Hecker, Tissier et Siredey signalent des lésions vasculaires assez constantes et une dégénérescence fibreuse de nombreux corpuscules de Malpighi.

En présence d'une splénomégalie évidente chez un nourrisson, avant d'incriminer la syphilis, il faut éliminer certaines affections qui s'accompagnent, elles aussi, d'hypertrophie de la rate. La tuberculose de la rate n'offre aucun symptôme spécial, et, ainsi que le dit Hénoch, on ne peut que la soupçonner d'après la présence d'autres manifestations tuberculeuses. Le rachitisme se caractérise par l'existence de troubles digestifs, de chapelet costal, de nouures épiphysaires, de cranio-tabes. La malaria se reconnaît à la marche de la fièvre et à l'efficacité du traitement par la quinine. Enfin, l'anémie pseudo-leucémique et la leucémie vraie peuvent présenter de grandes ressemblances avec la splénomégalie de l'hérédo-syphilis, et, d'après Luzet, c'est uniquement par exclusion que l'on peut arriver au diagnostic.

En général, l'évolution de la splénomégalie et sa régression sous l'influence d'un traitement approprié fixent le plus souvent le diagnostic. C'est qu'en effet le traitement mercuriel améliore singulièrement cette splénomégalie, qui annonce et précède souvent les autres manifestations de l'hérédo-syphilis. L. B.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des diarrhées infantiles par les solutions de gélatine.

MM. E. Weill, A. Lumière et Péhu ont apporté récemment, à la Société des sciences médicales de Lyon (1), les heureux résultats qu'ils ont obtenus en administrant dans la diarrhée infantile des solutions de gélatine à un taux défini et incorporée aux biberons.

« La gélatine employée, disent-ils, doit être chimiquement aussi pure qu'il est possible de l'obtenir et on ne doit en user qu'après stérilisation préalable.

Il faut savoir que la gélatine commerciale renferme des impuretés en grand nombre. Cette substance, tirée des os et aussi des peaux d'animaux, subit une série de traitements chimiques qui y introduisent des éléments multiples (potasse, soude, acides divers). Il convient donc de n'accepter qu'une gélatine purifiée, autant que faire se pourra, avant son emploi. D'autre part, la gélatine est un milieu eugénétique pour diverses espèces microbiennes. C'est à ce titre qu'elle a

(1) *Lyon méd.*, 1903, nº 34, p. 293.

mérité depuis longtemps la faveur des expérimentateurs pour cultiver et isoler certains agents bactériens. On y trouve parfois des spores de bacilles tétaniques, de telle sorte qu'en injections sous-cutanées faites dans un but d'hémostase générale ou locale, son introduction a pu entraîner le développement d'un tétanos confirmé (Dieulafoy). Il est vrai que ces inconvénients redoutables disparaissent quand elle est administrée par voie digestive. Néanmoins, il est préférable, même quand on a recours à l'usage interne, de stériliser les solutions employées.

Voici quel *modus faciendi* nous avons adopté. On formule une solution *au dixième* de gélatine (variété jaune ou blanche) dans l'eau bouillie (500 grammes ou 1 litre par exemple). Au début, nous ajoutions une quantité de chlorure de sodium égale à celle employée dans les injections de sérum physiologique. Il ne nous paraît pas utile de maintenir cette adjonction de NaCl. On filtre soigneusement la solution de gélatine. Puis on porte le récipient dans un autoclave à 120 degrés, pendant une demi-heure. En cas d'urgence on pourrait, ce nous semble, se contenter d'une ébulition prolongée pendant trois quarts d'heure. On répartit ensuite, sans laisser complètement refroidir, dans des tubes en verre, dits tubes à essais chimiques, dont chacun contient 10 centimètres de la solution. Il ne reste plus qu'à incorporer le contenu de chacun de ces tubes à essai (renfermant par conséquent 1 gramme de gélatine) dans le biberon même; il faut au préalable chauffer légèrement le tube au bain-marie, car la gélatine se solidifie d'ordinaire autour de 22 degrés et — surtout si la température atmosphérique est basse — le contenu des tubes à essais est gélifié.

On peut donner de la sorte facilement 1 *gramme de gélatine* (en solution à 1/10) *avec chaque biberon*, c'est-à-dire 6 à 8 grammes pour une journée. La préparation est bien acceptée par l'enfant. On peut même aller plus loin et donner quotidiennement 12 et 14 grammes de gélatine, jusqu'à cessation de la diarrhée et transformation complète de la morphologie des selles; pour cela, on administrera, par exemple, deux tubes dans un même biberon de lait. Dans la pratique, nous commençons par trois des tubes préparés comme nous l'avons indiqué ci-dessus, puis nous augmentons progressivement à raison d'un tube, c'est-à-dire 1 gramme par jour. Toute latitude est, au surplus, permise, précisément parce que la gélatine purifiée n'a aucune toxicité et que, comme nous le montrerons, elle *paraît* agir plutôt mécaniquement que chimiquement. »

Les effets de cette substance sont, en général, très favorables.

Après administration de solutions de cette substance, les selles diminuent de fréquence : peu à peu, leur nombre qui, parfois, se monte à huit, dix, douze par jour, tombe à trois, puis à deux. Leur aspect est rapidement modifié : elles deviennent plus consistantes, mieux liées; les grumeaux, qui souvent y abondent, disparaissent; progressivement elles se rapprochent des selles de type normal. La couleur change aussi : la teinte verdâtre s'atténue et cède peu à peu la place, au jaune foncé d'abord, puis au jaune franc. La mauvaise odeur disparaît, même la réaction, nettement acide d'abord au tournesol, vire à l'alcalinité normale. En un mot et souvent, dès l'administration du quatrième ou cinquième tube, la morphologie des selles est nettement influencée. Souvent aussi et parallèlement la température décroît, les phénomènes généraux s'amendent. L'amélioration est parfois temporaire, mais il suffit, après interruption, de donner à nouveau des tubes gélatinés pour que la transformation soit complète.

Pourtant, il ne semble pas à MM. Weill, Lumière et Péhu que l'administration de gélatine constitue une médication toujours efficace et applicable indistinctement à tous les troubles digestifs aigus ou chroniques du nourrisson. Elle réussit bien et régulièrement dans les cas de gastro-entérite simple, c'est-à-dire de troubles localisés à l'intestin, avec selles fréquentes, diarrhéiques, modifiées au point de vue chimique et bactériologique, souvent accompagnées de vomissements, mais sans retentissement notable sur l'état général. Au contraire, quand la maladie est diffuse, quand il s'agit moins de gastro-entérites que d'infections digestives, avec température élevée, broncho-pneumonie surajoutée, râles congestifs des bases, spléno et hépatomégalie, albuminurie, la gélatine, tout en modifiant les selles, qui même dans ces cas deviennent rapidement normales, n'exerce pas, bien entendu, d'action sur les complications. Ce n'est qu'en cas de choléra infantile que les selles elles-mêmes ne subissent aucune modification.

Quant à ce qui est du mécanisme d'action les auteurs concluent que la gélatine semble agir mécaniquement sur les ferments aussi bien que sur les acides et les sels, elle les neutralise vraisemblablement en les isolant par un procédé purement physique. Dans ces conditions on peut concevoir que l'efficacité thérapeutique résulte d'une neutralisation analogue des produits toxiques, organiques ou inorganiques, du tube digestif, chez les nourrissons atteints de diarrhée.

Néanmoins, cette explication est insuffisante, car la digestion n'est pas arrêtée par l'ingestion de la gélatine. Les ferments physiologiques de l'estomac et des sucs déversés dans l'intestin ressortent d'une façon bien évidente, car les selles d'un enfant, atteint de diarrhée, et traité par la gélatine, deviennent rapidement normales. Les grumeaux, les particules compactes de caséine disparaissent, les matières sont celles d'une digestion parfaite. On peut supposer que la quantité de gélatine ingérée, suffisante pour neutraliser les produits bactériens, est trop faible pour empêcher l'action des ferments dérivés des cellules animales.

Quoi qu'il en soit de ces interprétations, le fait clinique n'est pas douteux. Les diarrhées des nourrissons, exception faite pour le choléra infantile, sont modifiées rapidement, parfois en quelques heures, par l'addition au lait de gélatine stérilisée, chimiquement pure en solution aqueuse. La comparaison que nous avons faite à maintes reprises entre les effets de la gélatine et ceux des différents médicaments classiques, bismuth, bismuthose, tannigène, tannalbine, etc., nous a permis de constater une supériorité incontestable en faveur de la gélatine.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Paralysie brachiale post-anesthésique. (*Boston med. and surg. Journ.*, mai 1903, n° 19, p. 499.) — MM. Colton et Allen publient quatre observations de paralysie brachiale post-anesthésique, affection dont la fréquence serait plus grande que la littérature médicale ne permet de le supposer. Une recherche sommaire a permis d'en réunir une trentaine de cas; dans ceux-ci la paralysie étant due exclusivement à la position des bras pendant le sommeil anesthésique; les cas où elle est due à la compression du corps du sujet ou à celle exercée par un aide ayant été volontairement laissés de côté. Presque toujours, dans les faits signalés, le patient est endormi les bras étant en abduction ou relevés au-dessus de la tête : au réveil on s'aperçoit que les bras sont paralysés. Les muscles sont atteints à un degré variable; parfois tous sont pris. Dans l'espace de quelques jours, la fonction motrice tend à se rétablir, d'abord au niveau des mains et, plus tardivement au niveau des muscles extenseurs. Les troubles sensitifs sont habituellement très peu marqués. Parfois on observe consécutivement une certaine sensibilité des troncs nerveux et des muscles. La guérison

est de règle et le retour à l'état normal s'effectue spontanément en quelques semaines. Il n'est pas douteux que la position des bras est la cause de l'affection. Celle-ci ne s'observe jamais quand les membres supérieurs demeurent au long du corps, pendant le sommeil anesthésique, au contraire dans les cas signalés les bras étaient ou en abduction ou relevés sur la tête. A. HOUSQUAINS.

Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire, d'après M. P. Ravaut. (*Ann. de dermat.*, 4e série, t. IV.) — D'après M. Ravaut, on peut diviser en plusieurs catégories les réactions fournies par le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de syphilis secondaire. La première comprend les grosses réactions, c'est-à-dire celles dans lesquelles on compte depuis 20 jusqu'à 150 leucocytes et même plus par champ d'objectif à inversion; la seconde les réactions moyennes, c'est-à-dire celles dans lesquelles on compte entre 7 et 20 leucocytes environ par champ d'objectif à immersion; la troisième, les réactions discrètes (4 à 6 leucocytes par champ d'objectif); la quatrième, les réactions nulles, c'est-à-dire dans lesquelles on ne constate aucune leucocytose, ou 2 ou 3 leucocytes au plus, par champ d'objectif.

Dans tous les cas étudiés par M. Ravaut, les leucocytes étaient des lymphocytes; exceptionnellement, dans les cas à forte réaction, aux lymphocytes s'adjoignaient quelques rares polynucléaires; les hématies ont toujours fait défaut.

Il y a déjà quelque temps que Milian, Crouzon et Paris ont étudié la formule leucocytaire du liquide céphalo-rachidien dans les cas de céphalée secondaire. Reprenant les recherches de ces auteurs, M. Ravaut montre que l'intensité de la céphalée ou même son existence sont loin d'être en rapport constant avec l'intensité ou l'existence de réactions méningées. « Tel syphilitique sans céphalée peut présenter une grosse réaction alors que tel autre atteint de céphalée violente ne présentera aucun élément dans son liquide. » Beaucoup plus constant est le rapport qui existe entre les manifestations cutanées et l'existence des réactions méningées; sur 36 malades atteints de syphilides pigmentaires, 26 présentaient une réaction méningée évidente. De même, dans un cas de syphilides papuleuses étendues, un premier examen avait montré une réaction très considérable; un deuxième examen, pratiqué un mois et demi après, alors que l'éruption avait légèrement diminué, n'indiquait plus qu'une réaction beaucoup moins abondante. Inversement, chez une malade atteinte de syphilides papuleuses discrètes et récentes avec réaction méningée discrète, on constatait, deux mois après, une nouvelle éruption de papules, et, en même temps, une augmentation très nette de la réaction méningée.

Dans 4 cas d'iritis secondaire, la lymphocytose était extrêmement abondante dans un cas où l'iritis était en pleine activité; elle était presque nulle au contraire dans les 3 autres cas, beaucoup plus anciens. Dans 2 cas de paralysie faciale survenue quelque temps après le chancre, il existait une lymphocytose abondante.

La recherche de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien de plusieurs malades a montré que l'albumine, qui normalement n'existe qu'à l'état de traces, se trouvait augmentée, dans plusieurs cas, en proportions notables; souvent, mais pas toujours, l'augmentation de l'albumine était parallèle à la réaction leucocytaire.

M. Ravaut a examiné comparativement le liquide céphalo-rachidien d'un certain nombre de malades atteints de différentes dermatoses : chez la plupart, il n'a contesté aucune modification. Ces faits montrent que les réactions méningées appartiennent surtout à la syphilis et que leur intensité est proportionnelle à celle des accidents cutanés, bien que, le plus souvent, ils ne se traduisent par aucun phénomène clinique appréciable. Ils montrent aussi avec quelle prédilection, la syphilis, même dès son début, touche les centres nerveux. Enfin ils comportent une conséquence pratique de la plus haute importance : caractérisant en effet une syphilis en pleine activité, ils indiquent la nécessité d'un traitement immédiat et énergique. L. BABONNEIX.

Recherches sur la structure des végétations adénoïdes du naso-pharynx, par le docteur Paul Viollet. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1903, n° 2). — D'une étude histologique soignée des végétations adénoïdes, le docteur Viollet conclut que la production de ces végétations ne semble pas le simple résultat d'une irritation locale, passagère, produisant une accumulation toute transitoire de leucocytes; leur développement se fait aux dépens de l'épithélium de revêtement. La présence dans leur tissu de nombreux éléments éosinophiles semble indiquer qu'il ne faut pas voir seulement dans leur production le fait d'une simple réaction inflammatoire, mais, davantage encore, une véritable manifestation constitutionnelle, liée à la nutrition de l'organisme dans son ensemble et relevant pour une bonne part des ressources thérapeutiques mises en œuvre par la médecine générale. L. BABONNEIX.

MÉDECINE LÉGALE

L'interdiction de la recherche de la paternité, et l'avortement provoqué criminellement, par le docteur A. Dumas [de Lédignan]. (*Echo méd. des Cévennes*, 5 mai 1903.) — M. le docteur Dumas (de Lédignan) pense qu'il faut ou permettre la recherche de la paternité, ou renoncer à poursuivre la femme qui se fait avorter. L'homme n'étant pas responsable au point de vue de la paternité, il ne serait que juste d'absoudre, ou du moins d'excuser la femme qui cède à la tentation criminelle, car, ainsi que l'a dit le président Magnaud, « c'est à la Société contemptrice des filles-mères et si pleine d'indulgence pour leurs séducteurs qu'incombe la plus large part de responsabilité dans les conséquences des grossesses et des accouchements clandestins. » L. BABONNEIX.

THÉRAPEUTIQUE

Vin blanc et eau de Vichy. (M. Carles. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 août 1903, p. 556.) — On sait que les eaux bi-carbonatées alcalines, du moins les eaux fortement bicarbonatées, telles que les eaux de Vichy, les eaux fortes de Vals, etc., ont la propriété de noircir le vin auquel on les mélange. Certains vins blancs, notamment, prennent une couleur brunâtre qui forme un breuvage peu appétissant.

M. Carles (de Bordeaux) nous fournit des explications à ce sujet.

« La raison générale principale, dit-il, qui fait noircir le vin au contact des eaux bicarbonatées alcalines, c'est qu'il contient normalement et à la fois du tannin et du fer.

Quand on introduit l'une après l'autre ces deux dernières substances en dissolution dans de l'eau pure, l'eau devient noire, parce qu'il se forme ainsi du tannate de fer, lequel est la base de l'encre vulgaire à écrire. Marquons qu'ici le milieu est neutre, ce qui veut dire ni acide ni alcalin.

Si dans ce milieu neutre et ainsi noirci nous ajoutons de l'acide oxalique, dit encrivore, ou de l'acide tartrique ou tout autre, le tannate de fer est décomposé et le liquide blanchit.

Or, si dans le vin naturel le tannin et le fer ne noircissent pas, c'est parce que la nature a bien pondéré leurs proportions et parce qu'elle a placé à côté d'eux de l'acide tartrique et autres qui empêchent leur union directe et maintiennent au vin sa couleur blanche ou rubis.

Mais si dans ce vin naturellement acide on introduit une eau minérale *alcaline*, comme le sont les eaux mentionnées au commencement de cet article, l'acide est neutralisé et le

liquide brunit, parce que nous sommes ramenés au cas de l'eau distillée.

Bien mieux, si nous forçons la dose d'eau minérale, le liquide finit par noircir dans toute la rigueur du mot; parce qu'alors l'alcali de l'eau réagit sur le tannin lui-même du vin pour former un tannate alcalin qui brunit progressivement au contact de l'air. Pareille chose arrive lorsque, après avoir manipulé du vin ou des fruits, on passe les mains au savon, matière naturellement alcaline, tandis qu'elles blanchissent avec le jus de citron, d'oseille ou l'acide muriatique, usité en ménage pour le nettoyage des cuvettes.

Par conséquent, si avec la même dose d'eau minérale certains vins conservent mieux leur couleur que d'autres, c'est parce qu'ils sont plus verts, c'est-à-dire plus acides, ou bien parce qu'ils contiennent moins de tannin naturel ou artificiel (1).

Si le même vin noircit également avec les diverses sources d'eaux bicarbonatées alcalines et plus avec certaines sources de Vichy spécialement, c'est parce que ces dernières sont plus chargées de bicarbonate de soude que toutes les autres.

Conclusions. — Quand un vin est destiné à être pris à table avec une eau de Vichy ou autres de même nature, si on veut éviter qu'il ne noircisse, on doit le choisir pauvre en fer et plus encore en tannin. Et si l'a nature l'a fait autre, il faut enlever l'excès de ce fer et de ce tannin par l'aération et des collages habilement faits. Quelquefois même des filtrages très serrés sont utiles. »

L. GAYARD.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'Extrême-Orient (toxicologie et armée). — De la supériorité d'une troupe sur une autre démontrée par la résistance à la strychnine (2).

Par M. le médecin-major J. MATIGNON.

Jusqu'ici la toxicologie n'avait rien eu à faire dans l'appréciation de la valeur de telle ou telle armée. C'est peut-être un chapitre nouveau à ouvrir, auquel je suis heureux d'apporter un premier paragraphe.

Au commencement du siège des Légations, en pillant la boutique d'un épicier danois, installé à Pékin, les Russes avaient fait masse sur quantité de bonbons, fruits confits et autres « délicatesses », comme on dit de l'autre côté du Rhin, et s'en étaient bourrés. Ils avaient aussi trouvé des pastilles de strychnine, préparées pour les Mongols, qui s'en servaient pour empoisonner les loups et les renards dans leur lointain pays. Quelques Cosaques ingurgitèrent ces pseudo bonbons, furent très malades et s'en tirèrent au prix de crampes et de vomissements terribles : un seul faillit, pour de bon, en mourir.

Cette résistance était fort intéressante et frappa beaucoup mon confrère de la Légation de Russie, chargé de leur prodiguer ses soins.

Deux mois plus tard, cette immunité des Cosaques vis-à-vis de la strychnine devait servir d'argument irréfutable dans une discussion qui venait de s'engager entre leur commandant, le baron de Rhaden, et un officier yankee, le capitaine Mayet, qui avait défendu avec ses *marines* la Légation d'Amérique.

Nous savions, depuis deux jours, que l'armée de secours se portait à marche forcée sur Pékin. Un émissaire chinois envoyé par les alliés nous avait appris qu'il y avait des « cavaliers noirs ». Les Anglais pensaient aux *Siks*, les superbes lanciers du Bengale; les Américains en tenaient pour leur cavalerie nègre. « Des troupes de premier ordre, que rien n'arrête, capables de tout entreprendre et de tout supporter, » disait le capitaine Mayet. L'officier russe, de son côté, soutenait que ses Cosaques étaient les premiers soldats du monde et qu'on pouvait tout leur demander. Mais le Yankee ne se laissait pas convaincre.

C'est alors que, pour écraser son adversaire sous un argument aussi puissant qu'imprévu, le commandant Rhaden posa cette question : « Vos cavaliers nègres sont-ils capables de manger de la strychnine et de la digérer? » Et comme le capitaine Mayet restait muet d'étonnement : « Eh bien! mon cher, les Cosaques l'ont fait! »

Et voilà comment quelques grains de strychnine avalés par ignorance et supportés par hasard pesaient momentanément dans l'appréciation de la valeur de deux troupes d'un poids bien plus considérable que les fameux raids de cavalerie de Shermann et de Sheridan, ou que la froide et indomptable bravoure aux assauts de Plewna!

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. BIBET. La tuberculose chez les instituteurs. — M. JOXE. Sur un cas de manifestation anthracosique au cours d'une pleurésie purulente. — M. PÉPIN. Le créosal (phospho-tannate de créosote) dans certaines formes de la tuberculose pulmonaire. — M. BONNEL. A propos de la différenciation du sang humain et du sang animal par les cristaux d'hémoglobine. — M. SOFTAZADE. De l'empoisonnement par les huîtres. — M. LANDON. Contribution à l'étude médico-légale de la méningite. — M. BONNET. Dépopulation et repopulation. — M. BÉGUINOT. Des vices de l'alimentation dans la genèse des dermatoses prurigineuses infantiles : du diagnostic de ces affections avec le prurigo de Hébra. — M. COMOY. Des ulcérations vraies de l'amygdale palatine. — M. GASCHING. La putréfaction du lait; ses rapports avec la pathologie humaine. — M. BALTHAZARD. Toxine et anti-toxine typhiques. — M. JACOEL dit ALBERTO. Agrafe osseuse. — Mlle DOBROTVORSKY. Contribution à l'étude des tumeurs solides bilatérales des ovaires. — M. MARQUET. De quelques cas d'épithéliomas des lèvres et de la face à marche rapide. — M. GRANJON. Emploi de l'adrénaline en chirurgie dentaire. — M. DELBOS. Etude clinique et expérimentale sur la diazo-réaction d'Erlich. — M. KLEIN. La leucodermie syphilitique post-papuleuse. — M. HERVOIT. Etats fébriles consécutifs aux injections de sels mercuriels. — M. LAIR. Eléments de diagnostic et de pronostic dans les méningites cérébro-spinales. — M. GIROUX. Le purpura et les maladies infectieuses. — M. FORGET. L'infection typhique du nourrisson. — M. GUERAULT. L'acanthosis nigricans (dystrophie papillaire et pigmentaire). — M. DUBOIS. Des injections préventives de sérum antidiphtérique appliquées systématiquement. — Mlle STEIN. Cholémie simple familiale et grossesse. — Mme GAMBAROFF. La stéatose hépatique latente des alcooliques. — M. LE MARCHAND. Contribution à l'étude physiologique et expérinentale de l'héroïne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Chapuis (de Lons-le-Saunier) et Noir (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Anderodias (d'Amiens), Charcot (de Paris), Charrière (de Souvigny), Constensoux et Dubrisay (de Paris); Mme veuve Chineau, sage-femme à la Pitié.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bruchon fils, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Besançon, décédé à l'âge de trente-cinq ans.

(1) Le tannin de noix de galle est quelquefois ajouté en petite quantité aux vins pour faciliter leur collage.

(2) *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 34, 1903, p. 557.

Laboratoire de pharmacologie et de matière médicale (professeur M. G. Pouchet). — Pendant la période des vacances, aura lieu au laboratoire de pharmacologie et de matière médicale, sous la direction de M. le professeur Pouchet, un cours pratique de pharmacologie, dans lequel seront passés en revue les principaux médicaments utiles à connaître pour le praticien.

Ce cours aura pour objet l'étude des propriétés physiologiques des médicaments, de leurs préparations et doses à employer dans la pratique, et des accidents qui peuvent survenir à la suite de leur emploi.

Le cours comprendra vingt leçons, chacune d'elles comportant une conférence. Elles seront faites par le docteur J. Chevalier, préparateur du laboratoire.

Les conférences commenceront le 15 septembre 1903 et auront lieu tous les jours, les samedis et dimanches exceptés, au laboratoire, à une heure et demie de l'après-midi.

Le droit de laboratoire à verser est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures (guichet n° 3).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Relations directes entre Paris et l'Italie (vià Mont-Cenis).* — Billets d'aller et retour de Paris à Turin, Milan, Gênes, Venise et Rome (vià Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane). — Prix des billets : Turin, 1re classe, 148 fr. 10; 2e classe, 106 fr. 45 ; — Milan. 1re classe, 166 fr. 55; 2e classe, 121 fr. 70; — Gênes, 1re classe, 168 fr. 40; 2e classe, 120 fr. 05; — Venise, 1re classe, 218 fr. 95; 2e classe, 155 fr. 80; — Validité : 30 jours. — Rome, 1re classe, 266 fr. 70; 2e classe, 189 fr. 40; — Validité : 45 jours.

Ces billets sont délivrés toute l'année à la gare de Paris-Lyon-Méditerranée et dans les bureaux-succursales.

La validité des billets d'aller et retour Paris-Turin et Paris-Rome peut être prolongée moyennant le paiement d'un supplément de 10 p. 100. Elle est même portée gratuitement à 60 jours pour les billets d'aller et retour Paris-Turin lorsque les voyageurs justifient avoir pris à Paris ou à Turin un billet de voyage circulaire intérieur italien.

Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours. — Franchise de 30 kilogs de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Il est également délivré à Paris des billets d'aller et retour Turin-Palerme conjointement avec les billets d'aller et retour Paris-Turin ci-dessus. La durée de validité des billets Turin-Palerme est de 60 jours et les prix de ces billets sont les suivants : 317 fr. 30 en 1re classe et 222 fr. 60 en 2e classe.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'hospitalisation d'urgence en temps de guerre, par le docteur Ferrier, médecin-major de première classe, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce. In-18 de 148 p., broché. — — Prix : 3 francs. — Paris, Librairie scientifique et littéraire F.-R. de Rudeval.

Comment on se défend de l'albuminurie, par le docteur E. Monin, médecin spécialiste de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, etc. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, édition médicale, 29, rue de Seine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE 17

N° 102. — SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1903. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Phlébite syphilitique secondaire.

Par G. ROUSSY,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. — On entend par *phlébite syphilitique secondaire* l'inflammation des veines survenant au cours de la période secondaire de la syphilis et causée par une toxi-infection générale.

Cette inflammation veineuse s'accompagne ordinairement de thrombose totale ou partielle et se manifeste en clinique par une réaction locale subaiguë, qui, quoique légère, justifie la dénomination de phlébite donnée à l'affection et la distingue des manifestations veineuses consécutives à des lésions syphilitiques de voisinage, cas dans lesquels il y a phlébite histologique et non phlébite syphilitique à proprement parler, telle qu'on l'entend en clinique.

II

Historique. — Cette étude peut être divisée chronologiquement en deux périodes.

PREMIÈRE PÉRIODE. — Dans laquelle on note pour la première fois les lésions veineuses observées au cours de la syphilis. Entrevues par Astruc en 1740 dans son *Traité des maladies vénériennes* elles sont bien décrites, au point de vue anatomo-pathologique, en Allemagne par Virchow (1859), en France par Lancereaux dans son *Traité de la syphilis* (1866) et par Cornil dans ses *Leçons sur la syphilis* (1879). Il n'est donc jusqu'ici fait aucune mention de la phlébite syphilitique secondaire.

DEUXIÈME PÉRIODE. — C'est en 1861 que Girdwood en Angleterre le premier publie 3 cas de phlébite syphilitique bien nette relatés au cours de la syphilis secondaire; puis viennent les observations de Greanhow (1882), de Breda (1889), de Mauriac (1890), de Charvot (1891), Handford [de Nottingham] (1892), etc.

La notion de la phlébite syphilitique est désormais un fait acquis, et l'on voit paraître des travaux d'ensemble sur la question, dont le premier en France est un mémoire de Mendel (1) sur les *phlébites syphilitiques en général*, aussi bien secondaires que tertiaires et dans lesquel l'auteur relate 10 observations de phlébite secondaire.

En 1898, paraissait la thèse de Heuzard (2) et, la même année, en Allemagne, Proksch [de Vienne (3)] publiait à Bonn un excellent travail sur le même sujet.

Le professeur Fournier consacre un article à la syphilis secondaire des veines dans son *Traité de la syphilis* (4) [1898]. Signalons enfin les thèses récentes de Bondésio [1899 (5)] et de Collinot [1901 (6)], qui traitent toutes deux des manifestations veineuses au cours de la syphilis secondaire.

Cependant les observations recueillies dans ces ouvrages nous montrent que, jusque-là, les cas de phlébite syphilitique secondaire connus et publiés étaient peu nombreux, puisque ceux relatés avec soin dans la thèse de M. Collinot sont au nombre de 28. Dans ces derniers temps cependant, il semble que l'attention des auteurs ait été frappée par la fréquence relative des manifestations veineuses précoces dans la syphilis; aussi voyons-nous au début de l'année dernière M. Œttinger consacrer une de ses leçons cliniques (7) à l'étude de la phlébite syphilitique secondaire, dont il rapporte un nouvel exemple. MM. Audry et Constantin (de Toulouse) ont présenté à la Société de dermatologie (séance du 12 juin 1902) un cas de phlébite syphilitique de la poplitée ayant évolué sous la forme de *phlegmatia alba dolens* et ces auteurs disent en avoir observé 4 cas en dix ans dans leur service clinique. M. Le Noir (8) en a également rapporté 2 cas au Congrès de Boulogne-sur-Mer.

Enfin, tout récemment, M. Campbel [d'Edimbourg (9)],

(1) MENDEL. Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique, in *Arch. gén. de méd.*, mars 1894.
(2) HEUZARD. Th. de Paris 1898.
(3) PROKSCH. *Ueber venen. Syphil.*, Bonn 1898.
(4) T. I, fasc. 2, p. 705.
(5) BONDÉSIO. Th. de Paris, 1899.
(6) COLLINOT. Th. de Paris, 1901.
(7) ŒTTINGER. In *Sem. méd.*, 12 fév. 1902.
(8) LE NOIR. *C. r. de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, Congrès de Boulogne-sur-Mer, 1899.
(9) CAMPBEL. Soc. méd. des hôpit., séance du 21 nov. 1902.

MM. Renault et Roussy (1), MM. Gaucher et Chiray (2), en rapportèrent successivement chacun un nouveau cas à la Société médicale des hôpitaux.

Ce court aperçu historique nous montre que les manifestations veineuses au cours de la syphilis secondaire, sans être encore d'observation courante, sont cependant assez fréquentes pour mériter qu'on s'y arrête, et la phlébite syphilitique secondaire, quoique de notion récente, a désormais conquis sa place dans le cadre nosologique de la pathologie veineuse.

III

Fréquence. — Les altérations des veines d'un certain volume sont une rareté au cours de la syphilis, si on les rapporte au grand nombre des sujets syphilisés; elles sont une rareté également, comparativement aux manifestations artérielles qui sont d'observation courante au cours de cette affection et ceci constitue un fait vraiment paradoxal. En effet, on sait combien grandes sont les affinités qu'offre la syphilis pour le tissu vasculaire en général, et en admettant que le virus soit propagé dans l'organisme par la voie sanguine, ce qui est très vraisemblable, il est difficile de s'expliquer comment et pourquoi les veines résistent mieux que les artères, alors que leurs parois sont moins résistantes et que le cours du sang y est plus lent et difficile, conditions anatomiques et physiologiques qui tendent pourtant à favoriser l'infection et l'altération des parois veineuses!

Quoi qu'il en soit, nous ne connaissons jusqu'ici que 35 cas de phlébite syphilitique secondaire dont les observations aient été publiées, et encore de ce nombre faut-il retrancher les observations de Gayraud et de Cautru (3), dans lesquelles le diagnostic est discutable, les malades ayant été atteints d'une affection aiguë quelque temps avant l'éclosion des accidents phlébitiques; ceci réduit donc le nombre des cas certains à 33 auxquels nous joindrons 2 nouveaux cas inédits que le hasard nous a permis d'observer au cours même de cette étude, l'un à l'hôpital Ricord, l'autre à l'hôpital de la Pitié (4). Ceci nous donne en fin de compte 35 observations de phlébite syphilitique secondaire.

IV

Étiologie. — Les conditions qui favorisent l'apparition de la phlébite syphilitique sont multiples et variées et parmi elles les unes ne jouent qu'un rôle prédisposant, d'autres viennent fournir à la syphilis l'occasion de se localiser sur telle ou telle veine. Nous étudierons successivement chacune d'elles.

A. Causes prédisposantes. — Parmi les causes prédisposantes, il faut placer en tout premier rang les notions d'*âge* et de *sexe*; la syphilis acquise frappant surtout les adultes, il va sans dire que ce sont eux qui ont le plus de chance de faire des complications veineuses consécutives et celles-ci sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme; dans les 35 cas relatés ci-dessus, on trouve 27 hommes et 8 femmes seulement.

On ne connaît pas d'observation de phlébite syphilitique chez les enfants, car le cas rapporté par Anderson et Birsch-Hirschfeld et dans lequel ces auteurs ont trouvé des lésions d'endophlébite de la veine ombilicale du cordon, chez un hérédo-syphilitique, ne peut pas, à proprement parler, rentrer dans le cadre des phlébites secondaires.

Aux notions d'âge et de sexe, il faut joindre celle du terrain, car il va sans dire qu'un mauvais état général provenant d'une infection, d'une auto ou hétéro-intoxication, entraîne un défaut de résistance de l'organisme et prédispose par conséquent le sujet syphilisé à faire des complications quelles qu'elles soient.

Enfin la question de la graine syphilitique vient-elle se joindre au cortège des causes prédisposantes de la phlébite et joue-t-elle un rôle dans l'éclosion des manifestations veineuses précoces? C'est probable et l'on peut, semble-t-il, *à priori* appliquer au cas particulier de la syphilis cette règle de pathologie générale, à savoir que la fréquence des complications d'une infection est en raison directe de son intensité et de la virulence du germe. Cependant la malignité de la syphilis se jugeant surtout à l'importance et au degré des accidents viscéraux tertiaires, il faudrait pour trancher définitivement cette question, suivre l'évolution de la syphilis chez les sujets ayant eu des phénomènes phlébitiques au cours de leur période secondaire, ce qui n'a pas été fait jusqu'ici.

B. Causes occasionnelles. — Les traumatismes, le surmenage, les professions pénibles nécessitant des efforts constants et répétés sont autant de conditions sur lesquelles les auteurs ont insisté; en effet on trouve dans les observations colligées jusqu'à ce jour, des cas de phlébite syphilitique survenue chez des hommes faisant de durs métiers. Dans l'observation de MM. Thibierge et Monthus il s'agit d'un débardeur; dans les deux cas de M. Le Noir, d'un gardien de la paix et d'une servante. Ces faits nous expliquent la plus grande fréquence de la phlébite chez l'homme que chez la femme; cependant il faut insister sur ce fait, que nombre de fois on ne peut retrouver aucune cause occasionnelle, alors que, par exemple, la phlébite survient chez un sujet hospitalisé depuis plusieurs semaines.

V

Pathogénie. — La cause efficiente de la phlébite syphilitique ne peut être que supposée et jusqu'ici on est forcé de s'en tenir aux hypothèses puisqu'on ne connaît pas encore l'agent causal de la syphilis.

Nous savons très bien depuis les travaux de MM. Widal et Vaquez, que dans l'immense majorité des cas la phlébite a une origine microbienne; d'autre part il est généralement admis que la syphilis doit sa cause efficiente à un micro-organisme resté inconnu jusqu'ici, mais qui, semble-t-il, doit avoir de grandes analogies biologiques avec le bacille de Koch ou celui de Hansen et ainsi étiologiquement la syphilis peut être rapprochée de la tuberculose ou de la lèpre, de même qu'au point de vue anatomique ces 3 affections rentrent dans le cadre des affections dites « nodulaires ». Ceci nous permet donc d'admettre l'origine infectieuse, toxique ou microbienne de la phlébite syphilitique secondaire, sans pouvoir dire encore si c'est au microbe lui-même ou à l'action de sa toxine que sont dues les lésions.

On s'est demandé également comment et par quelle voie l'agent causal du virus syphilitique arrivait aux parois veineuses. Trois hypothèses ont été émises à ce sujet par les auteurs : pour les uns ce serait le sang veineux même qui

(1) Renault et Roussy. Soc. méd. des hôpit., séance du 23 janv. 1903.
(2) Gaucher et Chiray. Soc. méd. des hôpit., séance du 30 janv. 1903.
(3) Rapportées in Th. Collinot.
(4) Les observations en sont rapportées à la fin de ce mémoire.

charrierait l'agent virulent, microbe ou toxine, pour d'autres (Proksch [de Vienne]), le virus pénétrerait dans les parois veineuses par les vaso-vasorum, pour d'autres enfin, la phébite syphilitique serait primitivement une *périphlébite*, le virus parcourant tout d'abord les gaines lymphatiques périvasculaires avant d'atteindre les parois veineuses proprement dites.

Ainsi donc, au point de vue pathogénique, la phlébite syphilitique secondaire peut être considérée soit comme une phlébite toxique, comparable par exemple à celle de la goutte, décrite par Paget en Angleterre et Lancereaux en France, soit comme une phlébite infectieuse analogue aux phlébites grippales, rhumatismales ou mieux encore tuberculeuses. En effet, nous avons vu que la tuberculose et la syphilis, à un point de vue tout à fait général, présentaient de grandes analogies, tant par leur évolution lente, chronique, que par leurs lésions anatomiques, aussi les manifestations veineuses de ces deux affections peuvent-elles être mises en parallèle. Or nous savons depuis les recherches de M. Vaquez, que dans le caillot phlébitique tuberculeux on retrouve très rarement le bacille de Koch, mais bien plus souvent de nombreux microbes d'infection secondaire, staphylocoques, streptocoques, etc., à point de départ dans les foyers caverneux du poumon. N'en serait-il pas de même pour la thrombose syphilitique, et les nombreuses ulcérations cutanées ou muqueuses dont sont porteurs les malades syphilisés ne formeraient-elles pas autant de portes d'entrée aux infections secondaires? Question à laquelle il est impossible de répondre encore, les deux seuls examens histologiques que nous connaissons jusqu'ici ne nous donnant aucun renseignement au point de vue bactériologique. Il y aurait intérêt à chercher dans cette voie qui peut-être contribuerait à élucider la nature pathogénique de la phlébite syphilitique et permettrait de la ranger, comme l'a fait M. Vaquez pour la phlébite tuberculeuse, dans le cadre des phlébites infectieuses secondaires dont l'éclosion est commandée par une diathèse générale.

VI

Anatomie pathologique. — A. Macroscopique. — *Siège des lésions.* — Les veines le plus souvent atteintes sont de beaucoup les veines superficielles des membres et avant tout au membre inférieur la veine saphène interne, puis la saphène externe, au membre supérieur, la basilique, la céphalique, les basilique et céphalique médianes. On rencontre très souvent des phlébites doubles frappant les deux saphènes internes ou encore les deux veines superficielles d'un même membre; plus rarement enfin on peut voir les veines de plusieurs membres prises simultanément ou successivement comme dans un cas classique de Mauriac (1), où il y eut en même temps thrombose de la saphène jambière droite et de la céphalique du bras droit, puis six mois après thrombose de la saphène interne dans sa portion crurale.

Les veines profondes, quoique beaucoup moins fréquemment, payent aussi leur tribut à la phlébite syphilitique [veine fémorale, veine poplitée (cas d'Audry et Constantin)]. Il en est de même enfin des veines viscérales (2), dont les cas de phlébite observés en clinique sont encore exceptionnels; mais il est vraisemblable que les altérations syphilitiques de ces veines au cours de la syphilis secondaire sont moins rares qu'on ne le suppose généralement, et que, par exemple, certaines manifestations cérébrales ou médullaires précoces doivent leur être rapportées, comme l'a très justement fait remarquer M. Marie dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 21 novembre 1902.

B. Histologie pathologique. — Il n'y a jusqu'ici que deux cas connus d'examen histologique pratiqué à l'aide de biopsie; on ne meurt pas en effet de phlébite syphilitique et c'est ce qui nous explique la rareté des cas d'examen microscopique publiés jusqu'à ce jour. Dans le premier cas rapporté par M. Mendel, on note la présence d'un caillot central, obturant totalement la lumière du segment veineux réséqué, à la périphérie duquel pénètrent quelques travées cellulaires provenant du bourgeonnement des cellules plates de l'endoveine. La tunique interne est très notablement épaissie par la prolifération de l'endothélium et de la substance amorphe intercellulaire qui atteint quatre à cinq fois son volume normal. La tunique moyenne n'est pas ou peu altérée; enfin l'adventice ou celluleuse présente peu de lésions et l'on note tout au plus une légère hypérémie et quelques adhérences périvasculaires.

Dans le deuxième cas, dû à M. Thibierge, et rapporté dans la thèse de Bondésio, on note les mêmes lésions de l'endoveine, un léger épaississement de la couche musculaire, mais la celluleuse paraît tout à fait saine.

En un mot, ce sont là, on le voit, les lésions banales et classiques de la phlébite avec thrombose, et rien encore ne permet de trouver, par l'examen histologique, le stigmate amatomique de la spécificité de la lésion, si ce n'est peut-être, comme le fait remarquer M. Bondésio, l'abondance de la substance amorphe intercellulaire révélant la tendance générale sclérosante du processus morbide.

VII

Symptômes. — 1° Début. — A. *Date du début.* — Le moment auquel apparaissent les manifestations phlébitiques au cours de la syphilis secondaire est variable; c'est ordinairement en pleine éruption secondaire, de trois à cinq mois après l'apparition du chancre initial; exceptionnellement, la phlébite précède l'explosion des accidents secondaires, et ce n'est alors que plusieurs jours après le début d'une phlébite superficielle d'un membre que l'éruption cutanée apporte avec son apparition la clef du diagnostic; il en fut ainsi chez les malades observés par Girdwood et par M. Le Noir.

B. *Mode de début.* — L'affection peut débuter de différentes façons : soit brusquement, par une vive douleur amenant avec elle une impotence fonctionnelle complète, ce qui est rare; soit insidieusement, ce qui est beaucoup plus fréquent; elle s'installe alors petit à petit, après avoir été ou non précédée de prodromes qui consistent en pesanteur ou gêne et lourdeur du membre atteint, en crampes musculaires nocturnes, en fourmillements, tous symptômes subjectifs qui passent ordinairement inaperçus ou qui, lorsqu'ils sont notés, sont mis ordinairement sur le compte des algies périphériques secondaires si fréquentes au cours de la syphilis.

Exceptionnellement enfin, comme dans le cas de Gayraud,

(1) Mauriac. *Leçons sur la syphilis tertiaire et héréditaire*, 1890.

(2) *Nota.* — Nous ne parlons pas ici des lésions veineuses histologiques dont l'observation est courante au cours de la syphilis, mais dont les réactions cliniques sont nulles ou en tout cas peu prononcées; ces cas en effet ne rentrent pas dans le cadre des phlébites secondaires tel que nous l'avons limité dans notre définition.

le début se fait par l'apparition de phénomènes généraux, la température s'élève rapidement à 39 degrés, 39°5; le pouls devient fréquent, l'état général mauvais; ces signes précédant d'un ou de quelques jours les phénomènes locaux.

2° Période d'état. — La phlébite syphilitique, après une installation ordinairement sournoise et latente, comme nous venons de le voir, entre dans la période d'état de la lésion confirmée; et, ici encore, nous retrouverons la tendance générale de cette entité morbide aux petites et timides réactions.

Dans l'exposition des symptômes — et ceci pour la clarté de la description — nous n'aurons tout d'abord en vue qu'un seul type clinique, le plus fréquent, celui d'une phlébite de la saphène interne; nous verrons ensuite quelles sont les diverses modalités que peut revêtir cette affection suivant le terrain sur lequel elle évolue.

A. *Signes physiques.* — A l'inspection, on trouve le membre atteint en position et de volume normal; de plus, on perçoit quelquefois sur le trajet veineux une légère traînée rosâtre lymphangitique large d'un bon travers de doigt et permettant d'apprécier *de visu* la longueur et le siège de la thrombose veineuse superficielle; mais le plus souvent, cette légère suffusion sanguine manque totalement, et la simple inspection ne révèle aucun symptôme, la circulation collatérale superficielle faisant ordinairement défaut.

A la palpation légère, on perçoit un cordon veineux dur, régulier, ou moniliforme, variant du volume d'une plume d'oie à celui d'un crayon ou du petit doigt et s'étendant soit sur toute la longueur du canal veineux, soit seulement sur une petite partie de celui-ci, suivant le degré de la lésion anatomique. M. le professeur Fournier distingue, à ce propos, trois cas possibles : tantôt la lésion est limitée à une petite portion de la veine, tantôt elle atteint toute la partie répondant à un segment de membre, tantôt enfin, mais plus rarement, la veine est prise dans sa totalité, de son origine à sa terminaison; nous appellerons la première variété *phlébite syphilitique partielle*, la seconde *phlébite segmentaire*, et la troisième *phlébite totale*. D'autres fois enfin, on trouve sur un trajet veineux deux ou trois segments indurés séparés par une partie inappréciable à la palpation et paraissant saine, type de phlébite qu'on peut appeler *fragmentée*.

La palpation permet en outre de déceler la présence d'un léger œdème, qui reste ordinairement cantonné au niveau des malléoles et qui le plus souvent est fugace; il peut être prononcé au début, alors que le malade marche encore; mais il cède rapidement sous l'effet du repos et de la position déclive du membre atteint. Le fait que ce sont ici les veines superficielles qui sont obstruées nous explique le peu d'importance de l'œdème, car la circulation collatérale se rétablit facilement; il en est tout autrement, comme nous le verrons, dans les phlébites profondes, où l'œdème prend une importance prépondérante et se place au tout premier rang du tableau clinique.

B. *Symptômes fonctionnels.* — Les symptômes fonctionnels de la phlébite syphilitique sont habituellement discrets, et lorsqu'ils prennent quelque importance, ce n'est que dans les premiers jours de l'affection; les malades se plaignent alors d'une douleur légère, spontanée, ou le plus souvent provoquée par la station debout prolongée, les différents mouvements, la pression ou la palpation du membre malade; cette douleur est tantôt localisée, tantôt diffuse, irradiant dans toute la jambe, avec un point d'élection cependant, révélé par la palpation du cordon veineux, et qui siège au point thrombosé. Quelquefois, la douleur présente des *exacerbations nocturnes* comme dans les cas rapportés par Heuzard et par Charvot, ce qui donne à la phlébite un cachet de spécificité tout particulier; mais ce caractère est exceptionnellement relaté dans les observations que nous connaissons. Le plus souvent, et nous insistons à dessein sur ce fait, la douleur est *atténuée* et il est très rare de la voir atteindre le degré d'intensité auquel elle parvient dans les phlébites ordinaires.

De même les autres symptômes subjectifs sont peu prononcés; l'impotence fonctionnelle est rarement complète; ordinairement partielle, elle peut être nulle; aussi voit-on quelquefois les malades se lever de leur lit et marcher malgré les recommandations qu'on leur fait. On ne rencontre pas enfin de phénomènes nerveux objectifs ni de troubles trophiques musculaires ou articulaires comme dans les phlébites ordinaires. M. Le Noir a signalé cependant un cas de phlébite syphilitique secondaire compliqué d'hydarthrose du genou.

C. *Symptômes généraux.* — Comme les signes fonctionnels, les symptômes généraux de la phlébite syphilitique secondaire sont très discrets, et si l'on observe quelquefois au début une légère élévation de température, accompagnée de son cortège symptomatique habituel, très rapidement cette réaction générale s'atténue, après avoir duré deux à trois jours, et dès lors l'affection évolue sans atteinte notable de l'état général.

VIII

Évolution. — D'après le tableau symptomatique que nous venons d'esquisser, nous voyons que la marche de la phlébite syphilitique revêt un caractère d'évolution qui paraît lui appartenir en propre, et qui en fait toute la caractéristique clinique et lui donne droit à la place qu'elle occupe aujourd'hui en pathologie. Comme le dit le professeur Fournier, « les symptômes en sont ceux d'une phlébite de modalité initialement subaiguë, mais tournant presque aussitôt à une modalité froide, aphlegmasique, où l'affection ne consiste plus qu'en une induration plastique du cordon veineux (1). »

La première période, celle des phénomènes subaigus, ne dure guère que quelques jours; la seconde peut persister pendant un temps des plus variables.

Si la marche de la phlébite syphilitique est de nature froide, aphlegmasique, sa durée n'en est pas moins appréciable et se rapproche de celle des phlébites ordinaires; généralement donc, la guérison ne survient guère avant six à huit semaines; quelquefois, mais plus rarement, dans les cas bénins et bien localisés, la durée de l'affection ne dépasse pas quinze à vingt jours. Exceptionnellement enfin, la guérison peut être notablement retardée, comme dans un cas rapporté par Mauriac, où elle ne se fit qu'au bout de six mois.

IX

Récidives. — Dans ce dernier cas, il y avait eu plusieurs récidives à échéances plus ou moins rapprochées, et c'est ce qui avait retardé ainsi la guérison. Ces récidives sont assez

(1) Fournier. In *Traité de la syphilis*, loc. cit.

fréquemment observées au cours de la phlébite secondaire, ainsi qu'en témoignent les faits relatés par Fournier, Mendel, etc. Dans ces cas de reprises, la lésion peut atteindre successivement des veines différentes, et l'observation de Fournier est tout à fait caractéristique à cet égard : chez un garçon de magasin, l'auteur observa successivement, en six mois, trois attaques de phlébite ; la première se localisait à la veine saphène interne gauche ; la deuxième, huit semaines après, frappait la saphène interne droite, les veines médianes basilique et céphalique gauches et la céphalique droite ; enfin, dans une troisième et dernière atteinte, toutes les veines superficielles des quatre membres furent prises simultanément, exception faite toutefois des veines des mains et des pieds.

Cette tendance marquée aux récidives est encore une particularité de la phlébite syphilitique.

X

Formes cliniques. — La phlébite syphilitique peut revêtir des modalités diverses suivant différents facteurs : à savoir selon le siège qu'elle occupe, selon le nombre des veines atteintes, selon le terrain sur lequel elle évolue, et suivant enfin l'importance que prennent les phénomènes fonctionnels et généraux qui l'accompagnent.

1° Formes d'après le siège. — Ce sont ordinairement les veines superficielles qui sont prises, c'est la *forme superficielle* que nous connaissons et qui est de beaucoup la plus commune ; elle siège soit aux membres inférieurs (cas le plus fréquent), soit aux membres supérieurs ; ici, les symptômes paraissent encore plus discrets. L'œdème manque souvent, la douleur est légère, nulle quelquefois, et ce n'est que par hasard que l'on découvre au niveau du bras la présence d'un cordon thrombosé comme par exemple dans l'observation récente de MM. Gaucher et Chiray (1) : d'autres fois, enfin, ce sera la légère impotence fonctionnelle qui appellera l'attention sur le bras malade.

La *phlébite profonde* est beaucoup plus rare ; elle existe cependant, comme en témoignent les cas rapportés par Bréda, Greanhow, et tout dernièrement par MM. Audry et Constantin, qui observèrent un cas de phlébite syphilitique de la veine poplitée revêtant la forme clinique de la *phlegmatia alba dolens* avec son cortège symptomatique. La thrombose veineuse peut aussi dans la syphilis frapper les veines fémorales ou les veines profondes du bras.

Beaucoup plus rares enfin sont les *phlébites viscérales* dont nous ne connaissons jusqu'ici qu'un seul cas, celui de Chrétien, observé sur un malade du service du professeur Landouzy, et dans lequel il s'agit d'une thrombose portocave survenue au cours de la syphilis. Il est probable, avons-nous vu, que ces localisations viscérales ne sont pas aussi exceptionnelles qu'on pourrait le croire, mais que bien souvent elles passent inaperçues parce que, peu prononcées, elles ne s'extériorisent par aucun symptôme et qu'elles disparaissent rapidement sous l'action du traitement.

2° Formes d'après le nombre. — La phlébite syphilitique peut être unique, mais le plus souvent elle atteint plusieurs veines à la fois ; en effet, sur les 35 observations que nous possédons, on note 14 cas de phlébites uniques et 21 cas de phlébites multiples. C'est là encore un caractère particulier de cette affection que cette *ubiquité* marquée.

(1) Observation déjà citée.

3° Formes d'après le terrain. — Il est de règle, en pathologie générale, que le terrain sur lequel évolue une affection peut en modifier l'allure suivant telle ou telle condition, et cette loi générale trouve son application au cas particulier de la phlébite syphilitique ; on ne peut pas cependant noter des différences notables dans son allure clinique, qu'elle évolue chez l'homme ou chez la femme, chez laquelle toutefois elle est moins fréquente. Chez l'enfant, la syphilis acquise est rare, aussi ne connaît-on pas encore de phlébite secondaire dans le jeune âge ; le cas de thrombose veineuse ombilicale dont nous avons parlé ci-dessus se rapporte à un nouveau-né hérédo-syphilitique et ne rentre pas à proprement parler dans notre sujet. Chez un individu imprégné d'éthylisme, on conçoit que les réactions subjectives seront plus prononcées, la température du début plus marquée, la durée enfin plus longue que chez un sujet normal.

4° Formes suivant l'importance des phénomènes fonctionnels et généraux. — Si la forme subaiguë est la plus communément observée, il existe cependant des cas de *formes latentes* qui ne se manifestent par aucun symptôme subjectif et qui sont très difficiles à dépister. Dans d'autres cas, au contraire, l'affection, au début tout au moins, revêt la *forme aiguë* avec élévation marquée de la température, qui monte à 39-40 degrés (observ. de Gayraud), la langue est saburrale, l'état général mauvais ; tous ces symptômes peuvent précéder l'apparition de la phlébite d'un ou deux jours, mais assez rapidement ils s'amendent et la maladie prend sa marche subaiguë habituelle.

XI

Complications. — Il est tout à fait exceptionnel de voir survenir des complications au cours de la phlébite syphilitique ; c'est ainsi que les embolies qui font toute la gravité des phlébites ordinaires sont encore inconnues au cours de l'affection qui nous occupe. C'est pourquoi on ne meurt pas de phlébite syphilitique secondaire. De même les accidents immédiats ou tardifs que l'on rencontre communément dans les phlébites infectieuses sont rares ici et la guérison, une fois survenue, est, sinon définitive, du moins complète, et la veine thrombosée reprend assez rapidement sa souplesse et son élasticité normale.

Aussi le *pronostic* en est-il bénin, et ce fait sur lequel il convient d'insister constitue encore une des particularités de cette affection ; en effet les manifestations veineuses secondaires ne font pas exception à cette loi générale en syphiligraphie qui veut que les accidents secondaires soient *superficiels, passagers, résolutifs spontanément et partant peu graves.*

XII

Diagnostic. — Le diagnostic de la phlébite syphilitique sera basé sur les caractères particuliers de cette affection qui paraissent lui appartenir en propre et que nous avons énumérés au cours de cette étude. En résumé c'est une *inflammation subaiguë tournant rapidement à la modalité froide* (Fournier), *qui présente parfois des exacerbations douloureuses nocturnes* (bon signe mais rare), *qui évolue en six semaines à deux mois sans complication et qui, comme toutes manifestations syphilitiques secondaires, a une tendance marquée à la diffusion, aux récidives et à la résolution spontanée.*

Ces symptômes, joints à l'état actuel du malade révélant la présence d'une syphilis en pleine évolution, rendent le diagnostic relativement facile. Les causes d'erreur cepen-

dant sont possibles, surtout lorsque les accidents cutanés ou muqueux de la période secondaire sont encore peu prononcés ou déjà assez atténués pour passer inaperçus à un premier examen, et que, d'autre part, les malades évitent de vous mettre au courant de leur affection spécifique antérieure. Dans ces cas difficiles, l'étude de la valeur séméiologique de chacun des symptômes ne sera d'aucun secours, mais le tableau clinique qu'ils forment dans leur ensemble contribuera, ainsi que l'examen approfondi du malade, à éclairer le diagnostic. Ne savons-nous pas en effet que les lésions secondaires de la syphilis ont peu de valeur en elles-mêmes, mais que c'est bien plus leur association, leur groupement et leur évolution qui leur donnent leur caractère pathognomonique?

Pour poser donc le diagnostic de phlébite syphilitique secondaire, il s'agit de résoudre les trois problèmes suivants : 1° *y a-t-il phlébite?* 2° *est-elle bien de nature spécifique?* 3° *appartient-elle à la période secondaire ou tertiaire de la syphilis?*

1° Y A-T-IL PHLÉBITE? — On peut facilement éliminer les différents cas d'*œdème périphérique* qui, lorsqu'ils existent à la période secondaire de la vérole, sont ordinairement dus à des lésions rénales ou cardiaques, et que leur généralisation, leur couleur, joints à l'examen du cœur et des urines, permettent de reconnaître d'emblée.

De même on n'hésite pas longtemps à rapporter à leur vraie cause les diverses *algies périphériques* de la syphilis secondaire, douleurs osseuses, articulaires, musculaires ou nerveuses bien connues de tous et dont l'intensité marquée, l'exacerbation nocturne presque constante et le siège précis correspondant exactement à un trajet osseux, musculaire, nerveux, etc., ne laissent guère longtemps errer le diagnostic.

Plus délicate et difficile est à faire la différenciation entre la *phlébite* et la *lymphangite syphilitique* qui, elle aussi, forme un cordon plus ou moins allongé, superficiel, parfois douloureux et s'accompagnant de traînées rougeâtres cutanées; aussi comprend-on qu'autrefois on ait communément étiqueté lymphangite, des cas de phlébite syphilitique, et ceci nous explique la rareté des observations que nous possédons de cette dernière entité morbide. Suivant le professeur Fournier la lymphangite a pour elle un cordon induré partant et aboutissant à une région ganglionnaire dont les ganglions sont nettement tuméfiés; ce cordon ne correspond pas exactement à un trajet veineux anatomique et l'on voit à une petite distance la veine sous-cutanée bleuâtre; enfin le cordon lymphangitique est habituellement moins douloureux à la palpation; la pression exercée à la racine du membre sur une veine amène une turgescence régulière de tous les vaisseaux veineux superficiels de ce membre, alors qu'en cas de plébite, on voit nettement le point où siège l'obstacle au cours du sang, car à partir de ce point dans le sens centrifuge les affluents veineux ne sont plus augmentés de volume : c'est le *signe de la compression* de Fournier.

Une fois le diagnostic de phlébite établi, il s'agit d'en rechercher la nature étiologique pour répondre ainsi à notre seconde question :

2° LA PHLÉBITE EST-ELLE SYPHILITIQUE? — Le diagnostic étiologique de la phlébite syphilitique secondaire est ordinairement d'une grande simplicité, et la coexistence d'accidents cutanés ou muqueux, ou d'autres manifestations secondaires chez un sujet atteint de thrombose veineuse, permet facilement de rapporter à la syphilis la nature de la lésion veineuse, après exclusion, cela va sans dire, de toutes causes habituelles de phlébite infectieuse comme les traumatismes, les plaies, les maladies infectieuses aiguës ou chroniques. Il faut en effet procéder ici par exclusion et après avoir bien examiné le malade ne pas se hâter de poser un diagnostic avant d'avoir étudié ses antécédents et s'être assuré par conséquent que l'on n'est pas en présence d'une phlébite de convalescence rhumatismale ou grippale évoluant chez un syphilitique. Le diagnostic étiologique devient beaucoup plus difficile quand les manifestations veineuses précèdent l'explosion des accidents secondaires et que le chancre initial siège en un endroit caché et passe par conséquent facilement inaperçu.

3° LA PHLÉBITE SYPHILITIQUE EST-ELLE SECONDAIRE OU TERTIAIRE? — Nous savons maintenant que nous avons affaire à une phlébite de nature syphilitique; il nous faut nous demander si nous sommes bien en présence d'un accident secondaire et non de manifestations relevant du tertiarisme. La phlébite tertiaire a pour elle, à part la notion chronologique qui est insuffisante pour la différencier toujours de la phlébite secondaire, des caractères anatomo-cliniques lui appartenant en propre. Elle peut revêtir deux formes différentes : soit la forme généralisée, la phlébosclérose syphilitique (Heuzard) dans laquelle il y a dilatation variqueuse d'une veine ou de tout un réseau veineux, soit la forme circonscrite qui en fait bien plus une gomme veineuse qu'une véritable phlébite. C'est en effet sous la forme d'une tumeur nettement circonscrite, dure et résistante, qu'elle se présentait dans les seuls cas connus jusqu'ici et rapportés par Langenbeck (1).

Nous retrouverons donc ici, pour différencier la phlébite syphilitique secondaire de la phlébite tertiaire, les mêmes caractères que pour toute autre manifestation syphilitique, à savoir, que les accidents secondaires sont *généralisés*, *superficiels* et *bénins*, alors que les accidents tertiaires sont *profonds*, *circonscrits*, *désorganisateurs* et partant beaucoup *plus graves*.

XIII

Traitement. — Le traitement de la phlébite syphilitique secondaire doit être à la fois symptomatique et causal.

A. SYMPTOMATIQUE. — Il faut, en effet, tout d'abord avoir en vue la thrombose veineuse qui exige que l'on place le membre malade en position horizontale et dans une gouttière ouatée comme on le fait dans toute phlébite quelle que soit son origine; l'immobilité complète et forcée a un double but : celui de favoriser l'évolution spontanée et la résorption du caillot sanguin, puis et surtout celui d'empêcher tout mouvement du membre chez le malade, et ceci dans la crainte des embolies qui, quoique rares dans le cas particulier, constituent néanmoins le danger de l'affection qui nous occupe.

Dans les cas exceptionnels où les douleurs sont très vives, on peut avoir recours aux applications, *loco dolenti*, de compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque.

Combien de temps laissera-t-on le malade au repos com-

(1) LANGENBECK. *Archiv für klin. Chir*, 1881.

plet? Aussi longtemps que persisteront les symptômes douloureux, l'œdème et l'induration veineuse; aussi, comme nous l'avons vu, la durée de la phlébite syphilitique étant très variable, le temps de l'immobilisation ne peut-il être fixé d'avance et sera-t-il dicté par l'évolution même de la maladie.

B. Causal. — On doit en outre instituer d'emblée un traitement antisyphilitique dès que le diagnostic est fermement établi, et, autant que possible, avoir recours aux traitements intensifs, aux pilules de protoiodure jusqu'à concurrence de 20 centigrammes par jour, aux frictions d'onguent napolitain ou mieux encore aux injections intramusculaires de sels mercuriels solubles ou insolubles. Il est bon également d'associer au traitement mercuriel l'iodure de potassium qu'on administre à raison de 2 à 3 grammes par jour.

XIV

Observations. — Observation I (personnelle). — Le nommé H..., âgé de vingt-six ans, entre à l'hôpital Ricord pour une syphilis en pleine période secondaire; on constate en effet sur lui une éruption papuleuse miliaire confluente, des syphilides érosives buccales et une adénopathie bi-inguinale et cervicale caractéristique.

En examinant le malade on remarque le long de ses deux veines saphènes internes un petit cordon dur, légèrement douloureux à la pression et s'étendant de chaque côté de la partie moyenne de la jambe au triangle de Scarpa. Pas d'œdème et pas de température. Le malade souffre fort peu et marche malgré les recommandations qu'on lui fait.

Le début de la phlébite syphilitique a été insidieux et paraît remonter à une quinzaine de jours, soit donc à trois mois environ après le début du chancre.

Le malade est mis au traitement; il sort au bout de six semaines guéri.

Antécédents : pas de maladies antérieures.

Obs. II (personnelle). — Il s'agit d'un homme âgé de vingt-cinq ans, maçon de son métier, qui se présente à la clinique dermatologique de la Pitié le 11 mai 1903 pour une iritis syphilitique gauche datant d'un mois. On reçoit le malade à l'hôpital et en l'interrogeant on apprend qu'il a eu une blennorragie avec épididymite à l'âge de dix-sept ans et une fièvre typhoïde à vingt ans.

L'accident initial syphilitique remonte à cinq mois, on constate actuellement une éruption polymorphe érythémato-papuleuse sur le tronc, une adénopathie caractéristique, de la céphalée légère avec chute des cheveux, enfin une *phlébite syphilitique quadruple* occupant les quatre veines superficielles des membres inférieurs.

En effet, *à droite* on aperçoit sur le trajet de la *veine saphène interne*, dans toute son étendue, une traînée brunâtre, pigmentée et large d'un bon travers de doigt.

A la palpation on a la sensation d'un petit cordon dur du volume d'un crayon, régulier dans sa partie supérieure; mais au niveau de la malléole interne on perçoit une petite nodosité grosse comme un petit pois et facilement isolable du reste du cordon induré. Enfin au niveau de la face interne de la tubérosité du tibia, la veine n'est pas indurée sur un trajet de 3-4 centimètres.

Saphène externe. — Aucun signe extérieur; cordon induré perçu à la palpation sur une longueur de 15 centimètres environ et s'étendant du milieu de la jambe jusqu'au creux poplité; ce cordon est moins volumineux que celui de la saphène interne.

A gauche, la *saphène externe* est plus atteinte que l'interne, et sur le trajet de celle-là on voit une traînée légèrement rosée et le cordon qu'elle forme est très dur et assez volumineux. Quant à la *saphène interne* elle est faiblement indurée mais dans tout son trajet.

On n'observe pas d'œdème des membres inférieurs, ni fièvre; aucun état général. La phlébite est tout à fait indolore et le malade ne peut dire à quel moment a débuté cette affection *dont il ne se doutait pas* à son entrée à l'hôpital.

Les veines superficielles des membres supérieurs sont normales.

Traitement. — Le malade est mis immédiatement au traitement mercuriel; on lui fait des injections de 2 centigrammes de biiodure aqueux tous les deux jours.

Il sort de l'hôpital le 4 juin très amélioré; on sent encore à droite le cordon de la saphène interne qui est très atténué, celui de la saphène externe est à peine perceptible. Du côté opposé cette deuxième veine seule reste encore nettement indurée.

MÉDECINE PRATIQUE

Le tartre stibié dans le traitement de la bronchite capillaire et de certains cas de pneumonie.

Par M. Albert Robin.

Dans une intéressante clinique (1), M. Robin vient d'étudier un problème thérapeutique de la plus haute importance.

Il s'agit d'un homme âgé de soixante-cinq ans, arrivé à l'hôpital dans un état si grave, qu'on pouvait s'attendre d'un moment à l'autre à une terminaison funeste. La face était violacée, les lèvres et les extrémités cyanosées, la respiration haletante et d'une extrême fréquence avec un râle trachéal; le pouls était filant et misérable; la température s'élevait à 39°5. Ce qui frappait surtout, c'était l'intensité de la dyspnée. La toux était sèche, pénible, et l'expectoration fort peu abondante, bien qu'il y eût des signes manifestes d'encombrement des bronches.

Le malade présentait tous les symptômes de ce que Laënnec a décrit sous le nom de *catarrhe suffocant*, qui n'est qu'une des variétés de la bronchite capillaire, laquelle n'est elle-même qu'une des formes de la broncho-pneumonie.

Cette affection, qui frappe de préférence les enfants et les vieillards, est toujours d'une haute gravité, surtout chez ces derniers. D'après une statistique dressée pendant mon séjour à l'hospice des Ménages, la mortalité chez les vieillards n'en est pas moindre de 88 p. 100.

Le médecin se trouve souvent désarmé en présence de cette terrible affection. Cependant il y a un vieux mode de traitement bien délaissé aujourd'hui et qui mérite de sortir de l'oubli où il est tombé, car, grâce à lui, il est un plus grand nombre de malades que l'on peut arracher à une mort presque certaine. Ce moyen c'est le *tartre stibié*, médicament merveilleux ou redoutable, suivant que l'on sait ou non s'en servir.

Il est donc nécessaire de connaître d'une manière très précise ses indications et les règles d'administration dont on ne doit jamais se départir, quand on appelle à son aide cet agent si dangereux à manier, mais qui peut être aussi d'une si grande efficacité.

« Lorsque je suis arrivé hier matin auprès de ce malade, dit M. Robin, le terrain était bien préparé, car M. Viteman, mon interne, à qui je tiens à adresser publiquement des éloges pour la décision qu'il a montrée et pour le sens thérapeutique dont il a fait preuve en cette circonstance, n'avait pas hésité, la veille au soir, à pratiquer une saignée de 250 grammes. S'il n'avait pas agi ainsi, j'aurais dû faire la saignée ce matin et nous aurions perdu un temps précieux.

---

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 1903, p. 205.

En effet, l'expérience m'a convaincu que le tartre stibié agissait d'autant mieux, qu'on avait, au préalable, soulagé la circulation par une émission sanguine de 200 à 250 grammes.

La saignée préparatoire et indispensable ayant été faite à une époque assez rapprochée du début de la maladie, je prescrivis le tartre stibié de la façon suivante :

Tartre stibié	0g40
Eau distillée	150 grammes.

Faire dissoudre.

Chez un homme presque moribond, cyanosé, anhélant, au pouls filiforme, incomptable, l'emploi du tartre stibié demande à être surveillé de la façon la plus rigoureuse. Toutes les heures, on donne une cuillerée à soupe de cette solution. Mais il faut suspendre aussitôt le traitement s'il survient soit des vomissements ou de la diarrhée, soit une augmentation de la dyspnée, soit du collapsus ou une tendance au refroidissement. Tant qu'on n'observe pas l'un de ces symptômes, on peut continuer l'administration du tartre stibié.

Notre malade a pu prendre cinq cuillerées; après la cinquième, les vomissements sont survenus, ainsi qu'un peu de diarrhée. On a cessé aussitôt le tartre stibié. Presque immédiatement une amélioration s'est produite. Le malade, qui crachait à peine, avait le lendemain une abondante expectoration; la dyspnée avait disparu en partie; la température était tombée à 38°5. En même temps, la cyanose était beaucoup moins prononcée. Nous pouvons maintenant espérer sauver cet homme, qui semblait voué à une mort certaine.

D'autres règles sont encore à observer pour donner le tartre stibié. Il ne faut jamais le prescrire en même temps que des opiacés. La veille et le jour du traitement, ainsi que les jours suivants, le malade sera mis au régime lacté absolu.

Il est rare qu'on puisse s'en tenir à l'administration du tartre stibié pendant un seul jour. Ordinairement, il est nécessaire de recommencer le lendemain et souvent même plusieurs fois de suite, mais les doses seront plus faibles; soit par exemple 0g30 le second jour, 0g15 le troisième jour, en se guidant sur les symptômes présentés par le malade.

Quand vous jugerez que le tartre stibié a produit tout son effet, vous continuerez à favoriser l'expectoration et par conséquent à lutter contre l'encombrement bronchique, à l'aide d'une préparation, qui, elle aussi, est un peu oubliée à tort : c'est l'*oxyde blanc d'antimoine*. Je l'associe à l'ipéca dans la formule suivante :

Oxyde blanc d'antimoine......	1g50
Teinture de noix vomique.....	x gouttes.
Alcoolature de racines d'aconit	xii gouttes.
Sirop d'ipéca............	20 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger....	10 —
Hydrolat de tilleul............	120 —

Une grande cuillerée à soupe de cette potion toutes les heures jusqu'à production d'un état nauséeux.

A ce moment cessez, pour reprendre plus tard, quand la sensation de nausée aura disparu. Cet état nauséeux facilite l'expectoration, qui devient aussi moins adhérente et plus fluide. Quelquefois la nausée va jusqu'au vomissement, ce qui est encore une manière indirecte de vider les bronches.

Retenez bien ce mode de traitement par le tartre stibié, auquel vous devrez bien des succès de pratique, mais ne l'employez que dans des cas bien déterminés, comme dans la bronchite capillaire à forme de catarrhe suffocant, ou encore dans les pneumonies graves, lorsqu'il y a des menaces d'encombrement bronchique. Ne commettez pas l'erreur de Laënnec, qui fut tellement enthousiaste du tartre stibié, qu'il l'érigeait presque en traitement systématique de la pneumonie. Agent remarquable dans les cas bien précis où il est indiqué, le tartre stibié me paraît être un détestable mode de traitement systématique de la pneumonie en général.

Je ne veux pas faire de théorie et rechercher si le tartre stibié, employé de cette manière dite *méthode rasorienne*, agit comme révulsif ou spoliateur, par contro-stimulisme, ou comme hypercrinie bronchique, ou suivant tout autre mode. Le praticien n'a que faire des théories : celles-ci ne peuvent que l'embarrasser ou le tromper. Il lui suffit de savoir dans quel cas le tartre stibié doit être donné et le bénéfice que ses malades vont en tirer. Il doit aussi ne pas se laisser entraîner par les succès qu'il pourra obtenir dans les cas bien définis que nous avons spécifiés tout à l'heure et ne pas faire du tartre stibié une médication courante de la pneumonie en général.

Il y a beaucoup de ces vieilles médications qui mériteraient ainsi d'être tirées de l'injuste oubli où elles sont ensevelies. Celle-ci est digne d'en sortir. J'ai appris à la connaître et à l'appliquer, lorsque j'étais l'interne de M. Jaccoud qui la maniait avec une habileté remarquable et auquel il est juste de rapporter le mérite de nous avoir appris à l'employer, quand elle était injustement discréditée par l'abus qu'on en avait fait.

REVUE DES THÈSES

De l'accouchement prématuré provoqué, par le docteur Louis Paquier. (Th. de Paris, 1902. Courbevoie, Daubenton, éditeur.)

De cette fort intéressante thèse nous extrayons le chapitre suivant qui envisage les reproches adressés à la méthode et l'avenir des enfants nés prématurément.

L'accouchement prématuré artificiel, qui donne aujourd'hui des résultats si remarquables, n'a pas été sans susciter, de la part des partisans d'autres méthodes, des reproches qu'il avait peut-être mérités jadis quand sa technique était mal connue, mais qui actuellement ne sont plus fondés et n'ont plus qu'à disparaître devant l'évidence des faits.

On a reproché à l'accouchement provoqué de produire un grand nombre d'enfants débiles, d'enfants dont la résistance insuffisante aux agents extérieurs ne permettait pas de pouvoir les élever, ou du moins les laissait dans un degré d'infériorité très marquée vis-à-vis des enfants de poids normal. On a même été jusqu'à prétendre que, au point de vue de l'avenir, ces enfants débiles ne devenaient que des idiots, des êtres sans intelligence et inutiles à la société.

Autrefois, pour provoquer un accouchement, on se basait, afin de déterminer le moment favorable à l'intervention, sur les dimensions du bassin et sur l'âge présumé de la grossesse. Cette dernière donnée, fort difficile à préciser, exposait à de grosses erreurs, et comme la crainte d'attendre trop longtemps et de ne pouvoir extraire le fœtus pressait les médecins à l'intervention, il arrivait fréquemment qu'ils provoquaient le travail à huit mois, sept mois et demi et même avant; dans ces conditions il n'est pas étonnant que l'accouchement provoqué ait produit beaucoup de débiles.

Mais aujourd'hui, nous possédons la méthode du palper mensurateur du professeur Pinard, et surtout la céphalométrie externe de M. Perret, cette méthode si précieuse qui nous permet, à mesure que la grossesse avance, de nous rendre un compte exact des dimensions qu'acquiert la tête du fœtus, d'attendre jusqu'à la dernière limite et de ne provoquer l'accouchement qu'à une période aussi rapprochée du terme que possible.

Aussi, quels sont les résultats? — Sur 50 accouchements

provoqués, il y a eu 4 enfants débiles, soit une proportion de 8 p. 100.

Nous ne voyons pas que ce chiffre puisse paraître exagéré, quand l'accouchement normal à terme fournit une proportion d'enfants débiles de près de 10 p. 100.

Mais admettons que nous ayons des enfants débiles : est-ce à dire que nous ne pourrons pas les élever? — Avec l'allaitement au sein méthodiquement dirigé qui est pour le nourrisson le meilleur, celui qui lui donne tous les matériaux utiles à sa croissance, tout en conservant l'intégrité de son tube digestif; avec la couveuse qui le maintient dans une atmosphère suffisamment chaude et toujours égale, lui évitant l'influence du refroidissement si néfaste chez les prématurés, on arrive à élever parfaitement les débiles, et à leur donner une résistance suffisante. M. le professeur Budin a démontré qu'ils survivaient dans une très grande proportion lorsqu'ils étaient entourés de soins attentifs.

Voici d'ailleurs quelques chiffres qui le prouvent : de 1898 à 1901, M. Perret a eu, en ville, 14 enfants nés débiles. Sur ces 14 enfants, 1 est mort à six mois de broncho-pneumonie; les 13 autres sont encore vivants.

A la clinique Tarnier, pendant la même période, il y a eu 61 débiles dont le sort définitif est resté connu. Sur 61, 57 sont encore vivants (fin 1901), soit une proportion de 93,4 p. 100.

Quant à l'avenir de ces enfants débiles, dire qu'ils sont plus sujets que d'autres à la maladie de Little, qu'ils restent arriérés et tout à fait inférieurs au point de vue intellectuel, c'est faire une pure supposition qui, nulle part, ne trouve son écho dans la réalité.

Parmi tous les débiles que M. Budin a pu voir depuis 1895, il n'y en a eu qu'un ayant présenté la maladie de Little : et M. Maygrier, dans son service de la Charité, n'en a pas encore vu un seul; vraiment il faut avouer que le nombre en est un peu trop restreint, pour permettre de taxer cette maladie de fréquente.

Au point de vue intellectuel, rien ne peut faire supposer que les enfants débiles soient inférieurs aux autres, et, sans qu'il soit besoin de citer les noms des grands hommes et des savants qui sont nés débiles, deux faits suffiront pour en convaincre : d'abord, parmi tous les débiles soignés par M. Budin, on n'a pu remarquer chez aucun la moindre défectuosité intellectuelle, pas même chez celui dont le poids était le plus faible à la naissance (950 grammes); c'était une fillette qui, grâce aux soins dont elle a été entourée, a pu être élevée; elle est aujourd'hui âgée d'une douzaine d'années, bien portante et fort intelligente. En second lieu, à la clinique Tarnier où tous les nourrissons en général, et plus particulièrement ceux qui sont nés débiles sont amenés tous les vendredis à la consultation et sont ainsi l'objet d'une surveillance incessante pendant deux ans, nous n'avons jamais pu constater qu'ils aient présenté par la suite un état mental inférieur en quoi que ce soit à celui des enfants nés avec un poids normal.

De ces quelques considérations, il ressort nettement que si l'on prend vis-à-vis des enfants débiles toutes les précautions nécessaires, si on a soin de les soustraire à l'influence presque fatale du refroidissement, si on leur fournit l'allaitement au sein, en réglant d'une façon précise les quantités de lait qu'ils doivent prendre, si enfin on évite avec soin les maladies contagieuses, on soustrait ces enfants à toutes les causes qui, autrefois, les enlevaient dans des proportions variant entre 77 et 98 p. 100.

Par conséquent, si on peut élever les débiles, rien ne s'oppose à ce que, dans certains cas, on soit autorisé à faire naître les enfants un peu avant terme. On évite ainsi à la mère les risques toujours redoutables d'une intervention comme la symphyséotomie ou l'opération césarienne, tout en lui donnant autant de chances d'avoir un enfant vivant. Et, à notre époque, où l'on a tant à lutter contre les dangers de la dépopulation, n'est-ce pas faire œuvre utile que d'apporter des résultats, tels que ceux qui ont été produits par l'accouchement prématuré provoqué, méthode qui, depuis quelques années, a déjà sauvé un si grand nombre d'existences?

L. GAYARD.

Les rayons X et l'exploration de l'aorte thoracique, par le docteur A. Flamencourt. (Th. de Paris, 1903, H. Jouve, éditeur.)

Les rayons X fournissent un mode précieux d'exploration de l'aorte thoracique. La radioscopie, en particulier, constitue une méthode de choix, car elle est plus simple et plus rapide que la radiographie, et rend seule la physiologie pathologique de l'organe. L'examen radioscopique, pour être complet, doit comprendre les différents examens antérieur, postérieur, latéral gauche et oblique antérieur droit. Ainsi pratiqué, et combiné aux autres méthodes d'examen, il donne des renseignements précieux sur la situation, la forme, les dimensions et les rapports de l'aorte.

L. BABONNEIX.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. Ravarit. La cure des rétrécissements par la dilatation électrolytique progressive. — M. Dufourt. Du traitement médical des cataractes par les préparations iodurées. — M. Carlos. Les abcès de fixation. — M. Roux. Contribution à l'étude de l'aortite paludéenne. — M. Perraud. Le mal de mer; étude clinique; essai de pathogénie et de traitement. — M. Duville. Etude sur l'anatomie et la recherche des vaisseaux méningés moyens. — M. Pistre. Les pseudo-polypes tuberculeux des fosses nasales. — M. Donval. Traitement de la dysenterie et des entérites dysentériformes par l'eau oxygénée neutralisée. — M. Le Goarn. Du traitement chirurgical de l'acné hypertrophique du nez. — M. Laffargue. L'insuffisance hépatique dans la pneumonie; son étude à l'aide de la réaction de Hay. — M. Valentino. Le secret professionnel en médecine; sa valeur sociale. — M. Pic. De l'examen électrique des nerfs dans les plaies chirurgicales. — M. Aubaret. Recherches sur les origines réelles des fibres optiques; la papille et le nerf optique. — M. Ouzilleau. Des injections sous-cutanées d'eau oxygénée dans la tuberculose expérimentale du cobaye. — M. Cazamian. Du pneumothorax opératoire. — M. Guyet. De la phlébite superficielle aiguë pendant la période secondaire de la syphilis. — M. Duvergey. Des tumeurs polypoïdes du méat urinaire chez la femme. — M. Murat. De l'imperforation et du rétrécissement des voies lacrymales chez les enfants en bas âge. — M. Peyraud. Etude critique sur la résection du ganglion de Gasser. — M. Bouilliez. Du traitement chirurgical du pied bot talus paralytique. — M. Heckenroth. La prophylaxie par l'eau de boisson dans les colonies. — M. Boucher. Du pouvoir antiseptique des phénols. — M. Dupouy. Masque éléphantiasique consécutif à l'érysipèle de la face à répétition. — M. Saux. De la toxicité des produits de la digestion peptique. — M. Rey. L'adrénaline en ophtalmologie. — M. Rousse. De l'eczéma hyperkératosique interdigital. — M. Nougaro. Des traumatismes et des blessures du nerf cubital. — M. Legal. Kératites interstitielles. — M. Cachin. Contribution à l'étude des contusions de l'abdomen. — M. Bruhat. Du caractère habituellement bénin des accidents consécutifs à l'emploi du sérum antidiphtérique. — M. Vincent. Valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les méningites. — M. Moyzès. Recherches sur l'état des réflexes tendineux, des réflexes cutanés, des réflexes pupillaires et de quelques sensibilités viscérales profondes dans le diabète. — M. Merlin. Les kystes épidermiques du cuir chevelu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Ecoles annexes de médecine navale. — Les candidats qui sollicitent leur admission dans une des écoles annexes de Brest, Rochefort ou Toulon, doivent se faire inscrire du 15 septembre au 1er octobre, à la préfecture du département où est établi le domicile de leur famille ou de celui où ils poursuivent leurs études. Les dossiers sont transmis au ministre de la marine par les préfets, avant le 15 octobre, délai de rigueur.

Tout candidat, lors de son inscription, doit justifier :

1° Qu'il est Français ou naturalisé Français;

2° Qu'il est âgé de dix-sept ans au moins au 1er janvier qui suit la date de l'admission, ou qu'il n'est pas susceptible d'être appelé sous les drapeaux au mois de novembre de l'année de l'admission;

3° Qu'il a été vacciné avec succès ou qu'il a eu la petite vérole;

4° Qu'il est robuste, bien constitué et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire;

5° Qu'il est pourvu des diplômes suivants : *a.* pour la médecine : soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec mention lettres-philosophie et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles; soit, avec dispense du baccalauréat lettres-philosophie, les quatre certificats d'études supérieures ci-après désignés, délivrés par une faculté des sciences : physique, chimie, botanique, zoologie ou physiologie générale ou embryologie générale; — *b.* pour la pharmacie : soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec mention lettres-philosophie ou avec mention lettres-mathématiques, ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire moderne avec l'une ou l'autre des trois mentions; soit transitoirement, le diplôme de bachelier ès lettres ou le diplôme de bachelier ès sciences complet ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire spécial.

Le candidat doit, en outre, produire un certificat de bonne vie et mœurs et le consentement des parents ou tuteurs.

Les admissions ont lieu du 1er au 30 novembre de chaque année, par décision ministérielle.

Par décision du ministre de la marine, les candidats peuvent être inscrits provisoirement dans une école annexe de médecine navale, sans produire l'un des diplômes, s'ils remplissent toutes les autres conditions réglementaires. Mais leur admission définitive ne peut être prononcée que s'ils justifient, avant le 30 novembre, de la possession du diplôme manquant. Ils recevront à ce moment l'ordre de se rendre au port.

Marine. — M. le médecin en chef de première classe Galliot, du port de Toulon, est désigné pour remplir les fonctions de sous-directeur du service de santé au port de Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Balbaud, appelé à servir à la mer.

M. le médecin de première classe Hamon, du port de Brest, est désigné pour remplir les fonctions de médecin de la division de réserve de l'escadre de l'Extrême-Orient.

M. le médecin de première classe Denis, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le croiseur cuirassé *Condé* qui entrera en armement pour essais dans ce port le 15 septembre courant.

MM. les médecins de première classe Casanova, médecin-major du *Dupuy-de-Lôme* (escadre du Nord), et Réjou, désigné pour embarquer sur le *Calédonien*, sont autorisés à permuter d'embarquement pour convenances personnelles.

M. le médecin de deuxième classe Chauvin, du port de Toulon, est désigné pour servir au bataillon d'apprentis-fusiliers à Lorient.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la trente-quatrième semaine, 774 décès, au lieu de 810 pendant la semaine précédente (moyenne 916).

La fièvre typhoïde n'a pas causé de décès.

La variole a causé 2 décès.

La rougeole a causé 5 décès (moyenne 13); la scarlatine, 1 (moyenne 3); la coqueluche, 1 décès (moyenne 8); la diphtérie, 5 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 55, au lieu de 50 pendant la précédente semaine (moyenne 43).

La diarrhée infantile a causé 65 décès de 0 à 1 an, au lieu de 78 pendant la semaine précédente (moyenne 125); on ne saurait trop insister sur la nécessité de veiller tout particulièrement à l'alimentation des jeunes enfants et à la parfaite stérilisation du lait qui leur est donné.

En outre, 26 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 72 décès au lieu de 77 pendant la semaine précédente (moyenne 88). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 9 (moyenne 11); pneumonie, 22 (moyenne 22); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 34 (moyenne 49), dont 14 sont dus à la congestion pulmonaire et 16 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 179 décès; la méningite tuberculeuse, 13; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès.

Services oto-rhino-laryngologiques de l'hôpital Saint-Antoine et de l'hôpital Lariboisière. — Cours de vacances, sous la direction de M. le docteur Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine et de M. le docteur Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

M. le docteur E. Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, avec le concours de MM. les docteurs H. Caboche, assistant du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine commencera le jeudi 10 septembre un cours de diagnostic et de thérapeutique cliniques.

Les élèves seront exercés individuellement au diagnostic et à la technique instrumentale spéciale. Les leçons, au nombre de dix-huit, auront lieu tous les jours, à neuf heures du matin, à l'hôpital Lariboisière. Les docteurs et étudiants qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire dès maintenant, soit auprès de M. le docteur Caboche, à l'hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, soit auprès de M. le docteur Bourgeois, à l'hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg Saint-Antoine.

Les inscriptions sont reçues par lettre. Le nombre des élèves est limité. Le montant des droits à verser est de 80 francs.

Radiologie médicale. — *Cours de vacances*, par le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (du dimanche 18 au dimanche 25 octobre). — A dix heures du matin : enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

A onze heures du matin : exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques.

A deux heures de l'après-midi : exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le dimanche 18 octobre, à dix heures du matin, dans la salle de conférences de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 20 octobre dans le laboratoire du docteur Béclère. — En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.

Programme du cours théorique. — Première conférence : Les rayons de Röntgen. — Deuxième conférence : L'énergie électrique et les mesures électriques usuelles. — Troisième conférence : Les ampoules radiogènes. — Quatrième conférence : La machine statique et la bobine d'induction. — Cinquième conférence : Les interrupteurs. Le choix d'une installation. — Sixième conférence : La radioscopie et l'orthodiagraphie. — Septième

conférence : La radiographie simple et stéréoscopique. — Huitième conférence : Les radiodermites et la radiothérapie.

Programme des exercices pratiques de radioscopie. — Lundi : Les images du thorax normal. — Mardi : Examen de la cage thoracique et du diaphragme. — Mercredi : Examen des plèvres. — Jeudi : Examen des poumons. — Vendredi : Examen du cœur et des gros vaisseaux. — Samedi : Examen de l'œsophage et de l'estomac.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Villes d'Eaux desservies par le réseau P.-L.-M.* — 1° *Billets d'aller et retour collectifs (de famille).* — Il est délivré, jusqu'au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours, pour les stations thermales suivantes : Aix-en-Provence, Aix-les-Bains (Aix-les-Bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon), Besançon, Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun), Cette (Balaruc), Chambéry (Challes), Charbonnières-les-Bains, Clermont-Ferrand (Royat), Coudes-Saint-Nectaire, Digne, Die (Le Matouret, Sallières-les-Bains), Divonne-les-Bains, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains (Amphion), Genève (Champel), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot-la Caille, La Bastide, Saint-Laurent-les-Bains, Le Fayet-Saint-Gervais, Le Luc et le Cannet (Pioule), Lépin-lac d'Aiguebelette (La Bauche), Lons-le-Saunier, Manosque (Gréoulx), Menthon (lac d'Annecy), Montélimar (Bondonneau), Montpellier (Palavas), Montrond (Montrond-Geyser), Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers-Salins (Salins, Brides), Pontcharra-sur-Bréda (Allevard), Pougues-les-Eaux, Rémilly (Saint-Honoré-les-Bains), Riom (Châtel-Guyon, Châteauneuf), Roanne (Saint-Alban), Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers (La Motte-les-Bains), Saint-Julien-de-Cassagnas (Les Fumades), Saint-Martin-Sail-les-Bains, Salins (Jura), Santenay, Sarrians-Montmirail, Sauve (Fonsange-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-La Bégude, Vandenesse-Saint-Honoré-les-Bains, Vichy (Vichy-Cusset), Villefort (Bagnols).

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes. — Arrêts facultatifs. — Faire la demande de billet quatre jours au moins à l'avance.

2° *Billets d'aller et retour individuels.* — Il est délivré, jusqu'au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau, des billets d'aller et retour de 1re, 2e et 3e classes, comportant une réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes, pour les stations thermales dénommées ci-dessus.

Validité : 10 jours. — Faculté de prolongation. — Arrêts facultatifs.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PERSONNE TRÈS HABITUÉE AUX SOINS DES MALADES les plus difficiles (maladies nerveuses notamment) demande un poste de garde-malade dans une famille. — S'adresser aux bureaux du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations médicales — clinique et thérapeutique, par le docteur HUCHARD, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. 3e *édition.* 1 vol. in-8° de 620 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Guide professionnel et technique à l'usage des membres des sociétés d'assistance aux malades et aux blessés des armées de terre et de mer, par le docteur SAGRANDI, médecin-major de l'armée. Un vol. in-18, avec 31 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Les tournées médicales et les cabinets médicaux. Communication faite au Syndicat médical de la région de Bourg en sa séance du 4 juin 1903, par le docteur C. (de P.-de-V.). — Mâcon, imprimerie J.-A. Durand.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 103. — MARDI 8 SEPTEMBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 8 SEPTEMBRE 1903. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

NATURE DE L'OBSESSION

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard.

De nombreux et importants travaux ont paru ces temps derniers sur le curieux phénomène morbide de l'obsession que le professeur Ball avait spirituellement dénommée un *prurit cérébral*. S'il ressort de ces travaux que l'accord tend de plus en plus à se faire sur l'origine dégénérative et héréditaire de la maladie, ainsi que le soutient M. Magnan, il n'en est plus de même en ce qui concerne la nature du mal. Depuis fort longtemps, deux doctrines sont en présence et continuent de l'être, l'une dite intellectuelle, l'autre dite émotive.

Le but de cet article est d'exposer rapidement l'état de la question chez nous, mais surtout d'appeler l'attention sur un fait qu'à mon grand étonnement, je n'ai pas trouvé signalé et qui, pourtant, me semble-t-il, tranche absolument le débat.

La doctrine intellectuelle formulée par Westphal a pour défenseur M. Magnan d'après lequel l'obsession est un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit en dehors de la volonté. C'est elle qu'adoptent M. Soutzo fils et M. Athanasio. La seconde émise par Morel qui le premier en 1866, sous le nom de *délire émotif*, donna une remarquable étude du phénomène, est adoptée par MM. Pitres et Régis, par M. Pierre Janet et par M. Séglas, auxquels je me joins.

« MM. Pitres et Regis fournissent à l'appui de leur opinion six arguments absolument probants que je résumerai brièvement. « D'après la psychologie contemporaine, écrivent-ils, la vie affective est la première en date, avant la vie intellectuelle, et dans les processus de la conscience, l'émotion est antérieure à la connaissance, de telle sorte que celle-ci et le sentiment sont à la base de l'idée comme les centres nerveux inférieurs constituent les agents secondaires de l'activité des centres supérieurs. »

Ensuite, l'émotion est l'élément constant et indispensable de l'obsession, aussi, y a-t-il des obsessions sans idée fixe : les obsessions diffuses. Puis chez beaucoup d'obsédés, l'objet de l'obsession est multiple ou se modifie, ce qui reste immuable, c'est le phénomène émotif, c'est l'anxiété. Enfin dans nombre de cas, les obsessions débutent et finissent par une phase d'angoisse pure avant l'apparition ou après la disparition de l'idée fixe, et les symptômes émotionnels, loin d'être en raison directe de l'intensité de celle-ci, s'atténuent dans l'obsession au fur et à mesure qu'elle tend à s'intellectualiser. » Toutes ces choses sont rigoureusement exactes, et j'ai eu comme ces deux auteurs maintes fois l'occasion de les constater.

M. Pierre Janet, tout en accédant aux idées émises par ces médecins, dit toutefois que la théorie émotionnelle qui consiste à expliquer et à définir l'obsession par l'angoisse et par l'émotion lui semble, malgré les services qu'elle a rendus, trop vague, trop générale et en même temps trop restreinte. Le distingué psychologue s'efforce d'approfondir davantage la question et propose une théorie ingénieuse qu'il développe avec une grande méthode et beaucoup de talent. Il s'efforce d'expliquer le trouble émotif d'où sort l'obsession par la psychasthénie, la diminution de la tension nerveuse psychique en la rapprochant de phénomènes analogues présentés par le courant électrique ou par la chaleur. Il signale un fait clinique qui ne saurait être contesté : que les esprits très simples, ceux des idiots et des imbéciles, ne sont pas capables de présenter la maladie des obsessions qui frappe exclusivement des gens intelligents et délicats. Alors pour M. Pierre Janet, le cerveau de l'obsédé est un beau lustre électrique, dont les lampes sont très nombreuses et très artistiquement disposées, mais il y a un trouble dynamique, une insuffisance de la force qui est fournie à l'organe pour qu'il fonctionne, et si le lustre éclaire mal, si les lampes s'échauffent, c'est que le courant fourni par le secteur n'a pas le voltage suffisant.

Je ne conteste pas que la théorie émotionnelle ne soit susceptible de perfectionnements, mais il y a une raison majeure dont je suis étonné qu'on ne parle pas et qui me paraît la preuve péremptoire que l'assertion de M. Seglas que l'obsession repose toujours sur un fond d'émotivité pathologique restera vraie : c'est que l'intelligence n'est susceptible que d'un trouble en plus ou d'un trouble en moins; elle peut être accrue ou diminuée, elle ne peut être pervertie, or ce fait juge absolument la question.

Et en effet, l'idée n'existe pas par elle-même, elle provient de l'émotivité et de la sensation; toutes les fois donc

qu'elle est morbide c'est que forcément l'un tout au moins de ses deux éléments générateurs l'est.

Toute la pathologie mentale est là pour le prouver; quand il n'y a ni perversion émotive ni perversion sensorielle, les seuls troubles intellectuels constatés sont, en effet, de l'exaltation ou de l'affaiblissement. Nous en avons un exemple du premier cas dans la manie simple non hallucinatoire où l'activité intellectuelle acquiert une intensité telle que les idées se succèdent trop vite pour que le malade ait le temps de les émettre toutes, de telle sorte que même en parlant sans s'arrêter, il n'en communique qu'une partie et présente ainsi une incohérence qui, en réalité, n'est qu'apparente. Un exemple du second cas est fourni, sans parler de la débilité mentale et de la démence consécutive, pour rester dans le domaine des faits aigus, par la stupidité de Georget dans laquelle se produit plus ou moins rapidement une suspension du fonctionnement intellectuel, dont le sujet au début est conscient, ce qui faisait dire à un malade dont j'ai rapporté l'observation, qu'il se sentait devenir peu à peu idiot. Mais toutes les fois qu'on constate une idée morbide, une conception délirante, fussent-elles conscientes comme les obsessions, on est certain de trouver comme générateurs soit une perversion émotive, soit une perversion sensorielle, soit les deux à la fois.

Si donc l'idée obsédante naissait spontanément, comme le veut la théorie intellectuelle, dans un intellect sain, dont l'émotivité et les sensations sont normales, ce serait là un fait unique, en contradiction avec tout ce que nous savons du fonctionnement normal et morbide de l'esprit. Sans doute une conception absurde peut se former sans désordre émotif ni sensoriel, mais le fait de son acceptation, car alors elle est inconsciente, s'explique par un degré d'infériorité intellectuelle qui ne permet pas au sujet de l'apprécier à sa juste valeur; ce n'est donc qu'un cas particulier du trouble en moins dont nous savons que l'intelligence est susceptible. Aussi cette conception absurde est-elle acceptée du sujet et n'offre-t-elle pas par conséquent le principal caractère de l'obsession qui serait la conscience de son absurdité. Il arrive que ces conceptions absurdes absorbent tout ce que le sujet a d'activité intellectuelle et paralysent ainsi sa volition, de telle sorte qu'à un examen superficiel, on prendra celui-ci pour un obsédé. Ce sont des faits de ce genre qui en partie ont servi aux adversaires de la théorie émotionnelle de l'obsession, pour formuler leur grand argument qu'il y a des cas où celle-ci existe sans que jamais la moindre angoisse se soit produite. Qu'ils analysent ces cas à fond et ils constateront que le seul nom qui leur convient est celui d'idée fixe à base de débilité mentale.

Il en est d'autres, je le reconnais, auxquels une telle explication n'est pas applicable, car les malades, tout en étant sans angoisse, ont conscience de l'absurdité de l'idée ou des idées qui les hantent. Mais s'ils ne sont pas tourmentés au moment où on les examine, ne l'ont-ils jamais été dans le passé? Il ne faut pas oublier, en effet, comme l'ont fort bien dit MM. Pitres et Régis, que les symptômes émotionnels, loin d'être en raison directe de l'intensité de l'idée fixe, comme l'exigerait la théorie intellectuelle, s'atténuent au contraire au fur et à mesure que l'obsession tend à s'intellectualiser. Il en résulte que si cette intellectualisation est rapide et accusée, les symptômes émotionnels pourront fort bien être tout de suite éclipsés. Il y a donc tout lieu de croire que les faits sur lesquels s'appuient les défenseurs de la théorie intellectuelle rentrent dans l'une de ces deux catégories. Pour ma part je n'ai jamais rien observé qui confirme leurs assertions.

LES ATROPHIES MUSCULAIRES DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES

D'après M. P. Lejonne (1).

Au cours de la sclérose en plaques on peut voir survenir des atrophies musculaires plus ou moins importantes. Déjà signalées par Charcot en 1868, puis étudiées par Timal, Jolly, Ebstein, Schüle, Leube, Büchwald, Rosenthal, Otto, Vulpian, ces amyotrophies sont, en 1877, l'objet d'un important travail de Pitres. Dans ce travail, fait sous l'inspiration de Charcot, Pitres relate l'observation d'une malade qui avait présenté une atrophie concomittante des membres inférieurs et qui mourut d'accidents bulbaires. L'autopsie révéla une sclérose en plaques : sur une grande étendue, les cellules des cornes antérieures étaient profondément lésées.

L'observation de Déjerine concerne un malade atteint de symptômes simulant la sclérose latérale amyotrophique : le malade présentait une paralysie atrophique extrêmement prononcée des muscles des quatre membres et du tronc. Quelques mois avant la mort étaient apparus des symptômes de paralysie labio-glosso-laryngée; l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une sclérose en plaques disséminée. Babinski insiste dans sa thèse sur la forme *destructive* de la sclérose en plaques, mais sans parler nettement ni d'amyotrophie, ni de lésions des grandes cellules radiculaires. Les observations de Gilbert et Lion (1887), de Blache Edwards (1888), de Claus et de Hers viennent bientôt s'ajouter aux précédentes, et Charcot, dans ses *Leçons cliniques sur les formes frustes de la sclérose en plaques*, pouvait distinguer, parmi les formes atypiques ou frustes par intervention de phénomènes insolites, la variété latérale amyotrophique.

« Quelque singulière, écrit-il, que puisse paraître cette variété, il est aisé de la concevoir et d'en fournir une juste interprétation. Vous savez que la paraplégie spasmodique généralisée aux quatre membres est chose possible dans la sclérose multiloculaire; or c'est là précisément un des signes fondamentaux de la sclérose latérale. D'autre part certaines manifestations bulbaires autres que la dysarthrie, comme la difficulté de la déglutition, ne sont pas tout à fait exceptionnelles dans la sclérose en plaques. Ne sont-ce pas là aussi des signes de sclérose latérale?

Enfin les cellules des cornes antérieures peuvent être frappées de destruction irrémédiable par des îlots scléreux, et cette destruction peut produire une atrophie musculaire avec secousses fibrillaires et, au dernier terme, une réaction dégénérative, absolument comme dans la sclérose latérale amyotrophique. »

Dans les années qui suivent, et jusqu'à une époque toute récente, la question est complètement laissée de côte. Oubliant les descriptions de Charcot, les classiques enseignent qu'il n'y a jamais d'amyotrophie dans la sclérose en plaques.

Quelques observations isolées avaient continué à paraître de temps en temps (Morage, Fürstner, Higier), mais elles avaient passé inaperçues lorsque l'attention fut de nouveau attirée de ce côté, par les cas de Probst et de Bauer (1898),

(1) Th. de Paris, 1903.

de Glorieux et Bouchaud (1900). Enfin, continuant la tradition de Charcot, M. Raymond a, dans une leçon sur les formes atypiques de la sclérose en plaques, mis en lumière la forme amyotrophique de la maladie dont il rapporte une nouvelle observation clinique.

Des cas rapportés par les auteurs, et des cinq observations personnelles soigneusement fouillées de M. Lejonne, il est facile de déduire la *symptomatologie générale* des amyotrophies dans la sclérose en plaques. L'atrophie musculaire de la sclérose en plaques est une atrophie qui procède fibre par fibre, atteignant l'une pour épargner sa voisine, et qui tend à respecter un certain nombre de fibres d'un faisceau et un certain nombre de faisceaux d'un muscle.

Les divers muscles sont atteints à un degré très variable : la destruction musculaire peut être presque complète (Bouchaud); le plus souvent, l'amyotrophie est moins accusée, et les muscles ont conservé saines la moitié ou au moins le tiers de leurs fibres musculaires. Enfin, parfois, l'atrophie, très légère, ne se reconnaît qu'à une mensuration précise.

Les caractères cliniques de l'atrophie musculaire de la sclérose en plaques diffèrent peu de ceux des diverses atrophies myo ou myélopathiques. On n'y observe pas, en général, de pseudo-hypertrophie ni de contractions fibrillaires.

L'étude de la motricité nous renseignerait avec exactitude sur le degré d'atrophie du muscle si le muscle était paralysé au prorata de son atrophie. C'est ce que l'on observe parfois à la période initiale de l'affection, mais, plus tard, la paralysie est généralement beaucoup plus accentuée que l'atrophie, tout en lui restant parallèle.

Une question des plus intéressantes serait de savoir qui a débuté, de l'atrophie ou de la paralysie. Malheureusement on observe en général les malades à une époque tardive, et il est difficile de dire si la paralysie a d'abord existé seule, ou si, comme le croit M. Lejonne, la parésie n'a pas été le plus souvent d'abord uniquement d'origine atrophique.

A la parésie s'ajoute, dans la forme amyotrophique de la sclérose en plaques, la contracture. Il ne semble pas y avoir entre la contracture et l'atrophie musculaire le même antagonisme que dans la sclérose latérale amyotrophique, où, à la phase d'atrophie extrême, la contracture disparaît. Dans la sclérose en plaques, la contracture persiste, même dans les muscles très atrophiés, et il n'est nullement possible d'établir un parallélisme entre l'atrophie et la contracture.

L'atrophie du muscle n'a, en général, que peu d'influence sur sa contractilité au passage des courants électriques, ce qu'explique la présence, au milieu des fibres malades, d'un grand nombre de fibres saines. La réaction de dégénérescence n'a jamais été observée, et les modifications des réactions électriques sont, le plus souvent, assez légères. M. Huet qui a examiné à ce sujet les malades de M. Lejonne, dit qu'il n'a jamais constaté de traces de réaction de dégénérescence, et même que les modifications électriques sont rares et de peu d'importance dans les muscles les plus atteints.

Ainsi, atrophie fibrillaire, reconnaissable à la vue, à la palpation, à la mensuration, accompagnée de paralysie parallèle, c'est-à-dire atteignant les mêmes muscles, mais non proportionnelle, accompagnée également de contracture, sans troubles accentués de la contractilité électrique, telle apparaît l'atrophie qui atteint le muscle dans la sclérose en plaques.

Comment se répartit cette amyotrophie? D'une manière générale, on peut dire que, dans la sclérose en plaques, le processus d'atrophie ne frappe pas isolément un muscle pour respecter le muscle voisin; de même, si elle prédomine dans certains groupes musculaires elle s'attaque aussi, quoique à un moindre degré, aux groupes musculaires antagonistes; il s'agit donc d'un processus d'atrophie diffuse. Mais, même dans les cas où cette tendance à la diffusion semble la plus accentuée, il y a toujours des régions où les muscles échappent complètement à l'atrophie : tels sont la face, le cou, le tronc (thorax et abdomen). L'amyotrophie se localise donc aux membres, là encore, elle n'atteint pas toute la musculature, respectant presque toujours les muscles de la racine du membre.

Au membre supérieur, tous les muscles du bras ne sont pas également pris : tandis que les muscles de la loge antérieure sont presque toujours atteints par l'atrophie, le triceps est relativement indemne; à l'avant-bras, les fléchisseurs des doigts et les palmaires sont volontiers peu touchés; les radiaux sont presque toujours respectés. Du côté des membres inférieurs, on remarque, à la cuisse, une intégrité relative des muscles adducteurs, et, à la jambe, des péroniers.

Quel que soit le membre atteint, le processus d'atrophie a deux tendances opposées : une tendance à l'unilatéralité; il est rare en effet qu'il débute par les deux côtés simultanément; une tendance à la symétrie : une fois les deux côtés pris, ce sont les muscles homologues qui sont atteints d'atrophie, et ce sont toujours les mêmes muscles qui sont les plus atrophiés.

L'atrophie s'étend en général à la fois aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. C'est là un trait qui la distingue de l'atrophie de la sclérose latérale amyotrophique, où les membres inférieurs sont beaucoup moins souvent atteints : même généralisée, elle prédomine soit aux membres supérieurs, soit aux inférieurs.

Aux membres supérieurs, l'atrophie a, dans l'immense majorité des cas, tendance à monter : la main est prise d'abord et de préférence, puis l'avant-bras, le bras étant pris le dernier et étant moins atteint que les autres segments; enfin le deltoïde et les muscles de l'omoplate sont généralement respectés. Aux membres inférieurs, l'atrophie paraît tantôt atteindre d'abord la cuisse et descendre ensuite à la jambe, tantôt, au contraire, débuter par le mollet pour remonter vers la cuisse.

Dans chaque segment de membre, l'atrophie se localise de préférence sur un certain nombre de groupes musculaires. A la main, les interosseux sont toujours atteints d'une façon précoce et accentuée, les éminences thénar et hypothénar participent, elles aussi, à l'atrophie. A l'avant-bras, l'atrophie prédomine habituellement à la face postérieure, au niveau des extenseurs des doigts; au bras, le biceps est beaucoup plus atteint que le triceps; le long supinateur est le plus souvent respecté. Au membre inférieur, on trouve constamment, au niveau de la jambe, une atrophie des muscles de la loge postérieure; cette atrophie prédomine nettement au niveau du triceps sural. A la cuisse, l'atrophie est surtout accentuée au niveau de la loge antérieure, les adducteurs ne sont pris que dans les cas intenses.

Ces différentes variétés d'amyotrophies se groupent de façon à constituer des *types cliniques* que M. Lejonne divise en *formes généralisées* et *formes localisées*. Les premières affectent tantôt le type *hémiplégique*, tantôt le type *bilatéral*; les

secondes comprennent les types *supérieur* et *inférieur*. Il existe aussi quelques cas d'*atrophie limitée*.

A l'atrophie se joignent, comme nous l'avons vu, des troubles paralytiques et des phénomènes de contracture. Il s'y joint parfois aussi des symptômes rares dans la sclérose en plaques ordinaire : troubles trophiques, sphinctériens, psychiques, dont la présence contribue à séparer cliniquement de la forme commune, la forme amyotrophique de la sclérose en plaques. Les troubles *trophiques* sont multiples : œdème localisé, hypertrophie du tissu sous-cutané, amincissement de la peau, etc. Les troubles *sphinctériens* ont été notés surtout dans les cas où l'atrophie est soit généralisée, soit localisée aux membres inférieurs. Enfin divers auteurs ont insisté sur la fréquence des *troubles psychiques*, d'ailleurs assez variables.

L'*évolution* de cette atrophie musculaire est ainsi exposée par M. Lejonne. L'atrophie apparaît parfois d'une façon précoce et est contemporaine du début des accidents ; d'autres fois, elle n'apparaît que plus tard et semble alors précédée par la parésie et la contracture. Sa marche est lente et « le processus, débutant par un membre, met souvent plusieurs années avant de se généraliser aux quatre membres »; parfois même il s'arrête en chemin et rétrocède, au moins partiellement. La durée de la forme amyotrophique de la sclérose en plaques est longue et varie entre cinq et vingt ans. La mort est due à l'infection d'escares sacrées, ou, dans quelques cas, à des troubles bulbaires. Le pronostic est donc grave, en raison des troubles graves qui accompagnent habituellement l'atrophie, et surtout de la propagation bulbaire toujours possible.

Sur quoi fonder le *diagnostic?*

La *forme amyotrophique* de la sclérose en plaques se caractérise en général, ainsi que nous l'avons vu, par une atrophie musculaire à marche lente, affectant au niveau des membres supérieurs le type Aran-Duchenne, avec le plus souvent une atrophie concomitante de la face antérieure des cuisses et des mollets; accompagnant cette atrophie, on observe des phénomènes paréto-spasmodiques très accusés, des troubles trophiques et sphinctériens, souvent des troubles mentaux et, d'une façon contingente, des signes de sclérose en plaques commune (nystagmus, tremblement intentionnel, parole scandée, etc.).

Ces caractères permettront de différencier cette affection des atrophies musculaires d'origine névritique, des myopathies, de l'atrophie musculaire progressive spinale, qui ne s'accompagne jamais de phénomènes spasmodiques, de la syringomyélie, où, en plus des symptômes habituels, on trouve en général « moins d'atrophie musculaire et plus de spasmodicité », de la pachyméningite cervicale hypertrophique, etc. Le diagnostic avec la sclérose latérale amyotrophique est beaucoup plus difficile et repose surtout sur l'évolution différente des deux maladies, lente dans la sclérose en plaques, rapide dans la sclérose latérale.

L'*anatomie pathologique* explique la possibilité de troubles atrophiques dans la sclérose en plaques. Alors que, pour la majorité des auteurs, les grandes cellules radiculaires des cornes antérieures, même comprises dans une plaque de sclérose, sont intactes, les recherches personnelles de M. Lejonne établissent irréfutablement l'existence de lésions atrophiques des cellules des cornes antérieures, lésions analogues, quoique moins intenses, à celles que l'on observe dans la sclérose latérale amyotrophique. Cette *poliomyélite antérieure chronique* détermine une atrophie dégénérative simple, sans sclérose, des racines antérieures, et, vraisemblablement, tient sous sa dépendance les processus atrophiques. Ces processus atrophiques pourraient aussi tenir à l'existence de véritables foyers destructifs de la substance grise, comme dans un cas très net de l'auteur.

Ainsi *lésions atrophiques et lésions destructives des grandes cellules des cornes antérieures*; *dégénération secondaire des racines antérieures et des nerfs moteurs*; *atrophie consécutive des muscles correspondants*, telle paraît être la physiologie pathologique des cas étudiés par M. Lejonne. Et ces lésions permettent d'affirmer l'existence, dans la sclérose en plaques, d'une véritable *amyotrophie progressive spinale*.

MÉDECINE PRATIQUE

Les principales préparations arsenicales,

Par M. L. Babonneix.

Les préparations arsenicales les plus usitées sont, de beaucoup, celles qui s'administrent à l'intérieur. Elles comprennent l'acide arsénieux et les arsénites, les arséniates et enfin les divers composés organiques de l'arsenic dont on s'est tant occupé au cours de ces dernières années (1).

L'*acide arsénieux*, encore appelé arsenic blanc ou oxyde blanc d'arsenic, est peu soluble dans l'eau et dans l'alcool, plus soluble dans la glycérine. On peut le prescrire soit sous forme de granules, soit en solution.

Granules d'acide arsénieux (*Codex*).
(*Granules de Dioscoride.*)

Acide arsénieux............	un milligramme.
Poudre de gomme..........	0g01
Poudre de sucre de lait......	0g04
Mellite simple..............	Q. s.

Pour un granule. — N° 20.

Pilules arsenicales (*Codex*).
(*Pilules asiatiques.*)

Acide arsénieux..........	cinq milligrammes.
Poudre de poivre noir.....	0g05
Poudre de gomme........	0g01
Eau distillée..............	Q. s.

Pour une pilule. — N° 20.

A cette formule M. Danlos (2) a récemment proposé de substituer la suivante, qui permettrait d'obtenir des pilules plus actives et moins irritantes :

Acide arsénieux.......	cinquante centigrammes.
Glycérine............	3 grammes.
Poivre noir porphyrisé.	5 —
Poudre de gentiane....	Q. s. pour donner la consistance pilulaire.

Pour 100 pilules.

Faire dissoudre à chaud l'acide arsénieux dans la glycérine, puis incorporer les poudres à la masse pilulaire.

Ainsi chaque granule de Dioscoride contient 1 milligramme, chaque pilule asiatique, 5 milligrammes d'acide arsénieux. Quant à la liqueur de Boudin, c'est une solution aqueuse à 1/1000.

(1) Dans cette « Médecine pratique », nous laisserons complètement de côté les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'arsenic, qui sont suffisamment connues, pour nous attacher surtout à l'étude des formes pharmaceutiques du médicament.

(2) In *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juin 1903, p. 433.

LIQUEUR DE BOUDIN (*Codex*).

Acide arsénieux............	1 gramme.
Eau distillée................	1000 grammes.

Un gramme de cette solution contient donc 1 milligramme d'acide arsénieux.

Il est assez difficile d'indiquer les doses maxima de ces différentes préparations, l'action thérapeutique de l'arsenic variant avec une foule de circonstances. Toutefois, en règle générale, on peut admettre qu'il ne faut pas prescrire, par jour, plus d'une pilule asiatique et plus de cinq granules de Dioscoride; quant à la liqueur de Boudin, qu'on n'emploie guère qu'en thérapeutique infantile, on peut arriver, en allant progressivement et en surveillant attentivement le malade, à des doses de 25-30 grammes, doses qu'il est prudent de ne pas dépasser et qu'il n'est même pas toujours nécessaire d'atteindre (1).

Lorsqu'on administre l'acide arsénieux sous forme de potion, il est un certain nombre de substances qu'il faut éviter de lui associer; ce sont : l'*eau de chaux*, les *sels de magnésie*, de *fer* et d'*argent*, les *sulfhydrates*, le *kermès*, les *décoctés astringents*; toutes ces substances forment en effet, avec l'acide arsénieux, des précipités insolubles.

L'*arsénite de potasse* ne s'emploie qu'en solution; la solution à 1/100 de ce sel est connue sous le nom de liqueur de Fowler.

LIQUEUR DE FOWLER (*Codex*).

Acide arsénieux.............	1 gramme.
Carbonate de potasse pur.....	1 —
Eau distillée.................	Q. s. pour faire, après
refroidissement...........	95 grammes.
Alcoolat de mélisse..........	3 —

Un gramme de cette liqueur (XXIII gouttes) contient 1 centigramme d'arsénite de potasse.

La liqueur de Fowler se donne par gouttes, diluée dans une grande quantité de liquide; en allant prudemment et progressivement on peut arriver à en prescrire des doses assez élevées : XV, XX gouttes et même plus par jour (2). C'est une des meilleures préparations arsenicales que nous possédions. Malheureusement avec le temps, elle s'appauvrit en acide arsénieux et se laisse facilement envahir par les moisissures. Aussi recommande-t-on parfois de la remplacer, dans les prescriptions, par la liqueur de Boudin.

Quelques formulaires indiquent la mixture suivante :

Teinture de Mars tartarisée...	*ââ* 5 grammes.
Liqueur de Fowler..........	

A prendre par gouttes.

Cette préparation, comme le font remarquer MM. Loiseau et Lyon (3), est défectueuse, l'arsenic réagissant sur le fer pour former un arsénite insoluble.

Des *arséniates*, le seul qui soit entré dans la pratique courante, c'est l'*arséniate de soude*. Très soluble dans l'eau et la glycérine, moins soluble dans l'alcool, l'arséniate de soude s'emploie surtout en solution. La liqueur de Pearson n'est autre qu'une solution aqueuse à 1/600 d'arséniate de soude.

LIQUEUR DE PEARSON (*Codex*).

Arséniate de soude........	cinq centigrammes.
Eau distillée..............	30 grammes.

Un gramme (XX gouttes) contient environ un milligramme et demi de sel arsenical.

(1) On donne généralement la liqueur de Boudin dans du lait, et on la fait absorber au moment des repas.

(2) MM. LOISEAU et LYON (*Formulaire thérapeutique*) admettent, pour les enfants, la dose de II gouttes par année d'âge.

(3) *Loco citato*, p. 92.

Les médecins d'enfants utilisent fréquemment la solution suivante :

Arséniate de soude.........	dix centigrammes.
Eau distillée...............	300 grammes.

Une cuillerée à soupe contient 5 milligrammes d'arséniate de soude.

Enfin le Codex indique encore des *cigarettes arsenicales* contenant chacune 5 centigrammes d'arséniate sodique.

L'arséniate de soude étant beaucoup moins actif que l'acide arsénieux et les arsénites, doit être prescrit à doses beaucoup plus fortes : de 5 à 10 milligrammes *pro die*, ce qui représente de 3 à 6 grammes de la liqueur de Pearson et d'une à deux cuillerées à soupe de la solution précédente. (*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le lait stérilisé. Résultats obtenus par son emploi au moment du sevrage, dans l'allaitement mixte, dans l'allaitement artificiel, chez les nourrissons de la classe ouvrière à Paris (1), par le docteur A. CAREL.

Le lait stérilisé, qui semblait, il y a encore quelques années, rallier l'unanimité des suffrages, est maintenant très attaqué. On lui reproche de favoriser le rachitisme, de prédisposer à la maladie de Barlow, de donner très souvent des accidents légers ou graves. M. Louis Guinon avoue que, bien que ces reproches soient fréquemment injustes, « l'on sent de différents côtés comme un peu de défaveur à l'égard du lait stérilisé; » M. le professeur Hutinel reconnaît qu'il lui est arrivé de médire du lait stérilisé, et il ajoute : « Je ne m'en repens pas, car il avait de trop orgueilleuses prétentions. » M. Comby estime que les enfants élevés au lait stérilisé sont tous plus ou moins rachitiques.

Ces objections sont-elles fondées, et doit-on abandonner complètement une méthode d'alimentation qui, de l'avis de tous, a rendu les plus grands services? C'est à résoudre cette question que s'applique M. Carel, en publiant et commentant les observations qu'il a recueillies pendant cinq ans au Dispensaire de la Caisse des écoles du VIIe. Et ainsi, sans parti pris, sans idées préconçues, il démontre clairement que « si le lait stérilisé ne peut et ne doit jamais être considéré comme l'équivalent du lait maternel, il est injuste de lui dénier une grande valeur dans l'alimentation du nourrison ». Une instruction à l'usage des mères, très soignée, quoique encore un peu longue, termine cet excellent ouvrage.

Rhumatisme tuberculeux. Arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse (2), par le docteur J. LEVET.

La tuberculose peut, au même titre que les autres maladies infectieuses, donner naissance à du pseudo-rhumatisme. Ce pseudo-rhumatisme tuberculeux peut revêtir diverses formes : aiguë, subaiguë, chronique, déformante, etc.; il peut aussi prendre le type que M. Levet désigne sous le nom d'*arthrite ankylosante*. Cette arthrite frappe surtout les grandes articulations et se rapproche, par nombre de symptômes, du rhumatisme chronique. Son anatomie pathologique, quoique encore peu connue, ne paraît rien présenter de particulier. Son traitement doit être général et local. Général, il lutte contre la tare tuberculeuse; local, il s'oppose à l'arthrite ou à l'ankylose, mais s'inspire toujours de l'état général du malade.

(1) In-8°. — Paris, G. Steinheil.

(2) In-8°. — Lyon, Woltener et Cie.

Le lait à Copenhague (1), par le docteur H. de Rothschild.

Les méthodes qui président, en Danemark, à la production et à la conservation du lait sont absolument parfaites. Aussi Copenhague est-il une des villes d'Europe où la mortalité des nourrissons par gastro-entérite est la plus faible. Ce résultat, la capitale danoise le doit « à l'intelligente organisation de ses laiteries, à la haute probité commerciale et à l'activité infatigable de leurs directeurs, enfin et surtout à l'initiative heureuse du fondateur de la Kjobenhavns Maelkeforsgning (2) ». L. Babonneix.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. Genroblen. De l'érythème polymorphe récidivant. — M. Coquelin. De l'emploi de la tuberculine pour le diagnostic différentiel des affections tuberculeuses ou non tuberculeuses de l'axe cérébro-spinal. — M. Sarrailhé. Etude sur les causes occasionnelles des accès d'épilepsie jacksonnienne. — M. Lancelin. Morphinisme et infections; rôle des leucocytes. — M. Hermant. Du cancer primitif des voies biliaires et en particulier de son traitement chirurgical. — M. Gloaguen. L'acuité visuelle : les vices de réfraction; la vision des couleurs. — M. Levet. La greffe oculaire. — M. Eberlé. Du cysticerque sous-conjonctival. — M. Franceschetti. Etude sur la paralysie faciale congénitale compliquée de paralysies oculaires. — M. Poux. De la suture immédiate des voies aériennes après la trachéotomie et la trachéo-thyrotomie. — M. Duperron. L'œsophagoscopie (technique et valeur clinique). — M. Sallet. Les cavernes pulmonaires tuberculeuses et leur flore mycosique. — M. Labarrière. Des éruptions provoquées par le contact de l'artichaut. — M. Haglewin. De l'utilité de la mesure du segment anthropométrique. — M. Levier. De l'électro-diagnostic et des accidents du travail. — M. Girard. Etude de l'hallux varus. — M. Boymier. Etude critique de l'instrumentation pour le tubage et la trachéotomie. — M. Bernoud. De la pyélo-néphrite gravidique. — M. Léger. Contribution à l'étude hématologique des gastropathies dyspeptiques. — M. Durand. Etude sur les variations du chimisme stomacal à l'état normal et dans quelques cas pathologiques. — M. Esserteau. Etude microscopique du sang et du pus dans l'urétrite blennorragique. — M. Dubarry. De la sensibilité cutanée dans la névralgie sciatique. — M. Maratray. Rôle du médecin dans l'influence civilisatrice d'une nation. — M. Duchateau. Des secours immédiats (pansements tout préparés) aux blessés des guerres navales. — M. Peytoureau. Etude sur les empoisonnements par les pâtisseries à la crème. — M. Bertaud du Chazaud. Végétations adénoïdes et incontinence d'urine. — M. Martin. Du stridor laryngé congénital des nourrissons. — M. Guichoux. De l'état des réflexes dans l'épilepsie. — M. Guichot. Du traitement des épithéliomas cutanés par l'acide acétique cristallisable. — M. Tournadour. Des manifestations syphilitiques héréditaires du tractus uréal. — M. Le Moignic. Orthoscopie oculaire. Orthookiascopie. — M. Parrenin. Des cas de méningite tuberculeuse considérés comme guéris. — M. Carayon. Desquamation estivale en aires des mains. — M. Mouzels. Etude clinique des complications orbitaires des diacryocystites. — M. Koun. De la kératomalacie. — M. Le Maitre. Recherches sur les procédés chirurgicaux de l'école bordelaise. — M. Le Guiner. De la valeur séméiologique des micro-hémangiomes. — M. Bourragué. Des sinuosités maxillaires chez les enfants. — M. Cristol. Polypes adhérents de l'utérus. — M. Le Roy. Cataractes compliquées. Indications. Contre-indications.

(1) Extrait de la *Rev. d'hyg. et de méd. infant.*, t. I, n° 6, 1902. — Paris, O. Doin.

(2) Société laitière d'approvisionnement de Copenhague.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Beyrouth.* — M. Calmette, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être nommé professeur de thérapeutique à l'Ecole française de médecine de Beyrouth.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Bourdon (de Bousies) est nommé officier d'Académie.

L'inauguration du monument Charcot à Lamalou-les-Bains aura lieu le 20 septembre, sous la présidence de M. le ministre du Commerce.

A dix heures trente, cérémonie d'inauguration du monument Charcot.

A midi trente, banquet offert par la Ville dans la grande salle du Casino municipal.

A neuf heures du soir, représentation de gala au théâtre du Casino municipal.

Voyages d'études médicales aux eaux minérales, stations maritimes, climatériques et sanatoriums de France. — Le 5e voyage d'études médicales, qui aura lieu du 10 au 23 septembre 1903, s'annonce dans d'excellentes conditions. Le nombre des adhérents est de 116. Rappelons l'intéressant programme du voyage :

Concentration à Toulouse de tous les adhérents à ce voyage, dans la journée du 9 septembre, ou au plus tard, le matin du jeudi 10, de manière à pouvoir prendre le train spécial qui partira de la gare de Toulouse-Matabiau à neuf heures dix du matin le 10 septembre (après l'arrivée de l'express venant de Paris).

Jeudi 10 septembre 1903. — Départ de Toulouse par train spécial à 9 h. 10 du matin. Arrivée à Salies-du-Salut vers 11 h. 15; visite de l'établissement et du sanatorium thermal. Déjeuner. Vers 2 heures, départ du train spécial pour Saint-Girons (vallée du Salat), arrivée vers 2 h. 15. Départ en voiture pour Aulus. Arrivée vers 6 heures. Visite. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : établissement thermal, Aulus (Ariège).

Vendredi 11. — A 9 h. 30, départ d'Aulus en voitures pour Saint-Girons. Arrivée vers midi 30. Déjeuner hôtel de France. Visite de Saint-Lizier, église et cloître des XIe, XIIe et XIIIe siècles. A 2 h. 15, départ en voitures pour La Bastide-de-Serou. Arrivée vers 5 heures. Départ en train spécial pour Ax. Arrivée à Ax vers 7 heures. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Ax (Ariège).

Samedi 12. — Le matin, à 8 heures, visite des établissements d'Ax. Déjeuner. A 1 h. 50, départ en train spécial pour Ussat. Arrivée vers 2 h. 30. Visite des établissements et du canal hydrostatique. Départ à 6 h. 40. Arrivée à Ax à 7 h. 10. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Ax (Ariège).

Dimanche 13. — A 7 heures du matin, départ en voitures pour Les Escaldes par la vallée de l'Ariège. A 10 heures, arrivée à l'Hospitalet (1460 mètres). Déjeuner. Départ à midi, continuation de la montée, col de Puymorens (1 917 mètres). Descente sur la Cerdagne par la vallée du Carol. A la Tour-de-Carol, débouché dans la plaine de Cerdagne, panorama de Puigcerda. Arrivée aux Escaldes, station thermale la plus élevée de France (1 350 mètres). Installation. Dîner. Coucher.

Lundi 14. — Le matin, à 8 heures, visite des Escaldes. A 10 heures, départ en voitures pour Bourg-Madame et Puigcerda, capitale de la Cerdagne espagnole. Visite de la ville. A midi, déjeuner à l'hôtel Tixaire. A 1 heure, départ en voitures pour Mont-Louis par Angoustrine (1 400 mètres), Odeillo et Font-Romeu. Arrivée à Mont-Louis vers 5 heures. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : Hôtel de France, Mont-Louis (Pyrénées-Orientales).

Mardi 15. — A 6 heures du matin, départ en voitures pour Quillan par le Capcir et la haute vallée de l'Aude. Arrivée à Car-

canières à 10 h. 30. Déjeuner. Départ à midi, traversée des gorges de Saint-Georges et de Pierre-Lys. Arrivée à Quillan vers 3 heures. A 3 h. 20, départ en train spécial pour Carcassonne. Arrêt à Alet une heure et demie environ. Visite des sources. Arrivée à Carcassonne vers 6 h. 50. Installation aux hôtels. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Carcassonne (Aude).

Mercredi 16. — Le matin, visite de la cité de Carcassonne. A 10 h. 15, concentration à la gare et à 10 h. 30, départ en train spécial pour Narbonne. Traversée des vignobles du Narbonnais. Arrêt de 11 h. 30 à midi 30, pour déjeuner, au buffet de Narbonne. Continuation du trajet entre les étangs et la mer. Arrivée à Prades vers 2 h. 35, après la traversée des vignobles du Roussillon.

En voitures, de Prades à Molitg, arrivée vers 3 h. 1/2. A 5 h. 30, départ en voitures pour Le Vernet, par Prades et Villefranche-de-Conflent, en suivant les contreforts du Canigou. Arrivée vers 6 h. 30. Installation. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : Grand-Hôtel du Portugal, Le Vernet (Pyrénées-Orientales).

Jeudi 17. — Le matin, visite du Vernet, établissement et sanatorium. Déjeuner à 11 heures. A midi, départ en voitures pour Villefranche-de-Conflent et à midi 30, départ en train spécial pour Amélie. Traversée d'une partie du bas Roussillon. Arrivée à Amélie vers 2 h. 40. Visite des établissements. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

Vendredi 18. — Départ en voitures à 6 heures du matin pour La Preste par la vallée du Tech. Arrêt à Prats-de-Mollo. Arrivée à La Preste vers 11 heures. Visite. Déjeuner. A 2 heures, départ. Arrivée à Arles-sur-Tech vers 5 heures. Visite de la ville, de l'église et du cloître, XIIe et XIIIe siècles. Retour à Amélie vers 7 heures. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

Samedi 19. — Départ en train spécial vers 7 heures du matin, arrêt au Boulou. Arrivée à Banyuls-sur-Mer vers 10 heures. Visite du laboratoire Arago. Déjeuner, hôtel des Bains. A 1 heure, visite du sanatorium maritime, et à 3 h. 20 départ du train spécial pour Lamalou, par Perpignan, Narbonne, Béziers et Bédarieux. Arrivée à Lamalou à 7 heures. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Lamalou (Hérault).

Dimanche 20. — A 8 heures, visite des établissements de Lamalou. A midi, déjeuner. Après midi, fêtes d'inauguration du buste du professeur Charcot. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Lamalou (Hérault).

Lundi 21. — Vers 6 h. 30, départ en train spécial pour Orange. Arrivée vers midi 30. Déjeuner. A 1 h. 30, départ en voiture pour Montmirail. Arrivée vers 3 heures. Visite. A 5 h. 30, départ. Retour à Orange à 6 h. 30. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Orange (Vaucluse).

Mardi 22. — Le matin, visite du théâtre romain et de l'Arc de Marius. A 9 heures, départ en train spécial pour Vals, par Montélimar et le Teil. Arrivée vers midi. Déjeuner. Après midi, visite de Vals. Dîner. Coucher.

Adresser sa correspondance : V. E. M. Poste restante, Vals (Ardèche).

Mercredi 23. — Départ vers 6 heures par train spécial. Arrivée à Chavanay vers 9 h. 30, montée en voiture, arrivée au Mont Pilat vers midi 30. Déjeuner. A 2 h. 30, descente. Retour à Chavanay vers 5 heures. En train spécial pour Lyon à 5 h. 15. Arrivée à Lyon à 6 h. 15. Dîner au buffet. Dislocation.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Angot (de Monsoult) et Lachize (de la Demi-Lune, Rhône).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des sanatoriums ouverts et fermés, rapport au Congrès international d'hydrologie et climatologie de Grenoble (22 septembre 1902), par le docteur Marcellin CAZAUX, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, médaille d'or de l'Académie de médecine (1902). — Paris, C. Naud.

Les phénomènes psychiques, recherches, observations, méthodes, par J. MAXWELL, docteur en médecine, avocat général près la Cour d'appel de Bordeaux, préface du professeur Ch. RICHET. 1 vol. in-8°. (Bibliothèque de philosophie contemporaine.) — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

Diagnostic des rétrécissements de l'urètre, par le docteur Léon IMBERT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — Montpellier, imprimerie Delord-Bœhm et Martial.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LES MÉTASTASES DE L'ECZÉMA

D'après M. G. Dupeyrac (1).

L'eczéma est-il capable de retentir au loin sur les différents viscères, de provoquer des *métastases*, suivant l'expression consacrée? Oui, si l'on en croit les traditions médicales, non pour l'École allemande, et pour Kaposi, en particulier.

La solution de cette question est loin d'être purement théorique : si l'on admet, avec Kaposi, qu'en présence d'un eczéma, l'état général est quantité négligeable et que l'on n'a à soigner qu'une peau malade, il ne faut pas hésiter à appliquer le traitement ordinaire. Si, au contraire, on admet que, sous l'influence de diverses causes, et, spécialement, sous l'influence d'un traitement un peu actif, l'eczéma est capable de retentir sur les organes internes, de *se déplacer*, l'abstention thérapeutique s'impose, l'eczéma doit être respecté. De l'idée qu'on se fait des métastases de l'eczéma découlent donc d'importantes conséquences thérapeutiques.

Le mot métastase sert à désigner le déplacement d'une maladie ou d'un acte morbide qui disparaît d'une partie de l'économie pour se montrer dans une autre. Les anciens auteurs, voyant des maladies se transporter sous leurs yeux d'un point à un autre, supposaient que c'était la cause de la maladie fluide et mobile qui se déplaçait ainsi. Quand le changement de lieu se produisait d'un organe plus important à un autre moins important, on l'appelait *diadoque*; le mot *métastase* était réservé aux cas où ce changement s'effectuait au contraire sur un organe mobile et augmentait la gravité de la maladie. Edifiée par Galien et par son école, la théorie des métastases explique une série de phénomènes, les uns ayant pour point de départ la suppression d'une fonction (métastases menstruelles, urineuses, bilieuses, laiteuses), les autres ayant pour point de départ un acte morbide : métastases séreuses, purulentes, rhumatismales, goutteuses, et enfin métastases cutanées.

Parmi ces dernières, les métastases de l'eczéma sont peut-être les plus anciennement connues. Lorry, dès 1777, insiste sur les dangers qui peuvent résulter de la suppression des dartres. Plenck signale la gravité des maux qui suivent souvent la suppression du suintement de la croûte de lait, Poupart affirme (1782) que le virus dartreux est un protée, tel que celui de la vérole ou du scorbut, et qu'il occasionne, tantôt des maladies aiguës comme une fièvre, une fluxion de poitrine, tantôt des maladies chroniques comme la phtisie pulmonaire, l'asthme, l'hydropisie. Pour Alibert, les métastases dartreuses sont un phénomène pathologique qu'on observe souvent. « Les dartres se répercutent fréquemment sur la poitrine; quand cet accident survient, la respiration devient pénible et même douloureuse. » La dartre peut d'ailleurs se porter vers le foie, vers la vessie ou vers les autres viscères, et, de ceux-ci, revenir vers la périphérie cutanée. « Il est des dartres, dit encore Alibert, dans lesquelles les mouvements de la matière sont manifestement dépuratifs... Dans cette circonstance elles semblent avoir pour but d'extirper du « corps vivant une matière qui lui est étrangère et nuisible. De quels inconvénients serait suivie la conduite d'un médecin imprudent qui voudrait guérir trop vite l'écoulement salutaire d'une dartre squameuse humide! J'ai recueilli plusieurs exemples qui attestent un pareil danger ». Dumas, Hehnemann, Biett, Rayer signalent, eux aussi, des cas de métastase eczémateuse.

Cazenave est un adversaire résolu des métastases, qu'il pense avoir été fondées « sur des faits ou complètement faux ou mal appréciés ». Gibert est du même avis : « Sur douze mille malades dont nous avons exactement noté l'entrée et la sortie dans nos salles de Saint-Louis, écrit-il, c'est à peine si nous avons eu à signaler trois ou quatre faits bien avérés et bien incontestables de répercussion. » Devergie pense au contraire que « à une certaine période de la vie, l'eczéma devient un excitoire qu'il faut savoir respecter, sa suppression pouvant entraîner des accidents très graves, quelquefois la mort ».

Pour Bazin, les métastases appartiennent essentiellement aux affections dartreuses et arthritiques : « Les dartres se

(1) Th. de Paris, 1903 (G. Dupeyrac éditeur, Marseille).

déplacent, se transportent avec la plus grande facilité, soit d'une région à une autre sans transformation de la variété pathogénique. La dartre à la peau est une inflammation; cette inflammation se supprime brusquement et le dartreux est pris d'un catarrhe ou d'une hydropisie. » Les différentes complications de l'eczéma deviennent « autant de symptômes d'une même maladie constitutionnelle qui se manifeste successivement ou simultanément sur la peau, sur les poumons, sur les nerfs, etc. ». Hardy admet, dans quelques cas, les métastases eczémateuses : « Il est quelques faits dans lesquels on ne peut expliquer le changement survenu dans l'état morbide que par le phénomène de la métastase; tels sont quelques exemples positifs de méningite survenue, chez des enfants, à la suite de la guérison trop rapide d'un eczéma du cuir chevelu, quelques observations authentiques de catarrhe pulmonaire développé après l'amélioration d'un eczéma ou d'un lichen. » Vidal et Leloir signalent, sans pouvoir l'expliquer, l'alternance de l'eczéma avec les douleurs rhumatismales, les catarrhes bronchiques, les névralgies.

Tandis qu'en France les divergences entre les auteurs ne commencent que lorsqu'il s'agit d'interpréter les phénomènes, la plupart reconnaissant la réalité du fait clinique, les Allemands le nient. Hébra se refuse à admettre qu'il puisse y avoir alternance entre l'eczéma et diverses maladies internes; cette alternance, lorsqu'elle s'observe, n'est qu'accidentelle; l'eczéma est une lésion purement locale, n'ayant aucun rapport avec l'état général du sujet. Donc tout eczéma doit être traité; il n'existe aucune contre-indication. Kaposi adopte, dans toute leur rigueur, les idées d'Hebra; l'eczéma est une maladie externe qu'il faut toujours traiter par des moyens purement externes.

Les faits actuellement connus de métastase eczémateuse se rapportent, pour la plupart, à des enfants ou même à des nourrissons. Dans ces cas, la métastase frappe surtout les organes respiratoires et affecte, suivant les cas, la forme de la bronchite catarrhale, de la broncho-pneumonie, de la congestion catarrhale, de l'asthme.

Les cas de broncho-pneumonie consécutive à la disparition d'un eczéma sont les plus fréquents et les plus redoutables. M. Gaucher en a cité un exemple typique : une petite fille de deux ans et demi, atteinte d'eczéma chronique sec généralisé, très prurigineux, est soignée, pendant deux ou trois jours, par des lotions phéniquées. Les démangeaisons diminuent et l'éruption pâlit, mais l'enfant est brusquement prise de broncho-pneumonie et meurt en quelques jours. M. Babonneix a rapporté quelques cas non moins probants.

L'asthme, quoique moins fréquent, constitue peut-être la manifestation métastatique la plus nette de l'eczéma. Signalée par Bouillaud, cette variété d'asthme est considérée par Trousseau comme un véritable exanthème de la muqueuse bronchique, par Duclos (de Tours) comme une affection herpétique aiguë des voies respiratoires. G. Sée accepte cette doctrine et admet, au moins dans certains cas, l'eczéma des bronches : « Tant qu'il s'agit d'une exsudation catarrhale, on peut supposer un eczéma des bronches; coïncidant ou alternant avec la dartre, l'éruption serait de même nature sur le tégument interne que sur la peau. »

Les métastases gastriques ou intestinales sont beaucoup moins fréquentes. Là encore, les auteurs ont invoqué le transport de l'humeur peccante, le déplacement de l'irritation, de la fluxion. Les métastases nerveuses sont des plus variées et affectent tantôt le type névralgique, tantôt le type convulsif ou même franchement méningitique. Le rhumatisme et la goutte peuvent aussi être liés à l'eczéma et présenter avec cette dermatose des alternances remarquables, comme le prouvent les cas de MM. Gaucher et Deligny.

Quelle est la pathogénie de ces métastases? Certains auteurs ont invoqué la théorie parasitaire; « la disparition brusque d'un eczéma, affection parasitaire, s'explique aisément; elle est le premier symptôme d'une affection viscérale grave. » Mais il n'est pas démontré, bien au contraire, que l'eczéma soit de nature parasitaire, et cette théorie doit céder le pas à celle de l'eczéma, maladie dyscrasique. L'eczéma est une maladie générale liée à des altérations humorales d'ordre chimique. « Les matières extractives accumulées dans l'économie trouvent une voie d'élimination par la peau et produisent par leur action irritante les lésions eczémateuses. » Dès lors, « si, à un moment donné, on guérit brusquement un eczéma, c'est une voie d'élimination que l'on ferme aux matières extractives. La production n'est pas diminuée pour cela. Elles vont s'accumuler dans les tissus... S'il se trouve un organe malade ou moins résistant, il se ressentira davantage de l'action toxique de ces matières accumulées en excès, et c'est lui qui sera lésé à son tour. »

Ces vues théoriques conduisent naturellement à l'abstention thérapeutique plus ou moins complète en cas d'eczéma étendu développé chez un tout jeune enfant ou chez un nourrisson de souche arthritique, surtout si ce nourrisson est soigné à l'hôpital. « Il est, a dit depuis longtemps Hippocrate, des maladies dont il vaut mieux ne pas tenter la guérison, car on s'exposerait à occasionner le transport de la matière morbifique sur des parties qui en seraient lésées, et la nature pourrait y succomber. »

SUR LE TRAITEMENT D'URGENCE DE L'AMBLYOPIE PAR PERTES DE SANG

Par le docteur A. Terson (de Paris.)

Les ophtalmologistes connaissent la gravité de l'amaurose par pertes de sang qui aboutit à peu près *une fois sur deux* à la *cécité totale* ou presque totale. Les médecins en sont toutefois le plus souvent mal informés, et, si l'on consulte les livres de pathologie interne les plus courants et les plus répandus, on est étonné de voir l'absence générale de mention de la cécité possible, et dont tant d'observations ont été publiées, après les hématémèses, tout comme après bien d'autres pertes de sang. Frappé de cette situation, nous avons, dès 1894, publié, entre autres, un long travail monographique sur cette question (1), donné de nouveaux cas (2) et inspiré la thèse de Maillotis (3). Toutefois depuis cette époque, on nous a présenté plusieurs cas où l'atrophie optique partielle avait suivi la perte de sang, surtout par hémorragies utérines. Il était trop tard pour rien faire d'utile. Aussi ne saurait-on trop approuver ceux qui, comme M. Chevallereau au dernier Congrès, continuent à attirer l'attention sur ce point méconnu.

De plus, nous avons essayé de poser les bases d'un traite-

(1) A. Terson. Les troubles visuels graves après les hématémèses et après les métrorragies, *Semaine méd.*, mai 1894.

(2) A. Terson. Atrophie partielle des nerfs optiques à la suite d'une hématémèse, *Journ. des prat.*, décembre 1897.

(3) Maillotis. Th. de Paris, 1898.

ment d'*urgence*. Persuadés que c'est en traitant les malades dès que l'obnubilation se produit, qu'on pourra plus souvent les faire échapper à la cécité, nous avons, dès 1897 (1), affirmé, que d'urgence il fallait alors pratiquer une très abondante injection de sérum artificiel. Quelle que soit la pathogénie qu'on adopte, qu'il s'agisse, suivant les cas, foudroyants ou tardifs, d'un spasme, d'une anémie rétinienne extrême ou d'un élément toxique, avant tout il faut de suite faire le lavage du sang et remonter la tension artérielle. Malheureusement, tous les cas qui nous ont été amenés depuis cette époque étaient atrophiés depuis longtemps.

Aussi, sur un fait nouveau dont je dois la communication au docteur Poinot (du Vandreuil) qui m'a autorisé à m'en servir, je dois appeler l'attention et apporter au moins un commencement de preuve à l'appui de l'efficacité de ce mode de traitement.

Il s'agit d'une femme accouchée depuis quelques heures, mais où la délivrance dut être pratiquée artificiellement. Au cours de cette délivrance, une hémorragie utérine considérable se produit. Une syncope a lieu et, quand la malade revient à elle, elle se plaint de n'y plus voir. A peine peut-elle reconnaître la flamme de la lampe qu'on fait passer devant ses yeux.

Notre estimé confrère, pour lutter contre l'anémie profonde et remonter l'état général, a fait une abondante injection (de 400 centimètres cubes au moins) de solution salée à 7 p. 100. Dès le lendemain, la malade avait la vue entièrement rétablie. Bien qu'il n'ait pas été fait d'examen ophtalmoscopique (qui d'ailleurs n'a souvent rien donné dans les cas foudroyants), ce cas doit, croyons-nous, faire prendre encore plus en considération le traitement que nous avions proposé en 1897, et qui, sans aucune nocivité possible, s'appuie sur les seules bases logiques en pareille circonstance. Il faut que, sans préjudice de tout autre moyen ancien et de toute autre thérapeutique qui remonte la pression artérielle, une injection de sérum artificiel soit appliquée d'urgence dès qu'un hémorragique se plaint, de suite ou dans les jours suivants (les troubles visuels ne se manifestent souvent que du troisième au sixième jour, tout en étant fort graves), d'un affaiblissement visuel rapide. Voilà ce que tout médecin doit savoir, tout en faisant pratiquer ou en pratiquant, s'il le peut, l'examen ophtalmoscopique. C'est dans cette voie, nous en sommes persuadé, qu'il faut s'engager pour arracher le plus possible de ces malades à une cécité, quelquefois totale et rapidement incurable.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Nouveaux cas de broncho-pneumonie continue, remarques sur l'hospitalisation des pneumopathies, par G. Rosenthal. (*Rev. de méd.*, 10 mai 1903.) — Depuis la publication de son premier travail sur les broncho-pneumonies continues (2), M. G. Rosenthal a eu l'occasion d'étudier trois nouveaux cas de cette affection dus, comme les premiers, à l'entérocoque seul ou associé. Au sujet de ces malades, l'auteur montre combien l'organisation actuelle des salles d'hôpital est défectueuse, et propose de substituer, à la salle à tout faire, une combinaison de sanatoriums, pavillons spécialisés pour aigus, avec salle de convalescence, dispensaires pour les chroniques et les suspects, en un mot pour tous ceux qui ont droit à la protection médicale, car certaines affections pulmonaires, et particulièrement les broncho-pneumonies continues, n'ont besoin, pour guérir, que d'air pur, c'est-à-dire du seul remède qu'elles ne peuvent avoir dans une salle d'hôpital. L. BABONNEIX.

La tuberculose bovine et humaine. (*Therapie der Gegenwart*, août 1903, p. 367.) — La question d'un intérêt pratique considérable soulevée par Koch au congrès de Londres (1901) vient de faire l'objet de recherches dont une commission du comité impérial de santé de Berlin (Reichsgesundheitsamt) publie les résultats intéressants que voici :

Sur 7 échantillons de culture de tuberculose provenant de bœufs ou de porcs, 2 déterminèrent la mort des bœufs auxquels on les inocula en huit à neuf semaines; 4 provoquèrent une tuberculose généralisée à marche plus lente; le septième ne détermina qu'une réaction localisée et l'envahissement de quelques ganglions plus ou moins éloignés du point inoculé.

En revanche, de 39 échantillons de bacilles fraîchement prélevés, provenant d'affections tuberculeuses humaines, 19 ne déterminèrent pas le moindre accident chez le bœuf; 9 provoquèrent au bout de quatre mois une très faible réaction ganglionnaire localisée qui ne manifesta pas la moindre tendance à s'étendre, mais plutôt à s'encapsuler; dans 7 cas les affections ganglionnaires furent plus marquées; cependant, il n'y eut pas de généralisation; 4 échantillons de culture provenant de tuberculose primitive du tube digestif ou de tuberculose miliaire infantile, provoquèrent une tuberculose généralisée chez le bœuf, tout en se comportant comme les échantillons de bacilles de provenance bovine les moins virulents.

L'intérêt de ces expériences réside dans leur extension.

Elles permettent de conclure que, si les assertions du professeur Koch, déclarant que l'homme ne peut pas être infecté par la tuberculose bovine et que par suite il n'est pas nécessaire de prendre des mesures prophylactiques particulières à ce point de vue, paraissent dans une certaine mesure ébranlées, il n'en est pas moins probable que la transmission de la tuberculose bovine à l'homme doit être en tout cas rare, sinon même exceptionnelle. Il est juste de dire que la question de savoir si la tuberculose bovine est inoculable à l'homme, en sens inverse des expériences précédentes, et celle de savoir dans quelle proportion cette transmission s'effectue avec effet reste à l'étude. Dès aujourd'hui on peut dire, sans courir grand risque de se tromper, que la thèse soutenue par Koch, vraisemblablement exagérée, se vérifie néanmoins dans la grande majorité des cas. PAUL VIOLLET.

CHIRURGIE

Sur un procédé pour aborder les abcès sous-diaphragmatiques du foie, par le docteur Pacheco Mendès. (*Revue de chir.*, juin 1903, p. 732.) — L'auteur écarte pour aborder ces abcès la voie abdominale, car, dit-il, on risque d'infecter la cavité péritonéale; de plus ce chemin est beaucoup moins commode pour atteindre la collection.

Le procédé transpleural a l'avantage d'utiliser un chemin plus court; mais on a encore à craindre l'infection et le pneumothorax.

Aussi M. Pacheco Mendès préfère-t-il la voie parapleurale, transdiaphragmatique; il se contente de décoller le cul-de-sac pleural des côtes, puis du diaphragme qu'il incise ensuite; pour arriver sur l'abcès, cette méthode serait, d'après lui, d'une grande facilité. ÉT. LE SOURD.

De la diminution de la distance sterno-cricoïdienne comme signe d'affaissement de la colonne cervicale, par M. André Fasquelle. (*Revue de chir.*, juin 1903, p. 704.) — M. Fasquelle, à propos d'un malade vu au Val-de-Grâce et

---

(1) A. Terson. *Journ. des prat.*, décembre 1897 (loc. cit.).
(2) Analysé in *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 74.

dont la taille avait diminué de 25 millimètres à la suite d'un traumatisme, a remarqué que dans ces cas d'affaissement de la colonne cervicale, la distance qui sépare le cartilage cricoïde de la fourchette sternale avait considérablement diminué. Alors que normalement cette distance est de 47 millimètres environ, elle n'était plus chez ce malade que de 15 millimètres.

La suspension de l'arbre laryngo-trachéal à la base du crâne permet assez bien d'expliquer ce fait.

Ce signe serait d'autant plus intéressant que dans ce cas la radiographie ne donnait que des indications incertaines.

ÉT. LE SOURD.

Des accidents mortels post-opératoires dans la sinusite frontale. (*Revue hebd. de laryngol.*, 1903, n° 31, p. 129.) — MM. P. JACQUES et J. MOLLY publient, à l'exemple de M. LUC (*Bull. Soc. franç. d'otol.*, 1902, p. 176), un cas de leptoméningite survenue très rapidement après la cure radicale d'une sinusite frontale suppurée ; le caractère de cette complication qui, dans le cas particulier, accompagnait une sinusite aiguë et avait pour agent le pneumocoque ou une espèce microbienne voisine, est d'évoluer d'une façon presque foudroyante. Les accidents méningés, survenus trente-trois heures après l'intervention, emportaient le malade moins de vingt heures après et à l'autopsie, on trouvait un enduit purulent jaune verdâtre, généralisé à toute la convexité avec maximum dans la région rolandique et minimum au niveau du pôle antérieur du lobe frontal, en rapport immédiat avec le foyer purulent osseux; en ce point, un simple œdème à peine louche soulève l'arachnoïde viscérale; les placards de méningite existaient aussi bien sur l'hémisphère gauche que sur le droit avec les mêmes caractères de diffusion.

Discutant les circonstances particulières de ce cas, les auteurs notent que jamais ils n'avaient observé un sinus frontal à parois si spacieuses et à la fois si frêles, ils estiment que la fragilité de la barrière osseuse, mise à nu par le curetage des fongosités, a pu favoriser l'absorption des germes infectieux, d'autant que ces chirurgiens craignant, en raison de la ténuité particulière de l'os, de provoquer de la nécrose, se sont abstenus, par une exception unique dans leur pratique, d'écouvillonner soigneusement avec un tampon chargé de chlorure de zinc à 1/10 la surface osseuse cruentée de ce sinus fraîchement cureté.

L'application immédiate et réitérée d'un caustique coagulant, jouissant simultanément de propriétés antiseptiques énergiques, paraît donc particulièrement justifiée et nécessaire quand on opère en plein foyer septique, ouvrant à la curette des milliers de minuscules bouches d'absorption veineuses et lymphatiques à moins d'un millimètre des méninges.

L'établissement d'un large drainage, réalisé par la résection totale de l'ethmoïde antérieur, paraît également utile à MM. Jacques et Molly pour parer à d'aussi tragiques complications que celles qu'il leur a été donné d'observer.

Enfin, ils se demandent si, dans les circonstances exceptionnelles où la cavité frontale se montre de dimensions inusitées et de parois spécialement délicates, il ne serait pas indiqué de laisser intact le revêtement muqueux si altéré qu'il puisse être.

Ce cas témoigne de la gravité de pronostic que peut parfois revêtir une intervention sur une sinusite frontale, généralement considérée et avec raison, dans la majorité des cas, comme relativement bénigne.

PAUL VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi de l'adrénaline dans le traitement des hémorroïdes irréductibles. (*Lancet*, 11 avril 1903.) — M. MOSSE signale l'efficacité de l'adrénaline dans les cas d'hémorroïdes irréductibles avec menace d'étranglement. Il cite à ce propos l'observation d'un homme de trente-six ans, qui présentait un bourrelet hémorroïdaire saillant et douloureux, à la fois interne et externe. Le malade accusait un gonflement et une douleur de la région anale datant de quatre à cinq jours. Les symptômes demeuraient stationnaires. Un tampon d'ouate hydrophile préalablement imbibé d'une solution d'adrénaline à 1 p. 2000 fut alors mis en contact avec la partie la plus saillante de la tumeur. En sept à huit minutes la muqueuse pâlit et la tuméfaction s'atténua. Le malade se sentit soulagé, mais la douleur n'avait pas disparu et la réduction n'était pas encore réalisable. Le lendemain matin on appliqua sur toute la surface de la tumeur un tampon imbibé d'une solution d'adrénaline au millième. La douleur et le gonflement diminuèrent rapidement. Dans la journée le sujet put se tenir assis, le soir même on put pratiquer la réduction; la nuit suivante il y eut deux selles non douloureuses.

Quelques jours après les hémorroïdes réapparurent, mais sans tendance à l'étranglement. Une nouvelle application de la solution à 1 p. 1000 les fit de nouveau disparaître.

A. HOUSQUAINS.

QUESTION D'INTERNAT

Pleurésies putrides.

HISTORIQUE. DÉFINITION. — Les pleurésies putrides ont été longtemps confondues avec les autres variétés de pleurésies. Ce n'est qu'au commencement du XIXe siècle qu'on les sépare définitivement des pleurésies purulentes et qu'on s'efforce de préciser leurs caractères anatomo-cliniques. Dans une *première période*, on admet qu'elles sont presque toujours de nature gangréneuse, et l'on en décrit deux variétés : une où la gangrène pleurale est consécutive à la gangrène pulmonaire (Corbin, Fournet, Bucquoy, Boudet, Rilliet et Barthez, Chomel, Stokes, Fränkel, etc.), et une autre, où elle est primitive (Monod, Baron, Thorowgood, Cruveilhier, Guersant, Hayem, Rendu, Debove, Netter, etc.). Acceptée par Besnier, cette division est critiquée par Bucquoy, pour lequel toute pleurésie gangréneuse est secondaire à une gangrène pulmonaire (1875).

Dans une *seconde période*, on différencie les pleurésies putrides des processus gangréneux de la plèvre, et, dans le groupe des pleurésies à liquide puant, des pleurésies *ozéneuses* (Dieulafoy), on distingue, avec M. Dieulafoy, des pleurésies fétides, putrides, gangréneuses. Les pleurésies *fétides* « sont celles dont l'épanchement n'a aucun des caractères de la putréfaction et n'est pas accompagné de lésions gangréneuses » ; les pleurésies *putrides* « sont celles dont l'épanchement présente les caractères de la putréfaction sans être accompagnées, elles non plus, de lésions gangréneuses »; les pleurésies *gangréneuses* « sont celles qui réunissent à la fois et les caractères de la putréfaction et des lésions gangréneuses ».

On peut donc accepter la définition suivante des pleurésies putrides proposée par M. Bouic : *tout épanchement de la cavité pleurale qui, sans qu'il y ait gangrène du poumon ou de la plèvre, présente une odeur infecte, exhale une plus ou moins forte quantité de gaz et est incapable de causer, après inoculation, un phlegmon gazeux et quelquefois même gangréneux* (1).

ÉTUDE CLINIQUE. — Les pleurésies putrides *débutent* ordinairement d'une façon brusque. Soudain, sans cause apparente, le malade est pris de *symptômes fonctionnels* intenses, point de côté violent, dyspnée vive, toux sèche et

(1) *Pleurésies putrides*, Paris, 1900, Michalon édit. (analysé in *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 78).

pénible, et de *symptômes généraux* inquiétants, frissons et fièvre, sueurs froides, tachycardie, angoisse. « Tout rappelle le tableau classique de l'apparition subite d'un pneumothorax » (Bouic). Exceptionnellement, le début est traînant et insidieux ; pendant quelques jours ou même quelques semaines, le malade se sent mal en train, il est courbaturé, accuse une légère dyspnée, ressent quelques frissons.

Après une phase assez courte, où les symptômes du début semblent parfois rétrocéder, survient la *période d'état.*

P. d'état. — S. FONCTIONNELS. — Ils sont au nombre de trois principaux : le point de côté, la dyspnée et la toux. Le *point de côté* est continu avec des exacerbations dues aux mouvements, à la palpation de la région, à la toux. Il immobilise les malades dans des attitudes bizarres. Son siège est assez variable ; le plus souvent, il siège en avant, à la partie inférieure d'un des côtés du thorax, ou au niveau du mamelon, ou encore dans l'aisselle ; quelquefois, il occupe l'angle inférieur de l'omoplate. Ce point de côté, qui s'accompagne d'hyperesthésie cutanée et provoque des irradiations diverses, est immuable pour un même malade.

Tantôt la *dyspnée* est d'emblée excessive, et alors elle diminue ultérieurement peu à peu, tantôt au contraire, elle augmente progressivement, devient violente et continue, et s'accompagne d'orthopnée, de battement continu des ailes du nez, de tirage, d'angoisse (Collet et Péhu, Giraudeau). Exceptionnellement, elle peut être peu marquée pendant toute la durée de la maladie (Courtois-Suffit). La dyspnée relève : *a.* de troubles mécaniques (refoulement d'un des poumons, d'où diminution du champ de l'hématose) ; *b.* de troubles toxiques dus à la résorption et au passage dans la circulation générale de produits solubles sécrétés au niveau de la plèvre malade.

La *toux* est aussi variable dans son intensité que dans sa date d'apparition. D'ordinaire, elle est d'abord sèche et quinteuse comme celle d'une pleurésie ordinaire, mais bientôt, « au lieu de s'atténuer et de disparaître, comme dans la pleurésie, elle persiste ; elle augmente même de fréquence, elle est sèche, sans expectoration » (Bouic, *loco citato*). Fait important, *ni l'haleine*, *ni l'expectoration*, *quand elle existe*, *ne deviennent fétides* ; la fétidité de l'haleine et de l'expectoration indique le plus souvent une gangrène pulmonaire surajoutée.

S. GÉNÉRAUX, *toujours précoces et graves* ; *digestifs* : anorexie absolue, langue sale, épaisse, soif vive, digestions pénibles, diarrhée, parfois incoercible (surtout chez l'enfant) ; *circulatoires* : accélération et petitesse du pouls, intermittences, assourdissement des bruits du cœur, hyperthermie d'abord modérée, la fièvre affectant le type continu avec légères rémissions matinales ; puis, lorsque la maladie dure déjà depuis longtemps et que l'organisme a subi l'intoxication putride, grandes oscillations, accès précédés de frissons violents et suivis de sueurs profuses, comme dans les pyohémies ; *urinaires* : urines peu abondantes, denses, riches en matières extractives, parfois albumineuses ; *nerveux* : abattement, prostration extrême, tendance finale au collapsus ; *généraux* : amaigrissement, pâleur, teint terreux et plombé du visage, altération des traits. Ces symptômes, « qu'on retrouve rarement dans d'autres variétés de pleurésies » (Dieulafoy), présentent la plus grande valeur diagnostique et pronostique.

Les SIGNES PHYSIQUES passent par plusieurs phases : A. *Dans une première, tout à fait au début*, « *les signes physiques sont nuls* : à peine la percussion signale-t-elle une légère submatité du côté atteint et l'auscultation quelques frottements » (Bouic).

B. *Dans une seconde*, *apparaissent tous les signes d'un épanchement pleural* : immobilité du côté malade, matité à la base et skodisme léger au sommet d'un des deux poumons, diminution ou abolition des vibrations vocales, affaiblissement du murmure vésiculaire, égophonie et pectoriloquie aphone.

A peine formé, cet épanchement augmente avec rapidité : le côté atteint s'immobilise et se dilate de plus en plus, la matité devient absolue, le skodisme sous-claviculaire augmente, le murmure vésiculaire disparaît, le souffle prend un timbre caverneux, les organes voisins sont refoulés.

C. *Alors apparaissent des signes physiques de pneumothorax* : le souffle, la voix et la toux prennent le caractère amphorique, le tintement métallique, le bruit d'airain, plus rarement la succussion hippocratique apparaissent, isolés ou réunis : *aux signes physiques déjà existants*, *et qui caractérisaient un épanchement liquide de la plèvre*, *se sont ajoutés ceux d'un épanchement gazeux.*

La *ponction* permet de retirer un liquide qui exhale une odeur horrible de mort, de pourriture, de macération anatomique, odeur envahissante, tenace. Ce liquide est louche, mal lié, séro-purulent plutôt que purulent ; sa couleur, assez variable, est le plus souvent rougeâtre, lavure de chair. Par le repos, il se divise en deux couches : une inférieure, dense, opaque, *mais ne contenant pas de fibres élastiques ni de débris du parenchyme pulmonaire* ; une supérieure, plus claire, presque transparente. La ponction est fréquemment suivie de l'apparition, au niveau même de la piqûre, d'un *phlegmon gangréneux* (Leriche, Widal et Nobécourt, Netter, Achard, Courtois-Suffit, etc.) [v. Bouic. Loc. cit.].

L'amélioration que procure la thoracentèse n'est que passagère ; le liquide se reproduit avec rapidité, l'état général s'aggrave de jour en jour.

TERMINAISONS. — *La mort est la terminaison naturelle de la pleurésie putride abandonnée à elle-même* : mort subite (Courtois-Suffit), ou plutôt mort lente dans la cachexie et le marasme. La mort peut encore être le fait d'une *complication* : phlegmon gazeux consécutif à la ponction, à la thoracentèse ou à l'empyème ; emphysème sous-cutané dû au passage direct des gaz de la plèvre dans le tissu cellulaire au moment où on retire le trocart de la plèvre (Church, West, Béhier, Ballet et Faure, Gaillard) ; gangrène pleurale et même peut-être gangrène pulmonaire (1), métastases putrides ; embolies (Giraudeau, Wegbrecher) consécutives à une thrombose des veines pulmonaires ; dégénérescences amyloïdes viscérales, etc.

Même en dehors de toute complication, la marche de la pleurésie putride est rapide : « Cette affection ne dure que quelques jours, quelques semaines au maximum... *L'empyème est l'unique moyen de salut* (2), » encore faut-il qu'il soit précoce.

Le **PRONOSTIC** est donc très grave et doit toujours être réservé.

FORMES. — A. D'APRÈS LE SIÈGE. — La pleurésie putride peut être *libre* ou *enkystée*. La première est de beaucoup la plus fréquente ; quant à la seconde, elle peut être *diaphragmatique*, *apicale*, *médiastine* ; le plus souvent, elle est *interlobaire* : dans toutes ces formes, les signes physiques, tardifs et souvent obscurs, sont en rapport avec la localisation de l'épanchement.

B. D'APRÈS L'ORIGINE DU PROCESSUS PUTRIDE. — Ne décrire là que la *pleurésie appendiculaire* (Dieulafoy, Wolbrecht, Duddenhauser), qui débute de huit à quinze jours après l'appendicite par une très vive douleur dans l'hypocondre droit, avec irradiations dans l'épaule du même côté, par une toux quinteuse, une dyspnée vive (*début hépato-phrénique* de Dieulafoy). Ces pleurésies, qui s'accompagnent de troubles extrêmement graves de la santé générale, aboutissent rapidement à la mort. (*A suivre.*)

(1) La vomique est aussi rare dans les pleurésies putrides libres que fréquente dans les pleurésies fétides interlobaires.

(2) Bouic. Loc. cit.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. Le Bouvier. Du traitement des tumeurs blanches par l'ignipuncture. — M. Lasserre. De la rupture des varices des veines du cordon. — M. Drouillard. Les injections de quinine et en particulier les injections intra-musculaires de chlorhydrate neutre dans le traitement du paludisme. — M. Piouffe. Le signe de Kernig dans les affections non méningitiques. — M. Primislas-Lallement. De l'amélioration et de la guérison spontanées du cancer. — M. Thézé. Contribution à l'étude de la pathogénie de la paralysie rabique expérimentale. — M. Batelier. Considérations sur le délire de la scarlatine. — M. Mercier. Considérations sur la variole et la vaccine à Bordeaux (1882-1902). — M. Janneau. Etude sur la morbidité vénérienne et les résultats de la réglementation prostitutionnelle à Brest. — M. Geniès. Quelques considérations sur les inventeurs (sains d'esprit, dégénérés, aliénés). — M. Mignard. De la syphilis tertiaire du naso-pharynx. — M. Lescure. Du coryza atrophique ozénateux. Essai sur un nouveau traitement par les injections interstitielles de paraffine. — M. Bourges. De l'hystérectomie abdominale à Bordeaux dans le traitement du cancer de l'utérus. — M. Arathoon. Etat actuel de la science sur la question de l'étiologie du cancer. — M. Thélème. Contribution à l'étude hématologique du rhumatisme articulaire aigu, du rhumatisme chronique et de la chorée de Sydenham. — M. de Goyon. Etude expérimentale et clinique de la conduction sensitive dans la moelle épinière. — M. Masse. Des différentes modalités de l'association hystéro-neurasthénique (formes associées et dissociées). — M. Frontgons. De l'anesthésie générale rapide par le sœmnoforme. — M. Deunff. Contribution à l'étude de la désarticulation de la hanche. — M. Cavasse. Les dégénérés dans l'armée coloniale. — M. Fistié. Du traitement marin à Roscoff. — M. Capgrand. Le rhabdomyome pur. Considérations sur sa pathogénie. — M. Laroche de Féline. Contribution à l'étude de la voie abdomino-diaphragmatique dans la chirurgie du cœur et du péricarde. — M. Boursier. Les flexions utérines dans leurs rapports avec la stérilité. — M. Boué. Localisation des lésions provocatrices de l'épilepsie jacksonienne à aura brachiale. — M. Leblanc. Nouvelle méthode pour la diagnose du sang humain en médecine légale (réaction Bordet-Uhlenhuth). — M. Dartigalongue. Contribution à l'étude du pemphigus oculaire. — M. Barcelonne. Contribution à l'étude du début de l'évacuation du contenu gastrique dans l'intestin. — M. Huot. Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la phloridzine. — M. Gautier. Sur un cas de pseudo-rhumatisme para-pneumonique. — M. Lacoste. Quelques recherches sur la fréquence des antécédents alcooliques chez les tuberculeux. — M. Maxwell. L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie. — M. Stanislas. De la suture au fil d'argent laissé à demeure dans la cure radicale des hernies. — M. Faure. Des abcès de l'orbite (abcès primitifs et abcès secondaires).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Le règlement suivant, concernant les élèves externes, leurs fonctions et leurs services, vient d'être adopté par le conseil des hôpitaux civils de Lyon :

Article premier. — La durée des fonctions des élèves externes, nommés au concours, sera de trois années.

Art. 2. — Ne seront admis à faire une deuxième année d'externat que les élèves externes ayant rempli leurs fonctions, pendant la première année, de façon à satisfaire tant l'administration que leurs chefs de service.

Vers la fin de cette première année, les chefs de service et leurs suppléants, s'ils en ont eu, seront invités à fournir chacun, à l'administration, leur appréciation sur les élèves externes qui auront été attachés à leurs services.

En cas de divergence entre les notes des chefs de service, ces notes seront communiquées au comité médico-chirurgical.

Le conseil statuera sur les élimitations proposées par le comité.

Le conseil pourra, d'ailleurs, prononcer d'office toutes les éliminations qui lui paraîtraient justifiées par des motifs différents.

Les mêmes conditions seront imposées, à la fin de la deuxième année, aux élèves externes qui demanderont à faire une troisième année.

Art. 3. — Les élèves externes, qui auront accompli leurs trois années d'externat, recevront, à l'expiration de ces trois années, un diplôme qui leur sera délivré par le conseil général d'administration.

Art. 4. — Ne seront admis à concourir, pour l'internat, que les élèves externes en fonctions ou les étudiants en médecine pourvus du diplôme d'élève externe.

Art. 5. — Ne seront admis à remplir les fonctions d'élèves internes suppléants que les élèves externes ayant accompli deux années d'externat.

Les élèves internes suppléants recevront le diplôme d'élève externe, au bout de leur année de suppléance, comme s'ils avaient accompli trois années d'externat, s'ils ont satisfait l'administration et leurs chefs de service.

Si un élève externe est appelé à faire son service militaire, en rentrant de ce service il comptera, en prenant le service d'élève externe, avec son rang de classement, dans la promotion qui suit celle de sa nomination.

Il n'est rien changé, jusqu'à nouvel ordre, en ce qui concerne les traitements accordés aux élèves externes.

Dispositions transitoires. — Les élèves externes, actuellement en fonctions, pourront, sur leur demande et sur le vu des certificats de tous leurs chefs de service, demandés directement par l'administration et communiqués, en cas de divergence d'appréciation, au comité médico-chirurgical, être admis à faire une troisième année d'externat.

Les élèves externes, actuellement en fonctions, pourront, à la fin de leur première année, à la suite du concours d'internat de 1903, accepter les fonctions d'élèves internes suppléants et, au bout de cette année, s'ils ont satisfait l'administration et leurs chefs de service, ils pourront obtenir une troisième année d'externat, en prenant leur rang dans leur promotion d'élèves externes.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies en bronze est décernée aux personnes ci-après désignées qui, en s'acquittant avec dévouement de leurs fonctions, ont contracté des maladies transmissibles ou se sont trouvées exposées à de sérieux risques de contagion :

MM. Béclard, Bourganel, de Brunel de Serbonnes, externes aux Enfants-Malades;

MM. Hervoit, interne, et Nicolas, externe à Trousseau;

M. Bourrier, élève en médecine à l'Hôtel-Dieu;

M. Cotonec, externe à Bichat;

MM. Delille, Vacquerie et de Saint-Mathieu, externes à Bretonneau;

M. Duvergié, externe à Laënnec;

MM. Gauckler, interne, et Wicart, externe à Tenon;

M. Guérin-Beaupré, externe à Hérold;

M. Lièvre, externe à Boucicaut;

M. Roullier, élève en médecine à Lariboisière.

Cours de vacances. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, professeur : M. Dieulafoy.* — Cours de technique clinique. — Un cours de vacances, commençant le 21 septembre et comprenant dix-huit leçons, dans lesquelles seront exposées les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades, aura lieu à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin de dix heures à onze heures et demie.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les

docteurs Gandy et Nattan-Larrier, chefs de clinique; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants, et par M. Crozon, interne du service.

Programme du cours. — 21 septembre : Méthode d'examen clinique d'un malade médical; recherche et valeur des troubles fonctionnels et symptômes généraux (M. Gandy).

22 et 23 septembre : Technique clinique de l'examen du cœur et des vaisseaux (M. Nattan-Larrier).

24 septembre : Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx (M. Bonnier).

25 et 26 septembre : Technique clinique de l'examen du poumon et de la plèvre (M. Gandy).

28 septembre : Méthodes cliniques d'exploration fonctionnelle et physique de l'estomac (M. Nattan-Larrier).

29 septembre : Méthodes cliniques d'exploration de l'intestin et du péritoine (M. Nattan-Larrier),

30 septembre : Méthodes cliniques d'exploration fonctionnelle et physique du foie et de la rate (M. Gandy).

1er octobre : Méthodes cliniques d'exploration fonctionnelle et physique du rein (M. Nattan-Larrier).

2 et 3 octobre : Technique de l'examen clinique du système nerveux [motilité, réflexes, sensibilité, état mental, langage, écriture, etc.] (M. Crouzon).

5 octobre : Technique de l'examen de l'oreille [équilibre, audition] (M. Bonnier).

6 octobre : Méthodes cliniques d'examen des affections cutanées (M. Dehu).

7 octobre : Recherche des localisations, stigmates et symptômes de la tuberculose (M. Gandy).

8 octobre : Recherche des accidents et stigmates de la syphilis (M. Déhu).

9 octobre : Méthodes d'exploration des réactions électriques et leur application au diagnostic médical (M. Lacaille).

10 octobre : Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique et leur application au diagnostic médical (M. Lacaille).

Le droit à verser est de 60 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

N'être mère qu'à son gré..., tel est le captivant problème traité dans le nouveau roman de Michel Corday, qui paraît aujourd'hui chez l'éditeur Fasquelle, en un volume de la Bibliothèque-Charpentier : **Sésame ou la maternité consentie.**

Qu'adviendrait-il si une découverte mettait soudain la femme à même d'être vraiment maîtresse de sa fécondité? Cette émouvante hypothèse est examinée par le brillant auteur de *Vénus et des Embrasés* avec la plus pénétrante sagacité, au cours d'un roman d'un attrait sans égal.

L'urologie et les médecins urologues dans la médecine ancienne. Gilles de Corbeil, sa vie, ses œuvres, son poème des urines, par C. Vieillard, avec préface du professeur R. Blanchard, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. gr. in-8° de 400 p., avec 38 fig. dans le texte. — Prix : broché, 15 fr. — Paris, Librairie scientifique et littéraire F.-R. de Rudeval.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

LIBRAIRIE MASSON ET Cie

120, boulevard St-Germain.

Entre aveugles : conseils à l'usage des personnes qui viennent de perdre la vue par le docteur Émile Javal, directeur honoraire du laboratoire d'ophtalmologie de l'École des hautes-études, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 avec frontispice. — Prix : 2 fr. 50.

N° 105. — SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1903. — N° 105.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Action du plexus solaire sur les viscères abdominaux.

Par le docteur Laignel-Lavastine,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le sympathique, système nerveux de la vie végétative, préside aux fonctions de nutrition; le sympathique abdominal innerve les viscères abdominaux, tractus gastro-intestinal, et organes génito-urinaires. Le plexus solaire, cerveau abdominal de Bichat, innerve la plus grande partie du tube digestif; il n'agit pas sur les reins.

Dans cette revue, on étudiera successivement l'action du plexus solaire sur l'estomac, l'intestin grêle, le foie, le pancréas et la rate et ses rapports avec le système nerveux régulateur des surrénales et des reins.

De cette étude sur l'action du plexus solaire sur le tube digestif sont éliminés l'œsophage et le rectum. Le premier n'est pas abdominal (*). Le second n'est pas sous la dépendance du plexus solaire. Une expérience de Laignel-Lavastine (1) le montre nettement. A la suite de l'extirpation totale et complète du plexus solaire, on trouve l'intestin extrêmement congestionné jusqu'à 20 centimètres avant l'anus. A partir de ce niveau l'intestin est normal.

I

Estomac. — Malgré le grand nombre de travaux entrepris depuis Magendie (2) et Schiff (3) l'action du sympathique sur l'estomac n'est pas encore élucidée dans ses différents modes.

Motilité. — Chauveau, Marey, Van Braam Honckgeest, F. Battelli ont montré que, si par l'excitation des bouts périphériques des vagues le tonus s'exagère et les contractions rythmées augmentent considérablement d'amplitude, au contraire par l'excitation du bout périphérique des grands splanchniques, on provoque des effets antagonistes, le tonus de l'estomac s'abaisse, les contractions s'accusent de moins en moins et le rythme disparaît. Plus récemment, Courtade et Guyon (4), dans le laboratoire de François-Franck, ont également observé l'arrêt des mouvements péristaltiques de l'estomac sous l'influence de l'excitation du bout périphérique du splanchnique. Toutefois, pour eux, les seules fibres longitudinales se relâcheraient, les fibres circulaires se contractant surtout au niveau du cardia et du pylore. Parallèlement à cette opinion, Contejean (5) a constaté que chez la grenouille l'excitation du grand sympathique derrière l'aorte au niveau du rein ou des ganglions cœliaques provoque la contraction des fibres circulaires.

Les origines du grand splanchnique en tant qu'inhibiteur de l'estomac paraissent commencer au niveau de l'anse de Vienssens (Morat). La motilité de l'estomac peut être modifiée par une série de médicaments qui agissent sur ses nerfs. Ainsi les fibres motrices du pneumogastrique excitées par la nicotine et la vératrine sont paralysées par l'atropine. Ainsi le splanchnique en tant qu'inhibiteur est paralysé par l'atropine.

Sensibilité. — La sensibilité consciente ne dépend pas du sympathique (6). La sensibilité sympathique est du domaine pathologique. Cette remarque est d'ordre général et dans l'étude des fonctions nerveuses de chaque viscère sous la dépendance du plexus solaire, on passera sous silence la sensibilité normale. Pour ce qui est de l'estomac, la sensibilité normale dépend uniquement du pneumogastrique. Elle est abolie par la section des deux pneumogastriques dans le thorax (7).

Vaso-moteurs. — Les conclusions de Claude Bernard, Budge, Pincus, Vulpian, Sanders, Zuntz, Dastre et Morat sur les voso-moteurs de l'estomac sont concordantes. La section des splanchniques provoque la dilatation des vaisseaux. L'excitation du bout périphérique de l'un des splanchniques avec des courants induits provoque la constriction. Au cours de leurs expériences, Hallion et Laignel-Lavastine (8) ont maintes fois vérifié ces données. Particulièrement, à l'autopsie des animaux morts un ou deux jours après l'ablation des ganglions semi-lunaires, ils ont constaté une hypérémie telle de la muqueuse gastrique

(*) L'action du sympathique sur l'œsophage a été bien étudiée par Botazzi. (Botazzi. *Phil. journ. of physiol.*, XXX, 2; — The action of the vagus and the sympathetic on the œsophagus et action du vague et du sympathique sur l'œsophage du crapaud, *Arch. ital. de biol.*, t. XXXIII, p. 282)

qu'elle ressemblait aux circonvolutions cérébrales atteintes de ramollissement rouge.

Des coupes histologiques montrent très nettement l'intensité de cette hypérémie qui réalise dans les vaisseaux de la muqueuse et du chorion une injection très réussie.

Sécrétions. — L'action du système nerveux sur la sécrétion de l'estomac est une des questions qui ont le plus passionné les physiologistes. On accepte aujourd'hui dans leurs grandes lignes les conclusions de Pawlow (9).

Il divise les fibres du pneumogastrique en fibres sécrétoires proprement dites et en fibres trophiques. Les premières sécrètent de l'eau, les secondes président à l'élaboration de substances solides.

L'excitation du bout périphérique du pneumogastrique coupé par des chocs d'induction répétés à une ou deux secondes d'intervalle permet de recueillir chaque fois du suc dans l'estomac; cette excitation artificielle des pneumogastriques met à la fois en jeu des influences excitatrices et inhibitrices pour les glandes.

D'autre part, l'estomac d'un chien dont les deux pneumogastriques sont coupés est encore capable d'élaborer sa sécrétion spécifique; mais alors ce travail représente une déviation de l'état normal. Si le rôle du pneumogastrique est connu, il n'en est pas de même du sympathique. « Il faut espérer, dit Pawlow, que maintenant que nous connaissons les rapports des nerfs pneumogastriques avec les glandes gastriques, des recherches ultérieures dirigées du côté du système nerveux sympathique élucideront dans un avenir prochain cette question. » Des recherches entreprises dans cette voie n'ont pas encore abouti.

Absorption. — L'étude de l'absorption stomacale est peu avancée dans son ensemble. Aussi le rôle exercé par le système nerveux y est-il peu connu.

Baculo (10) pense que l'absorption par l'estomac est plus rapide après la section des pneumogastriques. La section des deux splanchniques qui accélère l'absorption intestinale paraît avoir la même action quoique à un degré moindre sur l'estomac.

II

Intestin. — Motilité. — Les mouvements de l'intestin dépendent de nerfs périphériques et de centres automatiques.

La motilité dans ses rapports avec le sympathique a été surtout étudiée par Courtade et Guyon en France; leurs expériences faites dans le laboratoire de M. François-Franck paraissent avoir définitivement éclairci la question. Voici le procédé qu'ils ont employé : Sur un chien curarisé, ils isolent un segment d'intestin grêle de 10 centimètres de long, au moyen de deux doubles ligatures placées à égale distance de la branche artérielle qui l'irrigue; ils le séparent du reste de l'intestin en le sectionnant à ses deux bouts et le plongent dans une petite cuvette, à fond plat, contenant de l'eau salée à 37 degrés. De cette façon l'intestin conserve sa tonicité et sa coloration normales, si l'on a soin de ne pas exercer de traction sur le pédicule vasculo-nerveux qui le relie à l'animal. Une des extrémités du segment est attachée à un point fixe, tandis que l'autre est réunie par un fil à un levier amplificateur chargé de communiquer à un tambour inscripteur les mouvements d'allongement et de raccourcissement des fibres longitudinales. A l'autre bout du segment, c'est-à-dire près de l'extrémité fixe, on introduit dans l'intérieur de l'intestin une ampoule très souple gonflée d'air, laquelle transmet à un second tambour inscripteur les mouvements de dilatation ou de resserrement des fibres musculaires. Les mouvements des deux couches musculaires s'inscrivent donc séparément sur le cylindre enregistreur et sans l'influencer réciproquement. Par cette technique, ils ont constaté les faits suivants :

1° L'excitation du grand splanchnique intact avec un courant faible produit :

1. Un arrêt presque immédiat des mouvements rythmiques des deux couches;

2. Un relâchement plus ou moins accentué des fibres longitudinales;

3. La concentration tonique des fibres circulaires.

Ce dernier phénomène qui peut manquer avec un courant faible existe toujours avec un courant fort. Les deux premiers faits sont conformes à la loi de Pfluger, le troisième seul est nouveau.

2° L'excitation du bout périphérique du splanchnique sectionné donne les mêmes résultats.

3° L'excitation du bout central donne des faits de même ordre, mais moins accentués.

Ainsi, sur un intestin normal, *l'excitation du sympathique thoracique, et spécialement du splanchnique, provoque le relâchement des fibres musculaires longitudinales et la contraction tonique des fibres circulaires.* Elle agit donc, au moins pour ces dernières, comme l'excitation du sympathique abdominal, et spécialement de l'hypogastrique, agit sur la vessie (11). Cette identité d'action semble indiquer qu'il y a là un fait d'ordre général, au point de vue du sympathique.

Ehrmann (12), l'un des rares auteurs qui ait cherché à dissocier l'action des deux couches musculaires, a observé une réaction exactement inverse de celle décrite par Courtade et Guyon. Mais l'examen des conditions dans lesquelles elle se produit, conduit à la considérer comme anormale. On ne l'obtient, en effet, qu'à l'aide de courants très forts, le plus souvent à la fin des expériences, lorsque l'intestin mal irrigué a perdu une partie de sa tonicité primitive (Courtade et Guyon).

Récemment Bayliss et Starling (13) en Angleterre, Sabbatani et Fasola en Italie (14) sont arrivés à des conclusions différentes.

En particulier pour Bayliss et Starling, toujours le sympathique inhibe les deux tuniques musculaires; toujours le pneumogastrique produit leur contraction.

Cette opinion catégorique paraît discutable dans ses détails. Les faits positifs de Courtade et Guyon démontrent la possibilité de la contraction des fibres circulaires sous la seule action du sympathique, après section préalable des pneumogastriques.

D'autre part le détail des expériences de Bayliss et Starling montre que, s'ils n'ont pas constaté cette contraction, c'est qu'ils ne se sont pas mis dans des conditions favorables.

Bayliss et Starling ont également étudié l'innervation du gros intestin. Ils pensent qu'ici le sympathique est toujours inhibiteur et que les effets moteurs dépendent des nerfs pelviens.

La motilité intestinale par intermédiaire du pneumogastrique ou des splanchniques peut être modifiée par l'excitation des centres supérieurs.

L'excitation du gyrus sigmoïde chez le chien, ainsi que les parties qui l'avoisinent en dehors et en arrière, provoque

des mouvements de l'intestin; l'excitation est transmise par le pneumogastrique. L'excitation des couches optiques produit les mêmes phénomènes.

D'autre part, des fibres d'arrêt partent de ces différentes régions selon Bechterew et Mislawski et passent par la moelle d'où elles sortent vers le milieu de la région dorsale. La motilité intestinale dépend encore de centres automatiques, tels que le plexus d'Auerbach. Grâce à lui un fragment d'intestin séparé du corps a encore des mouvements péristaltiques. C'est un fait d'observation courante au cours des expériences d'ablation du plexus solaire. L'ablation du plexus solaire n'arrête pas le péristaltisme de l'intestin.

Ce péristaltisme diminue ou cesse même par l'excitation des splanchniques. Une application prolongée d'excitants intenses ou un abaissement de la température de l'intestin à 19 degrés (Howarth) amènent les mêmes effets. Les poisons peuvent dissocier les différents facteurs de la motilité intestinale.

Ainsi, la belladone diminue l'excitabilité du plexus d'Auerbach, la morphine excite les fibres d'arrêt des mouvements péristaltiques. L'élévation de la température ralentit, par l'excitation des splanchniques, comme l'ont montré Bokai et Tothmayer, les mouvements de l'intestin. La nicotine, la caféine excitent l'appareil moteur, les sels de potasse, la coloquinte excitent directement l'intestin, etc.

Récemment Laquerrière et Delherm (15) après Meltzner (16) ont repris l'étude des courants électriques appliqués à la motilité de l'intestin au point de vue thérapeutique. Meltzner montrait que, dans les conditions où l'on employait l'électricité chez l'homme, on ne produisait aucune contraction intestinale chez le chien. Dans des expériences variées, Laquerrière et Delherm obtiennent chez le chien des résultats applicables à l'homme.

Le point qui reste à éclaircir est le mécanisme de leur production.

Vaso-moteurs. — Les vaso-moteurs de l'intestin ont été successivement étudiés par Pincus, Budge, Moreau, Bradfort, Zuntz, Artaud et Butte, V. Bezold et Bonsen, Dastre et Morat, par l'examen direct des changements de coloration et par F. Franck et Hallion (17) par la méthode pléthysmographique.

Il résulte de ces travaux que la section des splanchniques provoque la dilatation des vaisseaux de l'intestin, que l'excitation du bout périphérique de l'un des splanchniques avec des courants induits provoque la constriction de ces vaisseaux et que les vaso-dilatateurs ne peuvent être mis en évidence que par action réflexe (excitation du nerf de Ludwig et Cyon).

Hallion et Laignel-Lavastine ont, à maintes reprises, dans leurs expériences avec tracés, constaté l'action vasoconstrictive sur l'intestin de l'excitation du splanchnique. Beaucoup plus intéressant est le rôle des ganglions solaires dans les vaso-moteurs de l'intestin.

Déjà Budge (18) avait trouvé que l'extirpation d'une certaine portion du plexus solaire (ganglions semi-lunaires et ganglions mésentériques) pratiquée sur le lapin déterminait la diarrhée.

Après éthérisation, il ouvrait le ventre à gauche, mettait à nu l'aorte, et la veine cave au-dessus des surrénales, coupait le splanchnique droit, extirpait les ganglions semi-lunaires situés sur la veine et le ganglion mésentérique situé devant l'artère mésentérique. Aucun des animaux ne survivait plus de seize heures. Dans ces expériences il constate que :

1° Le rectum est plein de masse fluide;

2° Le diamètre de l'intestin devient ordinairement presque trois fois plus grand. Le résultat reste le même si on coupe, entre les ganglions, les pneumogastriques près de l'œsophage, mais il ne se montre pas précisément si l'on extirpe seulement un des ganglions mentionnés. La vaso-dilatation abdominale agit dans ces cas à la façon d'une immense ventouse de Junot. On peut s'expliquer de la même façon la petitesse du pouls observé, entre autres symptômes, dans les péritonites. Dans des expériences analogues, Hallion et Laignel-Lavastine ont constaté que l'ablation des ganglions solaires produit dans les jours qui suivent une vaso-dilatation intense de tout l'intestin. Cette vaso-dilatation s'arrête environ 20 centimètres avant l'anus.

C'est sous sa dépendance que se trouvent la diarrhée sanglante fréquemment présentée par les animaux et la diminution énorme de la pression artérielle, caractérisée par la petitesse du pouls et la tendance au collapsus.

Plus intéressantes sont leurs *expériences d'excitation avec tracés*.

Dans une *première expérience*, on voit le système nerveux intact de l'intestin réagir par vaso-constriction à des excitations périphériques de l'organisme, telles que l'excitation du crural. On constate le même effet produit par l'excitation du splanchnique intact ou par l'excitation de son bout périphérique sectionné. On l'observe encore après la section des deux ganglions semi-lunaires. Mais dans ce cas l'excitation du splanchnique qui produit une vaso-constriction immédiate est beaucoup plus rapidement suivie qu'avant la section des semi-lunaires, de la vaso-dilatation.

Dans une *deuxième expérience*, on constate au moment de la section du ganglion semi-lunaire gauche une vaso-constriction très nette suivie de vaso-dilatation. Ce phénomène est facilement explicable par la douleur du traumatisme produisant un réflexe dont les voies centrifuges sont encore intactes à droite; la section du ganglion mésentérique gauche produit le même résultat. Après cette section, l'excitation du bout périphérique du ganglion semi-lunaire gauche ne produit rien sur l'intestin, tandis que l'excitation du bout périphérique du ganglion mésentérique gauche produit une vaso-constriction très forte de l'intestin.

Ces faits montrent l'indépendance de l'intestin vis-à-vis du ganglion semi-lunaire et au contraire sa dépendance vis-à-vis du mésentérique.

Les mêmes ligatures, excitations et sections faites à droite, entraînent les mêmes résultats. Ce qui prouve bien le rôle des ganglions mésentériques supérieurs dans la vaso-motricité de l'intestin grêle, c'est qu'après leur section l'excitation du crural produit, du fait de l'élévation générale de la pression artérielle, une distension passive de ces vaso-moteurs intestinaux.

Dans ces expériences, l'importance des ganglions mésentériques supérieurs apparaît comme très grande sur la vaso-motricité de l'intestin. Un ganglion étant à la fois un centre et un conducteur, il fallait essayer de dissocier ces deux éléments.

Dans une nouvelle série d'expériences, Hallion et Laignel-Lavastine ont mis, suivant la technique de Langley, de la nicotine sur les ganglions solaires. D'après Langley, la nicotine paralyse les centres et laisse intacte la conductibilité (19). Or, avant comme après l'application de la nico-

tine, l'excitation du bout périphérique du sympathique thoracique a toujours produit la vaso-constriction de l'intestin. Si donc l'opinion de Langley sur l'action paralysante de la nicotine vis-à-vis des cellules nerveuses doit être définitivement acceptée, on peut conclure que *le ganglion mésentérique supérieur contient des conducteurs qui venant du sympathique thoracique le traversent pour aller à l'intestin.*

Enfin, Hallion et Laignel-Lavastine ont pu démontrer l'existence d'un *centre réflexe vaso-moteur intestinal* dans les ganglions mésentériques supérieurs.

Les ganglions solaires étant séparés de toutes leurs connexions avec le système nerveux central, un filet nerveux intestinal isolé est excité. L'excitation est suivie au bout d'un certain temps d'une vaso-constriction de l'intestin.

Cette vaso-constriction ne peut être produite par l'excitation des splanchniques; elle est donc d'origine réflexe. Elle ne peut venir d'un réflexe du ganglion semi-lunaire. On a vu qu'il n'agit pas sur l'intestin.

Elle vient donc d'un réflexe parti du ganglion mésentérique supérieur. On peut donc dire que, non seulement la vaso-motricité dépend des splanchniques, mais encore des ganglions mésentériques supérieurs qui agissent sur elle comme centres régulateurs secondaires, après le système nerveux central.

Sécrétions. — Corrélatif du chapitre des vaso-moteurs est celui des sécrétions. En effet, l'existence de nerfs sécréteurs du suc entérique est encore une questoin. L'on admet généralement que la section des nerfs mésentériques ou l'extirpation du plexus solaire provoquent l'écoulement abondant du suc entérique (Budge, Moreau). Lander-Brunton et Pye-Smith interprètent l'expérience de Moreau (20) en conférant aux petits ganglions inférieurs du plexus solaire une action d'arrêt sur la sécrétion intestinale. D'autres ne veulent pas admettre qu'il y ait sécrétion, mais seulement transsudation.

D'autres enfin rapportent la diarrhée consécutive à l'ablation des ganglions solaires, non à cette ablation, mais à la péritonite.

Dans l'impossibilité actuelle d'énumérer tous les facteurs des diverses sécrétions, on n'indiquera ici que les résultats synthétiques des grandes perturbations.

Des expériences d'ablation totale du plexus solaire, nombreuses et variées ont toujours donné à Hallion et Laignel-Lavastine des résultats concordants. Les signes caractéristiques en ont été la diarrhée, très souvent sanglante, et la putréfaction des matières fécales. Ces résultats sont absolument concordants avec ceux de Popielski (21) et d'Onuf (22). C'est donc là un point définitivement acquis, mais si tout le monde s'entend sur les troubles immédiats, naturellement en ne tenant pas compte des cas où la péritonite enlève toute valeur aux expériences comme dans quelques-unes de Claude Bernard et de Budge, l'accord n'est pas établi en ce qui concerne les résultats éloignés.

En effet les différents chiens qui ont résisté aux expériences d'Hallion et Laignel-Lavastine se sont améliorés de plus en plus.

Onuf au contraire insiste sur la gravité des accidents tardifs. Mais l'analyse de ses observations permet de supposer que tous les accidents ne sont pas à mettre sur le compte de l'ablation du sympathique. Ainsi l'un de ses chats est mort tuberculeux. Peut-être aussi faut-il considérer l'espèce animale. Onuf a expérimenté sur des chats et non sur des chiens. Il est possible que la résistance aux traumatismes immédiate et éloignée soit chez ces animaux très différente.

Absorption. — Malgré les travaux de Baculo, Bellarminoff, Asherow, Goltz, Vulpian, Lenbuscher et Tecklenburg, la question de l'absorpton intestinale est des plus obscures. L'influence du système nerveux paraît plutôt inhibitrice.

Ainsi non seulement la section de la moelle, son hémisection ou la section des nerfs qui vont à l'intestin n'empêchent point l'absorption dans le territoire paralysé, mais même elle y devient plus rapide.

Ainsi la section des splanchniques des deux côtés accélère très nettement l'absorption intestinale. D'ailleurs ces effets, comme l'a montré Waymouth pour l'absorption des peptones et de l'eau, peuvent être expliqués pleinement par des modifications de l'afflux sanguin déterminées par les vaso-moteurs. Il n'y a donc pas de raisons d'admettre des nerfs qui régissent directement la sécrétion.

III

Foie. — Motilité. — Dans les fonctions du foie la motilité est bien peu importante. D'ailleurs la motilité des canaux biliaires, comme Artaud et Butte l'ont montré, ne dépend pas du sympathique mais du pneumogastrique. L'excitation du pneumogastrique intact, ou du bout central du nerf sectionné, provoque l'accélération du cours de la bile. L'excitation du bout périphérique du même nerf sectionné provoque le ralentissement.

Vaso-motricité. — Le nom de François-Franck domine l'étude des vaso-moteurs du foie. Avant lui Rohrig avait montré que la section des splanchniques amène l'hypérémie du foie et Cyon et Aladoff avaient signalé les modifications vaso-motrices hépatiques produites par les excitations du sympathique thoracique supérieur.

Dès 1877 avec Laffont, François-Franck montre que les vaso-dilatateurs du foie émanent de la moelle par les trois dernières paires de nerfs dorsaux et que l'hyperglycémie et la glycosurie, résultant de l'excitation faradique des bouts centraux des pneumogastriques chez le chien, des nerfs dépresseurs chez le lapin et des nerfs sensibles en général, sont le résultat d'une impression apportée par ces différents nerfs aux centres vaso-dilatateurs symétriques contenus dans le bulbe.

En 1896, avec Hallion (24), combinant la méthode de l'exploration volumétrique à celle de l'exploration manométrique, il montre que c'est au niveau des splanchniques que se groupent les vaso-moteurs hépatiques qui existent dans les deux chaînes sympathiques droite et gauche depuis la hauteur de la septième côte, souvent de la sixième jusqu'au premier communicant lombaire inclus. Il fait un essai de dissociation des vaso-moteurs; il existe des *vaso-moteurs artériels* puisque l'excitation centrifuge du splanchnique produit la diminution de volume du foie et l'élévation de la pression artérielle dans l'artère hépatique; il existe d'autre part des *vaso-constricteurs veineux* puisque l'excitation du splanchnique droit ou gauche ou des branches hépatiques du plexus solaire, malgré une compression prolongée de l'artère hépatique ayant amené une diminution fixe du volume du foie, produit une diminution supplémentaire de ce volume et une augmentation de pression dans la veine porte.

Sécrétions : biligénie, glycosoformation. — L'existence des nerfs glandulaires admise par Pal, d'après les travaux de Stricker et Spina, Bidder et Schmidt, Ellenberger et Baum, est affirmée par Morat.

Morat et Dufour (25) ont démontré l'existence de *nerfs glyco-sécréteurs*.

Ces nerfs sont distincts des nerfs vaso-moteurs. En effet la glycogénèse hépatique peut s'exercer sans l'intermédiaire de la circulation, par l'action directe de ces nerfs véritablement sécréteurs apportant l'excitation des centres à la cellule hépatique. L'existence des nerfs glyco-sécréteurs était déjà rendue vraisemblable par le raisonnement logique ; elle est en réalité démontrée par l'expérience. Les nerfs glyco-sécréteurs, décrits par Morat et Dufour, agissent à la façon de véritables nerfs moteurs. Ils ont une existence indépendante et passent par les splanchniques.

En effet, l'excitation des splanchniques en même temps qu'une vaso-constriction abdominale produit de l'hyperglycémie et inversement l'hyperglycémie asphyxique cesse de se produire après section des splanchniques.

La glycogénèse, activée par les nerfs glyco-sécréteurs, peut être inhibée par le pneumogastrique. On retrouve donc au niveau du foie, non seulemennt le schéma anatomique, mais le schéma physiologique de l'innervation du cœur.

Ainsi, après section des splanchniques de façon à mettre hors de cause toutes les actions indirectes qui atteindraient le foie par l'intermédiaire de ces nerfs sécréteurs, l'excitation du pneumogastrique fait baisser le sucre dans le sang.

Quand les splanchniques ne sont pas coupés, le résultat n'est pas constant. Cela peut s'expliquer par quelque influence indirecte des pneumogastriques s'exerçant elle-même par l'intermédiaire des nerfs sécréteurs sur le foie. Mais cela peut s'expliquer aussi par cette considération très générale et qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit que les attributions physiologiques des nerfs sur lesquels on expérimente ne sont jamais que relatives ou approximatives et que les nerfs qu'on appelle vaso-constricteurs sont des nerfs dans lesquels *prédominent* les fibres vaso-constrictives ; le peumogastrique, qui bien évidemment est inhibiteur du cœur, renferme néanmoins aussi des éléments cardio-moteurs qu'on peut mettre en évidence par certains artifices ; de même pour le foie le pneumogastrique vraisemblablement contient quelques fibres glyco-sécrétrices qui, masquées presque toujours par les fibres inhibitrices, peuvent dans quelques circonstances reprendre la prédominance. D'ailleurs l'influence du système nerveux sur la glycosoformation, pour si importante qu'elle soit, n'est pas indispensable.

Kaufmann (26) a montré que la section des nerfs du foie n'amène pas de troubles notables dans la santé des animaux. Il en est de même de la section des nerfs du pancréas. Chez les animaux à foie et pancréas énervés, la glycémie et la santé restent normales aussi longtemps que le pancréas fonctionne, l'histolyse étant réglée comme la glycosoformation intrahépatique à la foie par le produit pancréatique déversé dans le sang et par le système nerveux.

Cette analyse du rôle réel, mais pas indispensable, du système nerveux dans une fonction extrêmement complexe, montre combien on doit être prudent quand il s'agit de rapporter à des altérations définies la perturbation d'une fonction. Le rôle attribué au plexus solaire dans la fonction glycogénique du foie est considérable.

Un des derniers, Cavazzani (27) a exalté la production du sucre par l'excitation du plexus solaire, mais le pouvoir saccharificateur du sang sus-hépatique n'est pas augmenté, et le pouvoir saccharificateur du tissu hépatique qui est presque insignifiant à l'état normal n'est pas augmenté non plus.

Etant donné le grand nombre de cas où la glycosurie est rapportée par les auteurs dans leurs expériences ou dans la clinique à des altérations du sympathique, Laignel-Lavastine, avec grand soin, a recherché le glucose dans l'urine de ses chiens, au cours de ses différentes expériences.

Dans des *expériences d'ablation du sympathique thoracique*, il n'en a jamais trouvé.

Cela est contraire aux observations d'Onuf qui, dans des expériences analogues, en a fréquemment rencontré. Mais si on élimine la glycosurie immédiate post-opératoire qui n'a aucune valeur, et dont Laignel-Lavastine n'a pas tenu compte (l'anesthésie chloroformique, entre autres, peut la causer), on voit que les cas où Onuf l'a trouvée tardivement étaient : l'un dans lequel il y avait eu ablation du ganglion stellaire et l'autre, ablation du sympathique depuis le deuxième communicant dorsal jusqu'au douzième. Or ce sont là des délabrements qui dépassent les limites que Laignel-Lavastine a atteintes dans ses expériences et qui par conséquent, comme l'ablation de l'origine du splanchnique, peuvent avoir entraîné des perturbations qu'il ne pouvait observer.

Dans ses expériences d'ablation du plexus solaire, aussi bien dans les premières quarante-huit heures que dans la première semaine, la deuxième, la troisième, et les deux, trois, quatre, cinq et six mois qui ont suivi, il n'a pas observé de glycosurie. Mais si la physiologie a été négative, ses constatations anatomiques sont plus suggestives. L'examen histologique de ses animaux d'expérience lui a montré dans le pancréas une congestion extrême des îlots de Langerhans.

Ces faits sont à rapprocher des opinions de certains auteurs qui tendent à considérer les îlots de Langerhans comme les organes de la sécrétion interne du pancréas dont les rapports intimes ne sont plus à démontrer avec la fonction sucrée (28).

Biligénie. — La fonction biligénique du foie dépend certainement du sympathique, car les expériences d'ablation du plexus solaire, suivies par Laignel-Lavastine, en ont entraîné chaque fois des perturbations importantes. Dans une première expérience, alors que l'urine recueillie quatre heures après l'opération ne contient aucun élément anormal, l'urine recueillie quarante-huit heures plus tard, si elle n'a pas de sucre, d'indican, ni d'albumine, présente des traces de pigments biliaires mises en évidence par la réaction de Gmelin, une forte proportion d'urobiline facilement isolable par le chlorure de zinc ammoniacal, des acides biliaires (caractérisés par les réactions de Hay et de Peltenkofer), des urates et des carbonates en très grande abondance.

Dans une *autre expérience*, trois et cinq jours après l'opération, l'urine jaune verdâtre contient des pigments biliaires caractérisés par les disques vert, brun, jaune et orange dans le verre de Gmelin et de l'*acétone* révélée par la précipitation d'iodoforme à odeur caractéristique dans l'urine déféquée à la lessive de soude, traitée par la solution iodo-iodurée. Un mois plus tard, pigments biliaires et acétone avaient disparu.

Dans une *troisième expérience*, les urines dans les huit jours qui ont suivi l'opération ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais un peu d'indican, beaucoup d'urobiline, de bilirubine et de biliverdine, et de la leucine et de la tyrosine en notable quantité, reconnues la première par ses masses sphéroïdes insolubles dans l'éther et l'acide acétique, la seconde par la coloration rouge donnée à chaud par le réactif de Millon. Ces analyses montrent qu'après l'ablation du plexus solaire, il n'y a pas que des troubles de la biligénie, mais des troubles beaucoup plus profonds de la cellule hépatique, la *leucine* et la *tyrosine* étant caractéristiques d'un degré marqué d'insuffisance hépatique. D'autre part la présence de l'*acétone* indique des perturbations profondes du métabolisme général, probablement sous la dépendance des troubles hépatiques et pancréatiques. On sait la gravité pronostique de l'acétonurie dans le diabète.

IV

Pancréas. — Les principaux travaux sur l'innervation du pancréas sont ceux de François-Franck et Hallion, Pawlow et Morat touchant la vaso-motricité et la sécrétion.

Vaso-motricité. — L'excitation du bout périphérique du pneumogastrique (François-Franck et Hallion) amène l'augmentation de volume du pancréas par dilatation de ses vaisseaux.

Par contre l'excitation du sympathique, du splanchnique ou des rameaux communicants depuis le cinquième nerf dorsal jusqu'au premier lombaire, provoque la constriction vasculaire.

Pawlow a observé qu'une courte suspension du courant sanguin et l'anémie du pancréas amènent un arrêt de la sécrétion.

Sécrétion. — Un animal normal est, dit Pawlow (29), trachéotomisé aussi vite et aussi bien que possible; puis en quelques secondes, on sépare par section le bulbe de la moelle cervicale et on pratique la respiration artificielle. On peut, dès lors, tranquillement poursuivre son opération. La cavité thoracique est ouverte et on procède à la recherche des vagues au-dessous du cœur; puis, la cavité abdominale ouverte, une canule est introduite dans le canal pancréatique.

Dans ces conditions, on peut constater dans toute expérience, l'action sécrétoire du vague sur la glande pancréatique; seules les excitations du début de l'expérience restent maintes fois sans effet. Voici les résultats d'un travail du professeur Kudrewezki. Si, dans l'expérience extemporanée qu'on vient de décrire, on excite le nerf sympathique par un courant d'induction, on aperçoit un léger écoulement du suc par saccades, mais seulement au début de l'excitation puis, pendant toute la durée de l'excitation et après elle il ne se produit plus la moindre sécrétion. Vient-on maintenant à remplacer l'excitation électrique par une excitation mécanique (série de chocs produits par le tétano-moteur de Heidenhain), on obtient alors un autre résultat; quelque temps après le début de l'excitation, il se produit une assez forte sécrétion du suc. On peut obtenir ce résultat également par une excitation électrique en n'opérant toutefois pas sur un nerf frais, mais bien sectionné depuis quatre ou cinq jours déjà, c'est-à-dire partiellement dégénéré. La signification de ces phénomènes est facile à comprendre si l'on se reporte à certaines notions sur la physiologie des nerfs vaso-moteurs. On sait que ces nerfs sont d'une part peu sensibles aux excitations mécaniques et qu'ils perdent d'autre part, après section, leur excitabilité plus tôt que beaucoup d'autres. On peut donc légitimement admettre :

1° Que le nerf sympathique contient à la fois des filets vaso-moteurs et des filets sécréteurs pour la glande pancréatique;

2° Que, sous l'influence de l'excitation électrique habituelle, l'action des filets vaso-moteurs masque complètement celle des filets sécréteurs;

3° Enfin que dans certaines conditions (excitation mécanique ou excitation électrique après section et dégénérescence partielle des nerfs), on peut éliminer l'action des filets vaso-moteurs et faire apparaître celle des filets sécréteurs.

Morat (30) a également étudié l'action sur la sécrétion externe du pancréas du pneumogastrique et du grand splanchnique. De ces expériences il résulte qu'on peut désigner le pneumogastrique comme le nerf sécréteur de la glande pancréatique.

L'excitation du grand splanchnique a un effet, qui, pris dans son ensemble, est certainement une diminution du liquide sécrété, mais il y a lieu de distinguer (au moins parfois), des phases d'inégale importance. Dans les premiers moments on peut noter une accélération très légère de la sécrétion; puis pendant le décours même de l'excitation si elle est un peu prolongée, on voit la quantité du liquide diminuer, tomber au-dessous de son point de départ, s'arrêter et mettre un certain temps avant de revenir à un taux normal. Une telle inversion des effets de l'excitation peut aussi, si l'on examine les choses de près, se retrouver dans les tracés rhéographiques de l'excitation du vague. A les considérer de près, les choses se passent comme si les troncs soit du vague, soit du splanchnique étaient des mélanges d'éléments, les uns sécréteurs, les autres dépresseurs de la sécrétion. Seulement dans le vague, ces derniers sont en infime minorité, tandis que c'est l'inverse dans le splanchnique. Ainsi dans l'innervation du pancréas les fibres excitatrices sont surtout contenues dans le pneumogastrique, les dépressives dans le splanchnique. C'est la réalisation du schéma physiologique de l'innervation gastro-intestinale, ou le schéma physiologique inverse de l'innervation du cœur.

D'ailleurs ce schéma anatomique des nerfs du pancréas reproduit assez exactement celui des nerfs du cœur et on peut ajouter des nerfs du foie et de l'intestin. Ce sont des branches du sympathique (nerf splanchnique) et du pneumogastrique qui convergent vers un plexus ganglionnaire d'où ils se répandent plus ou moins mélangés ou modifiés dans la glande.

En résumé, les fibres excito-sécrétoires du sympathique sont mises en évidence seulement par l'excitation mécanique du nerf frais ou par l'excitation électrique du nerf coupé depuis plusieurs jours. Elles traversent la région pylorique de l'estomac dans la membrane sous-séreuse. En effet, si le duodénum est coupé en travers près du pylore l'excitation du pneumogastrique n'a plus d'effet, et l'excitation de la tranche inférieure de section du duodénum provoque la sécrétion.

Enfin si l'on excite les filets nerveux qui se rendent au pancréas en suivant la veine pancréatique, spécialement les filets situés au côté supérieur de la veine, on provoque la sécrétion sans période latente marquée. Comme l'intestin, le pancréas a des *centres nerveux secondaires réflexes*.

Claude Bernard avait montré en 1859 que l'extirpation du

plexus solaire amenait l'hypersécrétion du pancréas. Popielski, après section du pneumogastrique et du sympathique, obtient encore une sécrétion réflexe pancréatique en introduisant de l'acide dans le duodénum, pourvu que le duodénum soit coupé en travers au-dessus du pylore. Wertheimer et Lepage (31) vont encore plus loin. Ils montrent que la sécrétion pancréatique réflexe est encore possible non seulement après section des nerfs pneumogastriques et sympathiques et suppression des ganglions cæliaques et mésentériques, mais même après séparation du duodénum d'avec le pylore, c'est-à-dire après isolement du pancréas de toutes ses connexions nerveuses. Un arc réflexe complet peut donc être constitué par les filets nerveux et les petits ganglions du pancréas et du duodénum. Ce fait a une importance théorique qui dépasse la physiologie du pancréas. Si les rapports du système nerveux avec la sécrétion externe du pancréas nous paraissent relativement clairs, il n'en serait plus de même si nous cherchions à établir des connexions plus étroites, entre le système nerveux et les différentes variétés de sécrétions pancréatiques. En effet, la question de la valeur digestive des sécrétions pancréatiques externes est de nouveau tout actuelle.

Récemment Delezenne et Frouin (32) ont montré que le suc pancréatique pur n'agit sur les albuminoïdes que si on lui ajoute de l'entérokinase ou une kinase fournie par des leucocytes ou des microbes.

Si malgré des travaux multiples nous connaissons insuffisamment la sécrétion externe du pancréas, nous ignorons à peu près tout de sa *sécrétion interne*. Existe-t-elle seulement?

Morat (33) ne pense-t-il pas qu'il y a des chances pour que la sécrétion dite interne ne soit qu'une modalité et si l'on peut dire l'une des faces de la sécrétion totale? Il la comparerait volontiers à la chaleur qui n'est que la face interne du phénomène physiologique de la contraction musculaire dont le déplacement et la déformation visible seraient le phénomène extérieur.

Or, on a cherché des nerfs thermiques en dehors des nerfs moteurs sans se douter qu'ils se confondent.

La question de la *glycosurie expérimentale*, devenue classique depuis Hering et Minkowski, n'a pas été complètement résolue par la thèse de Thiroloix. On ne sait toujours pas lequel des deux facteurs il faut le plus ou seulement incriminer du pancréas ou du sympathique. Il semble qu'il n'y a pas de raison pour envisager cette question autrement que toute autre semblable, et que du moment qu'on admet que dans la glycosurie il y a ou peut y avoir une étape pancréatique, elle peut être aussi bien mise sur le compte d'une altération du mécanisme nerveux régulateur de la fonction que sur le compte d'une altération du mécanisme cellulaire sécréteur. D'ailleurs cette question ne peut être résolue qu'en anatomo-clinique. Des faits, comme ceux constatés par Laignel-Lavastine de l'hyperémie des îlots de Langerhans sous l'influence de l'ablation du plexus solaire, peuvent favoriser des inductions; ils ne peuvent, pas plus que toutes les expériences de physiologie, résoudre un problème qui est essentiellement du domaine de la clinique.

V

Rate. — Motilité. — L'action du sympathique sur les mouvements de la rate est très facile à mettre en évidence. Il est classique de produire la contraction intense de la rate par l'excitation du grand splanchnique.

Inversement, la section du splanchnique gauche ou mieux l'arrachement des nerfs spléniques produit une dilatation énorme, semblable à celle qu'on voit dans la fièvre typhoïde et qui peut d'ailleurs s'expliquer par la même raison: paralysie des fibres efférentes du ganglion semi-lunaire gauche. Cette motilité peut être mise en évidence par excitation directe. Sur un chien dont l'abdomen est ouvert, on frotte la rate avec une pointe de crayon; non seulement il se produit une raie blanche vaso-motrice identique à la raie de Vulpian sur la peau, mais il se creuse et persiste longtemps un sillon très nettement sensible à la vue et au doigt (Laignel-Lavastine).

Une contraction de la capsule musculaire, non plus isolée mais généralisée, se produit par l'excitation d'un point quelconque du système nerveux splénique, nerfs spléniques, ganglions semi-lunaire gauche, grand splanchnique gauche, sympathique thoracique gauche; mais cette motilité est si facilement mise en évidence qu'il suffit qu'il y ait une excitation quelconque d'un nerf pour que par sensibilité recurrente la contraction splénique se produise. Quand celle-ci est éliminée par l'isolement sur une longueur suffisante de l'extrémité périphérique du nerf sectionné que l'on excite, la contraction se produit encore par réflexe. Ce réflexe se produit encore après isolement du plexus solaire des centres supérieurs (section des splanchniques et des rameaux communicants sympathiques) quand on excite un filet centripète dépendant du plexus solaire, un filet mésentérique par exemple. La section des filets précités produit l'effet inverse, la paralysie, la mollesse de l'organe.

Vaso-motricité. — Les changements de la vaso-motricité sont généralement parallèles à ceux de la motilité de la capsule. Mais ils peuvent être étudiés d'une façon plus précise, comme dans les expériences suivantes de Hallion et Laignel-Lavastine.

Ces expériences montrent que les fibres vaso-constrictives suivent le même trajet que les fibres motrices: nerf grand splanchnique gauche, plexus solaire et nerfs spléniques. Ces fibres passent par le ganglion semi-lunaire gauche.

En effet, l'excitation du bout périphérique du ganglion semi-lunaire gauche sectionné et isolé d'autres ganglions est suivie d'une vaso-constriction de la rate et d'une dilatation passive des vaso-moteurs des autres viscères sous l'influence de l'élévation de la pression.

Inversement, dans les mêmes conditions, l'excitation des autres ganglions solaires est suivie de vaso-constriction dans les territoires qu'ils commandent et d'une vaso-dilatation passive de la rate. Ces expériences sur le rôle important du ganglion semi-lunaire gauche ont été confirmées par des recherches anatomiques de Laignel-Lavastine qui lui ont montré que des centres trophiques des neurones de la rate étaient dans ce ganglions. Les nerfs spléniques ont leurs centres supérieurs dans le bulbe. L'excitation du bulbe, soit directe, soit par augmentation de la veinosité du sang, détermine la contraction de la rate. Les fibres nerveuses descendent dans la moelle, où se trouvent aussi du premier au quatrième segment cervical des neurones qui provoquent également la contraction de la rate, et elles passent ensuite dans le splanchnique gauche.

VI

Surrénales. — Les nombreuses connexions des glandes surrénales avec le système nerveux sympathique font pré-

sumer l'importance du système nerveux dans leur fonctionnement. Parmi les fonctions surrénales, on envisagera les fonctions vaso-motrices et glandulaires.

Vaso-motricité. — L'étude des vaso-moteurs des surrénales est un sujet neuf. En effet, Abelous et Langlois, à qui l'on doit tant de travaux remarquables sur la physiologie des surrénales, n'ont jamais abordé ce problème. A. Biedl (34) a bien dit que le splanchnique contient des fibres vaso-dilatatrices et des nerfs sécréteurs pour les surrénales, que ces nerfs quittent la moelle par les racines antérieures de la partie inférieure de la moelle dorsale, passent par les rameaux communicants dans le cordon thoracique sympathique et de là dans les splanchniques où ils se mélangent, d'après la loi établie par Dastre et Morat, avec des fibres antagonistes, mais il dit que les vaso-contricteurs ne peuvent être mis en évidence qu'à la suite de l'injection de l'extrait de capsule surrénale, celui-ci agissant sur la musculature des vaisseaux et aussi sur l'appareil nerveux terminal. Dans ces conditions on ne peut accorder crédit au résultat de ces expériences. Par contre des expériences d'Hallion et Laignel-Lavastine chez le chien ont mis en évidence ces nerfs vaso-moteurs.

Dans une première expérience sont enregistrées les modifications vaso-motrices du rein et de la surrénale gauches. On s'est assuré du bon fonctionnement des appareils en constatant que la compression de l'aorte thoracique produit un abaissement parallèle des deux tracés suivis d'une élévation, au moment de la décompression.

Or, dans cette expérience, l'excitation de tous les nerfs, crural, sympathique thoracique, splanchnique, produit ses effets sur les autres viscères, mais est constamment suivie d'une élévation de la courbe volumétrique des surrénales. Si Hallion et Laignel-Lavastine s'en étaient tenus à cette expérience, ils pouvaient conclure avec Biedl à l'existence seulement dans les splanchniques de fibres vaso-dilatatrices.

C'eût été une erreur.

En effet, dans une autre expérience, alors que les excitations du crural et du sympathique thoracique gauche produisent, sur la rate et la surrénale gauches préparées comme d'habitude, de la constriction de la première, mais toujours de la dilatation de la seconde, l'excitation du splanchmique gauche faite tout près de la surrénale produit dans cet organe une vaso-constriction évidente avec élévation de la pression artérielle, élévation de la pression dans les fosses nasales, et augmentation de volume de la rate, constatations qui mettent certainement à l'abri d'une cause d'erreur due à la sensibilité récurrente. Ainsi, il devient probable que les augmentations de volume de la surrénale obtenues par les excitations du crural ou du sympathique dans les cas antérieurs tenaient à ce que la surrénale se comportait passivement, se modifiant parallèlement à la pression artérielle, parce que les nerfs conducteurs des vaso-constricteurs avaient été blessés lors de la préparation.

Ce fait est définitivement établi par une dernière expérience dans laquelle l'excitation du sympathique thoracique à partir du huitième communicant, l'excitation du vago-sympathique au cou, voire même l'excitation du crural produisent la vaso-constriction de la surrénale, très intense dans les deux premiers cas, légère dans le second.

De ces faits on peut conclure : que si Biedl n'a pas pu mettre en évidence les vaso-constricteurs des surrénales sans avoir recours à des injections d'extrait surrénal, c'est qu'il ne s'est pas servi de technique assez perfectionnée (méthode pléthymographique modifiée) ou qu'il a commis des erreurs de technique difficiles à toujours éviter (comme dans les deux premières expériences d'Hallion et Laignel-Lavastine); que des *vaso-constricteurs des surrénales sont contenus dans la partie inférieure du cordon thoracique sympathique à partir du huitième communicant*, dans les grands splanchniques et dans le vago-sympathique; que l'action de ces vaso-constricteurs se fait encore sentir quoique légère lors des excitations des nerfs périphériques; et qu'enfin au point de vue vaso-moteur les glandes surrénales se comportent comme les autres viscères abdominaux.

Sécrétion. — La question beaucoup plus ardue des nerfs sécréteurs des surrénales ne pourra être étudiée avec profit que lorsque cette sécrétion elle-même sera connue. Néanmoins déjà Biedl a constaté que l'excitation des nerfs surrénaux et splanchniques provoque une rétention des leucocytes dans l'organisme et empêche l'agglutination des globules dans le sang veineux, mais il n'a pu démontrer dans le sang, l'augmentation de la substance surrénale active. A titre d'indication, voici quelques résultats signalés par Laignel-Lavastine.

Dans une expérience après ablation unilatérale des ganglions solaires et injection intra-veineuse de toluylène-diamine, il a vu les grains de pigment augmenter de nombre dans la glande surrénale du côté sain, la glande du côté énervé paraissant être devenue inapte à fixer les granulations. Ces faits sont tout à fait comparables à ce qu'il a constaté dans un cas de syndrome d'Addison où, du côté où le splanchnique était engainé dans des fausses membranes de pleurésie tuberculeuse, la glande surrénale ne contenait pas de pigment, tandis que l'autre en contenait beaucoup.

VII

Reins. — Motilité. Vaso-motricité. — La motilité rénale n'a pas d'intérêt. La vaso-motricité est sous la dépendance du sympathique et du pneumogastrique. Une seule fois Claude Bernard a vu l'excitation du pneumogastrique au niveau du cardia déterminer une suractivité circulatoire et l'apparition du sang rouge dans la veine rénale. Cette observation est restée isolée. Couramment, comme l'ont montré Arthaud et Buthe, la faradisation forte du bout périphérique du pneumogastrique diminue l'afflux du sang dans le rein et détermine le ralentissement ou l'arrêt de la sécrétion de l'urine. Ce fait physiologique montre que le pneumogastrique contient des fibres centrifuges à action rénale vaso-constrictive. Il est confirmé par cette constatation anatomique de Vulpian qui, chez un chien, quelques jours après la section du pneumogastrique, a trouvé dans un des filets nerveux qui pénétraient dans le rein une fibre nerveuse offrant tous les caractères de la dégénérescence wallérienne.

Les influences vaso-motrices du sympathique mises hors de doute par Claude Bernard, Eckhard, Knoll et surtout Vulpian, sont faciles à constater. La section des nerfs du plexus rénal ou celle de ses origines principales, le grand et le petit splanchnique, produit la congestion du rein. L'excitation de ces nerfs y produit l'anémie. Ces changements sont bien visibles, soit par l'examen des vaisseaux de la capsule du rein, soit par la couleur du sang de la veine, suivant la méthode de Claude Bernard, soit enfin par les mesures volumétriques. Par contre, on n'a pas d'expériences pré-

cises en dehors de celles de Claude Bernard, mettant en évidence l'action des vaso-dilatateurs rénaux. Cependant dans une expérience d'Hallion et Laignel-Lavastine, l'excitation du sympathique thoracique gauche à la hauteur des sixième et septième communicants produisit de la vaso-dilatation du rein, tandis que l'excitation faite plus haut au niveau du cinquième communicant, ou plus bas au niveau des huitième, neuvième, dixième, etc., produisait la vaso-constriction.

Chaque rein paraît recevoir des vaso-moteurs des deux moitiés de la moelle (Nicolaïdes). Chez le chien, la plupart des vaso-constricteurs naissent des nerfs dorsaux inférieurs, les douzième et treizième. Mais une partie de ces vaso-constricteurs qui arrivent au rein par le grand splanchnique quittent déjà la moelle avec le premier nerf dorsal et passent de là dans la chaîne sympathique (Eckhard).

Dans leurs expériences, Hallion et Laignel-Lavastine ont constaté que l'excitation du crural produit la vaso-constriction des deux reins, l'excitation du splanchnique à la hauteur du onzième communicant est suivie de la vaso-constriction du rein gauche et de la vaso-dilatation du droit. Le même résultat est obtenu après ligature du ganglion semi-lunaire gauche. Du côté droit l'excitation du sympathique thoracique à la hauteur du onzième espace intercostal, produit, avant comme après la ligature du ganglion semi-lunaire droit, la vaso-constriction du rein droit. Après section du sympathique l'excitation de son bout périphérique produit les mêmes résultats.

Donc, *les fibres de chacun des splanchniques qui vont au rein correspondant ne passent pas par le ganglion semi-lunaire correspondant.*

Ces changements dans la circulation sont accompagnés, de modifications manifestes de la sécrétion urinaire. Ainsi l'hypérémie paralytique qui suit la section des nerfs rénaux s'accompagne d'une augmentation de la quantité d'urine sécrétée (hydrurie ou polyurie), parfois même du passage de l'albumine et même du sang dans l'urine (Krimer, Brochet, J. Muller et Peipers, Vulpian).

La question est de savoir si les modifications de la sécrétion sont déterminées parallèlement par des nerfs propres indépendants des nerfs vaso-moteurs et mélangés avec eux, où si elles sont la répercussion des troubles circulatoires ainsi produits.

Urines. Sécrétion. — L'action du sympathique sur la sécrétion du rein est le plus facilement étudiée dans l'urine. L'urine du chien normal diffère de celle de l'homme. Elle est plus foncée et de tension osmotique plus élevée. Les modifications de l'urine en plus ou en moins sont de reproduction facile.

La sécrétion rénale est abolie par la section de la moelle en un point quelconque de la région cervicale jusqu'au niveau de la septième cervicale (Eckhard).

La polyurie produite par piqûre du quatrième ventricule disparaît par section de la moelle au-dessus du douzième segment dorsal.

Ces faits physiologiques sont superposables aux faits cliniques.

Les modifications plus intimes de l'urine peuvent relever de troubles rénaux ou de troubles de tout l'organisme.

Parmi les troubles de la fonction rénale, on n'étudiera, dans cette revue, que l'albuminurie et l'hématurie. La section du splanchnique, dit Vulpian, produit, chez le chien, une forte congestion vaso-paralytique du rein correspondant avec polyurie et albuminurie. Ce résultat paraît dû, quoiqu'en dise Knoll, à la section du splanchnique et montre la possibilité d'une albuminurie par trouble de l'innervation vaso-motrice.

Dans les expériences de Laignel-Lavastine, l'albuminurie n'a pas été reproduite par l'ablation des ganglions solaires. Ces résultats n'enlèvent rien à la constatation de Vulpian facile à vérifier, de l'albuminurie produite par section des splanchniques. Elle concorde avec les expériences ou tracés d'Hallion et Laignel-Lavastine où les sections de ganglions semi-lunaires n'ont modifié en rien les résultats des excitations des splanchniques. Elles mettent ainsi en évidence le rôle indépendant des splanchniques vis-à-vis des ganglions solaires et la valeur des petits ganglions du plexus rénal qui, dans les expériences d'ablation où l'albuminurie n'est pas apparue, n'ont pas été enlevés (Hallion et Laignel-Lavastine). Dans aucune de leurs expériences, ces auteurs n'ont vu d'hématurie.

Bibliographie. — 1. Laignel-Lavastine. *Recherches sur le plexus solaire*, Th. de Paris, 1903. — 2. Magendie. *Précis élémentaire de physiologie*, 1833, p. 103. — 3. Schiff. *Leçons sur la physiologie de la digestion*, trad., 1867. — 4. Courtade et J.-F. Guyon. Influence motrice du sympathique sur l'intestin grêle, *Arch. de physiol.*, 1897, p. 423, et Soc. de biol., 5 déc. 1896, p. 1017. — 5. Contejean. Action des nerfs pneumogastriques et grand sympathique sur l'estomac chez les batraciens, *Arch. de physiol.*, oct. 1892. — 6. Batelli. Acad. des sc., 29 juin 1896. — 7. Schiff. Loc. cit., II, p. 336. — 8. Laignel-Lavastine. Loc. cit. et note physiologique sur la topographie fonctionnelle du système solaire, Congrès de Madrid 1903. — 9. Pawlow. *Travail des glandes digestives*, trad. Pachon et Sabrazès, Paris 1901. — 10. Baculo. Influenza del sistema nervososui fenomeni d'assorbimento, Congrès de Pavie, sept. 1887. Anal. in *Revue Hayem*, XXXII, p. 31. — 11. Courtade et J.-F. Guyon. Innervation des muscles de la vessie, Soc. de biol., 27 juillet 1895, p. 618. — 12. Ehrmann. Ueber die Innervation des Dunsdarmes, *Wien. med. Jahrb.*, I, p. 111, 1885. — 13. Bayliss et Starling. *Journ. of physiol.*, XXVI, p. 106. — 14. Sabbatani et Fasola. *Arch. ital. de biol.*, XXXIV, fasc. 2, p. 186. — 15. Laquerrière et Delherm. Action motrice des courants de Watteville sur l'intestin grêle, Soc. de biol., mai 1902. — 16. S. J. Meltzner. Das moturisch Verhalten des Verdanungcanales Inductions stumen gegenüber, *Centralbl. f. Physiol.*, IX, p. 321. — 17. François-Franck et Hallion. *Arch. de physiol.*, 1896, p. 488. — 18. Budge. Acad. des sc., 1856, XLIII, p. 726. — 19. Langley et Anderson. The action of nicotine on the ciliary ganglion and on the endings of the third cranial nerve, *Journ. of physiol.*, p. 577, 1892. — 20. Moreau. Acad. des sc., 1868. — 21. Popielski. Zur Physiologie des Plexus cœlerius, *Wratsch*, n°s 51-52, p. 1545-1577, 1900. Anal. in *Jahresbericht*, 1900, p. 149, et *Presse méd.*, 11 mai 1901. — 22. Onuf et Collins. Experimental Researches on the Central Localisations of the Sympathetic with a Critical Rewiews of its Anatomy and Physiology, *Arch. of Neurol., and Psychopathology*, III, n°s 1 et 2, p. 1-252, 1900. — 23. Laffont. Recherches sur l'innervation vaso-motrice, la circulation du foie et des viscères abdominaux, Acad. des sc., Paris 1880, 2e sem., p 705. — 24. François-Franck et Hallion. Recherches sur l'innervation vaso-constrictive du foie, *Arch. de physiol.*, 1896, p. 508. — 25. Morat et Dufour. *Arch. de physiol.*, 1894, p. 370 et 631. — 26. Kauffmann. Mode d'action du système nerveux sur la production de l'hyperglycémie, *Arch. de physiol.*, 1895, p. 266, et Soc. de biol., 17 mars, 20 avril, 2 nov. 1894 et 26 janv. 1895. — 27. Cavazzani et

Manca. Nerfs vaso-moteurs des ramifications portes hépatiques, *Arch. ital. de biol.*, XXIII, p. 1. — 28. Hédon. *Physiologie du pancréas*, Aide-mém. Léauté, 1901. — 29. Pawlow. Loc. cit., p. 91. — 30. Morat. Soc. de biol., 1894, p. 441. — 31. Wertheimer et Lepage. Sur l'association réflexe du pancréas avec l'intestin grêle, Acad. des sc , 6 nov. 1899; Soc. de biol., 9 déc. 1899; *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept. 1901. — 32. Delezenne et Frouin. Soc. de biol., 1902. — 33. Morat. Sur l'innervation du pancréas, *Lyon méd.*, 1894, LXXVI, p. 191. — 34. A. Biedl. Beitrage zur Physiologie der Nebenniere, *Arch. f. die ges. Physiol.*, LXVII, p. 443.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du testicule dans quelques infections. Orchites expérimentales, par le docteur Ch. Esmonet. (Th. de Paris, 1903, Steinheil, éditeur.)

L'injection de diverses substances toxiques ou infectieuses dans le testicule, par la voie de l'artère spermatique, a permis à M. le docteur Esmonet d'arriver à des résultats intéressants. Injecte-t-on des cultures de tuberculose, on peut déterminer la tuberculisation du testicule plus aisément que par tout autre mode d'inoculation : la lésion, d'abord purement locale, ne tarde pas, si l'on n'intervient point, à se généraliser; cette généralisation peut être empêchée par l'ablation hâtive des testicules tuberculisés. Si l'on injecte de la tuberculose infectée, on obtient, le plus souvent, des orchites gangreneuses.

L'injection de bacille d'Eberth ou de toxine éberthienne entraîne des orchites à type hémorragique et aboutit à la nécrose totale de la glande. La toxine diphtérique ne donne pas de réaction locale, tout en entraînant cependant la mort de l'animal.

Les modifications histologiques que subit le testicule sous l'influence des infections et des intoxications portent à la fois sur l'épithélium et sur le tissu interstitiel. Les formes adultes, mûres de la spermatogénèse peuvent manquer, au moins passagèrement; dans quelques cas exceptionnels, M. Esmonet a pu constater des formes anormales de cellules séminales, pseudo-cellules géantes, sans que la production des spermatozoïdes parût entravée. L'épithélium est-il plus profondément lésé? Alors on note les lésions habituelles aux processus dégénératifs : dégénérescence granulo-graisseuse, karyolyse, nécrose cellulaire totale, etc.

En même temps, le tissu interstitiel réagit, présente des lésions vaso-dilatatrices, hémorragiques, des infiltrations fibrino-leucocytaires avec prolifération marquée des cellules connectives. Des nodules infectieux peuvent ainsi être constitués. Les uns, comme ceux de la variole, chez l'homme, sont constitués par des éléments mononucléés; les autres, tels ceux de l'infection éberthienne et de la tuberculisation expérimentale chez le chien, sont constitués par des polynucléaires en immense majorité. C'est que, dans le premier cas, on a affaire à des nodules dus à un virus dont l'action s'exerce violente dès le début mais ne se renouvelle pas par la suite, tandis que, dans le second cas, on est au début même de l'infection.

Quelles qu'elles soient, les infections testiculaires sont capables d'entraîner des lésions scléreuses et l'atrophie des tubes séminifères. Les résultats histologiques obtenus dans ces cas expérimentaux sont très analogues à ceux que donnent l'examen des testicules humains antérieurement frappés d'orchite.

L. Babonneix.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Limoges.* — Par arrêté en date du 7 septembre 1903, un concours s'ouvrira le 14 mars 1904 devant la Faculté de médecine de Bordeaux pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Marine. — Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'École annexe de médecine navale de Toulon sera ouvert dans ce port, le 1er octobre 1903.

— M. le médecin principal Aubry, du port de Brest, est désigné pour aller servir au 3e dépôt des équipages de la flotte à Lorient, en remplacement de M. le docteur Théron, récemment désigné pour ce poste, qui s'est mis en instance de retraite.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la trente-cinquième semaine, 816 décès, au lieu de 774 pendant la semaine précédente (moyenne 803).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (moyenne 14).

La variole n'a pas causé de décès.

La rougeole a causé 10 décès (moyenne 4); la scarlatine, pas de décès; la coqueluche, 4 décès (moyenne 7); la diphtérie, 7 décès (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 60, au lieu de 55 pendant la précédente semaine (moyenne 43).

La diarrhée infantile a causé 80 décès de 0 à 1 an, au lieu de 65 pendant la semaine précédente (moyenne 75); on ne saurait trop insister sur la nécessité de veiller tout particulièrement à l'alimentation des jeunes enfants et à la parfaite stérilisation du lait qui leur est donné.

En outre, 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 86 décès au lieu de 72 pendant la semaine précédente (moyenne 83). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, néant (moyenne 6); bronchite chronique, 11 (moyenne 13); pneumonie, 14 (moyenne 18); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 61 (moyenne 46), dont 27 sont dus à la congestion pulmonaire et 20 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 167 décès; la méningite tuberculeuse, 15; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès.

Ier Congrès national contre l'alcoolisme. — Le Ier Congrès national contre l'alcoolisme s'ouvrira du 26 au 29 octobre 1903, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

A ce congrès sont conviées toutes les sociétés anti-alcooliques et toutes les personnes et toutes les collectivités convaincues des ravages de l'alcoolisme et de la nécessité de les arrêter.

La cotisation des membres du Congrès est fixée à 10 francs, et à 5 francs pour les instituteurs et les membres des sociétés anti-alcooliques. Elle donne droit à un exemplaire du compte rendu de ses travaux.

Programme. — *Première partie. Inventaire* : I. Situation actuelle de l'alcoolisme ; — II. Etat actuel de la lutte contre l'alcoolisme.

Deuxième partie. Le plan de campagne : I. Action des pouvoirs publics : 1° L'Etat : *a.* Action législative; *b.* Action administrative; — 2° Les départements et les communes.

II. Action de l'initiative privée : 1° Corps médical; — 2° Clergés des divers cultes; — 3° Commerce, industrie, Agriculture; — 4° Syndicats; — 5° Sociétés de prévoyance et d'assistance, œuvres de jeunesse; — 6° La femme.

III. Organisation de la lutte : Fédération des forces anti-alcooliques; — Comité permanent.

Toutes les communications relatives aux travaux du Congrès doivent être adressées, avant le 1er août, à M. Riémain, 18, rue de la Cerisaie, Paris (IVe).

Les adhésions et cotisations doivent être transmises à M. Ferrand, trésorier, 68, rue Ampère, Paris (XVIIe).

Le lait et les odeurs. — On ignore généralement que le lait peut s'altérer dans le pis même de la vache, lorsque celle-ci respire un air chargé de particules odorantes ou de gaz méphitiques, ainsi que le prouve le fait suivant. Le lait d'un troupeau de vingt-cinq vaches dégageait une odeur intolérable. Le propriétaire des bêtes, justement alarmé, procéda à des recherches minutieuses en vue de découvrir la cause de cet inconvénient, et on finit par trouver, dans un bois voisin du pâturage, le cadavre d'un cheval abandonné là. On enterra l'animal et le lait redevint aussitôt normal. D'ailleurs, il n'est peut-être pas un liquide qui soit plus sensible que le lait à l'action des odeurs. Un bol de lait placé dans le voisinage d'un flacon d'essence de térébenthine mal bouché en prend l'odeur au point de n'être plus potable. Diverses expériences faites à ce sujet ont démontré que des échantillons de lait placés près de substances à odeur forte ou nauséabonde, telles que l'assa fœtida, les oignons, la fumée de tabac, le poisson pourri, l'huile de paraffine, le camphre, etc., conservaient leur odeur pendant quatorze heures. (*Revue internat. de méd. et de chir.*, 1903, n° 17.)

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M.* — Il est délivré toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des carnets individuels ou de famille pour effectuer sur ce réseau, en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraire tracé par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets collectifs, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres; 45 jours de 1501 à 3000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3000 kilomètres. — Faculté de prolongation, à deux reprises, de 15 jours pour les carnets valables 30 jours, 23 jours pour les carnets valables 45 jours, et de 30 jours pour les carnets valables 60 jours, moyennant le paiement d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix total du carnet, pour chaque prolongation. — Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou collectif, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., bureaux de ville et agences de la Compagnie, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ, à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'arsenal urinaire du praticien, par Léon Imbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Montpellier, imprimerie Delord-Bœhm et Martial.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

LIBRAIRIE O. DOIN

8, place de l'Odéon.

Revue critique sur les lois de la formation des sexes, par le docteur F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut, de l'Académie de médecine et des hôpitaux. In-8° de 100 p. — Prix : 2 francs.

Les affections parasyphilitiques, par le docteur S. R. Hermanides, médecin-directeur du Sanatorium de Zeist. 2 vol. gr. in-8° formant 900 p. — Prix : 30 francs.

N° 106. — MARDI 15 SEPTEMBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 15 SEPTEMBRE 1903. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DES ŒDÈMES PARTIELS

AU DÉBUT DE L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE; LEUR VALEUR DIAGNOSTIQUE

Par le docteur P.-A. LOP,

Chargé de cours complémentaire d'accouchements et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

I

Dans sa séance du 16 janvier 1902 à la Société obstétricale de Paris, M. Budin a communiqué un travail sur les *œdèmes partiels dans l'infection puerpérale*. Presque en même temps je terminais la rédaction des observations qui font l'objet de cette monographie que les circonstances m'ont empêché de publier plus tôt.

Dans l'espace de deux ans j'ai recueilli quatre observations semblables chez des primipares jeunes, faits que je n'ai pas hésité à rapprocher de deux cas recueillis chez des malades du sexe masculin qui faisaient de l'auto-intoxication rénale d'origine alcoolique et alimentaire.

Chez ces deux malades la présence d'un œdème persistant de la main droite chez l'un et des paupières de l'œil droit chez l'autre, m'avait conduit à examiner leurs urines dans lesquelles je trouvais une notable proportion d'albumine, d'indican et une hypo-azoturie marquée avec gros foie, teinte sub-ictérique, etc.

Le régime lacté intégral et l'antisepsie intestinale réalisée par des purgatifs salins eurent bien vite raison de ces phénomènes hépato-rénaux et des œdèmes partiels dont l'un d'eux, celui de la paupière, avait été faussement attribué à une lésion de l'appareil visuel.

C'est dans ces conditions que j'ai été amené à voir chez mes clientes une étroite analogie clinique et causale entre leurs œdèmes et ceux observés chez ces deux hommes. Voici les observations :

PREMIÈRE OBSERVATION. — Mme C..., secondipare. *Première grossesse* il y a dix-neuf mois, au cours de laquelle elle eut une attaque d'éclampsie au septième mois et resta dans le coma pendant dix-neuf heures; le réveil très pénible fut suivi d'aphasie transitoire qui dura deux jours : les urines étaient rares, hautes en couleur renfermant en abondance de l'indican, de l'urobiline et une très faible quantité d'albumine (25 centigrammes environ par litre) avec hypo-azoturie prononcée (8g50 par litre).

Le foie, sensible, déborde légèrement les fausses côtes, constipation opiniâtre, anorexie.

Le repos et le régime lacté permettent l'accouchement à terme qui se termine par une application de forceps en droite postérieure.

Depuis l'accident initial jusqu'à près de quinze jours avant l'accouchement, l'urobiline n'a pas cessé d'être constatée dans les urines, ainsi que l'hypo-azoturie. Tant que cette insuffisance hépatique a persisté, la malade a présenté un œdème palpébral *limité à un seul œil*, le *droit*, et à la *face dorsale* de la *main gauche*; ce dernier plus fugace, moins constant, disparaissait dans la position debout.

Deuxième grossesse. — Redevenue enceinte dix mois après, Mme C..., malgré mes recommandations, ne vint me trouver qu'au cinquième mois. Depuis un mois déjà elle présentait de l'œdème palpébral, toujours à droite, et de fortes démangeaisons.

Ce prurit m'est expliqué par l'état du foie qui est redevenu douloureux et par une légère teinte subictérique. Les urines toujours faiblement albumineuses renferment des pigments biliaires en abondance et de l'urobiline, de l'indican et une hypo-azoturie encore très marquée (6 grammes d'urée par litre).

Il n'existe pas d'autre œdème que celui de la paupière, cependant la malade se plaint d'avoir, le soir, la vulve un peu plus grosse d'un côté que de l'autre. Il n'en est rien, examinée après un jour de fatigue, je n'ai pas trouvé d'œdème dans cette région. Cette fois l'œdème palpébral se montre au réveil, dure la matinée et se dissipe vers les six heures du soir; depuis qu'il est apparu la malade se trouve moins bien, elle est toute chose, selon son expression, elle est sans force, essoufflée (le cœur et le poumon n'ont rien).

L'insuffisance hépato-rénale qui ne fait aucun doute explique la dyspnée (variété de dyspnée toxi-alimentaire de Huchard).

Le repos et le régime lacté absolu pendant deux mois n'amènent que peu de changement dans cet état, les urines restent toujours très colorées par les pigments biliaires; quant au taux de l'albumine il oscille entre 10 et 15 centigrammes par litre et par vingt-quatre heures. L'œdème persiste mais sa durée est moins longue, il disparaît deux à trois heures après le réveil.

Pourtant au bout de deux mois les urines s'éclaircissent

l'albumine disparaît tout à fait et l'œdème n'apparaît plus que d'une façon intermittente. Je permets alors le régime mixte, légumes frais et secs, fruits, œufs et lait. Mais la malade enfreint mes prescriptions et mange de la bouillabaisse. Deux jours après apparaît un ictère intense qui a duré plus d'un mois.

Deuxième observation. — Mme N..., primipare, vingt-six ans, arrivée au cinquième mois de sa grossesse, me fait appeler à cause d'un œdème de la main droite attribué à un rhumatisme, disait-on.

La main droite est enflée et douloureuse depuis près de deux mois et toutes les médications mises en œuvre par un confrère ont échoué.

A l'examen je trouve la main très œdématiée, légèrement douloureuse, mais les articulations des doigts et du poignet jouent très librement, elles ne sont point douloureuses; il n'existe pas d'autre œdème apparent; mais à ce que m'apprend le mari de la malade, celle-ci a très souvent, le matin au réveil la joue gauche enflée.

Le teint de cette femme est d'un blanc mat, elle paraît légèrement dyspnéique. Au dire de la malade elle ne serait pas essoufflée, mais ses jambes refusent de la porter, rendant ainsi la marche pénible.

Je recommande de recueillir les urines et de les adresser à M. Angelvin, pharmacien-chimiste, qui me communique vingt-quatre heures après le résultat de son analyse :

Albumine, 25 centigrammes par litre;
Urée, 9g75 par litre;
Urobiline, en quantité notable;
Indican, des traces.

Aussitôt le résultat connu je prescris le repos et le régime lacté intégral. Huit jours suffisent pour faire disparaître l'œdème et rendre une santé relativement satisfaisante à la malade, qui mena ainsi sa grossesse à terme par la naissance d'un enfant vivant et bien constitué.

Troisième observation. — Cette observation est pour ainsi dire calquée sur la première : même œdème (palpébral unilatéral) apparaissant au réveil pour se dissiper dans la journée et ce durant tout le troisième trimestre de la grossesse.

Mme E. Y..., secondipare, peu de détails sur la première grossesse qui semble avoir été normale et qui s'est terminée par l'accouchement à terme d'un enfant vivant.

Variole à quinze ans. Paralysie faciale périphérique à vingt-cinq ans et pour laquelle elle a reçu mes soins.

C'est de même à cause de cette paralysie qu'elle revient, convaincue d'en être atteinte une deuxième fois, la première ayant débuté par un fort œdème de la joue droite peu après une fluxion dentaire.

Mme E. Y... est enceinte de cinq mois, mais elle a l'habitude d'être assistée d'une accoucheuse, aussi ne vient-elle pas pour sa grossesse.

Cet œdème de la face apparaît tous les jours, il est douloureux; la peau est lisse, tendue, il semble qu'il y a un élément inflammatoire surajouté, il y a un peu d'infiltration de la paupière inférieure et du lobule de l'oreille. A part cet état local, ma cliente semble en parfait état de santé, elle se plaint cependant d'être essoufflée en marchant.

Je prie Mme Bonus, son accoucheuse et mon assistante, d'examiner les urines de sa cliente et de m'en faire connaître le résultat. L'examen des urines fait constater une très petite quantité d'albumine (25 centigrammes à peine) et des pigments biliaires en quantité.

Quatre jours après cette dame revient à mon cabinet, sa joue est toujours œdématiée, mais la rougeur et la douleur ont disparu.

La malade me montre sa main gauche dont tous les doigts sont enflés; je lui fais connaître alors le résultat de l'analyse et après avoir exploré le foie et interrogé l'intestin, je n'hésite pas, en présence des caractères des urines et des œdèmes partiels, à mettre la malade au régime lacté; elle y est restée trois mois.

L'œdème de la joue et des doigts disparaissait très rapidement pour se montrer dès que la malade faisait un écart alimentaire, fût-il exclusivement végétal.

II

Les faits que je rapporte ici peuvent-ils, quant à leur pathogénie, être rapprochés de ceux du professeur Budin, auquel j'ai fait allusion plus haut? Je pense que oui. Il s'agit chez ces malades atteintes d'œdèmes partiels au cours de l'infection puerpérale, ainsi que l'indique M. Budin en s'appuyant sur les recherches expérimentales de Roger et Josué, de troubles neuro-vasculaires par mise en circulation des toxines de l'infection puerpérale. Ce mécanisme pathogénique que l'on peut aussi invoquer dans l'auto-intoxication gravidique, véritable toxhémie, due à une double insuffisance hépato-rénale troublant ainsi l'élimination des toxines fabriquées dans l'économie, toxines qui doivent très probablement agir de la même façon et par le même mécanisme mis en évidence par Roger et Josué, pathogénie appliquée par M. Budin aux faits cliniques qu'il a rapportés.

Dans l'insuffisance hépatique avec insuffisance rénale, les toxines mises en circulation doivent exalter la virulence du *bacterium coli commune* et l'on sait que la grossesse et la puerpéralité sont fréquemment troublées par cet agent pathogénique.

III

Au point de vue clinique, ces œdèmes partiels ont une valeur indéniable; leur connaissance au cours de l'état puerpéral constitue, à mon avis, les signes précurseurs de l'auto-intoxication gravidique qui mettra le médecin sur la voie et pourra lui permettre d'instituer une médication et une diététique qui, favorisant les fonctions hépatiques et rénales, exciteront la dépuration urinaire, facilitant l'élimination des toxines et mettant ainsi la femme à l'abri des deux plus graves accidents de la grossesse : l'ictère et l'éclampsie.

REVUE DES THÈSES

L'allaitement mixte, par le docteur Georges Voix. (Th. de Paris, 1903. Steinheil, éditeur.)

L'allaitement mixte est la combinaison de l'allaitement naturel avec l'allaitement artificiel.

Ses multiples indications se rattachent aux trois causes suivantes :

1° *Causes d'ordre physiologique.* — Insuffisance de sécrétion lactée survenant, soit dès le début de l'allaitement (hypogalactie primaire), soit plus ou moins longtemps avant l'époque normale du sevrage (hypogalactie secondaire);

2° *Causes d'ordre pathologique.* — Toutes les maladies qui peuvent atteindre la mère pendant l'allaitement;

3° *Nécessités sociales.* — A. Dans la classe ouvrière : obligation pour la mère nourrice de travailler au dehors. — B. Dans la classe aisée : convenances mondaines.

Dans la pratique l'allaitement mixte est le plus souvent nécessaire par l'insuffisance de sécrétion lactée. Dans la classe pauvre, comme dans la classe riche, un tiers au moins

des femmes sont physiquement incapables d'allaiter leurs enfants exclusivement au sein jusqu'à l'époque normale du sevrage.

L'auteur pense qu'il ne lui est pas possible, d'après ses observations, de préconiser à l'exclusion de l'autre l'une des deux techniques de l'allaitement mixte actuellement en usage (allaitement mixte alternatif, allaitement mixte complémentaire).

La méthode qui consiste à compléter chaque tétée au sein par un biberon contenant la quantité de lait qui manque au sein maternel, est à tout point de vue la plus rationnelle, elle s'impose dans les cas d'hypogalactie primaire; mais dans la pratique, il est quelquefois difficile, sinon impossible, de la faire accepter par les mères.

La statistique intégrale des dispensaires de la caisse des écoles du VIIe arrondissement pendant les cinq dernières années (1898 à 1902) démontre que « si nous voulons augmenter le nombre des mères qui nourrissent elles-mêmes leurs enfants, nous ne pouvons réussir dans cette campagne qu'à l'aide de l'allaitement mixte ».

Au dispensaire de la rue Oudinot, l'allaitement mixte a progressé de 12,5 p. 100 en 1898, à 21,8 p. 100 en 1902, alors que l'allaitement artificiel a reculé de 31,2 en 1898, à 18,7 en 1902.

Au dispensaire de la rue Saint-Dominique, l'allaitement mixte a gagné en quinze mois 9 p. 100; l'allaitement artificiel a perdu pendant la même période 22,7 p. 100.

Loin d'être des écoles d'allaitement artificiel, les consultations de nourrissons, en conseillant et en dirigeant les mères de bonne volonté, permettent au contraire, grâce à l'allaitement mixte, d'éviter à un grand nombre de nourrissons de la classe laborieuse les dangers du biberon ou du sevrage précoce.

Si l'on ne considère comme véritables allaitements mixtes que ceux dans lesquels le nourrisson a profité du lait maternel jusqu'à l'époque normale du sevrage au minimum, on constate que, dans la pratique, les tentatives du médecin désireux d'éviter à tout prix l'allaitement artificiel ne sont pas toujours suivies de succès. C'est parmi les nourrissons mis à l'allaitement mixte avant l'âge de trois mois que les insuccès sont le plus nombreux (1 sur 3 dans notre statistique). La recherche des causes de ces insuccès nous montre qu'ils sont presque toujours imputables à la mauvaise volonté des mères.

De la comparaison de la série d'allaitements mixtes apportée par l'auteur au nombre de 97 observations avec une série de 153 observations d'allaitements artificiels placés exactement dans les mêmes conditions, il résulte que l'allaitement mixte donne des résultats incontestablement supérieurs.

Les conclusions qui précèdent autorisent M. Voix à répéter après M. Marfan : « Par l'allaitement mixte qui nous permet d'encourager l'allaitement maternel, il arrivera peut-être qu'après quelques générations toutes les femmes bien portantes seront d'excellentes nourrices, » et d'ajouter que le jour où « la mère pauvre sera la nourrice payée de son propre enfant », nous pourrons, par l'allaitement mixte, sinon supprimer, du moins réduire considérablement deux des plus importantes causes de mortalité infantile : l'élevage au biberon et l'industrie nourricière.

Contribution à l'étude du spina-bifida, par le docteur N. Dubreuil. (Th. de Paris 1902. J. Rousset, éditeur.)

Les données anatomo-cliniques et pathogéniques récentes ont éclairé l'histoire du *spina-bifida*, et ont montré que la fente vertébrale et l'hydrorachis sont des faits secondaires, tandis que l'altération évolutive de la moelle est le fait primordial; ces connaissances ont considérablement modifié les idées sur le pronostic et la thérapeutique de cette affection.

A côté des *spina-bifida* formant tumeur, qui constituent la forme la plus fréquente, qu'elle soit sessile ou pédiculée, il existe une variété moins connue, le *spina-bifida latent* ou *occulte*, où la malformation vertébrale passe le plus souvent inaperçue et qui ne se révèle que par une simple plaque d'hypertrichose locale ou par des complications éloignées.

A côté des cas rares où la guérison spontanée a été observée, le plus grand nombre des *spina-bifida* vrais ont un pronostic fatal; la mort étant ordinairement le résultat de l'inflammation de la poche avec méningite ascendante ou de la production presque inévitable de l'hydrocéphalie.

Si le diagnostic de cette affection ne présente pas en général de grandes difficultés, la détermination de la présence d'éléments nerveux dans la tumeur n'est pas aussi facile. Elle a cependant la plus grande importance au point de vue du pronostic et du traitement.

Parmi les formes anatomo-pathologiques connues, la méningocèle pure est très rarement observée; et cette rareté réduit d'autant les indications opératoires. Les auteurs ne sont pas complètement d'accord pour savoir si l'hydrorachis est interne ou externe. Quoi qu'il en soit, la lésion médullaire reste seule à considérer et ses adhérences, ainsi que celles des cordons nerveux à la poche, doivent décider le chirurgien. La cause provocatrice de cette affection nous échappe encore. Quelle qu'elle soit, elle exerce son influence sur une grande partie du système nerveux central.

Au point de vue thérapeutique, les indications opératoires semblent de plus en plus restreintes. Chez l'adulte, les chances de succès paraissent plus grandes.

Chez l'enfant, si on est en droit d'opérer dans les cas de méningocèle pure, de tumeur augmentant rapidement et menaçant rupture, il faut s'abstenir dans la plupart des cas, car on ne peut rien contre les altérations de la moelle, des nerfs et contre l'hypersécrétion rachidienne.

L'hygiène et l'art dans la construction, par le docteur Joseph Casati. (Th. de Paris, 1903. Jouve, éditeur.)

Il n'est peut-être pas de science plus décriée que l'hygiène, dit l'auteur dans ses conclusions; il n'en est sûrement pas qui ait rencontré plus d'hostilités, et pour cause :

Ou bien on n'en comprend pas l'utilité; les attaques, dans ce cas, ne sont guère dangereuses, et il ne faut pas s'en étonner : les bienfaits de l'hygiène, en effet, passent souvent inaperçus, « parce qu'*il est dans la nature même d'un service qui consiste à prévenir un mal, d'être d'autant moins apprécié qu'il est plus efficace*, et qu'ainsi le danger conjuré a moins fait sentir sa présence » (Bertin-Sans);

Ou bien, chose plus grave, *systématiquement*, on *s'obstine* à nier l'utilité de l'hygiène. *C'est que l'hygiène est parfois gênante*; comme nous l'avons vu, elle n'est guère amie, par exemple, de certaines *spéculations* exagérées.

On s'explique, dès lors, les assauts incessants qu'il lui a fallu subir, surtout depuis l'époque pasteurienne, qui fut aussi l'âge d'or d'une spéculation effrénée. *L'art tué par l'hygiène*, tel fut le cri de guerre, en même temps que la principale arme d'attaque dans cette lutte *intéressée* contre la salubrité publique.

Ce fut un tort, pensons-nous, que le choix de ce *prétexte*; d'ailleurs il ne réussit pas : l'hygiène triompha. En dépit des efforts intéressés à sa perte, la voici victorieuse, revenue au premier rang, comme autrefois dans les anciennes civilisations. Réhabilitation ou résurrection, peu importe le mot : l'essentiel est la chose, c'est-à-dire les résultats. Ils sont déjà appréciables.

Que des artistes trop exclusifs ou des hygiénistes trop ardents aient pu donner prise aux polémiques échangées de part et d'autre, l'auteur ne le conteste pas. Il n'en demeure pas moins vrai que nous devons croire à la possibilité d'une heureuse harmonie entre les exigences de la salubrité

et les exigences de l'esthétique architecturale, pourvu toutefois qu'hygiénistes et architectes veuillent s'en donner la peine.

La beauté des lignes, docile aux principes de la médecine, n'en reste pas moins belle; elle y acquiert, de nos jours, fraîcheur et souplesse nouvelles; et la science, austère, apprend d'elle à sourire.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les tumeurs (1), par MM. Duplay et Cazin.

Les nombreux travaux sur les tumeurs de MM. Duplay et Cazin les désignaient tout spécialement pour écrire ce livre.

Les auteurs, après une introduction où ils montrent combien sont artificielles les classifications des tumeurs jusqu'ici adoptées, étudient chacune dans un chapitre à part.

Il nous faut signaler d'une façon particulière les études consacrées aux sarcomes et aux cancers épithéliaux.

MM. Duplay et Cazin ont exposé avec soin toutes les hypothèses que l'on a faites sur la pathogénie des cancers épithéliaux, et ont montré que, malgré les nombreuses recherches faites depuis dix ans, on n'a pas pu élever une théorie coccidienne ou bastomycélienne ou non parasitaire qui ne soit à l'abri de nombreuses et sérieuses objections.

Félicitons les auteurs de leur étude des tumeurs de connaissance relativement récente (étude que l'on ne trouve pas dans les classiques), telles que les endothéliomes, les déciduomes, les tératomes malins.

Cet ouvrage, orné de nombreuses figures, a le grand mérite de rendre d'une lecture facile et attrayante une question aussi ardue que celle des tumeurs.

ÉT. LE SOURD.

Le saturnisme (2), par le docteur Meillière.

Cet ouvrage présente un double intérêt, car le lecteur y trouvera à la fois un exposé très complet de l'intoxication plombique, son étiologie, sa physiologie pathologique, sa symptomatologie, etc., et d'autre part l'opinion personnelle d'un chimiste, qui depuis longtemps étudie cette question, sur l'absorption, la localisation et l'élimination, en un mot sur la migration du plomb dans l'organisme. L'auteur montre, en effet, la prédilection avec laquelle le plomb se localise dans la substance grise de l'encéphale, dans les phanères, l'intérêt qu'il y a à rechercher le plomb dans les urines et les matières.

Toutes ces notions ainsi fournies par la chimie nous rendent compte d'un certain nombre d'accidents dus à l'intoxication plombique et sont très utiles pour la thérapeutique et la prophylaxie du saturnisme. P. RAVAUT.

La goutte et son traitement (3), par le docteur E. Apert.

Laissant de côté tout ce qui est théorique et pathogénique dans l'étude de la goutte, l'auteur de cet ouvrage s'est principalement attaché à l'étiologie, à la symptomatologie et surtout au traitement de cette affection, car, dit-il, « l'observation clinique reste pour cette maladie le seul criterium de la valeur de telle ou telle médication, et je croirai n'avoir pas fait œuvre inutile si je suis arrivé à résumer, en ces quelques pages, ce qu'il est nécessaire pour tout médecin de connaître sur une maladie aussi répandue et aussi délicate à soigner que la goutte. »

Après avoir décrit l'accès de goutte, l'auteur montre les différentes caractéristiques du tempérament goutteux, les symptômes de prédisposition goutteuse chez les enfants (migraine pouvant simuler la méningite, dyspnée, vomissements incoercibles, entérocolite glaireuse, sableuse), puis à l'âge de la puberté et à l'âge adulte; il étudie ensuite l'évolution de la goutte, ses manifestations abarticulaires sur le cœur, les reins, le tube digestif, les voies respiratoires, le système nerveux et arrive enfin au traitement qu'il envisage au point de vue hygiénique et au point de vue médicamenteux. Dans trois chapitres séparés, il met en relief le bénéfice que le malade tirera du traitement hydrominéral et montre les différentes indications thérapeutiques à remplir dans le traitement de l'accès de goutte et de la goutte chronique invétérée. P. RAVAUT.

(1) In-8°. (Biblioth. de chir. contemp.) Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8°, 261 p. Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

(3) In-8°. (Actualités méd.) Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Rhumatisme tuberculeux (1), par le professeur Poncet et le docteur Mailland.

Dans ce volume sont réunies toutes les publications que le professeur Poncet a déjà faites sur le rhumatisme tuberculeux. Il s'agit, comme on le sait, d'une nouvelle entité pathologique créée de toutes pièces par le professeur de Lyon et qui, très rapidement, a été reconnue chez bon nombre de malades que l'on considérait atteints de pseudo-rhumatisme. Les manifestations de cette affection ont à la fois l'allure d'un rhumatisme franc et d'un rhumatisme infectieux quelconque; elles sont la plupart du temps inflammatoires, c'est-à-dire sans tubercules, sans fonte caséeuse, sans fongosités, etc., en résumé sans produits tuberculeux, au sens encore classique de ce mot.

Cette monographie est donc le document le plus comple et le plus récent sur cette question nouvelle : doublemen intéressant par son actualité et son originalité.

P. RAVAUT.

Etude thérapeutique et expérimentale sur la métabenzamidosemicarbazide [cryogénine (2)], par le docteur G. Carrière, agrégé, chargé de cours à l'Université de Lille.

M. Carrière se livre à une étude approfondie sur ce nouvel agent thérapeutique et il le termine par les déductions suivantes :

Nos recherches nous ont conduit à admettre que la cryogénine se place au premier rang parmi les antipyrétiques : elle présente les mêmes avantages que tous les autres, elle présente une supériorité d'action évidente mise en lumière sur certains de nos tracés et elle n'a aucun de leurs inconvénients.

A notre avis, c'est l'antipyrétique idéal.

Bien entendu elle n'est pas une panacée universelle, il y a des cas où elle échoue, des cas où elle agit peu.

Il n'y a pas de contre-indication à son emploi.

On l'emploiera avec un succès constant dans la fièvre des tuberculeux, à la première et à la deuxième période, dans la fièvre typhoïde, dans l'embarras gastrique fébrile, les entérites aiguës pyrétiques, les pleurésies séro-fibrineuses, la grippe, le paludisme, la fièvre hystérique et chlorotique.

On la conseillera à titre d'essai dans toutes les pyrexies et on sera parfois surpris de compter un succès même dans des cas inattendus.

On la donnera de préférence par voie gastrique en cachets ou en solutés.

On la fera prendre une heure avant le début de l'accès

(1) In-8°. (Monogr. clin. de la collect, Critzman.) Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8°. — Paris, F. Alcan.

dans les fièvres intermittentes à type réglé, une heure avant l'acmé dans les fièvres continues ou subcontinues.

On commencera par une dose forte. Dès la sédation obtenue on diminuera progressivement les doses pour arriver à une dose minima administrée quotidiennement; d'abord on espacera les prises dans la suite à vingt-quatre ou trente-six heures suivant les besoins.

Son usage peut être prolongé indéfiniment et sans danger.

On se rappellera cependant qu'il se produit une accoutumance et qu'il est bon de temps à autre en cas d'administration prolongée de suspendre pour cinq ou huit jours l'usage de la cryogénine. L. GAYARD.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

M. GIRAULT. Contribution à l'étude clinique de la syphilis médullaire. — M. ERNANTÈNE. Des transformations anatomiques des angiomes de l'orbite. — M. DE FLEURIAN. L'anencéphale et ses réactions vitales. — M. SISCO. Traitement médical optique et chirurgical du kératocone. — M. GOURDON. Du pseudo-étranglement paralytique au cours de la péritonite tuberculeuse. — M. MERCIER. De l'acide picrique au point de vue thérapeutique et toxicologique. — M. CASATI. L'hygiène et l'art dans la construction. — M. BARRIÈRE. Extrait hépatique et affections du foie. — M. CAPDEVIELLE. L'œil, base d'un système d'identification anthropométrique. — M. HOUPERT. Contribution à l'étude étiologique des troubles gingivo-dentaires dans la grossesse. — M. POUZOL. Du diagnostic des corps étrangers de l'œil et de l'orbite. — M. BOUDEY. Des kystes hématiques de l'ovaire. — M. BOUCHET. Etudes sur une méthode nouvelle de calorimétrie clinique. — M. ABBADIE. Des abcès du foie consécutifs à l'appendicite. — M. PRADEL. De la réfection du périnée et de la paroi postérieure du vagin dans les prolapsus génitaux. — M. DE KÉRANGAT. L'origine ostréaire de la fièvre typhoïde. — M. DE CARDENAL. Rapports du tabes avec la grossesse et l'accouchement. — M. OLIVIER. Technique de l'anesthésie générale, chloroforme, éther. — M DÉSIRAT. De quelques complications rares du zona ophtalmique. — M. PERY. De la débilité congénitale et acquise des nouveau-nés. — M. LEMAIRE. Etude sur le naphtol camphré. — M. SOULARD. Etude pharmacologique des huiles au bi-iodure de mercure. — M. TRAGAN. De l'intervention chirurgicale dans les affections du médiastin postérieur et en particulier dans celles de l'œsophage. — M. RASCOL. Des ostéo-arthropathies hypertrophiantes non pneumiques. — M. BARRAUD. Les métrorragies dans l'ovarite scléro-kystique. — M. LAFARGUE. De la cataracte traumatique par contusion directe du globe oculaire. — M. CAILLIBAUD. L'acte du « relever » à l'état normal et dans quelques états pathologiques. — M. SARTHOU. Géologie et hydrologie du bassin d'Orléansville. — M. FOURNIER. Les maladies typhoïdes. L'hygiène et le sol en Poitou. — M. BOUSSION. Lentigo malin des vieillards. — M. BUISSON. De l'utilité de la radiographie dans certaines fractures méconnues de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. BLANCHEREAU. Des obsessions digestives. — M. PEYRONNY. La mélanose du cheval blanc. — M. BEZY. Contribution à l'étude du « courir » chez l'homme. — M. CONINGT. Etude des coudures utérines. — M. PION. Des kystes simples de la mamelle. — M. ROUSSEAU. Etude thérapeutique sur la cryogénine. — M. BOSSIS. Des nævi pigmentaires. — M. AUVINET. Des crises abdominales dans la convalescence de la diphtérie. — M. DEPIERRIS. La déviation oblique ovalaire de la bouche dans l'hémiplégie faciale. — M. DEBANDE. Alcoolisme et paralysie générale en Gironde. — M. HERVOUET. Traumatisme et tuberculose pulmonaire au point de vue médico-légal. — M. DESOURTEAUX. Etude anatomo-clinique des tumeurs de l'ethmoïde et en particulier de leurs complications oculo-orbitaires. — M. VIGIER. Du classement des purpuras. — M. REPUSSARD. Les injections à dose massive de bi-iodure de mercure dans le traitement de la paralysie générale progressive. — M. FONTAINE. Des kystes dermoïdes non viscéraux de la cavité abdominale. — M. BONET. Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. — M. PHILIP. De la néphrolithotomie dans la lithiase rénale aseptique et sans anurie. — M. DRIVET. Localisations des lésions provocatrices de l'épilepsie jacksonienne à aura faciale et à aura crurale. — M. CALABET. Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — M. BERNARD. De la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — L'ouverture du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1903-1904 et la nomination aux places d'élève interne en médecine, vacantes le 1er mai 1904, aura lieu le lundi 21 décembre, à midi précis.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à trois heures, depuis le lundi 2 novembre jusqu'au samedi 28 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première fois. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions, ainsi que l'épreuve orale, auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Marine. — Par décret en date du 10 septembre 1903, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Rousseau.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Le Floch.

— Par décret en date du 10 septembre 1903, est nommé dans le corps de santé de la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin principal en retraite Mathé, affecté au port de Toulon.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barrail (de Beauville), Estradère (de Luchon), Labanowski, médecin-major de première classe à Agen, et Mme Rechtsamer (de Paris).

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par M. Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de 900 francs chacun, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Pour l'année 1903, le concours sera ouvert le lundi 7 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration générale de l'Assistance publique, bureau du service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé le 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Programme du concours. — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique.

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes

pour examiner le malade et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

Le XVIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 19 octobre 1903, sous la présidence de M. Charles Périer, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Tumeurs de l'encéphale; rapporteur : M. Duret, de Lille;

2° Exclusion de l'intestin; rapporteur : M. Hartmann, de Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Association française d'urologie. — La VIIe session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 22 au 24 octobre 1903, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Des cystites rebelles » (rapporteurs : MM. Imbert et Pasteau).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boétie, Paris.

La statue du professeur Ollier. — Le sculpteur Alfred Boucher vient de terminer le modèle de la statue qui doit être élevée, à Lyon, à la mémoire du professeur Ollier.

Cette statue représentera Ollier en robe, un scalpel à la main, faisant une démonstration chirurgicale, sans figures allégoriques ni bas-reliefs quelconques. Un simple piédestal de granit supportera le bronze, mesurant 3^m60 de hauteur.

L'inauguration aura lieu au début de l'année prochaine.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 19 octobre au 19 décembre 1903, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de laboratoire de la Faculté; de Beurmann, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Queyrat, médecin de l'hôpital Ricord, ancien chef de clinique de la Faculté; Hudelo, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté; Gastou, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Emery, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Edmond Fournier, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté; Milian, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis; Terrien, ancien chef de clinique de la Faculté; Lacapère, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours sera complet en quatre-vingt-cinq leçons. Il aura lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, à deux heures de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique. Il commencera le 19 octobre 1903. Trois fois par semaine, aura lieu un deuxième cours, à trois heures et demie, de manière à terminer le programme le 19 décembre 1903.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des leçons : M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — M. Balzer. Eczéma. Impetigo. Ecthyma. Syphilis secondaire. — M. de Beurmann. Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Tuberculides. Traitement du lupus. — M. Queyrat. Blennorragie aiguë. Blennorragie chronique. Complications et traitement de la blennorragie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. — M. Hudelo. Gale. Érythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu : teignes tondantes et favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Petite chirurgie dermatologique. — M. Emery. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Hérédo-syphilis. Syphilis et grossesse. — M. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses, syphilides ulcéreuses, gommes. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie, paralysie générale, tabès. Dermatologie : dystrophies pigmentaires, purpura, zona, ulcères de jambe, éléphantiasis. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Pelade et alopécies. Phtiriase. Dermites artificielles. Dermatoses congénitales. Sclérodermie. Tumeurs de la peau. Séborrhées et acnés. Eczéma acnéique. Folliculites suppurées. Dyshydrose. Actinomycose. Morve et farcin. Lèpre. Leucoplasie.

Le droit de laboratoire à verser est de 120 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs à ce cours seront délivrés, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

Radiologie médicale. — *Cours de vacances*, par le docteur A Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (du dimanche 18 au dimanche 25 octobre). — A dix heures du matin : enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

A onze heures du matin : exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques.

A deux heures de l'après-midi : exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le dimanche 18 octobre, à dix heures du matin, dans la salle de conférences de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 20 octobre dans le laboratoire du docteur Béclère. — En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.

Programme du cours théorique. — Première conférence : Les rayons de Röntgen. — Deuxième conférence : L'énergie électrique et les mesures électriques usuelles. — Troisième conférence : Les ampoules radiogènes. — Quatrième conférence : La machine statique et la bobine d'induction. — Cinquième conférence : Les interrupteurs. Le choix d'une installation. — Sixième conférence : La radioscopie et l'orthodiagraphie. — Septième conférence : La radiographie simple et stéréoscopique. — Huitième conférence : Les radiodermites et la radiothérapie.

Programme des exercices pratiques de radioscopie. — Lundi : Les images du thorax normal. — Mardi : Examen de la cage thoracique et du diaphragme. — Mercredi : Examen des plèvres. — Jeudi : Examen des poumons. — Vendredi : Examen du cœur et des gros vaisseaux. — Samedi : Examen de l'œsophage et de l'estomac.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort subite de MM. les docteurs Frébillot, de Mirecourt (Vosges) et Vidal (de Saint-Vincent-de-Rheims).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Cartes de circulation à demi-place sur le réseau P.-L.-M.* — Il est délivré des cartes nominatives et personnelles valables pendant six mois ou un an et donnant droit d'obtenir des billets à demi-tarif pour des parcours exclusivement P.-L.-M., soit entre toutes les gares du réseau métropolitain, soit entre toutes les gares d'un même département. Ces cartes sont délivrées moyennant le paiement préalable des prix suivants :

A. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif de toutes classes : pendant six mois, réseau métropolitain 180 fr., un seul département 60 fr.; pendant un an, réseau métropolitain 240 fr., un seul département 80 fr.;

B. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif de 2e et 3e classes : pendant six mois, réseau métropolitain 120 fr., un seul département, 40 fr.; pendant un an, réseau métropolitain 160 fr., un seul département 50 fr.;

C. Cartes donnant droit à des billets à demi-tarif de 3e classe seulement : pendant six mois, réseau métropolitain 75 fr., un seul département 25 fr.; pendant un an, réseau métropolitain 100 fr., un seul département 30 fr.

Il sera perçu, en outre, à chaque voyage, la moitié du prix d'un billet simple (place entière de la classe demandée par le voyageur pour le parcours qu'il veut effectuer).

Ces billets à demi-tarif seront délivrés au titulaire sur la présentation de sa carte au guichet des gares et stations du réseau P.-L.-M.

Consulter le Livret-guide horaire P.-L.-M. vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etudes de psychologie physiologique et pathologique, par E. Gley, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° (Bibliothèque de philosophie contemporaine). — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les tumeurs malignes du rein chez l'enfant et l'adulte, par Léon Imbert, professeur à la Faculté de médecine. — Montpellier, imprimerie Delord-Bœhm et Martial.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 107. — JEUDI 17 SEPTEMBRE 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 17 SEPTEMBRE 1903. — N° 107

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ÉTAT DE LA LANGUE DANS LES MALADIES DU TUBE DIGESTIF

Par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.

I. Considérations préliminaires. — Les anciens auteurs attribuaient une importance considérable à l'état de la langue dans les maladies du tube digestif, une importance d'autant plus grande, peut-on dire, que leurs moyens d'investigation étaient plus restreints. Ils tâtaient le pouls, comptaient le nombre de ses pulsations, observaient ses qualités de tension, de force, de dépressibilité; ils faisaient tirer la langue et regardaient l'urine. En présence de la multiplicité des phénomènes pathologiques, ils étaient naturellement amenés à attribuer une importance excessive aux trois ordres de manifestations ainsi relevées, à leurs variations, à leurs associations.

Pour eux, la langue était devenue le miroir de l'estomac. Sa muqueuse était considérée comme une partie constituante de la muqueuse du tube digestif, et, par les variations de son état, on pensait avoir une image de l'état de la muqueuse du tube digestif, et, plus particulièrement encore, de l'estomac auquel on attribuait un rôle excessif dans la série des phénomènes de la digestion. La muqueuse linguale était comme un échantillon de la muqueuse digestive d'un examen particulièrement facile et instructif. En constatant l'état de la langue, on constatait en même temps l'état de la muqueuse de l'estomac. Si celle-là était sale, saburrale, on *voyait* celle-ci encombrée de détritus qui l'encrassaient et gênaient sa fonction. De là à la prescription d'un nettoyage énergique par le vomitif ou l'éméto-cathartique, il n'y avait qu'un pas. Et, du reste, l'observation clinique semblait donner raison à la théorie, puisque, dans un grand nombre de cas, les accidents d'*embarras gastrique* cédaient quelque temps après l'emploi de ces remèdes. Il n'en était pas toujours ainsi, et assez souvent, comme la langue s'obstinait à rester sale, le médecin s'obstinait en vain à nettoyer l'estomac. Et nous pouvons concevoir actuellement que l'excès dans le nettoyage était précisément la cause et la persistance de la sabure linguale.

Les anciens ne demandaient guère de renseignements qu'à la muqueuse; ou tout au moins lui rapportaient tous les renseignements qu'ils obtenaient par l'examen de la langue. Cependant, comme l'a exposé Lasègue, la langue est constituée par une masse musculaire enveloppée par une muqueuse, et c'est cette masse musculaire qui lui donne sa forme. Si la langue, dans certains cas, s'étale et conserve l'empreinte des dents contre lesquelles elle se moule, c'est que le muscle lingual atone se laisse déprimer et passivement aplatir. Il faut voir dans cette disposition l'indice d'un état particulier d'atonie du système musculaire et, sans doute aussi, de son appareil d'innervation. C'est une notion qu'il ne faut jamais oublier dans l'interprétation de la séméiologie linguale; il ne faut pas perdre de vue que le muscle et la muqueuse peuvent tous les deux contribuer à la constitution du syndrome lingual.

Mais revenons à la muqueuse. C'est en réalité une fausse muqueuse; elle dérive au point de vue embryologique non du feuillet interne, mais du feuillet externe du blastoderme; sa structure la rapproche de la peau et non de la muqueuse gastro-intestinale, et du reste son innervation est tout à fait différente de l'estomac et de l'intestin, qui ne reçoivent que des filets du pneumogastrique, du grand sympathique et des plexus ganglionnaires de l'abdomen. La prétendue muqueuse de la langue est en réalité un lambeau de peau modifiée et adaptée à une fonction particulière. Au point de vue de sa pathologie, elle se comporte beaucoup plus comme la peau que comme une muqueuse.

Ce qui donne à la pseudo-muqueuse linguale une apparence particulière, ce sont ses papilles et plus spécialement encore, au point de vue qui nous occupe, ses papilles filiformes.

Regardez avec une certaine attention une langue sale, blanche, et vous reconnaîtrez bientôt que l'enduit blanchâtre est en réalité constitué par l'existence de papilles filiformes nombreuses, longues, tassées les unes contre les autres. En grattant la muqueuse avec un abaisse-langue ou le bord mousse d'une cuiller, il est facile de voir ces papilles se redresser et se renverser. En général, on n'obtient par ce grattage qu'une quantité très minime de détritus blanchâtres. Lorsque la langue est très blanche, qu'elle paraît couverte d'un enduit très dense, on s'aperçoit que la couche

de papilles filiformes est très épaisse et que ces papilles sont très longues : elles constituent une sorte de gazon qui se couche comme se couche l'herbe d'une prairie au passage d'une trombe d'eau. Ces langues à gazon papillaire long et épais ont été appelées langues pileuses.

On connaît la langue noire. Chez certaines personnes, il se forme sur la face supérieure de la langue une tache noire qui tend à la couvrir tout entière. Elle est souvent très foncée et donne l'aspect d'une large tache d'encre. L'un de nous, en étudiant un cas de langue noire à l'hôpital Saint-Louis en 1882, s'est aperçu qu'un des caractères de cette langue était précisément d'être pourvue d'un gazon papillaire très long et très épais. Peut-être était-il le premier à signaler cet état pileux de la langue noire; quoi qu'il en soit, on l'a toujours retrouvé depuis dans tous les cas dont l'histoire a été rapportée. C'est aux débris alimentaires et probablement à certaines spores de couleur noire accumulées dans ce gazon épithélial qu'il faut attribuer la couleur spéciale de la langue noire.

Toutefois, une langue pileuse, à gazon papillaire très épais et très long, ne devient pas forcément une langue noire, elle peut rester blanche, crémeuse. On rencontre de temps en temps des personnes qui, depuis des années, ont une langue couverte d'un épais enduit d'aspect crémeux. Il est facile de se rendre compte, par une observation même superficielle et rapide, que cet enduit est en réalité dû à la présence d'un gazon papillaire épais, ce sont des *langues pileuses blanches* par opposition aux *langues pileuses noires* dont il vient d'être question.

Entre ces cas extrêmes d'observation rare, et la langue, lisse, rouge, *charnue*, pourrait-on dire, sur laquelle s'aperçoivent aisément les petites saillies rouges des papilles fungiformes, tous les intermédiaires se rencontrent.

Il nous paraît certain qu'il y a à ce point de vue des dispositions anatomiques que les états morbides peuvent venir exagérer ou modifier. Il s'agit en tout cas d'états de longue durée, et qui ne se modifient quelquefois qu'après des mois et des années.

Chez tout le monde, la desquamation linguale se fait d'une façon continue, surtout par la chute des productions filiformes qui constituent de beaucoup la partie la plus longue des papilles caliciformes. Chez certaines personnes, cette desquamation paraît prendre une intensité très grande, sous l'influence, semble-t-il, d'une véritable dermite superficielle de la langue. Il est, par exemple, assez connu que chez des enfants atteints de colite chronique, de courbature, la langue est blanche au centre et en arrière de sa face supérieure, et rouge sur les bords. Ce qui donne à la partie centrale l'aspect d'un enduit blanchâtre, c'est l'existence du gazon papillaire épais. Au contraire, sur les parties marginales, en vertu du frottement contre les dents les prolongements épithéliaux des papilles sont tombés, la muqueuse apparaît rouge, irritée, les papilles fungiformes sont rouges, saillantes, érectiles. Eh bien, en réalité, pour les parties rouges, comme pour les parties blanches, il s'agit d'un même processus de *dermite linguale desquamative superficielle*. Seulement les produits de cette desquamation excessive restent adhérents à la partie supérieure en contact avec la muqueuse palatine, ils sont détachés par le frottement contre les dents sur les bords de la langue.

Nous pouvons résumer ce qui vient d'être exposé par quelques propositions fondamentales :

1° La muqueuse linguale est en réalité un bourgeon cutané de structure modifiée ;

2° Son enduit saburral est dû avant tout à l'abondance excessive des papilles filiformes qui forment un épais gazon sur les langues pileuses ;

3° Ce processus de desquamation avec adhérence ou chute des détritus épithéliaux d'origine papillaire, dépend d'une sorte de dermite superficielle.

Ces idées, que l'un de nous professe depuis très longtemps, sont très analogues à celles qu'a exposées G. Müller, dans un intéressant travail que nous ne connaissons que depuis quelques jours (1). Elles nous paraissent avoir une importance capitale pour l'interprétation de la séméiologie digestive de la langue. (*A suivre.*)

LES COMPLICATIONS NERVEUSES DE LA COQUELUCHE

D'après M. P. Guiot (2).

Il faut remonter assez loin dans l'histoire de la médecine pour entendre parler de phénomènes nerveux graves au cours de la coqueluche. Pour la première fois, les convulsions externes généralisées sont signalées à propos des épidémies qui sévirent à Copenhague en 1775 et à Dillingen, en 1811. Un peu plus tard, Maubec et Meyer étudient dans leurs thèses (Paris 1841) les complications nerveuses de la coqueluche, qui, pour eux, se réduisent aux convulsions. Lando (de Gênes), Aaskow (de Copenhague), Desruelles, Sauvage décrivent les diverses hémorragies que l'on peut observer, mais sans parler des hémorragies méningées, et c'est Barrier qui, en 1842, publie le premier cas d'hémorragie méningée au cours de la coqueluche.

Trousseau parle longuement, dans ses *Cliniques*, de la congestion cérébrale au cours de la coqueluche; il y voit la cause de cette injection des vaisseaux de l'œil allant jusqu'à donner lieu à une hémorragie de la conjonctive : « Les enfants pleuraient des larmes de sang. » Selon Trousseau, le gêne de la circulation encéphalique, qui se traduit par l'injection des yeux et la bouffissure de la face, est à peu près constante et permet de reconnaître la coqueluche dans les cas douteux. Barthez et Sanné (1880) publient un cas net de sclérose en plaques; Valerian insiste dans sa thèse (1880) sur les phénomènes nerveux liés aux hémorragies cérébrales, qu'il croit très fréquentes; West étudie les désordres cérébraux de la coqueluche; Cadet de Gassicourt (1882), Widal (1885), Marshall (1885) décrivent longuement les complications nerveuses de la coqueluche; Michel (1897) rapporte dans sa thèse huit observations d'hémorragies cérébrales suivies de paralysies; Leroux se livre à une étude d'ensemble des paralysies dans la coqueluche; Variot publie un cas de sclérose en plaques et un autre de maladie de Friedreich consécutifs à la coqueluche, Finlayson, Marshall, Frederich, en Angleterre, Troïtski, Fritsch, Silex, Steiner, Möbius, Neurash, Jarke, Benhardt, en Allemagne, apportent leur contribution à l'étude des troubles nerveux de la coqueluche.

De ces troubles, le plus important est peut-être le *spasme de la glotte* qui, entrevu par William Hugues, a surtout été décrit par Du Castel (1872). Dans sa thèse inaugurale, Du

(1) G. Muller. Ueber den Zungenbelag bei Gesunden und Kranken., *Münch. med. Wochens.*, 14 août 1900.

(2) Th. de Paris 1903, H. Jouve, éditeur.

Castel rapporte trois observations de spasme de glotte dans la coqueluche, « et toutes trois sont identiques au point de vue de la marche, de la filiation des accidents et des résultats négatifs de l'autopsie. » Depuis, Cadet de Gassicourt et Bouniol ont rapporté quelques cas nouveaux.

Cette complication rare de la coqueluche (Roger) se montrerait seulement chez des enfants affaiblis par une maladie antérieure (Trousseau) : cette opinion paraît exacte; il en est de même de celle qui admet que le spasme de la glotte se produit surtout pendant les premières années de la vie. L'accès survient à toutes les périodes de la coqueluche, sauf à la période terminale; on l'a vu apparaître même avant la période des quintes (Blache). Il est aussi fréquent le jour que la nuit.

Voici comment les choses se passent habituellement : un enfant, atteint de coqueluche violente, est pris d'une quinte d'une excessive longueur, et la mort arrive par asphyxie. Cette quinte est annoncée par une aggravation progressive de celles qui la précèdent : « La force des quintes, dit Cadet de Gassicourt, s'accroît progressivement, et, pendant trois ou quatre jours, on constate plusieurs fois, dans chaque vingt-quatre heures, quelques accès plus violents encore que les autres, auxquels les enfants paraissent près de succomber; c'est alors seulement, après cette sorte de préparation, que se produit la convulsion tonique des muscles inspirateurs, qui emporte le petit malade. » Le pronostic est extrêmement grave, puisque tous les malades de Du Castel ont succombé à cette complication. A l'autopsie, on ne trouve que des lésions banales, incapables d'expliquer la mort, qu'il faut attribuer à un spasme des muscles inspirateurs.

Signalée par Cazin, Cadet de Gassicourt, etc., l'*éclampsie* ne se montre, elle non plus, que dans les coqueluches intenses; elle apparaît surtout du 18e au 35e jour de la maladie (Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt). Les remarques faites au sujet des convulsions internes localisées (spasme de la glotte) sont en grande partie applicables aux convulsions externes généralisées : l'une commence, les autres continuent : « La convulsion locale s'est généralisée » (Roger). Entre le spasme de la glotte et l'éclampsie, il existe donc une transition naturelle. « Les phénomènes morbides s'élèvent par degrés successifs de la quinte à l'éclampsie, en passant par toutes les phases de la convulsion. »

Les *paralysies* frappent surtout les enfants au-dessous de cinq ans, mais on les observe aussi chez l'enfant plus âgé et même chez l'adulte (Leyden). Elles surviennent surtout dans les coqueluches graves, fébriles, avec quintes intenses et prolongées. Tantôt elles revêtent le type des paralysies cérébrales (hémiplégie, paralysie faciale, monoplégie, aphasie, etc.), tantôt celui des paralysies médullaires (paraplégie, sclérose en plaques), tantôt encore elles sont d'origine périphérique. Les premières et les secondes ont été souvent attribuées aux troubles circulatoires (Trousseau, Leyden, J. Simon, Cazin) qui suivent la quinte : cette opinion est contestée par Widal, Fröhlich et Meunier, pour lesquels les hémorragies que l'on rencontre dans les différentes parties de l'axe nerveux sont d'origine infectieuse. Cette explication a le mérite d'être conforme aux idées modernes; elle permet aussi de comprendre les paralysies périphériques, mais elle ne doit pas être adoptée exclusivement, et il faut admettre que les paralysies de la coqueluche dépendent de lésions tantôt d'ordre mécanique, et tantôt d'ordre infectieux.

Quoi qu'il en soit, ces paralysies sont fort graves; souvent elles aboutissent à la mort; d'autres fois, elles ne compromettent pas la vie, mais persistent indéfiniment (Alexandre).

A ces complications classiques, M. Guiot ajoute la *méningite aiguë*, dont M. Lantier et lui-même ont pu observer un cas typique, d'ailleurs terminé par la guérison.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE COLONIALE

L'engorgement chronique du foie dans les pays chauds. [M. Tourtoulis (du Caire). *Lyon médical*, 1903, n° 18.] — De son travail l'auteur tire les déductions thérapeutiques suivantes :

« Il faut éviter les troubles gastro-intestinaux, en évitant les repas copieux, car, à la longue, même étant composés d'aliments de choix, et pas en voie de décomposition, ils finissent par fatiguer et irriter l'estomac, l'intestin et le foie par un surcroît de travail. Il faut éviter les grandes quantités de viande, la digestion de celle-ci étant plus difficile dans les pays chauds que dans les pays froids, et s'abstenir des conserves et de toute substance en voie de décomposition et préférer les légumes, les fruits et d'autres substances moins putrescibles à la viande, il faut aussi combattre les plus légers troubles intestinaux et gastriques qui, souvent, s'installent insidieusement et dont les premières manifestations sont : la pesanteur après les repas et la constipation. Les boissons alcooliques doivent être évitées et si elles sont permises elles doivent être prises en très petite quantité et très diluées pour éviter ainsi au moins l'action irritante sur la muqueuse gastro-intestinale. L'abus conduit fatalement à l'irritation directe de la cellule hépatique et à la provocation de la gastrite.

L'exercice en plein air et toute sorte de sports doivent être fortement conseillés aux Européens résidant dans le pays ainsi qu'aux indigènes menant une vie sédentaire; ces exercices facilitent la circulation hépatique et par la respiration fréquente augmentent la quantité d'oxygène absorbé.

On doit éviter les transpirations profuses autant que cela peut se faire, et ne boire que la quantité de liquide absolument nécessaire à l'organisme, les grandes quantités augmentant la pression intra-hépatique qui diminue la quantité de la bile, et diluant les acides organiques (gastrique et intestinal) qui deviennent ainsi faibles à remplir leurs fonctions digestives.

L'européen se rendant dans les pays chauds ne doit pas croire qu'il est fatalement condamné à subir une atteinte hépatique par l'action du climat et de la chaleur sur le foie; elle n'existe pas, le foie étant bien protégé par la cage thoracique (il est bien entendu que l'infection paludique est hors de cause). Bien au contraire, il doit savoir que s'il accommode son régime alimentaire aux exigences de sa nouvelle demeure et aux règles hygiéniques ci-dessus énoncées, il peut parfaitement éviter toute atteinte hépatique et y vivre bien portant. Mais si la maladie s'installe et si l'on constate une augmentation de volume du foie, on doit la combattre avec tous les moyens que nous avons en usage, alors même que cette augmentation du volume du foie coexiste avec une santé en apparence très peu altérée.

Dans le cas où la maladie persiste, un séjour prolongé dans un climat froid et un régime approprié peuvent contribuer puissamment à ce que le foie retrouve, avec son volume normal, sa fonction physiologique. » L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

Empoisonnement par le bromoforme. (*Therapeutic gazette*, 15 avril 1903, p. 221.) — M. Dillard publie un cas d'empoisonnement par le bromoforme, survenu chez une enfant de

seize mois et dont il a pu noter les symptômes. L'enfant fut amenée à l'hôpital deux heures environ après avoir ingéré IV gouttes de bromoforme. La dose n'ayant produit aucune action, on fit prendre à la jeune malade IV autres gouttes au bout de deux heures. Quelques minutes après la tête s'incline en avant, le regard se voile, la respiration s'embarrasse, la peau se refroidit pendant que l'enfant perd connaissance. A son arrivée à l'hôpital les pupilles étaient ponctiformes et ne réagissaient plus à la lumière; l'haleine présentait une forte odeur de bromoforme, la peau était cyanosée, les bruits du cœur irréguliers et superficiels, le pouls faible et inégal, les muscles en état de relâchement total.

On pratiqua immédiatement le lavage de l'estomac et on fit des injections sous-cutanées de strychnine et d'atropine, puis des frictions énergiques de tout le corps ainsi que des mouvements de respiration artificielle. Au bout de trois heures et demie environ, la malade sortit assez brusquement de son état d'inconscience. Elle s'endormit ensuite pendant quelques heures, perdit de nouveau connaissance mais ne tarda pas à recouvrer son état normal.

A. HOUSQUAINS.

QUESTION D'INTERNAT

Pleurésies putrides (1).

DIAGNOSTIC. — I. Le diagnostic de la pleurésie putride *libre* est toujours très difficile. On doit penser à cette affection lorsque, chez un malade présentant un état général grave, on constate les symptômes thoraciques précédemment décrits (signes associés de pleurésie et de pneumothorax). Mais avant d'affirmer son existence, il faut encore éliminer un certain nombre de causes d'erreurs : *a.* d'origine abdominale; *b.* thoracique; *c.* pleurale.

A. Parmi les AFFECTIONS ABDOMINALES, il faut citer : *a.* les *kystes hydatiques du foie*, suppurés ou non (mais vomique abondante, précédée d'une odeur spéciale de l'haleine [Eichhorst] et contenant des lambeaux de membranes, des crochets d'hydatide); *b.* les *abcès périnéphrétiques et iliaques*; *c.* les *abcès du foie*, et surtout *d.* les *abcès périhépatiques*, souvent consécutifs à une appendicite (signes fonctionnels et locaux d'une collection abdominale; coexistence de pleurésie droite). Lorsque ces abcès sont gazeux, les signes sont tout à fait analogues à ceux que donnent les pleurésies putrides, et le diagnostic peut être des plus délicats. On a dit que, lorsqu'il s'agit d'une collection sous-diaphragmatique, le liquide d'un manomètre, dont l'une des branches est mise en relation avec la collection, s'élève pendant l'inspiration (*signe de Pfühl*). Ce signe est précieux, mais α. il manque parfois dans les abcès gazeux périhépatiques (paralysie du diaphragme, Lépine); β. il existe exceptionnellement dans les pleurésies putrides (Collet et Péhu).

B. Si l'on voulait passer en revue toutes les AFFECTIONS THORACIQUES capables d'être confondues avec une pleurésie putride, « il y aurait à envisager toute la pathologie du médiastin » (Bouic, loc. cit.). Les plus importantes sont : *a.* la *gangrène pulmonaire* (fétidité de l'haleine et de l'expectoration, présence dans les crachats de débris sphacélés du parenchyme pulmonaire, évolution); *b.* les *cavernes pulmonaires* [tuberculose, bronchectasie, ayant subi la transformation putride (2)]. (Commémoratifs, évolution.)

C. Les pleurésies putrides doivent encore être différenciées des autres variétés de COLLECTIONS PLEURALES : *a. pleurésies séro-fibrineuses et purulentes* (v. classiques); *b. pneumothorax* et surtout *pneumothorax tuberculeux* (antécédents, évolution).

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 104.
(2) V. Dilatation des bronches, *Gaz. des hôpit.*, 1903, nºs 48 et 54.

Seule, la *ponction* permet d'affirmer l'existence d'un épanchement pleural à liquide puant. *Elle est donc indispensable dans tous les cas douteux* : « En face d'un épanchement qui laisse quelques doutes sur sa nature, cet épanchement fût-il peu abondant, il faudra se hâter de confirmer le diagnostic par une ponction » (Dieulafoy).

Mais, si la ponction permet de distinguer avec certitude les pleurésies *ozéneuses* des affections abdominales et thoraciques que nous venons de signaler, elle ne suffit pas, à elle seule, à différencier les pleurésies *putrides* des pleurésies *fétides* et *gangréneuses* : « La ponction, à elle seule, ne fait constater que la puanteur du liquide, elle ne fait pas constater sur-le-champ la putridité » (Dieulafoy).

Pour établir ce dernier diagnostic, il faut se rappeler que les *pleurésies fétides* « ne provoquent pas, comme les pleurésies putrides et gangréneuses, des symptômes rapidement graves. Ce sont surtout des collections enkystées. Elles n'ont aucun des caractères de la putréfaction; elles ne dégagent pas de gaz » (Id.). La ponction n'est pas suivie de l'apparition d'un phlegmon gazeux ou gangréneux; elle permet de retirer un liquide qui ne contient pas de lambeaux sphacélés; inoculé à un animal, il ne lui donne pas de phlegmon gazeux; ensemencé, il ne détermine ni fermentation ni bulles de gaz dans les tubes à expérience.

Les pleurésies putrides et gangréneuses s'accompagnent au contraire de symptômes généraux graves; elles occupent la grande cavité pleurale; elles « portent en elles tous les caractères de la putréfaction : formation de gaz dans la plèvre, formation de phlegmon gazeux sur le trajet d'une ponction exploratrice, apparition d'œdème phlegmoneux gazeux dans les tissus d'un animal inoculé » (Dieulafoy).

Le diagnostic entre pleurésies putrides et *pleurésies gangréneuses* est beaucoup plus difficile; on admet d'ordinaire que, dans les premières, il n'y a pas, dans les secondes il y a des signes de gangrène pulmonaire préexistante, mais : α. ces signes peuvent manquer (gangrènes corticales); β. ils peuvent exister en dehors de la gangrène (bronchites fétides, abcès du poumon, etc.); γ. les signes de la gangrène pulmonaire et ceux de la gangrène pleurale peuvent apparaître simultanément. Le diagnostic peut donc être impossible sans la ponction qui permet de retirer, en cas de pleurésie gangréneuse, un liquide contenant des lambeaux sphacélés. D'ailleurs « entre les pleurésies putrides et gangréneuses, la ligne de démarcation clinique n'est pas absolue » (Dieulafoy), et l'erreur est relativement peu importante, le traitement étant le même dans les deux cas.

II. Le diagnostic des pleurésies putrides *enkystées* est encore plus difficile. Certains auteurs disent même que, cliniquement, il est à peu près impossible (Bouic, loc. cit., p. 120). Quant à celui des *pleurésies cloisonnées*, il ne peut se faire que par les ponctions exploratrices.

III. *Diagnostic de la cause.* — Dans nombre de cas, il faut incriminer une appendicite : « En face d'une pleurésie droite, fébrile et putride, il faut toujours penser à l'appendicite » (Dieulafoy). Passer en revue les différents organes dont les altérations donnent le plus souvent lieu à une pleurésie putride. (*A suivre.*)

QUESTIONS D'INTERNAT PUBLIÉES DEPUIS LE 1er JANVIER 1903

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Association scientifique et professionnelle de médecine et de chirurgie. — Les internes et anciens internes des hôpitaux de Paris ont reçu la lettre suivante :

« Seriez-vous d'avis de constituer une association scientifique et professionnelle de médecine et de chirurgie dont seraient membres de droit, et après paiement d'une cotisation annuelle, tous les anciens internes des hôpitaux de Paris, habitant Paris, la province et l'étranger?

Cette association aurait son siège à Paris. Elle tiendrait une séance hebdomadaire ordinaire et une session annuelle extraordinaire (dont la durée pourrait prendre plusieurs jours).

Elle s'occuperait :

1° De questions scientifiques;

2° De questions professionnelles.

Dans des conditions limitées, à discuter, elle pourrait recevoir, pour la partie scientifique seulement, des membres choisis en dehors du cadre de l'internat français et étranger.

Cette association pourrait prendre le nom de Club ou Cercle français de médecine et de chirurgie.

Le but à atteindre est surtout de grouper tous les anciens internes de manière à les faire se connaître et se soutenir.

Les internes en exercice pourraient être membres du club, à la seule condition de payer la cotisation annuelle. En dehors de toute cotisation, ils pourraient y lire des communications, mais n'auraient pas le droit de discussion.

Le nombre des anciens internes habitant Paris est d'environ 850; le nombre des internes en exercice est d'environ 250, soit un total de 1100 membres, représentant le tiers des médecins de Paris (les chiffres approximatifs de 3300 à 3500 étant généralement donnés).

Le corps d'internat, *par son nombre*, tient donc une très grande place dans la pratique de la médecine à Paris.

Au point de vue scientifique, le corps de l'internat personnifie la Science médicale; le nombre de nos confrères non anciens internes s'adonnant aux questions scientifiques médicales constitue une belle mais très restreinte minorité.

Malgré son importance dans le domaine scientifique et dans le domaine pratique, le corps de l'internat reste à l'état virtuel: nulle part, il ne s'affirme en tant que corps : il est intangible, insaisissable, immatériel : il n'est pas. Il en résulte que chacun de ses membres est loin d'occuper toujours la place qu'il mérite.

Le club en fixant un siège au corps de l'internat lui donnerait du même coup une matérialité. Les anciens internes, pour se retrouver, n'en seraient plus réduits au hasard d'une rencontre; ils sauraient où aller, à jour et heure fixes, pour causer science, sans apparat, et pour causer intérêt, sans manifestation. D'esprit égalitaire, le club n'aurait, pour sa direction générale, qu'à se ressouvenir de l'ancienne Faculté qui comprenait tous les docteurs de Paris et de l'ancien collège de chirurgie qui était constitué par tous les maîtres-chirurgiens.

Les séances seraient hebdomadaires afin d'obtenir un groupement sérieux; elles seraient scientifiques, les questions d'ordre professionnel ne pouvant jamais être très nombreuses et ne permettant pas un intérêt soutenu.

Une bibliothèque avec salle de travail ouverte de 8 heures du matin à minuit, toute l'année, serait à installer, dès que l'état financier le permettrait.

Le côté pratique du club ressortirait d'ailleurs beaucoup plus du groupement lui-même que de la solution donnée à quelques questions professionnelles. »

Guerre. — Voici la liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'École du service de santé militaire, par décision du ministre de la guerre du 12 septembre 1903 :

1. MM. Mercier, Jeandin, Billet, Aulong, Bech, Perret, Blanc, Moy, Legendre, Bertaux.

11. Timbal, Rouch, Batier, Pagnier, Chabardès, Bercher, Decour, Heuraux, Heyraud, Cristau.

21. Larrazet, Teste, Rouzaud, Jandot dit Danjou, Odinot (A.), Mathieu, Richard, Vialle, Pitois, Clot.

31. Simoni, de Person, Mahot, Roussille, Solle, Lescuyer, Lancelot, Nicod, Benoit-Gonin, Christiany.

41. Toinon, Jacquemart, Renoux, Cavarroc, Gouillon, Contant, Courboulès, Mercier, Torresse, Bonnenfant.

51. Legrand, Roussel, Dubalen, Médan, Odinot, Lefébure (H.), Pouchet, Cayrel, Vallot, Morras.

61. Gand, Fonvieille, Dumas, Laurent, Minouflet, Boisseau, Fayet, Stévenel, Théron, Anglade.

Les trente-cinq premiers candidats reçus devront se présenter à l'école du service de santé militaire à Lyon le mardi 20 octobre prochain, à huit heures du matin, et les autres le même jour à deux heures précises du soir.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret du 11 septembre 1903, ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre rang au 14 septembre 1903 :

MM. les médecins aides-majors de première classe Amigues, en service au 22e d'infanterie coloniale; Vergnes, en service en Cochinchine.

Par décision ministérielle du même jour, ces officiers du corps de santé ont été maintenus dans leur position actuelle.

— Par décision ministérielle du 14 septembre 1903, ont été affectés, savoir :

En Indo-Chine. — M. le médecin aide-major de première classe Plomb.

Au Chari. — M. le médecin aide-major de première classe Couvy.

En Nouvelle-Calédonie (hors cadres). — M. le médecin aide-major de première classe auxiliaire Amigues.

En France. — Médecin-major de première classe : au 2e d'artillerie coloniale à Cherbourg, M. Texier.

Médecin-major de deuxième classe : au 2e d'artillerie coloniale à Brest, M. Contaut.

Médecins aides-majors de première classe : au 22e d'infanterie coloniale (pour servir ultérieurement à Oléron), M. Sorel; au 8e d'infanterie coloniale, M. Cadet; au 3e d'artillerie coloniale, M. Fraissinet; au 7e d'infanterie coloniale, M. Jousse.

Médecin aide-major de première classe auxiliaire : au 1er d'infanterie coloniale, M. Fuynel.

— Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire en Afrique occidentale française :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pelletier, au 1er tirailleurs sénégalais; — Reboul, au groupe des batteries de Dakar; — Lhermitte, à la direction du service de santé en qualité de secrétaire du directeur.

M. le médecin aide-major de première classe Cavazza, à l'hôpital de Kayes.

A Madagascar. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Martel au 1er tirailleurs malgaches; — Bailly, au service général de Diégo-Suarez; — Gautier, au 2e tirailleurs malgaches à Tamatave; — Ferris, à l'hôpital militaire de Tamatave.

M. le médecin aide-major de deuxième classe stagiaire Haelewyn au 3e tirailleurs sénégalais.

A la Nouvelle-Calédonie. — M. le médecin aide-major de pre-

mière classe Cloître, au service général, poste militaire de Koné.

En Indo-Chine. — M. le médecin-major de première classe Hagen, comme médecin-chef de l'hôpital mixte de Pnom-Penh.

M. le médecin aide-major de première classe Couderc, à la brigade du corps d'occupation de Chine, à Haïphong.

Marine. — Sont désignés pour embarquer dans l'escadre de la Méditerranée, le 1er octobre prochain :

Sur le *Carnot* : M. le médecin principal Foucaud, du port de Rochefort, actuellement en service à Toulon, en remplacement de M. Michel.

Sur le *Latouche-Tréville* : M. le médecin de première classe Rejou, du port de Lorient, réservé pour les escadres à Brest, en remplacement de M. Seguy.

Sur le *La-Hire* : M. le médecin de première classe Morgue, du port de Cherbourg, en remplacement de M. Dumas.

Sur le *Du-Chayla* : M. le médecin de première classe Mottin, du port de Cherbourg, en remplacement de M. Jouenne.

M. Réjou rejoindra le *Latouche-Tréville* à une date qui sera fixée ultérieurement.

— Sur la proposition du préfet du Ier arrondissement maritime, le ministre a décidé qu'un médecin de deuxième classe sera affecté en sous-ordre, pour deux ans, au servire médical de la défense mobile de Cherbourg, qui assure également le service médical du personnel de la station des sous-marins de ce port.

En conséquence, M. le médecin de deuxième classe Lesson, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur la défense mobile de Cherbourg qu'il devra rejoindre dans les délais réglementaires.

— M. le médecin principal Touchet, du port de Lorient, actuellement en service à Toulon, et M. le commissaire de première classe Nicodème (A.-C.), du port de Toulon, sont désignés pour embarquer sur le *Gaulois* qui entrera en armement définitif le 21 septembre courant.

Université de Paris. — *Institut de médecine coloniale rattaché à la Faculté de médecine de Paris.* — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours dureront environ deux mois et demi.

Le premier cours commencera le 12 octobre et sera terminé le 25 décembre 1903.

Peuvent s'inscrire les étudiants pourvus de seize inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

A la fin du cours, les étudiants qui désirent un certificat d'études subiront un examen.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire seront donnés à la Faculté de médecine, à l'École pratique, 21, rue de l'École-de-Médecine, dans les laboratoires suivants : *Pathologie expérimentale et comparée*, — *Parasitologie*, — *Hygiène*.

L'enseignement clinique sera donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des Dames françaises), 73, rue Michel-Ange (1).

L'enseignement théorique et de laboratoire aura lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'École pratique.

L'enseignement clinique, deux fois par semaine, le matin à dix heures, à l'hôpital d'Auteuil.

PROGRAMME DES COURS. — I. *Technique bactériologique et hématologique*, par M. le professeur CHANTEMESSE (quinze leçons et démonstrations pratiques). — Stérilisation ; — Milieux de culture ; — Méthodes de coloration ; — Méthodes de culture ; — Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc. ; — Analyse des matières fécales.

Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y feront immédiatement suite, les élèves seront mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. *Parasitologie*, par M. le professeur BLANCHARD (vingt et une leçons et démonstrations pratiques). — Parasites animaux ; — Examen du sang de l'homme et des animaux. Analyse des matières fécales ; — Parasites du sang. Fièvres palustres ; — Filaires ; — Bilharzia ; — Nématodes ; — Cestodes, etc. ; — Animaux venimeux ; — Parasites végétaux ; — Mycoses.

III. *Chirurgie des pays chauds*, par M. le professeur LE DENTU (six leçons). — Hépatite suppurée ; — Splénomégalie et splénite paludique ; — Eléphantiasis ; — La filariose et ses diverses manifestations ; — Conservation des instruments et des appareils.

IV. *Maladies des yeux dans les pays chauds*, par M. le professeur DE LAPERSONNE, à l'Hôtel-Dieu (quatre leçons). — I. Ophtalmies ; — II. Manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, etc. Irido-choroïdites infectieuses ; — III. Héméralopies. Les amblyopies toxiques ; — IV. Des soins urgents dans les traumatismes de l'œil. Hygiène de l'œil dans les pays chauds.

V. *Pathologie et hygiène tropicales*, par M. le docteur WURTZ, chargé de cours. — Pathologie exotique (dix-sept leçons) : Peste ; — Fièvre jaune ; — Choléra ; — Dysenterie. Diarrhée des pays chauds ; — Fièvre de Malte. Fièvre méditerranéenne ; — Fièvre récurrente ; — Fièvres paludéennes ; — Fièvre hémoglobinurique ; — Filariose. Bilharziose. Dracunculose ; — Lèpre (distribution géographique et bactériologique) ; — Béribéri ; — Aïnhum ; — Verruga. Pied de Madura ; — Maladie du sommeil ; — Fièvre japonaise de rivière, etc.

Hygiène tropicale (dix leçons) : Vingt exercices de diagnostic bactériologique appliqués aux maladies tropicales (Laboratoire d'hygiène).

VI. *Affections de la peau*, M. le professeur Gaucher (8 leçons de dermatologie tropicale). — 4 leçons par M. le professeur Gaucher : Lèpre ; — Boutons d'Orient ; — Ulcères des pays chauds.

4 leçons par M. le docteur JEANSELME, agrégé : Syphilis exotique ; — Pian ou frambœsia ; — Dermatoses exotiques : tokelau ; caratés ; — Dermatoses produites par des parasites animaux ; — Hygiène de la peau sous les tropiques ; — Technique histologique et bactério-clinique appliquée à l'étude des maladies cutanées.

La première leçon (par M. le professeur Gaucher) aura lieu le dimanche 18 octobre, à dix heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre de la Clinique).

Droits à verser. — 1 droit d'immatriculation, 20 francs ; 1 droit de bibliothèque, 10 francs ; 1 droit de laboratoire, 150 francs ; 2 examens (gratuits).

Envoyer les demandes, par écrit, au directeur de l'Institut de médecine coloniale : M. le professeur Brouardel, 68, rue de Bellechasse, Paris, et pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 1).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Voyages circulaires en Suisse avec itinéraires établis par le voyageur au moyen de coupons combinables.* — Les billets à coupons combinables suisses sont délivrés toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., avec l'un quelconque des titres de parcours ci-après :

1° Carnets pour voyages à itinéraires facultatifs sur les réeaux français ;

2° Carnets de coupons combinables pour voyages circulaires sur le réseau P.-L.-M. ou sur les réseaux P.-L.-M.-Est ;

3° Billets de saison pour Berne, Genève, Interlaken, Zermatt, etc. ;

4° Billet à plein tarif, carte d'abonnement ou tout autre titre de parcours valable jusqu'à Petit-Croix frontière, Delle, le Locle, Pontarlier, Genève ou le Bouveret.

La durée de validité des billets suisses à coupons combinables est de : 45 jours, lorsqu'ils sont émis conjointement avec les titres de parcours dénommés aux 1°, 2° et 4° ci-dessus ; 60 jours, lorsqu'ils sont délivrés conjointement avec les billets de saison indiqués au 3° ou avec les carnets de voyages circulaires dé-

(1) Cet hôpital, récemment construit, réunit tous les desiderata de l'hygiène moderne. Accès par : 1° Tramways Louvre-Versailles (arrêt à la porte de Billancourt) ; Montreuil-Boulogne (passe rue Michel-Ange) ; — 2° Chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour) ; — 3° Bateaux-Mouches (Point-du-Jour).

nommés aux 1° et 2° ci-dessus, mais à la condition que ces voyages comportent un parcours supérieur à 3000 kilomètres.

Arrêts facultatifs.

Les demandes de carnets français et de billets suisses doivent être faites 8 jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

— *Relations directes entre Paris et l'Italie (viâ Mont-Cenis).* — Billets d'aller et retour de Paris à Turin, Milan, Gênes, Venise et Rome (viâ Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane). — Prix des billets : Turin, 1re classe, 148 fr. 10; 2e classe, 106 fr. 45; — Milan. 1re classe, 166 fr. 55; 2e classe, 121 fr. 70; — Gênes, 1re classe, 168 fr. 40; 2e classe, 120 fr. 05; — Venise, 1re classe, 218 fr. 95; 2e classe, 155 fr. 80; — Validité : 30 jours. — Rome, 1re classe, 266 fr. 70; 2e classe, 189 fr. 40; — Validité : 45 jours.

Ces billets sont délivrés toute l'année à la gare de Paris-Lyon-Méditerranée et dans les bureaux-succursales.

La validité des billets d'aller et retour Paris-Turin et Paris-Rome peut être prolongée moyennant le paiement d'un supplément de 10 p. 100. Elle est même portée gratuitement à 60 jours pour les billets d'aller et retour Paris-Turin lorsque les voyageurs justifient avoir pris à Paris ou à Turin un billet de voyage circulaire intérieur italien.

Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours. — Franchise de 30 kilogs de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Il est également délivré à Paris des billets d'aller et retour Turin-Palerme conjointement avec les billets d'aller et retour Paris-Turin ci-dessus. La durée de validité des billets Turin-Palerme est de 60 jours et les prix de ces billets sont les suivants : 317 fr. 30 en 1re classe et 222 fr. 60 en 2e classe.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires (placentaires malins), par le docteur Paul Briquel, préparateur d'anatomie pathologique, lauréat de la Faculté. Un vol. de 620 pages avec 24 figures, broché. — Prix : 12 francs. — Paris, C. Naud.

Formulaire index du praticien pour adultes et enfants, par le docteur P. Macrez, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18, interfolié de papier blanc, reliure souple. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le biomécanisme ou néovitalisme en médecine et en biologie, par le docteur M. Benedikt, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, traduit de l'allemand avec l'autorisation de l'auteur, par le docteur E. Robert-Tissot, médecin à la Chaux-de-Fonds (Suisse). Un vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

L'éducation de l'oreille dans la surdité, par l'abbé Rousselot. In-8° avec 12 fig. — Paris, Institut de laryngologie et orthophonie, 6, quai des Orfèvres.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 108. — SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1903. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Affections oculaires d'origine menstruelle.

Par le docteur F. TERRIEN,
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

Généralités. — Il existe une relation évidente entre l'appareil génital et l'appareil visuel et bien des affections de l'organe visuel doivent être rapportées à des troubles menstruels.

Toutefois il est souvent difficile de dire si l'affection utérine est la cause déterminante du trouble visuel ou seulement la cause occasionnelle, les deux affections pouvant relever d'une infection commune, la syphilis par exemple. Il faut donc se garder d'être trop affirmatif et Mooren va beaucoup trop loin en attribuant à la plupart des affections oculaires chez la femme une origine menstruelle.

Néanmoins les troubles menstruels exercent une influence manifeste sur l'apparition de certaines affections oculaires, comme en témoigne le nombre d'observations publiées. Quelquefois il s'agit d'une affection d'origine réflexe, le plus souvent d'une véritable infection; ceci ne peut nous étonner, connaissant les modifications entraînées par la menstruation dans la pression intra-oculaire, la quantité et la composition du sang, souvent anormalement chargé de produits toxiques.

Ces troubles sont multiples comme les affections oculaires qu'elles peuvent déterminer. Notre travail sera divisé en deux parties. Dans la première nous étudierons les complications oculaires pouvant apparaître, bien que rarement, au cours de la menstruation normale, et celles, beaucoup plus fréquentes, occasionnées par les anomalies de la menstruation. La seconde partie aura trait aux troubles visuels survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement, de la lactation et des suites de couches.

PREMIÈRE PARTIE

MENSTRUATIONS NORMALE ET ANORMALE

I

Menstruation normale. — Elle retentit peu sur l'organe visuel. Toutefois, de même qu'elle détermine un affaiblissement de l'économie tout entière, elle peut influencer également la vision et les troubles qu'elle peut entraîner peuvent être divisés en troubles fonctionnels, nerveux, vasculaires et inflammatoires; ces différents désordres reconnaissent souvent une même cause toxique.

1° TROUBLES FONCTIONNELS. — On a quelquefois noté une légère *diminution de l'acuité visuelle*, mais celle-ci demeure le plus ordinairement normale (1). Le *champ visuel* est assez souvent *rétréci* (Finkelstein). Cette diminution dans l'étendue du champ visuel commence deux ou trois jours avant l'apparition des règles, augmente jusqu'au troisième ou quatrième jour de la menstruation, pour diminuer peu à peu et disparaître vers le septième ou huitième jour.

Le rétrécissement existe pour le blanc et aussi pour les couleurs; assez souvent le vert est confondu avec le jaune. Le rétrécissement est généralement plus accentué lors de règles abondantes ou chez les sujets nerveux, enclins aux palpitations et aux migraines. Ce point seul montre que souvent aussi le rétrécissement peut être attribué à toute autre cause, en particulier à l'hystérie qui devra toujours être recherchée. Il n'en est pas moins établi que l'étendue du champ visuel est sujette à varier et peut être influencée par divers facteurs, au nombre desquels il faut ranger la menstruation.

2° TROUBLES NERVEUX. — Tantôt ce sont des *phénomènes névralgiques* caractérisés par des douleurs dans la sphère du trijumeau, en particulier au niveau de la première branche. Elles apparaissent par crises, demeurent d'ordinaires unilatérales et s'accompagnent quelquefois d'une sensation de pesanteur et de plénitude du côté des globes oculaires.

On a signalé aussi des poussées légères d'hypertonie et on sait que, chez les sujets prédisposés au glaucome, l'apparition de la menstruation, même naturelle, et surtout le moindre retard dans l'apparition de celle-ci peuvent déterminer un accès de *glaucome*. Ailleurs ce sont des accès de *migraine ophtalmique*, avec ses caractères habituels.

(1) On sait qu'il suffit, pour mesurer l'acuité visuelle de l'un des deux yeux, de placer le sujet à 5 mètres des échelles d'acuité visuelle, l'œil congénère étant fermé avec la main. Tout œil jouissant d'une acuité visuelle et d'une réfraction normales (les vices de réfraction doivent être corrigés au préalable au moyen de verres) doit lire la dernière ligne des échelles d'acuité visuelle. Dans le cas contraire, l'acuité visuelle est inférieure à la normale.

Aux phénomènes névralgiques peut venir s'ajouter de l'hyperesthésie intéressant non seulement les branches du trijumeau, qui sont le siège de douleurs, mais aussi le nerf optique et caractérisée alors par une *photophobie* de degré variable.

A côté de cette *asthénopie rétinienne*, il faut mentionner l'*asthénopie accommodative*, qui s'observe beaucoup plus fréquemment et peut revêtir tous les degrés, depuis la simple fatigue après une lecture prolongée, jusqu'à l'impossibilité absolue d'accommoder, ne fût-ce que quelques minutes. Cette dernière forme, qu'on rencontre également chez les grandes chlorotiques, est beaucoup plus rare ici. Tout se borne le plus souvent à quelques douleurs névralgiques et à un léger trouble de la vision après un travail suivi; troubles qui disparaissent par le repos. Ils existent naturellement beaucoup plus chez l'hypermétrope et sont en raison directe du degré d'amétropie.

Les hauts degrés d'asthénopie accommodative, la parésie et la paralysie de l'accommodation coïncident avec d'autres troubles menstruels. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

Les nerfs moteurs de l'œil peuvent être également intéressés et la *paralysie récidivante de l'oculo-moteur* commun, assez fréquemment due à des troubles menstruels, a été également notée au cours de la menstruation normale. Hasner a rapporté l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans qui à chaque époque menstruelle était atteinte d'accès de migraine accompagnés de vomissements et de paralysie de l'oculo-moteur. Deux ou trois jours après l'apparition des règles disparaissaient tout d'abord la paralysie du releveur, puis celle des muscles extrinsèques et enfin celle de la pupille (1). Peut-être la paralysie était-elle due en pareil cas à une irritation vaso-motrice du centre de l'oculo-moteur ou bien à une auto-intoxication périodique d'origine menstruelle.

Les troubles pupillaires ne s'observent pas au cours de la menstruation normale.

Un certain degré d'*exophtalmie* avec augmentation de la circonférence du cou a été observé par Cohn chez une jeune fille de dix-sept ans au moment de ses époques menstruelles, d'ailleurs tout à fait normales, et qui ne présentait aucune autre altération (2). Peut-être s'agissait-il d'un début de maladie de Basedow. Ailleurs, M. Kay (3) a noté chez une femme de trente ans atteinte d'exophtalmie de l'œil droit, à la suite de thrombose des veines de l'orbite, l'augmentation des douleurs et de la saillie du globe oculaire à chaque période menstruelle.

3° Troubles vasculaires et inflammatoires. — Ils ne s'observent guère au cours de la menstruation normale. Vance a rencontré quelquefois une hyperémie des vaisseaux de la rétine et de la papille, ailleurs, au contraire, une anémie générale du fond de l'œil (4). Connaissant les variations physiologiques que présente la circulation du fond de l'œil suivant le moment de l'examen, on ne peut attacher une grande importance à ces observations.

L'hypérémie de la conjonctive et même la *conjonctivite* compliquée d'orgelets a été quelquefois notée au cours de la menstruation. Mais il s'agit toujours en pareil cas d'une infection locale, favorisée tout au plus par l'apparition des époques menstruelles. Plus fréquents sont la teinte bistrée du sillon orbito-malaire et l'*œdème des paupières*, coïncidant ou non avec l'œdème d'autres régions. L'affection se montre d'ordinaire deux ou trois jours avant l'apparition des règles et disparaît deux ou trois jours après, sans occasionner de douleurs ni gêne d'aucune sorte. L'œdème peut intéresser aussi la conjonctive et entraîner un *chémosis* de degré variable. Dans tous les cas le rein a été trouvé indemne; il s'agit très probablement en pareil cas de troubles vaso-moteurs, pouvant être rapportés à l'urticaire. Il s'agit d'ordinaire d'un œdème blanc, mou; plus rarement la peau est rouge et l'aspect peut en imposer pour un érysipèle. Dans le cas de Fage, il s'agissait d'une femme de vingt ans, qui, à chacune de ses époques menstruelles, présentait un *éléphantiasis* des quatre paupières. L'affection était apparue à l'âge de douze ans, au moment de l'établissement des menstrues. Elle disparut peu à peu à l'âge de dix-neuf ans, moment où la femme devint enceinte, pour reparaître de nouveau quelques mois plus tard, après la délivrance (1).

On a quelquefois noté l'apparition d'*herpès de la cornée*, au cours de la menstruation, éruption analogue à ces formes de dermites qui ont été observées chez certains sujets au moment de leurs époques.

Ailleurs on a noté diverses formes de *kératites*, kératite ponctuée superficielle (Fuchs), kératite interstitielle diffuse, accompagnées ou non de photophobie (Mooren).

Mais ces faits sont exceptionnels. De même les quelques rares observations d'*iritis*, d'*irido-choroïdites* et de *troubles du vitré* qui ont été rapportées ne sont pas le fait de la menstruation normale. Il faut en outre une prédisposition particulière et surtout une affection antérieure du globe oculaire. L'œil primitivement atteint devient alors un *locus minoris résistentiæ* et le fait seul de la menstruation, par les troubles circulatoires qu'elle occasionne, peut amener sur l'œil malade de l'hypérémie, des hémorragies ou le réveil d'une inflammation ancienne.

Au contraire, divers troubles menstruels, comme la métrite, l'endométrite, les métrorragies, la dysménorrée et surtout la ménopause, peuvent à eux seuls retentir sur l'organe de la vision et y amener des altérations profondes. Ce sont eux que nous devons maintenant étudier.

II

Menstruation anormale. — Les affections utérines les plus diverses pouvant entraîner des désordres visuels sensiblement identiques, nous les réunissons sous ce terme générique de menstruation anormale, sauf à spécifier, à propos de certaines manifestations oculaires, les désordres utérins qui leur donnent le plus souvent naissance.

Ces troubles visuels se laissent également diviser en nerveux, fonctionnels, vasculaires et inflammatoires. Les deux premiers sont très probablement d'ordre vaso-moteur et dus à la névrose qui les accompagne d'ordinaire. Les seconds sont d'ordre infectieux et relèvent de l'intoxication d'origine utérine.

Troubles nerveux et fonctionnels. — Ils consistent dans une hyperesthésie réflexe du trijumeau, du nerf optique ou

(1) Hasner. *Wien. med. Wochens.*, 1883, n° 12.
(2) Cohn. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1867, p. 350.
(3) Kay. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1882, p. 383.
(4) Vance. *The Boston med. and surg. Journ.*, may 1872, p. 293.

(1) Fage. *Ann. d'oculist.*, 1892, t. CVII, p. 276.

des deux à la fois et ont été décrits, lorsqu'ils sont très accentués, sous le terme de *copiopie hystérique* (Förster).

Ce terme montre bien que l'affection ne doit pas être rapportée uniquement à des troubles menstruels. Ceux-ci ont sur son apparition une influence notable, en particulier la métrite et la périmétrite, mais elle est avant tout la manifestation d'une névrose et surtout de l'hystérie. Aussi, bien que l'apanage du sexe féminin, elle s'observe également chez les hommes, chez ceux en particulier présentant des altérations sexuelles.

Elle a son maximum de fréquence entre trente et quarante ans et coïncide d'ordinaire avec d'autres troubles nerveux : insomnies, irritabilité, palpitations, dépression générale, douleurs lombaires et souvent même d'autres symptômes d'hystérie.

Elle est caractérisée par des douleurs névralgiques, accompagnée d'ordinaire d'hyperesthésie et par des troubles visuels.

a. *Douleurs névralgiques.* — Elles sont péri et intra-oculaires et irradient autour de l'orbite, dans le front, la région malaire et au niveau du maxillaire supérieur. Ce sont des douleurs sourdes, quelquefois lancinantes, térébrantes, accompagnées souvent d'une sensation de brûlure de la conjonctive, des paupières et du segment antérieur du globe oculaire. Elles ne sont pas accrues d'ordinaire par la pression à l'émergence des nerfs, ce qui les différencie des douleurs névralgiques ordinaires. Presque toujours bilatérales, exagérées par le travail de près ou par une lumière vive, elles surviennent sans cause appréciable, durent plusieurs heures ou plusieurs jours avec une intensité variable. Plus vives à l'occasion de la moindre fatigue ou de l'émotion la plus légère, elles sont calmées par le repos et par le sommeil et celui-ci n'est généralement pas troublé par les douleurs.

Il n'existe ni injection de la conjonctive, ni tuméfaction des paupières, ni augmentation de la sécrétion lacrymale et la douleur constitue le seul symptôme appréciable. L'examen local ne révèle aucune anomalie, tout au plus une légère insuffisance musculaire, un peu de presbyopie ou d'hypermétropie, toutes affections insuffisantes à elles seules pour expliquer les douleurs ressenties par le sujet. D'autant plus que la correction optique de l'amétropie par les verres prismatiques ou par les verres convexes n'amène aucun soulagement, malgré l'amélioration apportée à la vision. Bien plus même, les lettres prennent une intensité trop grande ou bien la monture seule des lunettes, pressant sur le dos du nez, occasionne de nouvelles douleurs.

b. *Troubles visuels.* — Ils sont la conséquence de l'hyperesthésie de la rétine et du nerf optique et se traduisent essentiellement par de la *photophobie.* Elle est d'intensité variable et est surtout marquée à la lumière artificielle qui est très difficilement supportée. Là encore et beaucoup plus fréquemment qu'au cours de la menstruation normale se montrent les troubles que nous avons étudiés à propos de cette dernière : *asthénopie accommodative*, *rétrécissement du champ visuel* et *diminution de l'acuité visuelle.* On a même décrit des cas d'*amblyopie* et d'*amaurose* sans lésion du nerf optique, mais ceci est tout à fait exceptionnel. Cette amaurose, comme quelques cas rares d'*hémi-anopsie* qui ont été mentionnés, relève presque toujours de troubles vasculaires et inflammatoires et sera décrite avec ces derniers. D'ordinaire l'acuité visuelle est peu altérée et demeure sensiblement normale.

Telle est la copiopie hystérique. Le traitement a sur elle peu d'action. On recommandera l'extrait de valériane, les bromures à petite dose et les affusions froides, en se méfiant des narcotiques qui donnent peu de résultats. On prescrira naturellement le port de verres fumés en évitant les teintes trop foncées qui n'ont souvent d'autre effet, en habituant l'œil à l'obscurité, que d'augmenter l'irritabilité à la lumière. Une teinte moyenne, la teinte n° 3, est celle qui convient le mieux. L'affection des organes génitaux sera soigneusement traitée et la guérison sera d'autant plus probable que le sujet sera plus âgé. Tous ces désordres ne s'observent plus en effet chez la femme après soixante ans, alors que l'activité sexuelle a complètement disparu.

Le plus ordinairement ces troubles fonctionnels ne sont pas assez intenses et suffisamment groupés pour revêtir le syndrome de la copiopie hystérique. Mais à un degré moindre ils se rencontrent fréquemment dans la plupart des affections de l'appareil génital chez la femme, plus encore que les troubles vasculaires et inflammatoires. L'antéflexion, la rétro-flexion et les prolapsus utérins se retrouvent fréquemment comme cause occasionnelle.

Ce sont de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie rétinienne, de l'*asthénopie nerveuse.* Les sujets se plaignent d'une légère fatigue des yeux et ne peuvent soutenir le travail de près. Le champ visuel est d'ordinaire un peu rétréci, mais l'acuité visuelle demeure presque toujours intacte. Il peut exister de la photophobie et du larmoiement. On devra toujours en pareil cas soupçonner l'hystérie et en rechercher les stigmates.

Les troubles moteurs et les *paralysies des nerfs moteurs* de l'œil ont été assez fréquemment observés. Mooren a noté une *mydriase* unilatérale passagère chez trois malades respectivement atteintes d'endo-métrite, de paramétrite et de rétroflexion utérine. Ce même auteur a observé également un myosis bilatéral, sans autres troubles oculaires, chez une dame atteinte de prolapsus de l'utérus. Mooren croit devoir rapporter ce myosis à une paralysie du sympathique déterminée par la descente de l'utérus.

Troubles vasculaires. — Les *hémorragies* de la rétine, de la choroïde et du corps vitré ont été rencontrées au moment de la ménopause et surtout après la suppression brusque des règles. Ces hémorragies, qui peuvent se faire dans les points les plus variés de l'économie peuvent être péri ou intra-oculaires ou même intéresser à la fois le globe oculaire et ses annexes, soit les paupières, la conjonctive ou l'orbite.

Guérin, Laurence et d'autres ont vu des hémorragies dans la chambre antérieure, dans le corps vitré, apparaître au moment de chaque époque menstruelle. Une malade que nous avons suivie plusieurs années à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu présenta, six mois après le début de la ménopause, une hémorragie intra-oculaire profuse de l'œil droit qui apparut spontanément. A partir de cette époque, après des périodes de résorption incomplète, les hémorragies se reproduisirent à intervalles de plus en plus rapprochés, le cristallin s'opacifia lentement et finalement cet œil devint glaucomateux et dut être énucléé.

Il s'agit là très probablement dans tous les cas d'hémorragies vicariantes. Les modifications de la pression sanguine ne sont cependant pas suffisantes à elles seules pour les déterminer et il faut d'ordinaire une infection ou une intoxi-

cation surajoutées. De ce chef les diabétiques, albuminuriques et autres dyscrasiques y sont particulièrement exposés. La malade, dont nous venons de rappeler l'observation, était nettement diabétique et depuis nous en avons observé deux autres exemples.

Troubles inflammatoires et infectieux. — Ils sont multiples et peuvent atteindre les différents segments du globe oculaire. Les uns sont exceptionnels, les autres, beaucoup plus fréquents, méritent de retenir toute notre attention ; ce sont les affections du tractus uvéal et du nerf optique.

Les troubles utérins qui les provoquent peuvent être très divers, mais l'*infection* se rencontre toujours à l'origine. Aussi la métrite, l'endométrite, la périmétrite, et la dysménorrhée se rencontrent le plus fréquemment. La ménopause est également un facteur important ; enfin il faut noter à côté de la suppression brusque des règles les hémorragies utérines, profuses ou non profuses, qui peuvent retentir sur l'organe de la vision.

1° *Tractus uvéal.* — Il est très souvent touché dans beaucoup de désordres menstruels et ces troubles se manifestent soit par des irido-choroïdites le plus souvent plastiques, soit par des troubles du vitré, le plus ordinairement par les deux à la fois, et exceptionnellement par des irido-choroïdites suppurées.

a. *Irido-choroïdite.* — C'est la forme la plus fréquente et elle offre un réel intérêt clinique car elle est d'ordinaire latente et peut passer inaperçue. C'est l'iritis tranquille des auteurs anglais (*quiet iritis*). Généralement bilatérale, elle évolue insidieusement, sans déterminer de douleurs ni de réaction. Le sujet se plaint seulement d'une gêne de la vision. Des synéchies postérieures s'établissent, pouvant aller jusqu'à l'occlusion totale de la pupille et à la phtisie du globe, si l'affection est méconnue. Il importe en pareil cas d'examiner très soigneusement la pupille à l'éclairage oblique : la présence de synéchies postérieures, l'irrégularité de la pupille et l'absence de réflexe lumineux permettront le diagnostic.

Les cas publiés à l'heure actuelle ne se comptent plus. Dans le cas de de Wecker la guérison de l'iritis survint avec celle de l'endométrite (1). Dans celui de Vignes (2), il s'agissait d'une endométrite infectieuse chronique ayant entraîné une double irido-choroïdite plastique avec cécité presque que complète. Le curetage de l'utérus et la désinfection consécutive amenèrent une très grande amélioration de l'affection oculaire et l'acuité visuelle remonta de 0,2 à 0,6.

Mais à côté du traitement général, le traitement local ne sera jamais négligé. On multipliera les instillations de collyre à l'atropine au centième, qui auront pour but de rompre les synéchies déjà existantes et de prévenir la formation de nouvelles adhérences. Ces instillations seront répétées deux ou trois fois par jour (3). On recommandera aussi l'emploi de compresses chaudes appliquées sur l'œil, les paupières fermées, et renouvelées toutes les trois ou quatre minutes pendant une demi-heure. On répétera les séances trois ou quatre fois par jour, et ce procédé très simple est un excellent agent de réparation en favorisant les échanges nutritifs. Il modère en même temps les symptômes irritatifs et sera employé dans toutes les variétés d'irido-choroïdites et de troubles du vitré.

b. *Troubles du vitré.* — Ils se manifestent à la fois par des symptômes subjectifs et objectifs. Les premiers sont caractérisés par une diminution de l'acuité visuelle. Le malade se plaint de voir les objets comme au travers d'un brouillard, ou d'une nappe d'eau; suivant la dimension des troubles vitréens, il aperçoit en même temps des mouches ou des corps étrangers qui vont et viennent dans le champ visuel.

Les symptômes objectifs sont bien visibles à l'ophtalmoscope. Le plus ordinairement, il s'agit d'une fine poussière du vitré; la papille peut à peine être distinguée et donne l'impression d'être vue au travers d'un brouillard très épais. Ailleurs on voit flotter dans le corps vitré de gros filaments qui tranchent, par leur coloration noire, sur le fond rouge du champ pupillaire. Presque toujours on constate en même temps des signes d'irido-choroïdite, dont les troubles du vitré ne sont que la conséquence (synéchies postérieures, épaississement de la membrane irienne, etc.). Comme cette dernière, les troubles du vitré sont d'ordinaire symétriques, ce qui vient encore assombrir le pronostic.

Un fait particulier est la très grande variabilité des symptômes objectifs et subjectifs suivant l'état du sujet et le moment de l'examen. Un jour le malade ressent un soulagement très réel et le lendemain la vision s'obscurcit de nouveau. Il faut donc se garder de conclure à une guérison qui n'existe pas. Après une durée très longue (plusieurs années) et des alternatives d'aggravation et d'amélioration, le cristallin finit par s'opacifier en totalité et la cécité devient complète et définitive.

Chez une jeune femme de vingt-neuf ans, observée par nous à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu en janvier 1899, les troubles du vitré étaient survenus six mois auparavant à la suite de la suppression des règles et de dysménorrhée consécutive. L'affection demeura unilatérale et aboutit un an plus tard à l'opacification du cristallin, en dépit du traitement institué.

Celui-ci n'a que peu d'action. On fera avant tout le traitement mercuriel sous toutes ses formes, en donnant la préférence aux injections. On a préconisé également les injections sous-conjonctivales de sels mercuriels qui ne nous ont guère donné de résultats. On injecte par exemple sous la conjonctive quelques gouttes d'une solution de sublimé au millième. Le calomel à l'intérieur à doses fractionnées peut être également employé. La sudation qu'on peut obtenir soit par l'absorption quotidienne pendant quelques jours d'une infusion de feuilles de jaborandi (2 à 4 grammes), soit par les injections de pilocarpine, trouve également son indication ici. Enfin le traitement local se bornera à l'emploi fréquent de compresses chaudes.

c. *Irido-choroïdite suppurée et ophtalmie métastatique.* — Beaucoup plus rarement on voit survenir à la suite des affections utérines des irido-choroïdites qui très rapidement aboutissent à la suppuration. Quelques jours après le début de l'affection, le pus se montre dans la chambre antérieure (hypopyon), envahit le corps vitré et le phlegmon de l'œil est constitué.

L'irido-choroïdite métastatique est aujourd'hui bien connue et Axenfeld a récemment publié sur ce sujet un très

(1) De Wecker. Iritis métritique, *Semaine méd.*, 1891, p. 86.

(2) Vignes. Irido-choroïdite d'origine utérine, *Arch. d'ophtalmol.*, 1896, p. 149.

(3) On surveillera la tension du globe au cours du traitement. Elle est généralement diminuée. Si le tonus s'élève, ce qui est rare, on cessera aussitôt l'emploi du mydriatique pour le reprendre une fois la tension revenue à la normale.

intéressant travail (1). Elle s'observe fréquemment dans les lésions de l'utérus et de ses annexes, et surtout à la suite de l'infection puerpérale.

Les germes septiques, partis d'un point quelconque de la région primitivement infectée, sont entraînés dans la circulation et viennent s'arrêter dans l'intérieur du globe oculaire, au niveau de la choroïde ou même de la rétine. Nous en avons rapporté un exemple très net. Chez une femme souffrant depuis plusieurs années de leucorrhée, une infection streptococcique, partie de la muqueuse utérine, entraîna une arthrite suppurée du genou droit à streptocoques, puis le lendemain une ophtalmie métastatique à streptocoques du même côté ; la mort survint quinze jours après par généralisation de l'infection (2). Veillon et Morax ont rapporté un cas semblable (3).

Cette irido-choroïdite métastatique ne se rencontre pas seulement dans les affections utérines ; elle peut s'observer dans toute infection, en particulier dans la pneumonie ; l'agent infectieux seul diffère. Mais elle est surtout fréquente dans l'infection puerpérale et le pronostic en est particulièrement mauvais, en raison de la virulence de l'agent infectieux. Il est très souvent fatal, surtout si les deux yeux sont envahis. La mort en pareil cas est la règle. Si un œil seul est pris, c'est que le processus infectieux tend à se localiser, et on peut davantage espérer la guérison, mais la vision de l'œil atteint demeure toujours nulle et souvent même l'intégrité du globe oculaire est perdue.

On traitera avant tout l'infection générale et on se bornera comme traitement local aux pansements humides fréquemment renouvelés, aux instillations d'atropine et même aux injections sous-conjonctivales de sublimé au millième. Si l'irido-choroïdite aboutit à la parophtalmie, l'exentération du globe s'impose.

d. Enfin, à côté des inflammations du tractus uvéal, il faut mentionner les *processus glaucomateux* qui peuvent apparaître comme complications de l'iritis ou de la cyclite ou même comme phénomènes isolés. Sans doute en pareil cas on ne peut considérer le glaucome comme la conséquence de l'affection utérine et il faut avant tout invoquer la prédisposition individuelle ; mais on connaît l'influence néfaste des périodes menstruelles sur les accès de glaucome et on comprend que les troubles utérins soient susceptibles de provoquer une attaque sur un œil prédisposé.

2° *Nerf optique et rétine.* — Les lésions de ces organes ont été rencontrés à la suite de désordres variés : stérilité ou suppression de la menstruation normale, métrorragies, ménopause, ovariotomie, castration, etc. Elles se montrent sous différents aspects que nous grouperons sous quatre chefs, d'après les modifications observées à l'ophtalmoscope.

a. *Stase papillaire.* — Elle a été mentionnée pour la première fois par De Græfe. On a l'image classique de la papillite telle qu'on la rencontre dans les tumeurs cérébrales. La papille est saillante, œdémateuse ; les bords sont peu ou pas visibles et se confondent avec la rétine. Les veines sont très volumineuses, tortueuses, et il existe au niveau de la papille et tout autour de celle-ci de petites hémorragies veineuses.

(1) Axenfeld. *Von Græf's Archiv*, Bd XL, fasc. IV.
(2) Terrien. *Arch. d'ophtalmol.*, 1899, p. 171.
(3) Veillon et Morax. *Ann. d'oculist.*, 1894, t. CXI, p. 341.

La marche du processus est rapide, la vision diminue très vite et en quelques jours ou quelques semaines la lésion arrive à son apogée. On peut cependant observer des périodes d'arrêt ou de rémission.

Le pronostic serait d'autant plus favorable que l'affection a évolué plus rapidement et la guérison peut être complète (De Græfe). C'est là une différence avec la stase papillaire déterminée par les tumeurs cérébrales. La marche en est beaucoup plus lente et l'affection, si elle a eu une certaine durée, se termine d'ordinaire par une cécité presque complète avec atrophie de la papille.

b. *Neuro-rétinite.* — Fœrster l'a bien décrite. Les lésions sont les mêmes mais beaucoup moins accentuées. Un seul œil est généralement pris, plus rarement les deux à la fois. L'acuité visuelle est peu diminuée. On voit à l'ophtalmoscope les bords de la papille légèrement effacés et celle-ci est plus ou moins congestionnée. L'affection demeure stationnaire plusieurs semaines et quelquefois plusieurs mois et peut se terminer par la guérison complète ou par une atrophie partielle de la papille. L'atrophie complète est rare. On en connaît un cas de Christensen ; encore dans ce dernier la cause ne semble-t-elle pas univoque (1).

Elle peut s'observer au moment de la ménopause et surtout dans ces formes de menstruation anormales, dans lesquelles les règles sont très irrégulières, tardent à venir et sont très peu abondantes (Meyer, Mooren), ou bien enfin lors d'interruption brusque de la menstruation [Swanzy (2)].

Tout récemment, Caudron a rapporté l'observation d'une femme de trente ans qui, ayant subi l'ablation des ovaires, montrait périodiquement depuis cette époque, à chaque époque menstruelle, des poussées de névrite optique double avec stase papillaire (3).

On a voulu expliquer ainsi la pathogénie de cette neuro-rétinite ; le retard ou le peu d'abondance des règles déterminerait chaque fois une hyperémie du nerf optique et leur répétition fréquente aboutirait à l'atrophie. Il s'agit bien plus probablement ici d'une infection et une observation de Rokitansky, dans laquelle il existait en même temps une inflammation de la moelle et du cerveau avec des foyers de sclérose en certains points, le montre nettement.

Le traitement consistera tout d'abord à rétablir la menstruation lorsque celle-ci est absente ou retardée, et dans quelques cas ce seul traitement a suffi pour amener la guérison. Le traitement mercuriel se trouve également indiqué, d'autant plus que la syphilis peut exister en même temps et qu'il faut toujours penser à cette éventualité. Il sera complété par la médication antiphlogistique habituelle : applications chaudes fréquemment répétées, port de verres fumés teinte n° 3, dérivation sanguine locale au moyen de sangsues à la tempe.

c. *Névrite rétro-bulbaire.* — Uhtoff en a observé trois exemples nets chez trois jeunes filles âgées de vingt à vingt-quatre ans qui présentaient une dysménorrhée abondante. L'une d'elles avait en outre un utérus très peu développé, tout à fait infantile. L'affection présentait l'aspect classique observé dans l'amblyopie toxique : scotome central sans

(1) Christensen. *Ophtalmologische Meddelser*, 1. 2. 3. Ugeskr. f. Läg. R. 3. 1879, XXVII, p. 225.
(2) Swanzy. *Irish Hosp. Gaz.*, 1873, p. 46.
(3) Caudron. Soc. d'ophtalmol. de Paris, avril 1903.

rétrécissement du champ visuel et légère décoloration du nerf optique de côté temporal. Le pronostic est favorable.

d. *Atrophie.* — En outre des formes précédentes qui peuvent conduire à l'atrophie, Förster a insisté sur une forme d'*atrophie simple* qui s'observerait de préférence chez les femmes atteintes de stérilité. Elle se reconnaît à la blancheur caractéristique de la papille, tandis que les vaisseaux ont conservé leur calibre normal. La vision est entièrement abolie.

S'appuyant sur ces faits, on a voulu rendre la castration responsable de certaines atrophies du nerf optique et on en a rapporté quelques faits [Culbertson (1)]. Mais ceci est tout hypothétique, d'autant plus que des expériences en ce sens pratiquées sur l'animal, en particulier sur le cheval et sur la vache, n'ont pas donné de résultats. On ne saurait donc se montrer trop réservé en pareil cas. Témoin une observation de Schmidt Rimpler ayant trait à une dame qui n'avait jamais été réglée et présentait un utérus infantile. Un commencement d'atrophie du nerf optique constaté chez elle fut mis sur le compte de l'anomalie utérine, alors que l'examen anatomique, pratiqué une année plus tard, révéla une affection cérébrale, cause de la lésion oculaire.

Dans un travail récent, Chevallereau a réuni vingt huit observations d'atrophie papillaire consécutives à des hémorragies utérines, lesquelles se répartissaient ainsi :

Accouchement à terme	9 cas.
Avortement	10 —
Pertes utérines sans grossesse	8 —
Fibrome utérin (2)	1 —

3° *Amaurose.* — Les cas d'amaurose observés à la suite d'hémorragies ou d'autres désordres menstruels se terminent le plus ordinairement par l'atrophie de la papille. Certains cependant ne s'accompagnent d'aucune lésion objective et méritent une place à part.

Assicot, récemment, en a rapporté deux observations prises dans le service du professeur de Lapersonne, à l'Hôtel-Dieu (3). Il s'agissait de deux malades qui, arrivées à l'époque de leur ménopause, furent atteintes d'amaurose foudroyante à la suite d'hémorragies utérines. L'atrophie de la papille en fut la conséquence.

De pareils faits s'observent surtout à la suite d'hématémèses; ceux consécutifs à des hémorragies utérines sont beaucoup moins nombreux.

On a tout d'abord cherché à expliquer la pathogénie de ces lésions par la compression; l'apparition de l'hémorragie entraînerait dans la cavité cranienne un vide partiel aussitôt comblé dans le liquide céphalo-rachidien. Plus tard, les mouvements du cœur reprenant leur énergie, le sang est restitué au cerveau et la lymphe, chassée dans les gaines du nerf optique, s'accumule à ce niveau et comprime les nerfs optiques qui s'atrophient (Samelsohn).

On connaît trois cas examinés anatomiquement, l'un de Hirschberg (4), un autre de Ziegler (5) et un dernier de Raehlmann (6). Dans les trois il existait une atrophie partant de la rétine et de la papille avec lésions d'endartérite.

(1) Culbertson. *Amer. Journ. of ophtalmol.*, XIV, 8, p. 252.
(2) Chevallereau. *Arch. d'ophtalmol.*, 1903, p. 417.
(3) Assicot. *Arch. d'ophtalmol.*, 1903, p. 322.
(4) Hirschberg. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, 1882.
(5) Ziegler. *Beitr. zur path. Anat.*, Bd XXII, 1888.
(6) Raehlmann. *Fortsch. d. Med.*, 1889, VII, n° 24, p. 928-938.

Mais ces examens, pratiqués à une époque trop éloignée du début de l'accident, donnent peu de renseignements sur la genèse des lésions.

Si nous recherchons tout d'abord les conditions qui président à l'apparition de ces amblyopies, nous voyons celles-ci survenir en général après des pertes de sang peu abondantes ; les grandes hémorragies ne paraissent pas y prédisposer davantage. Enfin elles sont exceptionnelles à la suite des hémorragies traumatiques ou chirurgicales.

Les sujets atteints ont habituellement de quarante à cinquante ans et se plaignent d'hématémèses ou pour les femmes de pertes utérines. Très rares chez ces dernières à la suite de l'accouchement normal, elles s'observent surtout après l'avortement ou au moment de la ménopause, quelquefois aussi à la suite d'une fausse couche [Gendron (1), Janot (2), Pargoire (3), Bastide (4)].

L'aspect de la papille est variable. C'est celui que nous avons déjà décrit : la stase papillaire, tantôt la neurorétinite, tantôt l'atrophie simple, tantôt l'aspect de la névrite rétro-bulbaire (v. p. 1073). L'amaurose est généralement tardive; dans la majorité des cas elle apparaît du quatrième au sixième jour de l'hémorragie.

Aussi, comme le fait remarquer le professeur de Lapersonne, il est difficile de donner de la pathogénie de ces amauroses une explication unique. Cette amaurose se rencontre chez des sujets d'un certain âge, souvent athéromateux, dont l'état général est infecté. L'hypothèse de l'ischémie rétinienne acceptée par A. Terson et Chevallereau est difficilement admissible, car cette ischémie rétinienne, due à un spasme des vaisseaux dont les parois, on le sait, sont très peu résistantes et pourvues d'une musculature très faible, ne peut à elle seule entraver la circulation plusieurs jours dans l'intérieur du nerf optique. Enfin les lésions d'artérite observées dans les cas de Hirschberg et de Westhoff, l'aspect œdémateux de la papille et la névro-rétinite observée dans plusieurs cas montrent bien qu'il s'agit le plus souvent d'une infection. C'est pourquoi, avec le professeur de Lapersonne, nous avons cru devoir ranger ces accidents dans le groupe des troubles inflammatoires et infectieux.

Ailleurs, l'amaurose se présente sous forme d'*hémianopsie.* Amos, chez une femme de cinquante ans atteinte d'un fibrome utérin, observa une hémianopsie homonyme droite qui survint brusquement à la suite d'une hémorragie utérine abondante; une hystérectomie totale, pratiquée peu de temps après, entraîna une cécité absolue (5). Chevallereau a rapporté deux cas semblables (6). Il s'agissait très probablement ici de thromboses vasculaires. Treacher Collins a vu une opération de Porro entraîner une cécité subite qui disparut ensuite et paraissait être un phénomène hystérique d'origine traumatique.

Complications plus rares. — A côté de ces affections uvéales ou neuro-rétiniennes, on a signalé d'autres maladies oculaires plus rares, comme l'*épisclérite* et la *sclérite* qui, d'après Sœmisch et Mooren, devraient être assez souvent rapportées chez la femme à des troubles utérins. On

(1) Gendron. Th. de Paris, 1890.
(2) Janot. Th. de Montpellier, 1892.
(3) Pargoire. Th. de Paris, 1892.
(4) Bastide. Th. de Paris, 1893.
(5) Amos. *Amer. Journ. of ophtalmol.*, 1898, p. 166.
(6) Chevallereau. Soc. franç. d'ophtalmol., mai 1890.

a attribué aussi à la même cause des poussées répétées de *blépharites* et de *kérato-conjonctivites* phlycténulaires revenant à chaque période menstruelle.

La *chromydrose* et l'apparition de taches bleues au niveau des paupières ont été notées au cours de la dysménorrhée par Rothmund (1) qui l'attribue à une exagération de la séborrhée des paupières. Mais il s'agit dans tous ces cas de faits exceptionnels qui doivent être rapportés bien plus au mauvais état général du sujet (scrofule, lymphatisme, tuberculose, etc.), qu'aux troubles utérins eux-mêmes. Ils sont seulement exagérés sous l'influence de ces derniers.

Les seules manifestations d'ordre infectieux utiles à retenir au point de vue clinique sont les inflammations du tractus uvéal et les neuro-rétinites, sur lesquelles nous avons insisté assez longuement. Il nous faut maintenant étudier dans une seconde partie certaines affections oculaires apparaissant au cours de la grossesse, de l'accouchement, de la lactation et des suites de couches. Presque toutes sont d'origine infectieuse et sont la conséquence directe de ces divers états. C'est pourquoi elles doivent être décrites avec les troubles d'origine menstruelle. Nous les étudierons successivement. (*A suivre.*)

REVUE DES THÈSES

Les nerfs oculo-moteurs dans l'hémiplégie organique de l'adulte, par le docteur Desclaux. (Th. de Paris 1903. Jouve, éditeur.)

Chez les individus sains, les muscles homologues des deux yeux ont exactement la même puissance évaluée en degrés de prisme; mais cette puissance n'est pas la même pour tous les muscles d'un même œil. Toujours le droit interne est le plus puissant; le droit externe vient ensuite, le droit supérieur et inférieur sensiblement au-dessous.

Dans l'hémiplégie organique de l'adulte, la puissance musculaire absolue de chacun des muscles oculaires est diminuée des deux côtés; mais surtout du côté hemiplégique, d'où :

a. L'équivalence des muscles homologues, qui existe chez l'homme sain, n'existe plus chez l'hémiplégique et les muscles du côté sain sont plus forts que les homologues du côté hémiplégique;

b. Du côté hémiplégique, le droit interne et le droit externe tendent à perdre leur prédominance sur le droit supérieur et inférieur ou la perdent complètement et deviennent égaux aux autres muscles;

c. Du côté sain et du côté hémiplégique, l'ordre de puissance musculaire de chaque muscle, qu'il y ait prééminence ou égalité, est la même pour les deux yeux; mais toujours du côté sain les muscles l'emportent en puissance sur l'homologue du côté opposé;

d. Les différences entre les deux muscles homologues du côté sain et du côté hémiplégique sont d'autant plus accentuées que l'on observe le malade à un moment plus rapproché du début de l'hémiplégie et que celle-ci est plus prononcée;

e. La tendance à l'égalité de tous les muscles d'un œil et par suite la perte de prééminence des droits interne et externe est d'autant plus accentuée que l'on observe le malade à un moment plus rapproché du début de l'hémiplégie et que celle-ci est plus prononcée;

f. A mesure que l'hémiplégie guérit, les muscles oculo-moteurs tendent à se rapprocher de la forme normale : égalité des homologues, prééminence du droit interne;

g. La paralysie des muscles oculo-moteurs semble être au prorata de celle du facial supérieur;

h. Le ptosis et la mydriase s'observent assez souvent dans l'hémiplégie organique de l'adulte; la fréquence de ces deux symptômes est d'autant plus grande que l'on examine le malade à une époque plus rapprochée du début de l'hémiplégie.

Il est impossible de comprendre ces phénomènes si l'on n'admet pas la paralysie des nerfs oculo-moteurs dans l'hémiplégie organique de l'adulte.

Traitement de l'arthrite aiguë blennorragique et en particulier par le courant continu, par le docteur Alban Vigroux. (Th. de Paris, 1903. Jouve, éditeur.)

La diversité des méthodes employées pour combattre l'arthrite blennorragique est une preuve qu'il n'existe pas encore de traitement spécifique de cette affection.

La forme arthralgique est favorablement influencée par toutes les médications et guérit même sans médication. L'hydarthrose est plus tenace.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que l'arthrite suppurée est justiciable d'une intervention chirurgicale. Les avis sont cependant partagés en ce qui touche la forme mono-articulaire plastique ankylosante.

Les applications du courant continu (méthode de Delherm) avec une intensité aussi élevée que possible (60, 80, 100 milliampères) pendant une heure, facilement supportées et répétées grâce à l'emploi des électrodes en terre glaise d'Apostoli semble être à M. Vigouroux la méthode de choix.

Jusqu'ici, on n'appliquait l'électricité qu'après la disparition des accidents aigus pour lutter contre l'atrophie musculaire; mais mieux vaut prévenir que guérir, et lorsqu'on électrise à temps, c'est-à dire à la période aiguë inflammatoire et fébrile, dès le premier jour si c'est possible, on évite à coup sûr l'ankylose, l'atrophie musculaire et les raideurs articulaires qui sont trop souvent le résultat d'une immobilisation prolongée.

Comme l'appareil plâtré et l'intervention chirurgicale, la galvanisation a pour premier effet de faire disparaître la fièvre et la douleur et de rendre le sommeil aux malades.

Ce traitement est applicable à tous les cas; il n'est pas douloureux, ne laisse pas de cicatrice, n'exige pas le repos au lit si l'arthrite siège au membre supérieur; sa durée est relativement courte, mieux que tout autre il prévient l'ankylose.

VARIÉTÉS

Comment on naît à Madagascar.

Par le docteur Joly,

Médecin de deuxième classe de la marine (1).

Il est deux moments de leur existence que les individus dits primitifs ne laissent pas volontiers observer par les étrangers : le commencement et la fin, la naissance et la mort.

Le trouble, si faible soit-il, que jette dans une case l'extinction de son hôte, l'acceptation de concours étrangers en ce moment extrême, les convenances sociales, les fêtes enfin qui accompagnent cet événement, permettent, le plus souvent, de se renseigner complètement sur ce phénomène, la mort d'un individu.

Mais la naissance s'entoure toujours d'un voile de mystère, pudique ou superstitieux, des plus difficiles à déchirer

(1) Rothmund. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, 1866, p. 103-106.

(1) *Arch. de méd. navale*, t. LXXVII, p. 56.

par les étrangers, même, ou plutôt surtout, lorsqu'ils sont médecins. C'est le cas en particulier chez les Sakalaves et chez tous les Malgaches en général (les Hovas ne sont pas Malgaches). Malgré mon désir, pendant tout mon séjour sur la côte nord ouest de Madagascar, mes tentatives pour assister à un accouchement indigène restèrent vaines. Mais une longue et minutieuse enquête poursuivie auprès de nombreuses femmes sakalaves de tous les âges m'a fourni des renseignements précis et circonstanciés, en quantité suffisante, et qui me semblent intéressants ou tout au moins curieux à coordonner et à relater ici.

Jusqu'au moment où elle sent les premières douleurs, la femme malgache vaque à ses occupations. L'heure de l'événement approchant, elle se couche et fait appeler la sage-femme. Même dans les villes, dans les coins où la civilisation a pénétré, elle ne s'adresse pas au médecin, car « elle n'oserait pas se montrer à un homme, surtout à un Vazaha (blanc), en un pareil moment ». Chez les Malgaches, en effet, la pudeur, ce sentiment si variable et conventionnel, se trouve beaucoup plus froissée d'un regard que d'une palpation.

La sage-femme arrive. La sage-femme malgache n'est pas quelconque; ce n'est pas la voisine, une matrone du coin; c'est une femme expérimentée, exerçant cette seule profession, et que l'on va parfois chercher dans un village éloigné lorsque celui de la parturiente n'en possède pas. Femme souvent très jeune, car elle peut pratiquer dès l'âge de dix ans si elle se trouve à cet âge suffisamment habile. Il lui faut, en effet, un certain stage, un enseignement, oh! rudimentaire, essentiellement clinique, et tout par les yeux. La jeune fille qui veut adopter cette profession s'attache à une sage-femme, de préférence la plus réputée, et l'accompagne chez les clientes : c'est à regarder opérer qu'elle s'instruit, car elle ne reçoit aucune indication orale, à elle de bien observer. Ce n'est qu'à partir de l'âge de neuf ans qu'une fille peut devenir élève sage-femme; elle passe du rang d'élève au grade de praticienne dès qu'elle s'en trouve capable; elle est seule juge en la matière. Cet âge peut nous sembler bien jeune pour débuter dans cette profession; il ne faut pas oublier que de cet âge on voit ici plus d'une maman. Du reste, elle ne se hâte pas de pratiquer, sachant la haute responsabilité qu'elle en court et les conséquences graves pour elle d'un insuccès.

La sage-femme est très considérée, voire même un peu redoutée. Tant qu'elle réussit on la considère comme toute-puissante; on obéit à ses moindres prescriptions; la malade comme son entourage ne font rien sans son ordre, exécutant tout ce qu'elle dit, de point en point, car elle est la science et un peu la sorcière; c'est ainsi que « dès qu'elle franchit le pas de la porte pour entrer dans la case, la sage-femme sait où en est la parturiente et annonce quand s'accomplira l'accouchement; elle ne se trompe pas ».

La profession de sage-femme ne manque pas de difficultés, et même de dangers. D'abord une sage-femme n'a pas le droit de refuser ses services : quand on l'appelle, elle doit se rendre où on la demande. Lorsqu'une femme grosse s'est livrée à elle, l'accoucheuse ne doit plus la quitter jusqu'à ce que tout soit terminé et mené à bien. Si pendant l'accouchement elle semble aux parents ne pas bien exercer son art, ils peuvent la remplacer par l'une de ses collègues sans qu'elle ait droit à recevoir aucune indemnité, ni à présenter de réclamation Pendant la durée des douleurs et de l'accouchement, du moment où elle entre dans la case jusqu'à celui où elle en sort, la sage-femme reste à jeun quelque long temps qu'il y ait; mais elle peut boire. J'ai dit qu'on obéissait absolument aux indications de l'accoucheuse, ce n'est cependant pas sans observer minutieusement ses faits et gestes. Depuis sa venue dans la case jusqu'au complet rétablissement de l'accouchée, elle est surveillée, espionnée par toute la famille, car on n'oublie pas qu'elle est un peu sorcière, et l'on veille à ce qu'elle ne puisse blesser la malade, lui donner à boire quelque « tisane » entraînant de fâcheux effets pour la mère ou l'enfant, gênant l'accouchement ou le développement du jeune être. Aussi, jamais on ne la laisse seule. Plusieurs membres de la famille vont la chercher, l'accompagnent à la case. Jamais elle ne reste en tête-à-tête avec sa cliente; va-t-elle cueillir des herbes pour préparer les « tisanes » nécessaires, et alors surtout, les proches de la malade la suivent et la surveillent. Enfin, des manœuvres maladroites déterminent-elles la mort de la parturiente pendant l'accouchement, la sage-femme va rejoindre sa victime dans l'autre monde. Autrefois, séance tenante, auprès du cadavre de la défunte, on sacrifiait la praticienne inexperte; maintenant, par crainte de la justice des Vazahas, on a recours à des moyens moins violents, mais non moins sûrs; on empoisonne lentement la sage-femme.

Par contre, de quels soins n'entoure-t-on pas l'accoucheuse lorsque l'opération a bien réussi! D'abord on la rémunère de ses services : le minimum est fixé; libre aux parents de la combler de cadeaux, proportionnellement à leur reconnaissance et à leur fortune. On doit lui donner au moins une corbeille de riz, un poulet et un franc; si l'on n'a pas de volaille, la somme d'argent s'élève à deux francs. Mais on voit des familles qui donnent une, dix, cinquante piastres; d'autres offrent un ou plusieurs bœufs! En outre, la sage-femme a droit à une indemnité si, en crevant, la poche des eaux lui envoie du liquide au visage. Tout fini, on reconduit la sage-femme en chantant ses louanges; une fois chez elle, les parents de l'accouchée lui donnent un bain et préparent son repas.

Nous connaissons l'opérateur; revenons à l'opération et à l'opérée.

D'abord, que devient la famille pendant l'événement? Le mari et tout l'élément mâle ne restent pas dans la case; ils se retirent et se réunissent dans une case voisine, et attendent tranquillement la fin. Les parentes femmes et les amies s'entassent au contraire dans la chambre de travail. Leur rôle est multiple; il consiste surtout à surveiller l'accoucheuse en tout temps, en tout lieu, puis à l'aider.

La parturiente est étendue sur son lit; l'accoucheuse l'examine, palpe l'abdomen pour se rendre compte de la position de l'enfant, et presse légèrement « pour le diriger et l'aider à descendre ». Elle pratique également le toucher vaginal, surtout au moment de la marée montante, qu'elle regarde comme adjuvante de l'accouchement. Pour calmer les douleurs et « faciliter l'expulsion », la malade boit de temps en temps une boisson rafraîchissante, de l'eau de riz de préférence. A-t-elle des phénomènes graves qui font craindre pour l'enfant, ou est-elle atteinte de quelque maladie, on lui donne des infusions appropriées ayant la vertu de protéger l'enfant dans le sein de sa mère.

La tête est à la vulve, le périnée se tend; alors l'accoucheuse s'asseoit sur le lit, dans la position du tailleur, en face de sa cliente, en mesure de protéger le périnée ou, suivant leur dire, « pour empêcher l'enfant de passer par l'orifice qui n'est pas le bon. » Pour cela, elle applique un lamba (pièce d'étoffe) devant l'anus, et le maintient avec le pied, pendant qu'avec les mains elle comprime le ventre pour hâter la délivrance. Lorsque celle-ci tarde, les assistantes pressent aussi. Un autre moyen très usité pour aider à l'accouchement consiste à enduire les organes génitaux et le ventre d'une terre spéciale appelée « terre de délivrance ». Pour faciliter le travail, pendant qu'on pratique la compression abdominale, la sage-femme augmente avec ses doigts la distension de la vulve. Si l'opposition du périnée se montre trop grande, la sage-femme recourt à un moyen plus hardi. Après avoir graissé de suif, ou mieux, d'huile de coco, les organes génitaux, elle pratique, avec le simple emploi

de ses doigts, une déchirure du périnée, dirigée naturellement et s'arrêtant comme elle peut!

Enfin l'enfant est mis au jour. On ne l'enlève pas de suite. Il reste entre les jambes de sa mère jusqu'à ce que tout le placenta soit expulsé. Dans le cas, cependant, où cette expulsion tarde trop longtemps, on coupe le cordon et on s'occupe de l'enfant. Nous en reparlerons. Si l'expulsion du placenta est normale, aussitôt sa sortie, on coupe le cordon. La section se pratique au moyen d'un couteau, ou plutôt d'une lame de bambou taillée extemporanément; on laisse, en moyenne, une longueur de 15 à 20 centimètres adhérente à l'ombilic; on touche alors avec l'extrémité sanglante du cordon le milieu du front et les tempes de l'enfant, puis on le noue et on l'enduit d'une substance quelconque, de l'huile de coco généralement. Le faix et l'arrière-faix rendus, la sage-femme examine le placenta pour s'assurer qu'il est complet. Car si l'expulsion n'était pas entière, la nouvelle accouchée deviendrait aveugle, sourde, folle, ou même mourrait. Aussi lorsque le placenta ne sort pas, recourt-on aux tractions sur le cordon, aux compressions énergiques de l'abdomen. Et pour subir cette sorte d'expression de l'utérus, l'accouchée, quittant la position horizontale qu'elle occupait auparavant, s'accroupit sur son lit, les jambes écartées. (On dit même que, parfois, la prenant sous les aisselles, on la secoue comme un sac dont on veut faire tomber du linge.)

Sitôt le placenta reconnu en entier, on appelle le père et on lui remet les enveloppes fœtales pour qu'il les enterre le plus rapidement possible : il y va de la santé, voire même de la vie, du nouveau-né. Ce n'est point n'importe où ni comment que se pratique cette cérémonie. Avant de le livrer au père, on a vivement et soigneusement enveloppé le placenta dans une natte neuve et fine qu'on déchire pour la circonstance. D'autre part, un trou a été préalablement creusé, profond de 50 centimètres environ, tout contre la case, à l'angle exactement situé au soleil levant. Au fond du trou le père a disposé un lit de cailloux sur lequel il pose le placenta bien enveloppé; puis, par-dessus celui-ci, il forme un nouveau lit de cailloux et remplit avec de la terre qu'il recouvre de grandes pierres, les plus volumineuses possible, car plus leurs dimensions sont considérables, mieux la santé de l'enfant est assurée. Si toutes ces précautions n'étaient pas soigneusement prises, les convulsions, maintes maladies, la mort même, guetteraient le nouveau-né.

Cependant, que devient la mère? Tout s'est-il bien passé, on change ses linges, on procède à la toilette génitale. Mais auparavant on la laisse saigner abondamment; elles ne perdent jamais trop de sang, disent-elles; si la quantité n'en est pas suffisante, à leur avis, l'accouchée absorbe des infusions qui augmentent l'hémorragie.

La sage-femme a-t-elle dû recourir à la déchirure du périnée; elle en pratique la suture. Pour aiguille elle se taille un fragment de bambou et, pour fil, elle prend au peigne quelques cheveux qu'elle choisit longs et lisses. Faute de cheveux, des fibres de rafia suffisent. Naturellement, on n'applique aucune mesure antiseptique. La réparation achevée, on lave abondamment la femme avec de l'eau chande dans laquelle ont bouilli des herbes diverses. Ces ablutions génitales se répètent au moins trois fois par jour avec l'aide de la sage-femme: mais, en outre, la nouvelle accouchée se donne un léger lavage chaque fois qu'elle urine.

La femme bien lavée, installée sur des linges propres, se couche sur le côté; elle ne doit plus, de longtemps, se tenir sur le dos; elle ne doit pas non plus rester toujours sur le même côté, il faut qu'elle en change le plus souvent possible. On la couvre de nombreux lambas, on l'accable de couvertures; ses oreilles sont bouchées avec de l'étoupe ou des morceaux d'étoffe: précaution, paraît-il, indispensable, surtout après le bain du matin et du soir. Enfin, très souvent, la chambre est hermétiquement close, aucun rayon de lumière n'y doit pénétrer. La malheureuse reste ainsi, couchée dans cette étuve noire, pendant huit jours. Cette habitude, qui n'est d'ailleurs pas générale, vient des créoles, gens qu'on pourrait croire plus civilisés et qui laissent ainsi leurs femmes enfermées durant un mois.

Après l'accouchement, voici le régime que suivent les Malgaches. Pendant les huit premiers jours, la femme reste couchée et enfermée comme nous venons de le dire, sous la surveillance de la sage-femme. Elle prend ses lavages réguliers; elle mange abondamment dès la délivrance; par contre, elle boit peut et ne doit ingurgiter que des boissons chaudes. Elle doit éviter bien soigneusement de s'asseoir sur son lit, ou de prendre une position quelconque provoquant l'écartement des cuisses. Au bout de huit jours, grand bain très chaud avec une infusion de feuilles d'oranger ou de citronnier.

Durant les huit jours qui suivent, le régime est analogue; cependant on diminue le nombre des couvertures qui l'enveloppent et, peu à peu, on lui permet de s'asseoir, de se lever dans la case. A la fin de la deuxième semaine, nouveau grand bain.

La jeune mère peut alors prendre l'air, elle commence même à aller à la fontaine, mais chargée seulement d'une jarre de petites dimensions. Nouveau grand bain trois semaines après l'accouchement. Dans la suite, la femme, si rien d'anormal n'est survenu, peut vaquer aux soins ordinaires du ménage. Mais une chose lui reste encore interdite pour un long temps : le coït. Elle ne doit avoir de rapports sexuels qu'après au moins quatre mois si l'enfant est un garçon, trois mois exactement si c'est une fille. Manquer à cette prescription condamne la femme à la stérilité, expose l'enfant à tous les maux.

Revenons à l'enfant. Lorsqu'il a été séparé du placenta, que l'extrémité du cordon lui a marqué le front et les tempes de son cachet sanglant, on lui met du sel sur la langue et les lèvres et on enfonce le doigt dans sa bouche pour la débarrasser de ses mucosités. Lorsqu'il ne respire pas, on l'évente ou l'on souffle dessus pour l'exciter. On procède alors au lavage : il est assez rudimentaire. Il faut avoir grand soin de ne pas mouiller le cordon; aussi se contente-t-on, dans la crainte de commettre cette faute grave, de ne passer qu'un peu d'eau sur le corps de l'enfant, simplement avec la main. Ceci fait, on lave le sein de la mère, on expulse les premiers jets de lait et l'on donne à téter à l'enfant.

Comme la mère, l'enfant subit l'étuvée et la séquestration pendant huit jours. Alors a lieu sa première sortie : c'est l'occasion de fêtes et ripailles, de prières aux Esprits, à Dieu et surtout aux Ancêtres, à qui l'on demande leur appui pour guider le jeune descendant et lui accorder force et santé.

Un enfant naît-il avant terme? On l'enferme à l'abri de l'air et de la lumière, voire même des regards autres que ceux de sa mère et de la sage-femme, pendant quarante jours, et on lui fait prendre des tisanes spéciales. Ainsi son organisme s'achève comme dans l'obscurité du ventre maternel.

Quels sont, maintenant, les résultats? On observe très rarement des cas de mort en couches. Par contre, les accidents plus ou moins éloignés sont fréquents. Les morts de suites de couches ne sont pas rares. L'infection puerpérale est commune, surtout chez les femmes créoles, qui s'adressent aux accoucheuses malgaches et qui diffèrent des indigènes par leur malpropreté. Quant aux enfants, beaucoup meurent de septicémie et de tétanos. Bourrés d'aliments, de riz, presque dès leur naissance, ils sont des proies faciles pour la diarrhée verte. Tous ont l'estomac dilaté et dans leur petit ventre ballonné, le plus souvent gratifié d'une hernie ombilicale, s'étale presque toujours une volumineuse rate.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Le lundi 19 octobre 1903, à 8 heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour quatre places d'élèves internes.

Le lundi 26 octobre 1903, à 8 heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour dix places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative assistée du jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions (ancien régime), ou de huit inscriptions de médecine (nouveau régime) et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Epreuves du premier concours. — 1. Pathologie médicale et chirurgicale (épreuve écrite ; deux questions).

Cette épreuve est éliminatoire et aura lieu au commencement du concours.

Ne seront admis à prendre part aux autres épreuves que les candidats qui auront obtenu la moitié plus un du nombre de points fixé à 30 pour cette épreuve.

2. Préparation anatomique.

Au cours de cette épreuve, les candidats rendront compte de leur dissection sans interruption et sans sortir de l'amphithéâtre.

3. Question d'anatomie et de physiologie (épreuve orale).

4 Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie.

5. Trois questions, dites de garde : chirurgie, médecine, pathologie spéciale. Accouchements et syphilis.

Ces questions seront traitées de vive voix après cinq minutes de réflexion.

Epreuves du deuxième concours. — 1. Épreuve écrite : Pathologie chirurgicale élémentaire.

Comme pour le concours de l'Internat, cette épreuve sera éliminatoire et les candidats qui n'auront pas obtenu la moitié plus un du nombre de points fixé à 30 ne pourront prendre part aux autres épreuves.

2. Épreuve orale : Anatomie (ostéologie, myologie).

Cette épreuve ne portera pas sur les muscles compris dans la splanchnolog'e et organe des sens.

3. Pansements, bandages et petite chirurgie.

Pour le choix des questions que comporte le programme de l'Externat, le jury s'inspirera des conditions de scolarité dans lesquelles se trouvent la généralité des candidats.

Après le rapport du jury d'examen, la Commission admistrative nommera les élèves.

Les élèves nommés entreront en exercice le 1er janvier 1904.

La fin de leur exercice est fixé au 31 décembre 1907 pour les internes et au 31 décembre 1906 pour les externes.

Les élèves internes seront logés, nourris, éclairés et chauffés dans les hôpitaux.

Ils recevront un traitement de : la première année, 360 francs ; la deuxième année, 420 francs ; la troisième et la quatrième années, 480 francs.

Ils pourront être extériorisés moyennant l'allocation d'une indemnité représentative de la nourriture et du logement fixé par la commission administrative.

Les élèves internes devront prendre les observations concernant les malades de leur service.

Les élèves externes devront tenir les cahiers de visite ; ils recevront à cet effet une indemnité de 300 francs par an.

Les élèves nommés à ces concours ainsi que ceux qui pourraient être autorisés à les suppléer, devront se soumettre à tous les règlements actuels concernant le corps médical ainsi qu'à ceux qui pourraient être ultérieurement établis par la Commission administrative et à toutes les modifications qu'elle croirait devoir y apporter.

Tout élève, interne ou externe, qui se pourvoira, pendant la durée de ses fonctions, d'un diplôme universitaire qui lui donnerait le droit d'exercer la médecine (docteur ou officier de santé), sera par ce seul fait démissionnaire de sa qualité d'élève.

Nota. — Bien que le concours pour l'internat soit annoncé pour 4 places et celui de l'externat pour 10 places, ce nombre pourra être diminué si la Commission le croit nécessaire.

En outre des nominations annoncées, la Commission administrative pourra, si elle le juge utile, procéder à la nomination d'un certain nombre d'internes provisoires choisis parmi les concurrents à l'internat ayant obtenu le minimum des points fixés pour l'ensemble des épreuves.

Ces nominations auront leur effet pendant un an seulement à partir du 1er janvier 1904.

Les internes provisoires seront, à tour de rôle, chargés de toutes les suppléances d'internes titulaires lorsque ceux-ci devront s'absenter pour une période de plus de huit jours.

Lorsqu'ils seront en fonctions ils recevront un traitement basé sur le traitement afférent à la première année d'internat et jouiront de tous les privilèges des internes.

Les externes des hôpitaux de Marseille ayant pris part au concours de l'internat et ayant obtenu le minimum des points conservent en restant externes le rang de placement qui leur a été assigné pour avoir un droit de priorité sur leurs collègues dans le choix des services hospitaliers. L'interne arrivé le premier aurait le droit de continuer ses fonctions jusqu'à l'expiration normale même s'il devient docteur en médecine.

Marine. — M. le médecin de première classe Lacarrière, du port de Lorient, est désigné pour servir au 3e dépôt des équipages de la flotte, en remplacement de M. le docteur Rousseau, promu au grade de médecin principal et qui est appelé à continuer ses services au port de Cherbourg.

M. le médecin de première classe Aurégan, du port de Lorient, est désigné pour servir au 3e dépôt des équipages de la flotte au lieu et place de M. le docteur Lacarrière dont la désignation pour ce poste est annulée.

Statistique — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-sixième semaine, 693 décès, au lieu de 816 pendant la semaine précédente (moyenne 808).

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 14).

La variole n'a pas causé de décès.

La rougeole a causé 5 décès (moyenne 4) ; la scarlatine, 2 décès (moyenne 1) ; la coqueluche, 5 décès (moyenne 7) ; la diphtérie, 3 décès (moyenne 4) ; le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 46, au lieu de 60 pendant la précédente semaine (moyenne 43).

La diarrhée infantile a causé 63 décès de 0 à 1 an, au lieu de 80 pendant la semaine précédente (moyenne 75) ; on ne saurait trop insister sur la nécessité de veiller tout particulièrement à l'alimentation des jeunes enfants et à la parfaite stérilisation du lait qui leur est donné.

En outre, 31 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 60 décès au lieu de 86 pendant la semaine précédente (moyenne 83). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (moyenne 6) ; bronchite chronique, 9 (moyenne 13) ; pneumonie, 12 (moyenne 18) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 36 (moyenne 46), dont 10 sont dus à la congestion pulmonaire et 15 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 167 décès ; la méningite tuberculeuse, 17 ; la méningite simple, 21 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès.

Institut Pasteur. — Le cours et les manipulations du service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (quatrième année) commenceront en novembre.

Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels.

S'adresser pour renseignements, Institut Pasteur, 26, rue Dutot.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires (prix, conditions, itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnements, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le *Livret-guide-horaire P.-L.-M.*, mis en vente au prix de 0 fr. 50 dans toutes les gares, les bureaux de ville et les bibliothèques des gares de la Compagnie. Cette publication contient, avec de nombreuses illustrations, la description des contrées desservies par le réseau.

La Compagnie met également à la disposition du public dans les bibliothèques des principales gares, au prix de 0 fr. 25 l'exemplaire :

1° La carte-itinéraire de Marseille à Vintimille, avec notes historiques, géographiques, etc., sur les localités situées sur le parcours;

2° Les plaquettes illustrées désignées ci-après, décrivant les régions les plus intéressantes desservies par le réseau P.-L.-M. :

Editées en langue française, anglaise et allemande : *a.* Réseau P.-L.-M.-Suisse-Italie; *b.* Monuments romains et villes du moyen âge du réseau P.-L.-M.; *c.* Chamonix-Mont-Blanc; *d.* Savoie-Suisse; *e.* Dauphiné; — Éditées en langue française et anglaise : *f.* Littoral de la Méditerranée; *g.* Saison thermale.

L'envoi de ces documents est fait par la poste sur demande adressée au Service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris (XIIe arrond.), et accompagnée de 0 fr. 85 en timbres-poste pour le *Livret-guide-horaire P.-L.-M.* ou de 0 fr. 35 pour chacune des autres publications énumérées ci-dessus.

Billets simples et d'aller et retour pour Chamonix [*Mont-Blanc*]. (*Chemin de fer électrique du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix.*) — Il est délivré, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des billets simples permettant de se rendre à Chamonix par le chemin de fer électrique du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix.

Des billets d'aller et retour pour Chamonix sont également délivrés à Paris, Lyon, Marseille, ainsi que dans toutes les gares situées dans un rayon de 300 kilomètres de Chamonix. La durée de validité de ces billets d'aller et retour varie de 2 10 à jours, suivant l'importance du parcours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Note sur le traitement des tuberculoses chirurgicales par les courants de haute fréquence, par les docteurs Léon Imbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et J. Denoyès, préparateur du service d'électrothérapie et de radiographie. — Montpellier, imprimerie Delord-Bœhm et Martial.

Précis d'électricité médicale, par le docteur E. Castex, agrégé des Facultés de médecine, professeur de physique médicale à l'université de Rennes, chef du service d'électrothérapie et de radiographie à l'Hôtel-Dieu. Gr in-18 de VII-672 p. avec 208 fig. cart. — Prix : 8 francs. — Paris, Librairie scientifique et littéraire F.-R. de Rudeval.

La fin de la vie, par le docteur J. Grasset. In-8°. — La Chapelle-Montligeon, imprimerie-librairie de Notre-Dame de Montligeon.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 109. — MARDI 22 SEPTEMBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 22 SEPTEMBRE 1903. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

DANS LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LA FACE

Par le docteur Louis OMBRÉDANNE,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Pour obtenir l'anesthésie générale, on fait pénétrer dans l'organisme une certaine dose de substances dites anesthésiques. Le mode d'administration de ces substances est toujours l'*inhalation*.

Chez l'homme, en effet, on n'a jamais employé, croyons-nous, soit les injections intrapéritonéales de chloral associé ou non à la morphine, soit les injections intraveineuses de chloralose. Ce sont là des méthodes de laboratoire appliquées exclusivement chez les animaux, d'ailleurs avec des résultats parfaits; mais il ne faudrait pas se hâter de conclure de leur excellence chez l'animal à leur innocuité chez l'homme.

Tous les anesthésiques généraux connus, chloroforme, éther, bromure et chlorure d'éthyle, mélanges dont la composition et les proportions se multiplient depuis quelques années de manière à démontrer jusqu'à l'évidence leur peu de supériorité les uns sur les autres, tous ces anesthésiques, disons-nous, doivent être présentés au niveau de la bouche ou à l'entrée des fosses nasales, s'y volatilisent, y sont inhalés au moment de l'inspiration.

Les différents dispositifs qui permettent de présenter ces anesthésiques au malade peuvent se ramener à deux, la *compresse* et le *masque*.

La compresse, pliée ou non en cornet, employée en général pour l'administration du chloroforme, occupe sur la face moins de place qu'un masque; néanmoins, lorsqu'il s'agit d'une intervention portant sur les lèvres, sur le nez, elle masque complètement le champ opératoire. L'aide qui la maintient, sous peine d'infecter la plaie ou de contaminer les mains du chirurgien, doit avoir lui-même les mains aseptiques, asepsie qui ne dure guère, obligé qu'il est de manier son flacon à chloroforme, la compresse qu'il retourne à chaque instant pour présenter au malade le côté sur lequel il vient de verser l'anesthésique. Enfin, l'usage de la compresse ne permet que difficilement le tamponnement des fosses nasales, à moins de maintenir constamment la bouche ouverte avec l'ouvre-bouche pendant l'administration du chloroforme.

Les masques sont plus gênants encore s'il est possible. Sans parler du grand masque à éther de Juliard, qui couvre la totalité de la face, les masques plus petits, masques à chloroforme en étoffe, en cuir, en verre, l'entonnoir du masque à éther de Landau couvrent encore la totalité des lèvres, le menton, et la totalité du nez. Ils ne permettent donc aucune intervention sur la partie antérieure de la face, et gênent singulièrement un opérateur agissant sur le front ou les joues, autant par l'obstacle mécanique qu'ils constituent que par les agents d'infection qu'ils représentent.

De fait, ce sont là des inconvénients universellement reconnus par les chirurgiens, qui tous durent abandonner ces modes d'administration inadmissibles dans les interventions sur la face. Dès lors, le problème se posait ainsi : faire inhaler au malade des vapeurs anesthésiantes sans masquer le champ opératoire et sans risquer de le contaminer. Or l'éther ne s'étant jamais donné qu'avec un masque, on a, en thèse générale, abandonné l'éther pour toutes ces opérations, et l'on a eu recours au chloroforme.

Le procédé le plus fréquemment employé consiste, une fois l'anesthésie initiale obtenue par la technique ordinaire, à entretenir le malade en résolution en versant le chloroforme sur une petite compresse ou une éponge portée à l'extrémité d'une pince, et que l'aide maintient devant la bouche et les narines de l'opéré, tant qu'il n'est pas obligé de la retirer pour laisser le champ libre à l'opérateur.

L'anesthésie est extrêmement difficile à maintenir dans ces conditions; le malade se réveille plus ou moins, l'opérateur doit s'interrompre, attendre que l'anesthésiste reprenne sa compresse et ramène le malade en résolution. De là des à-coups, du temps perdu, une prolongation de l'opération et de l'anesthésie, et aussi des chances supplémentaires d'infection par la compresse ou les mains de l'anesthésiste. Et si celui-ci est peu expérimenté, c'est bien une autre affaire; à chaque instant le malade se réveille, l'opérateur s'impatiente, l'anesthésiste devient nerveux, verse le chloroforme larga manu, et de temps en temps une goutte tombe de l'éponge ruisselante dans la bouche, dans le nez ou dans l'œil du malade, et, tandis que le patient, mal endormi, contracté, s'arrête de respirer, risquant seu-

lement de temps en temps une inspiration, l'opérateur et ses aides inhalent à pleins poumons les vapeurs chloroformiques dont ils n'ont nul besoin.

Nous ne voulons pas généraliser et dire qu'il soit impossible de maintenir une bonne anesthésie par ce procédé ; nous affirmons seulement qu'il y a là une très grande difficulté, indépendamment de la gêne que l'opérateur éprouve du fait de l'éponge qui vient à chaque instant lui masquer son champ opératoire, sinon l'infecter.

Pour tourner cette difficulté, on a cherché à porter directement les vapeurs anesthésiantes dans les voies respiratoires au moyen d'un tube à l'extrémité externe duquel se vaporise le chloroforme, loin du champ opératoire, grâce à un dispositif variable.

Faure a fait pénétrer dans les fosses nasales deux tubes de caoutchouc reliés à une des deux tubulures d'un flacon contenant du chloroforme ; à l'autre tubulure aboutit une soufflerie de thermocautère, chassant à travers le liquide de l'air qui après y avoir barbotté pénètre dans les fosses nasales.

Ce dispositif ingénieux nous paraît devoir rendre des services dans les opérations portant sur l'intérieur de la cavité buccale, mais il fait pénétrer dans les voies aériennes un mélange d'air et de vapeurs du chloroforme dont les proportions sont difficiles à apprécier, puisqu'elles varient d'un moment à l'autre suivant que le malade ouvre ou ferme la bouche.

Crile, chirurgien du Lakenide, hôpital de Cleveland, introduit à travers les narines deux tubes à drainage aussi gros que possible, et les pousse jusqu'au niveau de l'épiglotte. Puis il ouvre la bouche du malade, attire la langue en avant et tamponne le pharynx.

C'est un procédé qui peut être très commode pour intervenir dans la cavité buccale ; mais pour une autoplastie faciale il est déjà bien compliqué ; pour une opération portant sur le nez ou les fosses nasales, il est gênant, et il faudrait s'assurer que le tamponnement pharyngien est toujours facile à enlever très rapidement en cas d'alerte chloroformique si l'on ne voulait s'exposer à de graves mécomptes.

Doyen a préconisé l'intubation du larynx ; à l'extrémité d'un tube de caoutchouc se trouve une canule assez analogue à celles de O'Dwyer ; cette canule est introduite de la même manière que les tubes de divers modèles construits pour le tubage de laryngites diphtériques. L'autre extrémité du tube de caoutchouc porte un entonnoir de Trendelenburg, sur la flanelle duquel on verse le chloroforme.

Mais la manœuvre de l'intubation est délicate, et le moindre mouvement, une traction intempestive suffit à faire sortir le tube du larynx au cours de l'opération.

Enfin nous rappellerons le dispositif de Trendelenburg, sa canule tampon.

Ce chirurgien fait une trachéotomie, et par l'ouverture trachéale introduit une canule, dont le tube métallique est maintenu dans la trachée par un petit ballon circulaire entourant ce tube comme une bague ; le petit ballon de caoutchouc est gonflé d'air ; en même temps qu'il maintient la canule il empêche le sang de passer dans la trachée et s'oppose après l'opération aux accidents de pneumonie de déglutition.

A la canule aboutit un tube de caoutchouc, relié lui-même à un entonnoir métallique sur lequel il est branché perpendiculairement.

L'orifice de l'entonnoir est recouvert d'une ou deux épaisseurs de flanelle sur laquelle on verse le chloroforme.

On laisse la canule à demeure cinq à six jours après l'opération.

Krieshaber a proposé l'emploi d'un tube laryngien muni à sa périphérie d'un ballon de caoutchouc analogue à celui de Trendelenburg.

Mais le ballon de caoutchouc ne fonctionne pas toujours très bien, et Hahn a proposé d'employer une canule entourée d'éponge iodoformée qui en se gonflant au contact de l'humidité trachéale, remplace le ballon de la canule-tampon de Trendelenburg.

Nusbaum pense qu'il est plus simple de tamponner le pharynx après avoir fait une trachéotomie et mis en place une canule ordinaire par laquelle arrivent les vapeurs du chloroforme.

Ces derniers procédés, qui exigent une trachéotomie, ont leurs indications dans les grandes opérations portant sur la bouche, le pharynx, le larynx ; mais ils sont par eux-mêmes d'une gravité hors de proportion avec la plupart des opérations couramment pratiquées sur la face.

Pour toutes ces opérations, pratiquées sur la face et les cavités adjacentes, *sauf la cavité buccale*, pour celles même pratiquées sur le crâne, extraction de projectiles, par exemple, comme nous l'avons fait récemment, nous employons depuis plusieurs mois un dispositif très simple qui nous permet d'avoir recours à l'éther aussi bien qu'au chloroforme et reposant en somme sur le principe suivant : amener par un tube des vapeurs anesthésiques à une sorte de masque qu'on place non plus devant la bouche, mais dans la bouche, entre les lèvres et les gencives.

Notre appareil se compose essentiellement d'un obturateur en caoutchouc mou ; c'est une lame plate et plane d'une épaisseur uniforme d'environ 3 millimètres, allongée, rétrécie en son milieu, à extrémités arrondies. C'est l'expérience qui nous a fait arrêter définitivement la forme et les dimensions que nous lui avons données (fig. 1).

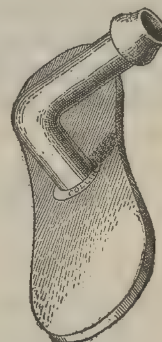


Fig. 1. — L'obturateur.

Au centre de cette plaque est fixé un tube métallique qui y est joint à peu près comme une valve de bicyclette est fixée sur la chambre à air. Mais ce tube est coudé à angle droit, de manière que le tube d'adduction des vapeurs repose sur la poitrine du malade au lieu de s'élever dans l'espace.

Ce tube, en caoutchouc, est parcouru à son intérieur par une spirale en fil de fer qui l'empêche de se couder à angle et d'intercepter ainsi brusquement l'arrivée de l'air et des vapeurs anesthésiques.

Ce tube aboutit lui-même au générateur. Ce générateur peut être un entonnoir de Trendelenburg si l'on adopte le chloroforme comme agent anesthésique. Nous nous sommes servi d'un simple entonnoir en verre, dont l'orifice était couvert de deux doubles de flanelle et nous avons obtenu la parfaite anesthésie chloroformique.

Mais, nos préférences personnelles étant pour l'anesthésie à l'éther, nous avons adopté le dispositif suivant. Nous utilisons un récipient métallique, que nous avons fait construire par Collin, comme les autres parties de notre appareil du reste, affectant sensiblement la forme d'une théière ou d'une cafetière ; du bec de l'instrument part le tube de

caoutchouc d'adduction des vapeurs; dans le vase nous mettons une assez grosse éponge sur laquelle nous versons l'éther, et pour cela, le couvercle, percé d'un certain nombre de trous, se soulève à la manière de certaines chopes à bière, par simple pression du pouce sur l'arrière de ce couvercle.

Toute théière, cafetière ou burette à huile pourrait d'ailleurs faire un excellent générateur; c'est un ustensile de ce genre qui nous a servi pendant tout le temps où nous déterminions la forme définitive à donner à l'obturateur, pièce capitale, seule importante.

Ceci dit, voici comment nous procédons pour obtenir l'anesthésie par l'éther avec cet appareil.

Sur une petite table volante, placée à côté de la table d'opération et du côté opposé à l'opérateur, nous préparons l'appareil, bouillotte, tube et obturateur. Puis, l'aide chargé

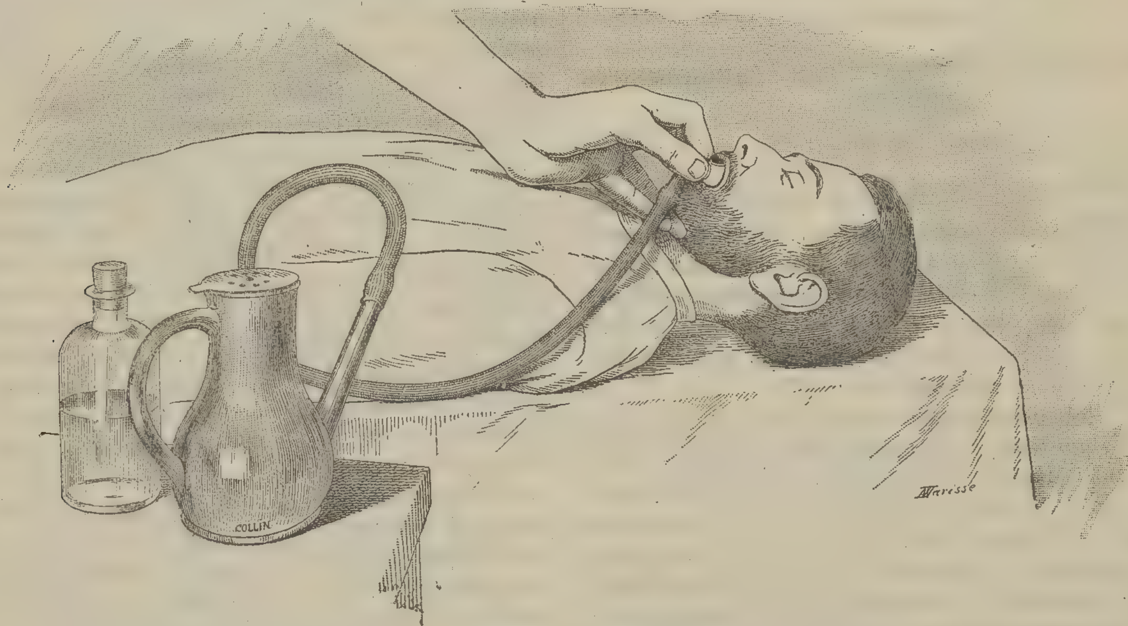


Fig. 2. — L'anesthésiste donne de l'air au patient en faisant bâiller la partie supérieure de l'obturateur.

de l'anesthésie endort le malade avec le masque de Juliard.

Lorsque la résolution est complète, que le sommeil est poussé jusqu'à la respiration stertoreuse, il enlève le masque et glisse l'obturateur entre les lèvres du patient. Puis, dans chaque narine, il introduit avec une pince à forcipressure une mèche de gaze stérilisée; cette manœuvre est simple et rapide à ce degré d'anesthésie.

Ce tamponnement antérieur des fosses nasales présente un double avantage : d'abord, il empêche la respiration par le nez. Le malade, inspirant exclusivement par la bouche, aspire le seul mélange qui lui arrive par le tube d'adduction des vapeurs anesthésiques.

En second lieu, si l'acte opératoire se passe au niveau du nez, le sang ne peut couler par les fosses nasales dans le pharynx; c'est la suppression d'une cause fréquente de vomissements, souvent dus au sang dégluti au cours de l'opération.

L'appareil étant ainsi en place, l'anesthésiste s'efface et se place du côté de l'opéré opposé à la place de l'opérateur. Il maintient d'une main l'obturateur, de l'autre soulève au besoin les angles des maxillaires et les refoule en avant. Il les abandonne de temps à autre pour verser de l'éther dans le générateur.

Dans ces conditions, l'anesthésie est on ne peut plus facile à surveiller; la face est entièrement découverte et l'anesthésiste peut surprendre les moindres progrès de la cyanose; il peut à chaque instant surveiller les réflexes cornéen et palpébral.

La respiration du malade lui semble-t-elle gênée, il entr'ouvre le couvercle du générateur, et l'air se précipite plus largement sur l'éponge imbibée d'éther; le débit de l'appareil augmente; en refermant ce couvercle, il sursature d'éther l'air qui parvient au malade.

Au contraire, la cyanose semble-t-elle s'accuser, l'anesthésiste donne à respirer au malade de l'air pur, en proportion voulue; pour cela, il abaisse vers le menton le tube métallique de l'obturateur; l'appareil bâille, et entre l'échancrure supérieure de l'obturateur et la lèvre supérieure du malade, l'air pur entre, aussi longtemps et en aussi grande abondance que le désire l'anesthésiste (fig. 2).

Il est bien évident que la traction directe de la langue est impossible tant que l'obturateur est en place; mais nous savons que nos anesthésistes n'ont, pour ainsi dire, jamais recours à la pince à langue, qu'il suffit de projeter en avant les angles de la mâchoire en élevant la base de la langue, et cette manœuvre n'est nullement gênée par notre dispositif.

Enfin, au cas très rare où surviendraient des vomissements, ou une syncope respiratoire, une simple et faible traction fait sortir d'entre les lèvres l'obturateur et permet l'issue des matières vomies et le nettoyage du pharynx avec les compresses ou les éponges montées sur des pinces *ad hoc*.

L'opération terminée, l'obturateur est mis à bouillir et se trouve parfaitement stérilisé, prêt à servir pour un autre malade.

Quand nous avons donné le chloroforme avec notre appareil, nous avons procédé de manière analogue; nous avons endormi le malade à la compresse; une fois la résolution obtenue, nous avons mis en place notre appareil ajusté, comme nous l'avons dit, à un entonnoir en verre dont l'ouverture était garnie de flanelle, sur laquelle nous versions le chloroforme.

M. le docteur Bourbon, qui possède la grande expérience

de l'anesthésie chloroformique, a opéré dans ces conditions et obtenu un sommeil irréprochable.

Voici plusieurs mois que nous employons cet appareil, presque journellement. Notre maître, M. le docteur Nélaton, l'emploie couramment à l'hôpital Saint-Louis, et nous ne comptons plus les cas où nous l'avons utilisé; nous n'avons eu qu'à nous en louer.

Même chez des malades dont l'anesthésie était difficile, cette difficulté prouvée par des opérations antérieures, nous avons pu maintenir pendant une heure et demie une résolution complète, et permettre l'exécution tranquille des autoplasties faciales les plus compliquées.

L'appareil est simple, son mode d'emploi simple, les résultats qu'il donne excellents. Nous pensons que son emploi rendrait souvent les plus signalés services dans les opérations portant sur la face et la partie antérieure du crâne.

LE DIAGNOSTIC DE L'ABONDANCE DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX

D'après M. B. Granier (1).

Une des principales indications de la thoracentèse est tirée de la quantité du liquide épanché : « Le danger immédiat de la pleurésie est tout entier dans l'abondance de l'épanchement, » a écrit M. Netter. « L'évolution de la quantité de liquide épanché, observe M. Landouzy, a une grande importance, car c'est sur elle que sont basées les principales indications de la thoracentèse. »

Il est donc indispensable de savoir évaluer à peu près exactement l'abondance d'un épanchement pleural. Pour arriver à cette évaluation, les procédés les plus usités sont d'ordre clinique, et consistent, plus particulièrement, dans certains signes physiques que M. Granier passe rapidement en revue. A l'*inspection*, les espaces intercostaux sont effacés, le thorax est immobile. L'ampliation thoracique, caractérisée par une saillie relative et générale du côté affecté par rapport à l'opposé, « se montre assez rarement dans la pratique. La véritable dilatation se prononce à la fois en avant, en dehors, et parfois en arrière. Elle est caractérisée, de plus, par l'effacement des creux intercostaux chez les sujets maigres, et, exceptionnellement, par la saillie de ces espaces » (Woillez). Bouilly admet que la dilatation unilatérale du thorax est rarement appréciable à la vue et accorde beaucoup plus d'importance à la voussure localisée en une région du thorax, voussure qui « indique, soit un épanchement enkysté, soit un épanchement abondant ».

L'inspection permet encore de reconnaître les modifications des mouvements respiratoires. « La vue, écrit Woillez, peut constater l'immobilité du côté affecté, dans certains épanchements abondants, pendant les mouvements respiratoires, comme l'a parfaitement indiqué Avenbrügger; d'autres fois, une dilatation moindre pendant les inspirations du côté affecté. Beaucoup d'autres malades ont une respiration simplement costale. Dans ce dernier cas, la respiration est toujours laborieuse, par suite des efforts exagérés des muscles élévateurs des côtes. » M. Pitres décrit avec soin les modifications du type respiratoire suivant l'abondance de l'épanchement : le plus souvent, bien qu'il n'y ait pas de règle absolue à ce sujet, le type respiratoire devient mixte dans les épanchements moyens (1 à 3 litres) et costal supérieur dans les grands épanchements, supérieurs à 3 litres. Par l'inspection, on peut encore juger des déplacements du cœur et voir les battements dans les espaces intercostaux droits en cas de pleurésie gauche abondante et refoulant le cœur à droite.

La *palpation* permet de reconnaître un certain nombre de signes de la plus haute importance. Les vibrations thoraciques sont complètement abolies dans les épanchements pleuraux très abondants. Bouilly insiste beaucoup sur la sensation de plénitude, de tension d'un côté de la poitrine : « Quand la main, étendue à plat, sent un côté de la poitrine, ou la base d'un côté comme plein, résistant, tendu, ne cédant pas à la pression, comme si la paroi était constituée par un corps dur, solide, » on peut conclure qu'il s'agit d'un épanchement abondant.

Signalée par Corvisart, Trousseau, Tarral, la sensation de flot est très difficile à obtenir. Woillez la considère comme très rare, Bouilly ne l'a jamais observée; « elle ne se montre guère, disent Fernet et d'Heilly, que dans des cas où sa présence n'ajoute rien au diagnostic. »

La palpation renseigne surtout sur les déplacements subis par les organes du voisinage. Laënnec remarque que le foie est abaissé dans les épanchements excessivement abondants. Damoiseau et Woillez confirment l'opinion de Laënnec; M. Dieulafoy montre toute l'importance diagnostique du déplacement du cœur : le point maximum de la systole cardiaque « atteint déjà le bord gauche du sternum avec un épanchement de 5 à 600 grammes; il atteint le bord droit du sternum avec un épanchement de 1 200 grammes; il est entre le sternum et le mamelon droit avec un épanchement de 1800 à 2000 grammes ».

La *mensuration* permet de juger du degré d'ampliation du thorax, et Woillez a montré tout le parti qu'on pouvait en tirer. Prise tous les jours avec le cystomètre, la mensuration permet de suivre la marche de la pleurésie, et aussi d'évaluer jusqu'à un certain point l'abondance du liquide; en effet, c'est surtout le diamètre antéro-postérieur de la poitrine qui augmente; l'augmentation considérable de ce diamètre indique donc un épanchement abondant. Le signe du cordeau de Pitres peut encore servir à cette évaluation : « la pointe du sternum est déviée de 1/2 à 1 centimètre dans les épanchements moyens (1 à 3 litres), 1 à 3 centimètres dans les grands épanchements, supérieurs à 3 litres. »

La *percussion* révèle de la matité au niveau de l'épanchement et du skodisme dans la région sous-claviculaire du côté malade. Pour la majorité des auteurs, la matité n'est pas absolument en rapport avec l'abondance de l'épanchement (Woillez, Dieulafoy). Cependant, pour Bouilly, l'existence de la matité en avant permet d'affirmer à coup sûr un épanchement considérable. La disparition de la sonorité de l'espace de Traube est considérée par beaucoup d'auteurs comme un excellent signe d'épanchement pleural gauche abondant, mais M. Jaccoud a fait observer que ce signe est loin d'être pathognomonique, puisqu'il se rencontre dans les symphyses phréno-costales. Inversement, M. Pitres fait remarquer que l'espace de Traube est mat chez bon nombre de sujets qui n'ont pas et n'ont jamais eu de pleurésie. L'importance de ce symptôme est donc très discutable.

Le skodisme sous-claviculaire s'observe en cas d'épanchement moyen. Lorsque l'épanchement est très abondant et remplit toute la plèvre, le skodisme manque; il y a matité complète du bas de la poitrine, jusqu'à la clavicule.

(1) Th. de Paris, 1902. J. Rousset, éditeur.

A l'*auscultation*, en cas d'épanchement abondant, l'absence de respiration est « égale, uniforme et si complète que l'on n'entend absolument rien, quelle que soit la force avec laquelle les efforts de l'inspiration soulèvent les parois du thorax » (Laënnec). Cette opinion est acceptée par la plupart des auteurs : Barth et Roger, Bouilly, Pitres, Netter, Landouzy, etc.

Le souffle doux, léger, lointain, caractérise surtout les épanchements peu ou moyennement abondants. Dans les cas d'épanchement abondant, ce qu'on observe souvent, c'est un souffle caverneux ou amphorique (Béhier, Rilliet et Barther, Woillez, Dieulafoy). L'égophonie n'est pas exceptionnelle dans ce cas (Trousseau, Bouilly).

Quelle est la valeur de ces différents symptômes? Pour Bouilly, les caractères de la matité, l'abolition absolue des vibrations thoraciques, le déplacemeut du cœur dans les pleurésies gauches, et le silence respiratoire absolu dans les grands épanchements, sont les signes qui permettent le mieux d'apprécier l'abondance du liquide, Dieulafoy s'appuie sur la matité et surtout sur la déviation du cœur, Pitres tient un grand compte de la hauteur de la ligne de matité.

Le soin même avec lequel on a cherché à préciser les rapports entre les signes physiques et le volume du liquide, montre la difficulté de ce diagnostic. C'est que le diagnostic de l'abondance de l'épanchement par les signes physiques est toujours difficile et souvent en défaut : aussi peut-il être utile de joindre aux données qu'ils fournissent quelques autres éléments tirés de nouveaux procédés d'investigation.

Ces procédés sont : la *méthode des pesées* (Chauffard) qui se propose de suivre la marche de l'épanchement en pesant les malades tous les jours, méthode bonne seulement pour reconnaître si la pleurésie augmente ou diminue ; la *mesure de la tension intrathoracique* (Quincke, Peyrot, Leyde, Homolle), méthode à résultats inconstants et peu précis ; l'*exploration du thorax par les rayons Röntgen* (Bouchard, Bergonié et Carrière, Béclère), exploration délicate et d'interprétation difficile ; l'*étude de la perméabilité pleurale* (Ramond et Tourlet, Castaigne, Widal et Ravaut). Pour Castaigne, le salicylate de soude, injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané, passe dans la plèvre tant que la pleurésie est en voie d'augmentation ; lorsque arrive la période d'état, la plèvre cesse d'être perméable, et l'on ne retrouve plus le salicylate dans le liquide de l'épanchement. Pour d'autres, la cryoscopie de la sérosité pleurale peut donner des indications relatives à l'évaluation de l'épanchement : leurs résultats sont encore discutés.

A ces divers procédés, M. Granier ajoute la *méthode chronométrique* (Niclot, Achard), qui se fonde sur la comparaison de la coloration prise par le liquide pleural après une injection de bleu de méthylène et d'une solution étalée. Cette méthode est pratique, à condition de suivre la technique indiquée par M. Achard ; elle est exacte et permet de porter l'approximation au demi-litre, ce qui est suffisant. Aussi mérite-t-elle de prendre place à côté des procédés cliniques précédemment décrits.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

MÉDECINE PRATIQUE

Les principales préparations arsenicales (1),

Par M. L. Babonneix.

Aux divers composés arsenicaux que nous avons étudiés dans un précédent article, il faut encore joindre l'*iodure d'arsenic*, qui a joui jadis d'une certaine réputation dans le traitement du lupus et du psoriasis, et qui entre dans la composition de la *liqueur de Donovan-Ferrari* :

Iodure d'arsenic	vingt centigrammes.
Biiodure de mercure	quarante —
Iodure de potassium.......	4 grammes.
Eau distillée	125 —

IV-L gouttes par jour.

M. Saint-Philippe donne encore l'iodure d'arsenic dans la bronchite chronique des enfants.

Iodure d'arsenic..........	trente centigrammes.
Eau distillée..............	30 grammes.

Débuter par V gouttes à chaque repas, augmenter de I goutte par jour, arriver progressivement jusqu'à XV et même XX, puis redescendre jusqu'à V. Interrompre huit jours, puis reprendre (2).

Les préparations médicamenteuses les plus riches en arsenic sont représentées par les sels d'un acide organique spécial, l'acide cacodylique. Le *cacodylate de soude* contient près de 47 p. 100 d'arsenic ; dix centigrammes de cacodylate correspondent à plus de six grammes de liqueur de Fowler et à près de vingt centigrammes d'arséniate de soude. C'est donc à ce sel qu'il faudra recourir toutes les fois qu'il paraîtra nécessaire d'introduire dans l'organisme, sous un petit volume, des quantités considérables d'arsenic.

Le cacodylate est d'autant mieux indiqué dans ces circonstances que l'on peut, sans inconvénient le donner à hautes doses : « L'organisme, disent MM. Lyon et Loiseau (3), tolère parfaitement des doses de dix à vingt centigrammes, ou même des doses plus fortes de cacodylate de soude correspondant à des doses considérables d'arsenic métallique : ce corps existe dans le cacodylate sous une forme essentiellement latente, de telle sorte que ses propriétés vénéneuses, caustiques et nécrosantes font défaut. »

Très soluble dans l'eau et dans l'alcool étendu, le cacodylate de soude peut être administré sous forme d'*élixir*, comme dans la formule de M. Danlos :

Cacodylate de soude............	2 grammes.
Rhum........................	āā 20 —
Sirop de sucre................	(āā 20 —)
Eau distillée....................	60 —
Essence de menthe.............	II gouttes.

Dix centigrammes par cuillerée à café.

Mais ce n'est pas là le procédé de choix. Donnés par la bouche, les cacodylates donnent souvent lieu à des accidents d'intolérance et obligent à suspendre le traitement. Aussi est-il préférable, dans la majorité des cas, d'employer la voie hypodermique. M. A. Gautier recommande la formule suivante d'injection :

Cacodylate de soude pur.........	6g40
Alcool phéniqué	X gouttes.
Eau distillée et stérilisée	100 grammes.

Chaque seringue de Pravaz contient cinq centigrammes de sel.

---

(1) Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 103, 1903.
(2) *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 520.
(3) *Formulaire thérapeutique*, p. 127.

Faire chaque jour, pendant une semaine, une injection d'un centimètre cube; interrompre une semaine, puis reprendre.

Le *cacodylate de fer* se prescrit aux mêmes doses que le cacodylate de soude : de 10 à 20 centigrammes *pro die*. Très soluble dans l'eau, il peut, lui aussi, être administré *per os* ou mieux, par la voie hypodermique. La solution pour injections doit être telle que chaque seringue de Pravaz ne contienne pas plus de 3 centigrammes de substance active : c'est là un maximum de concentration qu'il ne faut pas dépasser (Gilbert).

Parmi les composés métalliques de l'arsenic, nous signalerons encore l'*arrhénal* (1), qu'a surtout précouisé M. Gautier, et pour l'étude duquel nous renvoyons aux nombreuses communications de cet auteur (2).

Beaucoup moins nombreuses sont les préparations arsenicales destinées à l'usage externe. Nous ne citerons que pour mémoire le sulfure d'arsenic : *réalgar* et *orpiment*, qui entraient jadis dans la composition de pâtes épilatoires diverses. Le *rusma* des Arabes se formule ainsi :

Orpiment	5 grammes.
Chaux vive	40 —

Pulvérisez. Délayez dans :

Blancs d'œufs	} *āā* Q. s.
Lessive des savonniers	

Pour applications externes.

La *pâte épilatoire de Plenck* présente une composition analogue. Ces diverses préparations sont tombées dans un oubli profond, et on n'emploie plus guère aujourd'hui que les préparations à base d'acide arsénieux. La *pâte arsenicale du frère Côme* :

Arsenic blanc	1 gramme.
Cinabre	5 —
Eponge calcinée	2 —

Pulvérisez.

est encore employée en dermatologie. Comme son application donne lieu à de vives douleurs, M. Danlos a proposé récemment de substituer aux substances inertes qu'elle contient un anesthésique puissant. D'où la nouvelle formule suivante :

Acide arsénieux porphyrisé	1 gramme.
Chlorhydrate de cocaïne	1 —
Orthoforme	8 —

(1) Le cacodylate de soude est un diméthylarsénate sodique. L'arrhénal ou sel arsenical B, est un méthylarsénate disodique.

(2) *Gaz. des hôpit.*, 1902, p. 174, 226, 492, 1381.

Délayer dans quelques gouttes d'eau (1) (Danlos).

Les propriétés escarifiantes de l'arsenic sont encore utilisées dans la *solution caustique de Czerny-Trunecek* :

Acide arsénieux	1 gramme.
Alcool éthylique	} *āā* 75 —
Eau	

Pour applications quotidiennes.

En somme, c'est l'acide arsénieux pur qui entre dans la composition de la plupart des préparations arsenicales destinées à l'usage externe et c'est ce qui explique leur remarquable activité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin principal Gorron, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer sur le cuirassé *Henri-IV*, qui va entrer en armement définitif pour être attaché à l'escadre du Nord.

M. le médecin de première classe Ripoteau sera maintenu en sous-ordre sur ce bâtiment jusqu'à l'expiration de ses deux années d'embarquement.

— Par décision ministérielle du 17 septembre 1903, un congé à solde entière pour suivre les cours de bactériologie à l'institut Pasteur, du 10 novembre 1903 au 1er février 1904, a été accordé à M. le médecin principal Plante, professeur à l'école d'application de Toulon.

— Par décret en date du 17 septembre 1903, ont été nommés dans le corps de santé de la marine, pour prendre rang du 1er septembre 1903 :

Au grade de médecin de deuxième classe. — Les médecins auxiliaires de deuxième classe sortant de l'Ecole d'application : MM. Cazamian, affecté au port de Rochefort; Lancelin, affecté au port de Brest; Ratelier et Roux, affectés au port de Toulon; Gloaguen, affecté au port de Brest; Bruhat, affecté au port de Rochefort; Peyraud, affecté au port de Toulon; Donval, affecté au port de Lorient; Legal, affecté au port de Brest; Primislas-Lallement, affecté au port de Toulon; Duville, Bertaud du Chazaud et Dufourt, affectés au port de Toulon; Coquelin, au port de Brest; Le Maître et Le Moignic, affectés au port de Toulon; Parrenin, affecté au port de Lorient; Duchateau et Cristol, affectés au port de Lorient; Bourges, affecté au port de Cherbourg.

La peste à Marseille. — Nous avons pu nous procurer un spécimen du passeport sanitaire imposé depuis quelques jours aux voyageurs débarquant à Marseille.

En voici ci-dessous le fac-similé :

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juin 1903.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE — MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR
DIRECTION DE L'ASSISTANCE ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUES

PORT DE MARSEILLE

PASSEPORT SANITAIRE

N°........

M ________________

passager à bord d'un navire ayant quitté à la date du ________ *le port d* ________, *reconnu contaminé de peste, a déclaré se rendre à* ________, *rue* ________, *n°* ________ *commune d* ________, *département d* ________.

Les personnes munies du présent passeport doivent, dans les vingt-quatre heures de leur arrivée, le présenter ou le faire présenter à la mairie de la commune où elles se rendent et subir, jusqu'à l'expiration d'un délai de dix jours à dater du départ du navire du port contaminé, les visites que la municipalité jugera à propos d'ordonner. Faute par elles de ce faire, elles tomberaient sous le coup de l'article 14 de la loi du 3 mars 1822 et seraient passibles, sans possibilité de circonstances atténuantes, d'un emprisonnement de 3 à 15 jours et d'une amende de 5 à 50 francs.

A Marseille, le ________ 19....

LE DIRECTEUR DE LA SANTÉ,

Distinctions honorifiques. — M. le médecin-major de deuxième classe de Vernejoul est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Réforme de l'agrégation. — MM. Liard, Bayet, Debove, Pitres, Abelous et Cazeneuve, sont nommés membres de la Commission instituée au ministère de l'Instruction publique pour étudier les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter dans l'agrégation des Facultés de médecine.

Conseil d'hygiène de la Seine. — Sont nommés membres du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine :

MM. Paul Adam, inspecteur général des établissements classés du département de la Seine; Daumet, architecte, membre de l'Institut; Levraud, député de la Seine; Piettre, sénateur de la Seine; Roux, sous-directeur de l'institut Pasteur; Strauss, sénateur de la Seine.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Veraeghe (de Lille) et Audigé (de Neuvy-Sautour).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Villes d'Eaux desservies par le réseau P.-L.-M.* — 1° *Billets d'aller et retour collectifs* (*de famille*). — Il est délivré, jusqu'au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours, pour les stations thermales suivantes : Aix-en-Provence, Aix-les-Bains (Aix-les-Bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon), Besançon, Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun), Cette (Balaruc), Chambéry (Challes), Charbonnières-les-Bains, Clermont-Ferrand (Royat), Coudes-Saint-Nectaire, Digne, Die (Le Matouret, Sallières-les-Bains), Divonne-les-Bains, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains (Amphion), Genève (Champel), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot-la-Caille, La Bastide, Saint-Laurent-les-Bains, Le Fayet-Saint-Gervais, Le Luc et le Cannet (Pioule), Lépin-lac d'Aiguebelette (La Bauche), Lons-le-Saunier, Manosque (Gréoulx), Menthon (lac d'Annecy), Montélimar (Bondonneau), Montpellier (Palavas), Montrond (Montrond-Geyser), Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers-Salins (Salins, Brides), Pontcharra-sur-Bréda (Allevard), Pougues-les-Eaux, Rémilly (Saint-Honoré-les-Bains), Riom (Châtel-Guyon, Châteauneuf), Roanne (Saint-Alban), Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers (La Motte-les-Bains), Saint-Julien-de-Cassagnas (Les Fumades), Saint-Martin-Sail-les-Bains, Salins (Jura), Santenay, Sarrians-Montmirail, Sauve (Fonsange-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-La Bégude, Vandenesse-Saint-Honoré-les-Bains, Vichy (Vichy-Cusset), Villefort (Bagnols).

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes. — Arrêts facultatifs. — Faire la demande de billet quatre jours au moins à l'avance.

2° *Billets d'aller et retour individuels.* — Il est délivré, jusqu'au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau, des billets d'aller et retour de 1re, 2e et 3e classes, comportant une réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes, pour les stations thermales dénommées ci-dessus.

Validité : 10 jours. — Faculté de prolongation. — Arrêts facultatifs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Art de formuler, indications, mode d'emploi et posologie des médicaments usuels, par le docteur P. BREUIL, lauréat de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 344 p. en tableaux synoptiques, format portefeuille avec répertoire, cart. Edition de bureau ou édition de poche sur papier indien extra-mince. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Études médicales sur les Eaux-Bonnes, par le docteur Léon LERICHE. Broch. de 119 p. — Prix : 1 fr. 50. — Barcelone-Paris Richardin, P. Lamm et Cie.

L'ordonnance du tuberculeux, par le docteur SAVIGNAC. Broch. de 20 p. — Prix : 0 fr. 30. — Paris, C. Naud.

Essai sur la psycho-physiologie des monstres humains, par N. VASCHIDE et Cl. VURPAS. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Rudeval.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

OCCASION EXCEPTIONNELLE, cause départ, Populaire de Dion-Bouton tonneau, 8 chevaux, carrosserie grand luxe, pneus 85 extra-fort aux quatre roues, phare Blériot, nombreux accessoires, pièces et pneus de rechange, roulé un mois et demi, marche parfaite. — Prix : 4 500 francs. — S'adresser CLAPARÈDE, rue du Jeu de Paume, Montpellier.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 110 — JEUDI 24 SEPTEMBRE 1903. 76e ANNÉE JEUDI 24 SEPTEMBRE 1903. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

(BRUXELLES, SEPTEMBRE 1903)

Le Congrès de Bruxelles vient de s'ouvrir. Après le discours traditionnel de bienvenue prononcé par le prince Albert, les congressistes ont immédiatement commencé leurs travaux. Les questions qu'ils devaient étudier avaient été rangées en deux groupes distincts : l'hygiène proprement dite et la démographie. Dans chaque groupe, les problèmes les plus importants ont été soulevés et passionnément, quoique courtoisement, discutés. Le nombre des congressistes, la valeur des communications, l'intérêt des discussions montrent combien les gouvernements et les peuples attachent aujourd'hui d'importance à tout ce qui touche l'hygiène : les savants qui sont venus apporter au Congrès les résultats de leurs recherches et de leur expérience ont pu sentir, par les applaudissements qui les ont accueillis, qu'il n'est pas d'idéal plus noble et plus élevé que de servir, de toutes ses forces, la cause de l'humanité.

I

Première section. — La première section consacre ses travaux à la *microbiologie et à la parasitologie envisagées dans leurs rapports avec l'hygiène.* M. Bordet (de Bruxelles) inaugure ces travaux par un très intéressant rapport sur le mode d'action et l'origine des substances actives des sérums. Pour M. Bordet, il est vraisemblable que ce sont les leucocytes qui fournissent ces substances actives; contrairement aux théories d'Ehrlich, il n'est pas nécessaire, pour expliquer l'action des sérums antitoxiques, de supposer que les toxines possèdent une composition complexe. Il suffit, pour comprendre la neutralisation d'une toxine par son antitoxine, d'admettre que chaque toxine est constituée par un seul et même poison et qu'elle peut se combiner à proportions variables avec son antitoxine. De certains faits semble en effet résulter cette donnée que, par l'addition à une toxine donnée d'une quantité insuffisante d'antitoxine, on peut obtenir un mélange qui ne contient plus de toxine libre, mais seulement de la toxine atténuée. M. Denys conclut également que dans la lutte contre les microbes interviennent les leucocytes polynucléaires, les alexines dissoutes dans les humeurs, et, chez les animaux vaccinés, certaines substances spécifiques.

Les opinions de M. Pfeiffer diffèrent sensiblement de celles de M. Metchnikoff. Pour cet auteur, il n'est nullement démontré que les leucocytes jouent un rôle dans la production des substances immunisantes bactéricides; ces substances, qui prennent naissance dans les organes hématopoiétiques (moelle osseuse, rate, ganglions), sont spécifiquement différentes entre elles; ce ne sont ni des substances bactériennes modifiées, ni des combinaisons de produits bactériens avec des albuminoïdes de l'organisme, mais bien des molécules complexes faisant partie de l'organisme : leur apparition dans le sang lors de l'immunisation doit être considérée comme une sécrétion spécifique causée par une excitation spécifique.

Au point de vue physique et chimique, les substances immunisantes se comportent comme des ferments; elles ne font partie ni des globulines ni des albumines du sang; leur nature de ferment est démontrée par la bactériolyse; les substances immunisantes incorporées à la cellule bactérienne se retrouvent libres et actives lors de la dissolution du protaplasme bactérien, à la façon des ferments vrais. Favorisée par la saignée ou l'administration d'une très forte dose d'alcool, la production de ces substances immunisantes est entravée par l'alcoolisme chronique et par la vaccination simultanée portant sur une autre espèce bactérienne, circonstance dont il faut tenir le plus grand compte dans la préparation des sérums polyvalents.

Pour Pfeiffer comme pour Wassermann, les substances immunisantes n'ont aucun rapport avec les agglutinines et doivent en être définitivement différenciées; pour Wassermann, chacune d'elle donne avec les cellules de l'organisme des combinaisons fixes : l'hypothèse émise par Bordet est donc inexacte.

Après un rapport de M. Belfanti sur la même question, les congressistes passent à la discussion. M. Hahn (de Münich) admet que les leucocytes ne sont pas seuls à produire les

alexines, mais que celles-ci ont des origines multiples; MM. Metchnikoff et Levaditi pensent que l'alexine est un produit de sécrétion des phagocytes et qu'elle ne se dissout dans les humeurs qu'à la suite des lésions des phagocytes; normalement elle n'existe donc pas à l'état libre dans le sang. MM. Ehrlich et Madsen acceptent, avec Pfeiffer, que toxine et antitoxine se combinent selon des proportions fixes; M. Gruber ne partage pas les idées de Metchnikoff sur l'origine de l'alexine; M. Bordet, répondant aux objections qui lui ont été faites, fait observer que la théorie d'Ehrlich repose sur des faits encore très hypothétiques.

La deuxième question était ainsi conçue : *Quelles sont les meilleures méthodes pour mesurer l'activité des sérums?* M. Martin lit les conclusions de M. Roux, empêché : I. Le titrage du sérum antidiphtérique comprend le dosage de l'antitoxine et l'estimation du pouvoir antimicrobien; II. L'antitoxine est évaluée en unités immunisantes d'après la méthode de M. Ehrlich; III. Une commission est chargée d'évaluer les meilleurs procédés de mesure du pouvoir antimicrobien; elle en proposera un au prochain Congrès. M. Martin signale en outre la nécessité qu'il y a d'évaluer, outre le pouvoir antitoxique, le pouvoir antimicrobien et préventif du sérum antidiphtérique. M. Bordet observe qu'il ne faut pas confondre les termes antimicrobien et bactéricide, aucun sérum antidiphtérique n'étant bactéricide dans le vrai sens du mot.

Sur la proposition du président, le Congrès nomme une commission internationale chargée de régler les méthodes de titrage des sérums : cette commission se compose de MM. Roux, Calmette, Martin, Ehrlich, V. Behring, Wassermann, Pfeiffer, Belfanti, Madsen, Smith, Spronck, Malvoz, Van Ermenghem et Dzerzowski.

Quelle est la valeur prophylactique du sérum antidiphtérique? Chargé de fournir un rapport sur cette question, M. Netter conclut de la façon suivante :

I. La Société de pédiatrie de Paris, le Comité consultatif d'hygiène publique de France, l'Académie de médecine ont proclamé hautement l'efficacité des injections préventives de sérum antidiphtérique et déclaré que ces injections constituent le moyen préservatif le plus efficace contre la diphtérie;

II. Le nombre des injections prophylactiques pratiquées en France est supérieur à 11300. Nous avons, pour notre part, eu l'initiative de plus de 4473 injections. Les 11000 injections préventives se répartissent de la façon suivante : 4121 injections dans les familles de diphtériques; 2000 dans les salles de malades, les asiles, les crèches, les écoles, au cours d'une épidémie de diphtérie, 5300 enfants hospitalisés ont été soumis aux injections préventives systématiques en l'absence de cas reconnus de diphtérie. Sur ces 5300 enfants, plus de 3000 étaient atteints de rougeole et plus de 1000 de scarlatine;

III. Les injections confèrent une immunité à peu près complète pendant une période qui commence vingt-quatre heures après l'injection et prend fin habituellement au bout de vingt-huit jours.

Les sujets atteints de diphtérie en dépit des injections et en dehors de la période d'immunité présentent habituellement une diphtérie très bénigne, de même que la variole est d'ordinaire légère chez les vaccinés;

IV. Les sujets vaccinés préventivement sont exposés aux accidents sériques. Ceux-ci, habituellement légers, ne feront pas abandonner les injections. Ils sont plus communs chez les adultes. Leur fréquence est moindre si l'on se sert de sérum plus ancien. Les injections ont pu exceptionnellement être suivies d'abcès. Il faut alors incriminer une faute dans l'antisepsie;

V. La dose de sérum habituellement employée à titre préventif est de 500 unités. On emploiera 5 centimètres cubes du sérum habituel de l'Institut Pasteur;

VI. On devra injecter préventivement les enfants d'une famille où aura existé un premier cas de diphtérie. Cette conduite, indispensable là où la surveillance est impossible, sera utilement appliquée même dans les familles aisées où la surveillance des enfants sera facile;

VII. Dans le cas d'épidémie dans une salle d'hôpital, un internat, une crèche, un asile, les injections préventives devront être employées sans retard.

Il y aura grand avantage à généraliser cette mesure dans le cas d'épidémie frappant une école d'externes;

VIII. L'inoculation systématique, renouvelée toutes les quatre semaines, met les enfants hospitalisés à l'abri de toute introduction de la diphtérie.

Elle devra être employée dans tous les hôpitaux d'enfants où les introductions de diphtérie sont communes et où l'on observe de temps en temps des cas intérieurs. Les pavillons affectés à la rougeole, à la scarlatine, aux douteux, sont plus particulièrement dans ce cas;

XI. Dans les pavillons de rougeole, les doses injectées préventivement seront plus fortes et les intervalles entre les inoculations plus courts.

MM. Torday (de Bucarest), Aaser (de Christiania) et Spronck (d'Utrecht) proclament également la valeur du sérum antidiphtérique employé à titre prophylactique; M. Ehrlich engage ses collègues à étudier l'élimination de l'antitoxine diphtérique après l'injection préventive de sérum; ces études permettront de déterminer quelle quantité minime d'antitoxine doit contenir un sérum pour préserver l'organisme de la maladie; M. Pavone (de Rome) estime que l'efficacité indéniable et l'innocuité absolue des injections préventives font désirer les voir rendues obligatoires par la loi au même titre que la variole; MM. Loëffler et Netter proposent à la section d'émettre le vœu que « la pratique des injections préventives de sérum antidiphtérique soit généralisée dans la plus large mesure possible. En effet, ces injections sont inoffensives et constituent le meilleur obstacle à opposer à la propagation de la diphtérie ».

Cette proposition est acceptée à l'unanimité.

II

La deuxième section du Congrès de Bruxelles avait plus particulièrement à s'occuper de l'*hygiène alimentaire*. M. Ostertag (de Berlin), chargé d'un rapport sur les diverses maladies qui rendent la viande des animaux impropre à la consommation, range parmi ces maladies la ladrerie, la trichinose, le charbon, la rage, la morve, certaines tuberculoses, la pyémie, la septicémie, la peste bovine, le choléra du bétail et du gibier, le charbon symptomatique, le bradsot, la dysentérie des porcs, la cholérine des porcs, la peste des porcs.

Les parties atteintes sont d'ordinaire impropres à la consommation : toutefois la stérilisation permet de consommer certaines de ces viandes (viande ladre, trichinée, viande de porcs dysentériques, de porcs atteints de choléra ou de

peste); elle reste au contraire inefficace dans les autres cas, et il faut avoir le courage de rejeter résolument toutes les viandes provenant d'animaux atteints de charbon, de rage, de morve, de certaines formes de tuberculose (infiltration tuberculeuse, tuberculose à marche rapide), de peste bovine, de cholérine du bétail et du gibier, de charbon symptomatique, de bradsot.

Sur la proposition de M. Lemaire, la section examine alors successivement quelques-unes des maladies qui sont de nature à rendre la viande impropre à la consommation, savoir : le charbon bactéridien, la morve et le farcin, la rage et le tétanos.

L'assemblée a été unanime à condamner l'emploi de la viande provenant d'un animal atteint de charbon bactéridien, de morve ou de farcin.

En ce qui concerne la rage, la majorité a exprimé le vœu que toute viande provenant d'un animal qui a été mordu par un chien enragé fût déclarée impropre à l'alimentation; toutefois, la majorité de l'assemblée est d'avis que cette viande pourra être consommée après stérilisation.

L'assemblée décide enfin que l'on ne peut admettre pour la consommation une viande provenant d'un animal atteint du tétanos.

Pour M. Stübe, il n'y a que trois cas où il faut absolument rejeter la viande de la consommation : ce sont la pyohémie, la septicémie gangréneuse et la trichinose. Dans les cas de ladrerie du porc, on peut autoriser la vente de la viande si les lésions sont localisées. MM. Perroncito et Constant l'autorisent également, mais à une seule condition : c'est que la viande, avant d'être livrée à la consommation, soit soumise à la réfrigération, qui tue sûrement et rapidement les cysticerques. L'assemblée adopte à l'unanimité la proposition de MM. Perroncito et Constant.

L'actinomycose donne lieu, elle aussi, à quelques discussions. M. Stübe demande la saisie partielle, M. Morat, la saisie totale de la viande contaminée. M. Collingridge n'admet l'opinion de M. Morat que si les lésions sont multiples. L'assemblée émet la proposition suivante : il y a lieu de pratiquer la saisie totale toutes les fois que les lésions sont multiples.

Après avoir entendu les observations de MM. Morat et Denoov, la section adopte à la majorité une proposition tendant à exclure la viande des veaux atteints d'entérite diarrhéique aiguë et celle des chevaux atteints de fièvre typhoïde.

La section autorise la consommation des viandes d'animaux atteints de pleuro-pneumonie infectieuse et propose au contraire le rejet de la viande d'animaux atteints de gourme et d'anarsaque; pour les cas de psorospermose, de rouget, d'intoxication, elle réserve son avis, estimant qu'il faut subordonner sa conduite aux circonstances et qu'il est difficile de donner, au sujet de ces maladies, des indications générales.

La question de beaucoup la plus intéressante qu'avaient à discuter les deux premières sections était relative à la *tuberculose des animaux*. Chargé d'un rapport sur ce sujet, M. Fibiger (de Copenhague) aboutit aux conclusions suivantes :

1° La tuberculose bovine est transmissible à l'homme; la tuberculose humaine est transmissible au bétail;

2° Les bacilles de la tuberculose bovine sont souvent plus virulents pour le bétail que les bacilles tuberculeux de l'homme;

3° Les bacilles tuberculeux de l'homme peuvent posséder une virulence aussi grande pour le bétail que des bacilles tuberculeux bovins très virulents;

4° Le bacille de la tuberculose humaine et celui de la tuberculose bovine ne doivent pas être considérés comme des formes différentes, en ce qui concerne leur virulence, leur morphologie ou leur mode de croissance. Les variations qu'ils présentent doivent être considérées — pour autant qu'on puisse en juger actuellement — comme des variations de race dues au parasitisme du bacille, tantôt chez l'homme, tantôt chez le bétail;

5° On ne peut nier que la tuberculose bovine soit transmissible à l'homme par le tube digestif. Des observations multiples démontrent que la tuberculose intestinale primitive n'est pas partout une affection rare. Il est probable que la tuberculose est transmise par le tube digestif plus souvent qu'on ne le croit d'après les autopsies. On a pu, il y a quelque temps déjà, et récemment encore (Fibiger et Jensen), démontrer des cas de tuberculose intestinale primitive, dans lesquels l'infection avait très probablement pour cause l'ingestion de lait tuberculeux;

6° Le contrôle de la viande et celui du lait constituent des mesures prophylactiques absolument indispensables pour empêcher la contamination de l'homme par les aliments tuberculeux.

Pour M. De Jong, tuberculose humaine et tuberculose bovine sont identiques : il n'y a entre elles que des virulences de degré. Il faut donc continuer à admettre, quoi qu'en ait dit Koch, qu'il est dangereux pour l'homme de consommer la viande des mammifères tuberculeux. M. Gratia (de Bruxelles) conclut de même à l'identité de la tuberculose dans toutes les espèces animales : il existe des races diverses de bacilles tuberculeux, mais toutes ces races présentent des caractères communs : il n'y a qu'une tuberculose, qui doit être nettement séparée des pseudo-tuberculoses, lesquelles ne réagissent à aucune tuberculine.

M. Arloing apporte une critique très serrée de la théorie de M. Koch : pour cet auteur, dont on connaît la grande autorité, il serait illogique et imprudent de ne pas considérer comme dangereuse pour l'homme la tuberculose animale; il est possible, et même très probable, que la tuberculose animale soit moins contagieuse, moins virulente que la tuberculose humaine, mais elle peut certainement se transmettre à l'homme; il faut donc prendre contre elle toutes les mesures nécessaires.

Les rapports de MM. Fibiger, Gratia et Arloing sont l'objet d'une discussion des plus vives. M. Korsel (de Berlin) estime que l'étude de la question n'est pas encore assez avancée pour que l'on puisse arriver à des conclusions définitives; M. Bordas admet l'identité des tuberculoses humaine et animale; M. Lignières (de Buenos-Ayres), tout en n'admettant qu'avec réserves cette identité, estime qu'il est nécessaire de prendre des mesures prophylactiques contre la tuberculose des animaux; M. Perroncito émet une opinion analogue; MM. De Jong et Montserrat critiquent les théories de M. Koch.

Le président soumet alors à l'assemblée ce vœu appuyé par trois des rapporteurs : MM. Arloing, Gratia et De Jong, et tendant à maintenir les mesures de prophylaxie contre le bacille bovin. Après quelques remaniements suggérés par MM. Kirchner, Montserrat et Constant, Wassermann et Lœffler, la proposition des rapporteurs Arloing, Gratia et De Jong est votée sous la forme suivante :

« La tuberculose humaine est particulièrement transmise

d'homme à homme; néanmoins, dans l'état actuel de nos connaissances, le Congrès estime qu'il y a lieu de prescrire des mesures contre la possibilité de l'infection de l'homme par les animaux. »

La deuxième section s'est encore occupée de la *réglementation du lait destiné à l'alimentation.* M. V. Ermengen, rapporteur, formule les propositions suivantes à ce sujet :

1° Pour pouvoir être exposé en vente, le lait destiné à l'alimentation devra réunir les conditions suivantes :

a. Avoir une densité, à 15 degrés centigrades, comprise entre 1028 et 1033;

b. Laisser à l'évaporation un résidu de matières sèches d'au moins 11,5 p. 100;

c. Renfermer au moins 2,6 p. 100 de graisse;

Ces quantités étant exprimées en grammes contenus dans 100 centimètres de liquide mesuré à 15 degrés centigrades;

2° La vente du lait écrémé pourra être autorisée à la condition que son poids spécifique, à la température de 15 degrés centigrades, ne soit pas inférieur à 1032 et qu'il laisse, à l'évaporation, au moins 9 p. 100 en matières sèches;

Ces quantités étant exprimées en grammes contenus dans 100 centimètres cubes mesurés à 15 degrés centigrades.

M. Bordas soutient qu'on ne doit considérer comme lait que le lait entier, c'est-à-dire un lait provenant de la traite complète et fourni par des vaches saines. Les produits tels que lait écrémé, demi-écrémé, centrifugé, ne doivent pas être utilisés pour les nouveau-nés et les malades. Les antiseptiques, conservateurs et autres substances destinées à conserver le lait doivent être formellement proscrits. M. André (de Bruxelles) rappelle les dispositions législatives qui président en Belgique à la vente du lait; M. Schaffer (de Berne) celles qui ont été adoptées en Suisse. M. Budin signale l'extrême importance de la question au point de vue médical et hygiénique.

Une discussion passablement confuse suit la lecture des rapports. MM. Van Engelen, Jorissen, Schemelhout critiquent les conclusions de M. Bordas, que soutient au contraire M. Chassevant. M Rothschild incrimine surtout le mouillage.

Le président met aux voix la première conclusion du rapport de M. Bordas, ainsi conçue :

« On ne doit considérer comme lait et vendre comme tel que le lait entier, c'est-à-dire le lait provenant de la traite complète et fourni par des vaches saines. »

Cette conclusion est adoptée à l'unanimité, moins une abstention;

La deuxième conclusion de M. Bordas, ainsi conçue :

« Les sous-produits de l'industrie laitière, tels que laits écrémés, demi-écrémés, lait centrifugé, lait pauvre, ne doivent pas être utilisés pour l'alimentation des nouveau-nés, des malades et des vieillards. »

Après une vive discussion entre MM. Ranvez, Chassevant et Bordas, cette proposition est adoptée à l'unanimité.

La dernière conclusion du rapport de M. Bordas, qui demande que les sous-produits de l'industrie laitière ne puissent être mis en vente qu'après dénaturation ou dans des boutiques spéciales, est adoptée à une faible majorité après une longue discussion.

La quatrième conclusion, qui interdit l'emploi des antiseptiques et conservateurs, est adoptée à l'unanimité.

M. Van Egelen demande alors que l'on fixe le chiffre minima des éléments constitutifs du lait marchand, mais MM. Wanters et Chassevant montrent que cette détermination est impossible à obtenir, les laits étant très variables dans leur composition suivant la race, l'âge, la nourriture de l'animal, les climats, les saisons, etc. Ce qu'il faut, c'est surveiller les fermes productrices et comparer le lait vendu en ville au lait produit à la campagne au lieu d'origine.

La *pasteurisation du lait* a fait l'objet d'un rapport de MM. Heuvenel et Mullie. Voici leurs conclusions :

1° Un lait dont on ne connaît ni l'origine ni les conditions de la production doit être considéré comme dangereux pour l'alimentation publique, et il est nécessaire de le soumettre à l'action de la chaleur avant de le consommer.

2° Le chauffage, opéré dans des conditions spéciales, peut lui enlever son pouvoir pathogène éventuel sans nuire sensiblement à sa valeur alimentaire.

A. *Consommation publique.* — *a.* L'ébullition simple détruit sûrement les microbes tuberculeux qui sont les plus résistants parmi les germes pathogènes ordinaires du lait; il est utile de laisser refroidir le lait dans le récipient de chauffage et d'enlever la pellicule qui se forme à la surface.

b. La méthode Soxhlet et la pasteurisation industrielle assurent la destruction des microbes tuberculeux du lait, mais elles ne le stérilisent pas.

Il est nécessaire de consommer ce lait dans les vingt-quatre à quarante-huit heures qui suivent l'opération.

c. La stérilisation du lait, relativement rare en pratique, donne toutes les garanties hygiéniques.

B. *Laiteries.* — *a.* Plusieurs appareils permettent, sans inconvénients graves, de tuer les germes pathogènes du lait entier, du lait écrémé et de la crème par la pasteurisation à 85 à 90 degrés.

Toutefois, pour la crème, il serait désirable de soumettre la question à de nouvelles expériences.

b. La pasteurisation en laiterie est une opération nécessaire et indispensable pour éviter la contagion de certaines affections à l'homme et aux animaux.

M. le professeur Tjaden, directeur de l'Institut bactériologique de Brême, rapporteur, arrive, de son côté, aux conclusions suivantes :

1° Dans les grandes exploitations laitières, il suffit de chauffer le lait pendant une à deux minutes à une température de 85 degrés pour tuer les microbes pathogènes importants au point de vue pratique;

2° Par ce mode de chauffage, le lait subit quelques modifications. Avec des procédés appropriés, ces modifications sont si minimes que l'emploi des matières composantes du lait ainsi stérilisé ne présente pas de difficultés réelles dans ses applications ultérieures. Seule, la fabrication du fromage dur n'a pas donné jusqu'à présent de résultat satisfaisant.

3° Il suffit aussi, paraît-il, de chauffer le lait pendant une heure à une température de 60 à 65 degrés, pour tuer les microbes pathogènes. Les recherches faites jusqu'à présent ne permettent pas encore une conclusion définitive sur ce point;

4° Le chauffage du lait de 60 à 65 degrés pendant une heure modifie si peu ses qualités chimiques et physiques, qu'il peut être vendu au consommateur et employé par lui sous toutes les formes et de toutes les façons;

5° Jusqu'à présent, pour des raisons économiques, cette stérilisation du lait n'est applicable que là où il trouve son rendement maximum, étant vendu comme lait non décomposé au consommateur;

6° La tâche future de la science sera de trouver un troisième procédé qui, sans trop charger le budget des industries laitières, permettra de détruire les microbes pathogènes en chauffant le lait peu de temps et à une température moyenne, tout en restant dans les limites des deux procédés développés plus haut (chauffage prolongé à une température de 60 à 65 degrés et chauffage momentané à 85 degrés). Ces expériences doivent se poursuivre d'une façon systématique dans les laboratoires; avec des appareils employés dans les exploitations laitières, ce qui nécessitera d'assez grands frais;

7° Une hygiène efficace du commerce du lait ne sera pas seulement obtenue par la stérilisation du lait dans les exploitations collectives, elle doit avant tout agir sur les lieux de production.

M. Rothschild explique comment la pasteurisation est appliquée en France et affirme la supériorité du lait pasteurisé sur le lait non pasteurisé; il signale les fraudes et les moyens d'y remédier. M. Storch (de Copenhague) rappelle que la pasteurisation est obligatoire en Danemark et indique les excellents résultats qu'elle a donnés.

A la suite d'une discussion, la section vote les propositions A et B du rapport de MM. Henseval et Mullie, puis elle émet le vœu de « voir poursuivre des expériences à l'aide d'appareils utilisés en laiterie dans le but de préciser les conditions techniques de la destruction des germes pathogènes par le chauffage, à des températures voisines de 65 degrés ». (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Crises respiratoires dans la maladie de Basedow. (*Lancet*, 27 juin 1903, p. 1809.) — Si les crises gastriques de la maladie de Basedow sont bien connues, les crises respiratoires ne semblent pas avoir été signalées. M. Gordon Sharp en cite deux observations : l'état général n'était pas sans analogie avec l'empoisonnement par l'atropine et l'opium eut une action manifeste sur la dyspnée.

Le premier cas est celui d'une femme de vingt-neuf ans; deux ans auparavant elle avait remarqué une certaine tuméfaction du cou, mais sans troubles fonctionnels. Quand elle commença à être malade elle éprouvait des palpitations, toussait et avait de la gêne pour respirer. Bientôt elle eut des vomissements accompagnés de douleur au devant du larynx. Le pouls marquait 210; il y avait du tremblement, la peau était moite, le corps thyroïde augmenté de volume; on notait de l'exophtalmie, de l'éréthisme vasculaire, mais le symptôme le plus accusé était une dyspnée extrêmement rapide. L'administration d'extrait thébaïque eut un effet remarquable : en quelques heures la respiration redevint normale et le pouls était tombé de 210 à 120 pulsations, ce qui était le chiffre habituel chez la malade dont il s'agit.

La seconde observation a trait à une femme de soixante-cinq ans qui avait eu de nombreuses grossesses et souffrait, depuis longtemps, d'accès spasmodiques survenant à des intervalles plus ou moins grands. A l'examen on ne constatait pas d'exophtalmie, mais le corps thyroïde était gros et animé de battements. Ceux-ci s'accentuaient au moment des accès. D'ailleurs il existait du tremblement, des palpitations, et le pouls oscillait entre 120 et 170. La malade fut prise brusquement de suffocation et la respiration se maintint entre 60 et 65. La poitrine était normale; il y avait quelques nausées suivies de l'évacuation de mucosités. La malade était sur le point de perdre connaissance par le seul fait de la dyspnée. Une pilule d'extrait thébaïque provoqua un assoupissement de quelques heures; quand la malade s'éveilla, son état général était relativement bon et le nombre des respirations était de 18 ou 20 à la minute.

A. Housquains.

CHIRURGIE

Les injections intra-articulaires de vaseline stérile dans les arthrites sèches. (*Journ. de méd. de Paris*, 13 sept. 1903.) — H. Delagénière (du Mans) a imaginé d'injecter dans une jointure (l'épaule) atteinte d'arthrite sèche de la vaseline stérile pour rendre aux mouvements leur souplesse et pour diminuer les douleurs. Les résultats qu'il a obtenus à la suite de cette tentative, se sont maintenus excellents depuis trois mois. Voici, d'ailleurs, les réflexions pratiques que lui a suggérées cette nouvelle méthode :

« 1° L'injection intra-articulaire de vaseline stérile dans l'articulation de l'épaule est des plus faciles. Une aiguille de 5 à 6 centimètres et une seringue à injections hypodermiques ordinaires sont suffisantes. L'important est d'assurer l'asepsie de l'injection; il faut donc que l'aiguille et la seringue soient stérilisées.

Nous donnons la préférence aux seringues de Luer de 2 centimètres, munies d'une aiguille longue, comme celles dont on se sert pour la rachicocaïnisation. La seringue, l'aiguille et la vaseline sont stérilisées dans l'autoclave. Pour l'épaule, le point de repère est l'acromion; et le bras est porté en abduction. Il suffit alors d'enfoncer l'aiguille seule à 1 centimètre 1/2 au-dessous de l'acromion dans l'articulation. On attend, pour laisser la synovie articulaire s'écouler par l'aiguille : puis, lorsqu'on est bien sûr d'être dans l'article, on pousse doucement l'injection. On ferme ensuite l'orifice de l'aiguille avec du collodion.

Si la malade est endormie, on fera exécuter à l'épaule tous les mouvements physiologiques; puis l'épaule sera abandonnée à elle-même.

Pour les autres articulations, en particulier pour la hanche et le genou, nous nous proposons d'étudier une technique spéciale.

2° L'innocuité de l'injection a été absolue. A aucun moment, la malade n'a éprouvé la moindre douleur. Au contraire, elle s'est trouvée améliorée aussitôt après et a pu exécuter spontanément des mouvements impossibles depuis longtemps.

Cette cessation brusque de la douleur, qui n'a pas reparu depuis, mérite d'attirer l'attention. Est-ce en supprimant les frottements articulaires, en tenant éloignées l'une de l'autre les surfaces dépolies que la vaseline injectée a produit ce résultat? Ceci est probable. Quant au retour presque immédiat des fonctions de l'articulation, il est plus facile à comprendre, la douleur étant, dans l'arthrite sèche, la cause principale de l'impotence fonctionnelle.

3° Nous voulons attirer maintenant l'attention sur la persistance de l'amélioration obtenue après l'injection. Plus de trois mois après, les douleurs n'ont pas reparu; les mouvements de l'articulation sont restés normaux; les frottements que l'on perçoit encore sont moins considérables qu'autrefois. D'autre part, sans aucun traitement local, l'atrophie de l'épaule, très manifeste au moment de l'intervention, a diminué au point de n'être presque plus appréciable. Ces constatations, très intéressantes en elles-mêmes, permettraient d'admettre que la vaseline stérile, dans l'articulation, jouerait plus qu'un rôle mécanique; elle aurait peut-être une influence heureuse sur l'affection elle-même, c'est-à-dire sur la vitalité du cartilage et sur sa réparation. »

L. Gayard.

QUESTION D'INTERNAT

Pleurésies putrides (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'aspect extérieur du cadavre est assez caractéristique; la surface du corps est marbrée de taches blanches ou violacées, le trajet des vaisseaux est marqué par des traînées verdâtres; la putréfaction est extrêmement rapide.

La paroi thoracique est infiltrée de pus; l'ouverture de la cavité pleurale donne passage à un flot de pus sanieux, fétide, mêlé à des gaz également fétides. Dans la très grande majorité des cas, l'épanchement est *libre*; exceptionnellement, il est *enkysté* (scissures interlobaires, diaphragme, médiastin). La plèvre est épaissie, recouverte de fausses membranes, mais, *fait capital*, *en aucun point de sa surface on ne découvre de lésions gangréneuses. Le poumon* est ratatiné, atélectasié, mais *ne présente, lui non plus, aucune lésion de gangrène.*

Parmi les autres lésions fréquentse, signaler le phlegmon périhépatique, le phlegmon gazeux sous-cutané, etc.

En somme, dans les pleurésies putrides, il n'existe aucun signe de gangrène pleuro-pulmonaire, c'est ce qui les différencie des pleurésies gangréneuses (2).

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE. — **I. Causes déterminantes.** — L'*étude bactériologique* des pleurésies putrides a passé par trois phases distinctes. — A. PREMIÈRE PHASE : *Résultats divers.* Dans le pus des pleurésies putrides, on trouve les microbes les plus divers : proteus, leptothrix, tétragènes, spirilles (Netter); bacille de la diphtérie du veau, proteus vulgaris (Widal et Nobécourt); staphylocoques (Achard); longs bacilles et cocci (Boinet), tétragènes (Giraudeau), colibacilles et micrococoques (Apert, Collet et Péhu), etc., etc. — B. DEUXIÈME PHASE : *Les anaérobies.* Etudiant avec une technique particulière (procédé de Liborius modifié), la formule bactériologique des collections fétides, M. Veillon démontre, dans une série de remarquables travaux, le rôle capital des anaérobies dans tous les processus gangréneux et putrides. Guillemot et Hallé, Rist, retrouvent dans le pus des pleurésies putrides divers anaérobies (b. ramosus, micrococcus fœtidus, b. fragilis, staphylococcus parvulus, etc.). *Pour Veillon et ses élèves, les pleurésies putrides sont donc toujours dues à l'action prépondérante, sinon exclusive, des anaérobies.* — C. PHASE ACTUELLE : *Théorie éclectique.* Aujourd'hui, on tend à considérer cette formule comme trop absolue, et on admet que les aérobies peuvent aussi, dans un nombre de cas qu'il est difficile de préciser, déterminer des processus putrides. « Peut-on admettre que les pleurésies putrides sont *toujours* causées par des microbes anaérobies? Il est permis d'en douter, bien que la preuve du contraire ne puisse encore être établie. Si nous tenons compte des travaux tout récents de MM. San Felice, Roger et Garnier, Roger et Weil, Legros, Legros et Lecène, qui nous ont démontré que les aérobies peuvent causer des infections putrides comme les anaérobies, on peut supposer que les pleurésies putrides peuvent quelquefois, comme les autres processus gangréneux, être causées par des microbes aérobies » (Bouic, *loco citato*, p. 64). Les pleurésies putrides sont donc des infections polymicrobiennes (Courmont, Bouic, etc.), elles ne correspondent à aucune spécificité microbienne précise.

D'où viennent les microbes de la pleurésie putride? Ils peuvent venir de l'extérieur ou de l'organisme lui-même. A. L'infection *hétérogène* (développement de la putridité après thoracentèse, empyème, etc.) est indiscutable, mais rare. B. L'infection *autogène* est au contraire la plus fréquente. *Toutes les collections fétides de l'organisme peuvent, à un moment donné, se compliquer de pleurésie putride.* 1. *Tube digestif* : noma, carie dentaire (1), occlusion intestinale, étranglement herniaire, diarrhée, *appendicite*, ulcérations gastriques et intestinales, cholécystites, abcès hépatiques et périhépatiques; 2. *Appareil génital* : vulvites, vaginites (Hallé), métro-salpingo-ovarites, phlegmons utérins (Cottet); *infections puerpérales* : rétention placentaire, mort et macération du fœtus, lochies fétides, physométrie (v. Jeannin, Th. de Paris, 1902); 3. *Appareil urinaire* : cystites, urétrites, pyélonéphrites, infections urinaires; 4. *Collections fétides diverses* : otorrhées (Rist), gangrène ganglionnaire, ostéomyélites, etc., etc.

Sous l'influence de la rétention (*théorie du vase clos*), les microbes enfermés dans ces diverses collections augmentent non seulement de nombre, mais aussi de virulence. Ils peuvent alors gagner la plèvre par des voies diverses : *a. Voie sanguine* : discutée, le sang étant un milieu très oxygéné, par conséquent défavorable aux anaérobies; *mais* : α. L'hématose peut être profondément troublée; β. Nombre d'anaérobies sont aérobies facultatifs; γ. Les anaérobies peuvent pénétrer dans la circulation sanguine avec un aérobie qui épuise l'oxygène du sang; δ. Le sang coagulé est un excellent milieu de culture pour les anaérobies (v. Bouic, *loco citato*). Dans ce cas, une parcelle de la collection putride se détache, passe dans le courant sanguin et arrive ainsi à la plèvre; ce mécanisme, qui est celui de l'*embolie* (2), est considéré comme fréquent par M. Dieulafoy (3). *b. Voie lymphatique* : de toutes la plus fréquente (Bouic); c'est celle qui est suivie par les microbes émanés des collections putrides voisines de la plèvre; *c. Voie transpéritonéale* (expériences de Clado, Bonnäken, Oker-Clom, de Klecki) : explique surtout (Dieulafoy) les pleurésies appendiculaires : les microbes contenus dans l'appendice exaltent leur virulence et passent du foyer appendiculaire dans le péritoine (Dieulafoy). Du péritoine, ils peuvent gagner la plèvre de trois façons différentes (Sallet et Croizart); α. par le tissu cellulaire rétro-péritonéal; β. par voie lymphatique; γ. par le système veineux, mécanisme obscur et mal connu (v. Bouic).

Une fois arrivés dans la cavité pleurale, les microbes de la putridité dégagent une grande quantité de gaz, d'où production d'un pneumothorax *spontané, sans perforation.* Ce sont surtout les anaérobies et particulièrement le perfringens, qui jouissent de ces propriétés gazogènes, mais certains aérobies les possèdent aussi. — Ils sécrètent aussi des poisons solubles qui passent dans la circulation générale et donnent lieu aux phénomènes d'intoxication observés.

Ces microbes de la putridité peuvent être, comme nous l'avons vu, α. des anaérobies seuls; β. des anaérobies associés aux aérobies; γ. des aérobies seuls. α. Les anaérobies suffisent parfaitement, à eux seuls, à produire une pleurésie putride (Courtois-Suffit, Rist). β. Quand ils sont associés aux aérobies, on peut supposer ou que les seconds épuisent l'oxygène des tissus et préparent le terrain pour les premiers, ou que les uns et les autres, pénétrant ensemble dans la cavité pleurale, exaltent mutuellement leur virulence (expériences d'Achalme et d'Hallé). γ. « Il faut admettre aujourd'hui que certains aérobies, dans quelques cas très rares sans doute, provoquent des pleurésies putrides » (Bouic).

II. Causes occasionnelles et prédisposantes. — Certaines affections pulmonaires antérieures (Rendu), toutes les causes générales capables d'affaiblir l'organisme, en vertu de l'adage invoqué par Hanot : *tout ce qui affaiblit prédispose.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 104 et 107.

(2) On a admis quelquefois que, dans les pleurésies putrides, la gangrène pulmonaire peut s'observer, *mais, alors, elle est toujours secondaire* (Widal, Netter, Galvagni, etc.).

(1) M. Netter a réalisé expérimentalement des pleurésies putrides en injectant de la salive dans la plèvre de cobayes.

(2) Ce mécanisme est identique à celui qui préside au développement de la plupart des gangrènes pulmonaires.

(3) *Semaine méd.*, 1900, p. 377.

En résumé, les pleurésies putrides sont *favorisées* par un certain nombre de causes locales et générales et *déterminées* par la présence, dans la cavité pleurale, de microbes spéciaux, doués de propriétés gazogènes. Ces microbes, qui sont tantôt des aérobies (cas rare), tantôt des anaérobies (cas fréquent), tantôt un mélange des uns et des autres (cas ordinaire), proviennent presque toujours d'une collection putride préexistante et arrivent à la plèvre par diverses voies : sanguine (embolie), lymphatique, transpéritonéale. Une fois dans la cavité pleurale, ils déterminent, par irritation de la séreuse, un épanchement liquide, et ils dégagent des gaz, d'où les *signes locaux*, signes associés de pleurésie et de pneumothorax; ils sécrètent de plus des poisons solubles qui passent dans la circulation, d'où les *signes généraux*, signes d'intoxication putride (*resorption fieber*).

TRAITEMENT. — Il n'y a qu'un traitement, c'est un traitement chirurgical *précoce* et *complet*. « Faites immédiatement pratiquer l'opération de l'empyème; il y a urgence » (Dieulafoy). Pour les détails de l'opération, qui ne présente aucune contre-indication, v. Bouic, *loco citato*. Soutenir l'état général.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu le mardi 27 octobre 1903. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie où ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre, à quatre heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites :

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. — L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. Les épreuves sont : *a.* une épreuve d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie; *b.* une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin-inspecteur général Boisseau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le droit à l'amour pour la femme, par le docteur Michel Bourgas. In-18 jésus. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Sadisme et masochisme, par le docteur Emile Laurent. In-18 jésus, bibliothèque des perversions sexuelles. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Des droits de timbre et d'enregistrement en matière de certificats médicaux, par les docteurs Etienne Ginestous, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, lauréat des hôpitaux et de la Faculté, médecin oculiste, et Gaston Ginestous, docteur en droit, receveur de l'enregistrement et des domaines. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Vigot frères.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

OCCASION EXCEPTIONNELLE, cause départ, Populaire de Dion-Bouton tonneau, 8 chevaux, carrosserie grand luxe, pneus 85 extra-fort aux quatre roues, phare Blériot, nombreux accessoires, pièces et pneus de rechange, roulé un mois et demi, marche parfaite. — Prix : 4500 francs. — S'adresser Claparède, rue du Jeu de Paume, Montpellier.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 111. — SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1903. — N° 111.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Affections oculaires d'origine menstruelle (1).

Par le docteur F. TERRIEN,
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

DEUXIÈME PARTIE

GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, LACTATION ET SUITES DE COUCHES

Nous avons étudié, dans une première partie, les complications oculaires de la menstruation normale et anormale. Nous devons maintenant, pour compléter cette revue d'ensemble, étudier celles qui peuvent se présenter au cours de la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les suites de couches. Toutes se rattachent à l'utérus gravide et forment, par conséquent, un groupe nettement distinct.

I

Grossesse. — Les troubles oculaires qu'on peut observer au cours de la grossesse, peuvent se diviser comme les précédents en : troubles fonctionnels, nerveux, et inflammatoires ou infectieux. Les modifications apportées dans l'économie de la femme et l'augmentation des produits toxiques d'une part, de l'autre les déplacements de l'utérus et la pression exercée sur les organes voisins, qui peut provoquer des désordres d'origine réflexe, permettent de les expliquer.

Cette division est peut-être un peu artificielle, l'infection se retrouvant toujours plus ou moins à l'origine de tous ces troubles, mais elle est commode et peut être retenue en clinique. Nous réunirons les deux premiers groupes : troubles purement fonctionnels et nerveux, qui se combinent fréquemment. Les derniers méritent une place à part et se traduisent avant tout par des lésions bien visibles à l'ophtalmoscope et tout à fait caractéristiques.

TROUBLES FONCTIONNELS ET NERVEUX. — Ce sont ceux que nous avons déjà décrits avec les anomalies de la menstruation, *asthénopie accommodative* ou *asthénopie musculaire*. Le sujet se fatigue très vite pour la vision de près, et s'il existe en même temps de l'insuffisance des droits internes (asthénopie musculaire), il apparaît de temps en temps de la diplopie croisée. Le port de verres convexes dans le premier cas, auxquels on ajoutera des prismes faibles à base interne, si les droits internes sont également trop faibles, feront disparaître ces troubles.

Bloding a observé chez une femme gravide un *strabisme convergent* revenant périodiquement au cours de chaque grossesse, si bien que ce strabisme devenait chez elle l'un des meilleurs signes de la grossesse. Il s'agissait très probablement ici d'un spasme de la convergence.

La *paralysie des nerfs moteurs de l'œil* peut aussi se rencontrer au cours de la grossesse, soit qu'elle apparaisse isolée ou de concert avec d'autres paralysies. Il s'agit probablement alors de lésions nucléaires d'origine toxique. Fisher a observé une mydriase unilatérale qui apparut deux mois avant l'accouchement, coïncidait avec une paralysie des membres inférieurs, et n'avait encore subi aucune modification sept mois après la délivrance (1).

L'*exophtalmie* de la maladie de Basedow, on le sait, est défavorablement influencée par la grossesse, comme par la plupart des troubles menstruels. Il en est de même de l'*exophtalmie pulsatile*. Bien plus, sur 32 cas d'origine idiopathique, où, par conséquent, le traumatisme ne pouvait être incriminé, Sattler en a noté 23 dans le sexe féminin, dont 1 apparu au moment des efforts de l'accouchement et 5 au cours de la grossesse (2). L'affection, d'ordinaire unilatérale, est caractérisée par la présence de battements et de pulsations, isochrones au pouls artériel, et par la sensation d'un bruit rauque et strident, perçu en même temps par la malade, qui viennent compliquer l'exophtalmie. Au moment du travail l'exophtalmie atteint son maximum.

La *sécrétion lacrymale peut être augmentée* au cours de la grossesse comme la plupart des sécrétions. Chez une femme de vingt-cinq ans qui, les deux premiers mois de la grossesse, avait présenté une exagération notable de la sécrétion lacrymale et des vomissements matutinaux, Nieden obversa, un mois plus tard, un larmoiement abondant bien que les voies lacrymales fussent normales. Les glandes lacrymales étaient tuméfiées et douloureuses à la pression. L'instillation d'une solution aqueuse de cocaïne au vingtième dans le sac con-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 108, p. 1069.

(1) FISHER. *Zeits. f. Wien. Aerzte*, 1883.
(2) SATTLER. *Græfe et Sæmisch*, 1re édit., 1880, t. VI, p. 757.

jonctival diminua sur-le-champ le larmoiement et soulagea la malade.

Enfin l'*amblyopie* et l'*amaurose* étaient assez fréquemment décrites au cours de la grossesse avant la découverte de l'ophtalmoscope. Nous savons aujourd'hui qu'il faut distinguer dans ces amauroses deux grands groupes.

Le premier, beaucoup moins important, ne s'accompagne d'aucune lésion du fond de l'œil; le trouble visuel disparaît généralement après la délivrance.

Lutz (1) et Landenberg ont rapporté des observations d'*amblyopie passagère* au cours de l'ictère gravidique.

Il faut rattacher à ce groupe les *photophobies*, le *scotome scintillant*, l'*anesthésie rétinienne* (Silex) et l'*héméralopie*, qui s'observent aussi quelquefois chez les femmes enceintes. On désigne, on le sait, sous le nom d'héméralopie, une torpeur particulière de la rétine : la vision, normale ou sensiblement normale à la lumière diurne, devient presque nulle au crépuscule et le sujet est alors incapable de se diriger. Uhthoff a publié sur ce sujet un intéressant travail (2). L'apparition de l'héméralopie serait due à l'affaiblissement général de l'organisme entraîné par la grossesse; de même, on peut observer cette cécité nocturne au cours de la chlorose et des anémies graves.

Rappelons enfin une observation de Desmares, ayant trait à une femme enceinte qui présenta une *hémianopsie* passagère, laquelle était probablement d'origine hystérique. Mais il s'agit là de faits exceptionnels.

Manifestations ophtalmoscopiques. — Le second groupe de ces amblyopies, d'une importance clinique beaucoup plus grande, est caractérisé par des altérations de la rétine et du nerf optique, bien visibles à l'ophtalmoscope. Toutes ces lésions rétiniennes et papillaires ne s'accompagnent pas nécessairement d'amblyopie, et le trouble visuel peut être minime. Elles méritent donc une place à part et doivent nous retenir un peu plus longtemps.

C'est tout d'abord le nerf optique et surtout la rétine qui sont le plus souvent touchés. L'affection la plus fréquente et de beaucoup la plus intéressante est la rétinite albuminurique des femmes enceintes; puis vient l'amaurose urémique, beaucoup plus rare, et enfin les névrites optiques. Nous les décrirons en détail. D'autres, tout à fait exceptionnelles, n'ont qu'un intérêt secondaire.

1° Rétinite albuminurique des femmes enceintes.— Elle a été bien étudiée dans ces dernières années par Axenfeld (3) et par Silex (4). On l'observe surtout chez les primipares et dans la seconde moitié de la grossesse, exceptionnellement dans les suites de couches (Schmidt-Rimpler). Thompson, sur 30 cas de rétinite albuminurique, l'aurait rencontrée 4 fois (5). Il s'agit presque toujours de néphrite parenchymateuse. Quelquefois c'est une néphrite chronique ancienne, défavorablement influencée par la grossesse; mais celle-ci, en pareil cas, apparaît, non pas comme la cause de la néphrite, mais comme une complication de cette dernière.

Elle ne diffère de la rétinite albuminurique ordinaire que par son étiologie particulière et aussi par ses conséquences beaucoup moins sérieuses. Les symptômes objectifs et fonctionnels sont identiques, En règle, les deux yeux sont intéressés en même temps, mais pas nécessairement au même degré. Lorsque l'un des deux est pris, il est rare que l'autre demeure longtemps indemne.

Symptômes objectifs. — Ils ont une importance capitale, car il s'agit ici de lésions d'œdème qui, même très marquées, peuvent n'entraîner que des symptômes fonctionnels tout à fait insignifiants. Il faut donc examiner systématiquement le fond de l'œil de toute femme enceinte dont l'urine contient de l'albumine.

La rétinite albuminurique présente les quatre caractères suivants, les altérations portant à la fois sur la papille, sur les vaisseaux, sur la macula et sur le reste de la rétine. Ce sont : l'hyperhémie et l'œdème de la papille, les hémorragies rétiniennes, les plaques blanches de la rétine, et l'aspect stellaire de la macula.

a. *Œdème de la papille*. — Le disque optique est rouge, congestionné et ses bords, au lieu d'être bien tranchés comme à l'état normal, sont diffus, estompés et se confondent avec la rétine. En même temps les veines sont augmentées de volume et tortueuses ; quelquefois on constate, de chaque côté des parois de l'artère, une fine strie blanche qui la borde, indice de périartérite. Dans les formes sévères, cet aspect peut aller jusqu'à la stase papillaire, ce qui vient assombrir le pronostic, car celle-ci témoigne d'une élévation de pression intra-cranienne et souvent d'une méningite ou pachy-méningite concomitante (Schmidt-Rimpler, Uhthoff, Förster).

b. *Hémorragies rétiniennes*. — Il existe, en outre, au niveau de la papille et tout autour de celle-ci, des hémorragies petites, en flammèches, et généralement discrètes. Des hémorragies nombreuses, en larges foyers, comportent un pronostic plus réservé, mais la guérison est cependant possible [Adamück (1)].

c. *Plaques blanches de la rétine*. — On voit disséminés dans toute l'étendue de la rétine, mais principalement autour de la papille, des foyers blanc jaunâtre, de dimensions variables et pouvant en imposer au premier abord pour certains foyers de choroïdite; ils en diffèrent par leur aspect plus clair et plus brillant, et aussi par leur situation plus superficielle, recouvrant les vaisseaux de la rétine qu'ils masquent en partie.

Ces plaques blanches, sur la nature desquelles on discute encore à l'heure actuelle, sont constituées en majeure partie par de la graisse provenant à la fois de la couche des fibres nerveuses, devenues variqueuses et hypertrophiques, de la dégénérescence graisseuse du tissu de soutien et de dépôts de corpuscules graisseux dans les deux couches granuleuses, externe et interne.

d. *Aspect stellaire de la macula*. — C'est l'élément caractéristique de la rétinite albuminurique. Il est constitué par une série de stries blanchâtres, qui irradient tout autour de la macula et donnent à cette région un aspect tout particulier. Ces stries ne sont autre chose que des amas graisseux de même nature que les plaques précédentes, mais qui prennent ici une disposition étoilée par suite de l'agencement des fibres nerveuses de la rétine à ce niveau. Il est rare, d'ailleurs, que la couronne rayonnante qui en résulte soit complète; le plus ordinairement, elle se réduit à un secteur

(1) Lutz. *Mittheil. u. d. ophth. Klin. in Tübingen*, II, 1, p. 1, 1884.
(2) Uhthoff. *Arch. f. Ophth.*, XXXIII, 1, p. 285, 1887.
(3) Axenfeld. *Monats. f. Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1895, p. 516-522.
(4) Silex. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1895, p. 385-389.
(5) Thompson. *New-York med. Record*, March. 24 1888.

(1) Adamuck. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, 1889, p. 98-101.

d'étendue variable, pouvant même atteindre la moitié du cercle, mais rarement davantage.

Ces quatre éléments, qui se trouvent réunis dans près des quatre cinquièmes des cas, suffisent à eux seuls pour imposer le diagnostic. Si l'un d'entre eux fait défaut, en particulier les plaques blanches et les hémorragies, et si la papille seule est intéressée (7 p. 100 des cas environ), le diagnostic devient très hésitant, et on ne peut conclure à la néphrite, mais seulement à une infection quelconque. La recherche de la perméabilité rénale en pareil cas, et surtout l'examen de la cryoscopie urinaire permettent alors de rattacher la lésion à sa véritable cause; d'autant plus qu'il n'est pas rare de voir apparaître quelques jours plus tard l'un des éléments déficients au début, par exemple, l'aspect stellaire de la macula.

Nous avons observé un exemple très net de ce fait chez une femme de quarante-sept ans, chez laquelle on constatait, à l'ophtalmoscope, une névro-rétinite bilatérale avec diminution légère de l'acuité visuelle. L'urine n'ayant jamais contenu d'albumine et les névralgies frontales et occipitales, dont se plaignait la malade, ayant été rattachées au rhumatisme et traitées depuis plusieurs mois par le salicylate de soude à haute dose (4 grammes par jour depuis un mois), ce médicament pouvait être incriminé comme facteur étiologique et fut tout d'abord supprimé. Mais trois semaines plus tard apparut l'aspect stellaire caractéristique de la macula, qui permettait de conclure à la néphrite. La cryoscopie et l'examen de la toxicité urinaire vinrent confirmer ce diagnostic, et la malade succomba dix-huit mois plus tard.

Symptômes subjectifs. — Ils sont souvent nuls ou peu marqués. L'affection débute insidieusement; le sujet accuse quelques photophobies ou se plaint d'une faible diminution de l'acuité visuelle; les objets sont un peu confus et semblent vus comme au travers d'un léger brouillard. Il existe en même temps un peu de parésie de l'accommodation : la vision de près est pénible et n'est pas longtemps supportée. Ailleurs, le sujet ne se plaint d'aucun trouble, puis la vision diminue insensiblement, mais cet affaiblissement n'est jamais considérable.

C'est qu'il s'agit surtout ici de lésions d'œdème et celles-ci, même lorsqu'elles sont très marquées, compriment peu les fibres nerveuses et n'empêchent pas la conduction.

Cette rétinite albuminurique des femmes enceintes ne se différencie donc pas objectivement de la rétinite albuminurique ordinaire. Il s'agit là de lésions d'origine urémique et sa présence permet de conclure à la néphrite. Mais en raison de son étiologie spéciale : la grossesse, elle prête ici à des considérations intéressantes.

Marche et pronostic. — La rétinite albuminurique est liée, avant tout, à l'urémie chronique et toute néphrite chronique aboutissant à l'urémie est capable d'entraîner de telles complications oculaires. Celles-ci viennent donc encore assombrir le pronostic, témoignant, par leur présence, d'une intoxication profonde de toute l'économie et de l'altération générale du système vasculaire. De fait, la mort est, le plus souvent, la terminaison habituelle et la survie ne dépasse guère deux ans. Au contraire, la rétinite gravidique, conséquence de la néphrite, est, le plus souvent, passagère comme la néphrite elle-même et disparaît si la néphrite guérit par l'accouchement. Mais, suivant la durée et l'intensité de l'affection, des cicatrices rétiniennes diverses peuvent persister qui troublent la vision.

Il est deux éléments essentiels dont il faut tenir compte pour établir le pronostic : l'époque d'apparition et la durée des lésions. Lorsque la néphrite apparaît de bonne heure et surtout si elle persiste après l'accouchement, indice d'une lésion rénale durable, la rétinite peut alors se terminer par l'atrophie du nerf optique.

Le plus ordinairement l'acuité visuelle est peu diminuée ou revient à la normale; c'est tout au plus si l'ophtalmoscope permet de constater à l'image droite de très petits foyers blanchâtres ou de la dégénérescence pigmentaire aux environs de la macula. Lorsqu'il persiste une certaine diminution de l'acuité visuelle, elle est presque toujours occasionnée par une atrophie partielle de la papille; celle-ci apparaît décolorée, ses limites sont peu nettes et les vaisseaux au niveau de la région papillaire atrophiée et de la rétine correspondante sont filiformes.

Le décollement de la rétine a été assez souvent noté comme complication de la rétinite gravidique. Le pronostic serait moins mauvais que dans le décollement en général et Silex a vu un décollement bilatéral se terminer par la guérison. Dans le seul cas de rétinite albuminurique que nous ayons observé, celle-ci était apparue vers le milieu du huitième mois de la grossesse, la guérison survint régulièrement après l'accouchement normal; il ne resta aucune diminution de la vision, ni aucun stigmate du côté du fond de l'œil.

Dans la statistique de Silex portant sur 35 cas, trois fois seulement l'acuité visuelle revint à la normale et encore la grossesse avait été interrompue et l'accouchement provoqué.

Dans deux autres cas où la lésion était apparue quatre semaines avant l'accouchement normal, l'acuité visuelle fut de deux tiers. Silex arrive à cette conclusion que, si le trouble visuel apparaît vers la fin du septième mois ou au commencement du huitième et si l'accouchement est provoqué avant le terme normal, on a toutes chances de conserver à la femme une bonne acuité visuelle (1). La statistique de Culbertson, portant sur 36 cas, est sensiblement identique à celle de Silex : la guérison serait complète dans 17 p. 100 des cas, partielle dans 58 p. 100 et on aurait 25 p. 100 de cécité.

Traitement. — Il sera tout d'abord *prophylactique* et on déconseillera toute nouvelle grossesse à une femme ayant présenté, une première fois, une rétinite albuminurique. On a remarqué, en effet, qu'une atrophie partielle de la papille avec vaisseaux filiformes consécutive à une première atteinte se terminait par l'atrophie complète, s'il survient de nouvelles grossesses. Toutefois, ceci n'est pas absolu; Alt a observé, chez une primipare de vingt-six ans, une rétinite albuminurique sévère avec altérations pigmentaires, pâleur de la papille et rétrécissement des vaisseaux ayant réduit l'acuité visuelle à un tiers; deux accouchements successifs se terminèrent régulièrement sans aucune diminution nouvelle de l'acuité visuelle (2). Axenfeld et Randolph ont observé des cas semblables qui montrent bien qu'on ne peut généraliser (3).

(1) Silex. *Americ. Journ. of ophtalm.*, 1894, p. 133 et 197.
(2) Alt. *Americ. Journ. of ophtalm.*, 1894, p. 141.
(3) Axenfeld et Randolph. *Bull. of the John Hopkin's Hosp.*, 1895, V, p. 41.

Le traitement oculaire n'existe pas. On soignera, avant tout, l'affection causale et le fait que la survie est plus fréquente et plus longue chez les gens des classes aisées atteints de néphrite avec rétinite montre bien l'importance du régime diététique et de l'hygiène ; il ne sera donc pas négligé. Mais dans la néphrite gravidique, l'apparition de la rétinite vient créer des indications spéciales. La question de l'interruption de grossesse et de l'accouchement provoqué se posent ici et quelques observations heureuses, l'une en particulier du professeur de Lapersonne, montrent bien qu'une intervention hâtive sera souvent le seul moyen de conserver la vision et de prévenir la cécité.

Il faut ici distinguer, avec Silex (1) et Randolph (2), suivant que la rétinite apparaît dans les premiers mois de la grossesse ou dans les six ou sept dernières semaines de celle-ci.

Dans le premier cas, Silex conseille l'avortement ; d'autant plus que le plus souvent alors la néphrite existait déjà avant la grossesse et sera simplement aggravée par cette dernière. La vue de la mère se trouve menacée, peut-être même sa vie et, l'enfant ayant peu de chances d'arriver à terme et d'être viable, le médecin est parfaitement autorisé alors à provoquer l'avortement. Dans l'observation de M. de Lapersonne l'accouchement provoqué chez une femme enceinte de six mois amena la guérison (3).

La rétinite apparaît-elle, au contraire, dans les six à sept dernières semaines de la grossesse, mieux vaut alors ne pas intervenir. La lésion oculaire devant avoir peu de durée et disparaître avec la grossesse, c'est le cas le plus habituel, touchera peu l'acuité visuelle ou la laissera indemne.

Mais il est des cas difficiles. Si, par exemple, la rétinite apparaît dans la période intermédiaire, vers le cinquième ou sixième mois, la question devient tout à fait délicate et ne sera tranchée le plus souvent que suivant les circonstances du moment. On tiendra compte, avant tout, du désir de la mère et des conditions sociales de la malade en s'entourant, par l'avis de confrères autorisés, de toutes les garanties possibles.

Il est, en effet, très difficile de poser une indication ferme et de préciser une limite fixe. Une grossesse trop écourtée ne permettra pas toujours d'obtenir un enfant viable ; c'est là un point que seul l'accoucheur peut résoudre. De plus, l'accouchement provoqué artificiel a d'autant plus de chances de restituer à la femme une bonne vision qu'il est pratiqué de bonne heure, à une période plus rapprochée du début de la rétinite. Mais en particulier, lorsqu'il s'agit de néphrites chroniques, l'accouchement prématuré ne permet pas toujours d'espérer la conservation de la vision, témoin une observation de Meyer dans laquelle une rétinite albuminurique, apparue chez une secondipare, se termina par une double atrophie optique, malgré l'interruption de la grossesse au sixième mois (4). De plus, les 16 cas de Silex, qui tous se rapportent à des rétinites gravidiques apparues à partir du septième mois, montrent bien que malgré l'interruption de la grossesse le pronostic est quelquefois défavorable, puisque cinq à six se terminèrent par une cécité presque absolue et dans deux la vision permettait tout au plus à la malade de se diriger. Il ne faut donc pas trop croire à la bénignité des rétinites gravidiques, même tardives, et le diagnostic de l'intervention est souvent fort délicat.

(1) Silex. *Münch. med. Woch.* et *Berl. klin. Woch.*, 1895, p. 106.
(2) Randolph. *Bull. of the John Hopkin's Hosp.*, 1895, v, p. 41.
(3) De Lapersonne. *Arch. d'opht.*, 1888, p. 266.
(4) Meyer. *Zeitschr. f. Augenheilk.*, II, 1899, p. 346-349.

2° Amaurose urémique. — A côté de cette rétinite classique avec lésions caractéristiques du fond de l'œil, on peut noter au cours de la néphrite gravidique ou au moment de l'accouchement, des cas de cécité subite avec intégrité du fond de l'œil. Ils coïncident souvent avec des accès d'éclampsie, relèvent comme celle-ci d'une auto-intoxication et doivent être rangés dans le cadre de l'amaurose urémique.

L'affection a pour caractère d'apparaître tout à coup ou de se développer dans l'espace de quelques heures et d'atteindre les deux yeux. Les pupilles sont moyennement dilatées et ne réagissent pas d'ordinaire à la lumière. La persistance du réflexe lumineux est de bon augure ; il témoigne de l'intégrité du nerf optique et on peut alors espérer la *restitutio in integrum*.

Dans les cas favorables, l'accès dure douze à vingt-quatre heures, rarement davantage, puis la vision revient peu à peu à la normale. Mais de nouveaux accès se reproduisent, soit au cours de la même grossesse ou à chaque nouvelle.

En même que l'accès, il n'est pas rare d'observer d'autres symptômes cérébraux : douleurs névralgiques, vomissements, contractures, qui accompagnent ou même peuvent précéder l'accès. Enfin, l'éclampsie coïncide fréquemment avec l'amaurose urémique. Pendant l'attaque, la sécrétion urinaire est très diminuée et l'urine qui avant contenait de l'albumine, n'en contient pas ou à peine [Ebert (1)].

L'examen ophtalmoscopique demeure le plus souvent négatif. Les lésions de rétinite albuminurique concomitantes qu'on rencontre quelquefois, sont insuffisantes à elles seuls pour expliquer le trouble visuel observé. D'autant plus que celui-ci peut avoir disparu depuis longtemps et l'acuité visuelle être très améliorée, comme dans deux observations de Græfe (2) et de Schmidt-Rimpler (3), tandis que les lésions rétiniennes persistent. Ailleurs, on a noté, en même temps que l'amaurose urémique, une stase de la papille qui disparut ensuite.

On peut quelquefois, au lieu d'une amaurose totale, observer une amaurose partielle se traduisant alors par de l'hémianopsie. Le fait a été observé par Pick et doit être vraisemblablement rapporté à une altération d'une moitié du cerveau sous l'influence de l'intoxication urémique.

Il est facile, on le voit, de distinguer l'amaurose urémique de la rétinite albuminurique. Outre que les signes ophtalmoscopiques font presque toujours défaut ici, le début brusque, la présence de désordres cérébraux graves, quelquefois des attaques d'éclampsie et la marche rapide de l'amaurose permettront de la reconnaître. Toutefois on se rappellera que certaines névrites optiques peuvent la déterminer (voyez plus bas) et enfin, on devra toujours penser à l'hystérie qui peut la simuler.

Le pronostic visuel est généralement favorable ; des altérations définitives ne sont pas le fait de l'amaurose, mais de lésions rétiniennes concomitantes ou d'une atrophie optique. Mais la vie de la mère et celle de l'enfant sont souvent menacées en pareil cas, car cette amaurose urémique et tous les autres symptômes qui l'accompagnent témoignent

(1) Ebert. *Berliner klin. Wochenschr.*, n° 2, 1868, p. 91.
(2) Græfe. *Archiv. f. Ophth.*, 1858, VI, 2, p. 277-286.
(3) Schmidt-Rimpler. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1870, p. 575-578.

d'une intoxication profonde de l'économie. Le trouble visuel existe rarement seul; il apparaît là surtout comme épiphénomène et n'a qu'une importance accessoire. Le traitement oculaire n'a donc rien de spécial, c'est celui de l'état général; ici encore se pose la question de l'interruption de la grossesse, que, seul, l'accoucheur pourra résoudre. En cas de guérison une grossesse ultérieure serait naturellement déconseillée.

3° Névrites et atrophies optiques. — Les lésions précédentes peuvent entraîner l'atrophie de la papille, mais celle-ci n'apparaît que secondairement et les lésions rétiniennes tiennent la première place. Nous voulons parler maintenant des affections primitives du nerf optique qui peuvent apparaître au cours de la grossesse.

L'image ophtalmoscopique est variable. C'est le plus souvent celle de la névrite optique ou de la névrite rétro-bulbaire.

Dans le premier cas la papille est rouge, hyperhémiée; les bords en sont voilés et elle se distingue mal du reste du fond de l'œil. Dans le second, le globe est souvent douloureux à la pression et on a le scotome central classique pour les couleurs seules ou à la fois pour le blanc et pour les couleurs, suivant l'intensité de la névrite.

Toutes ces inflammations du nerf optique survenant au cours de la grossesse, présentent un caractère commun. D'ordinaire, le trouble visuel n'apparait pas avant le quatrième mois ou même beaucoup plus tard, vers le septième ou le huitième. On connaît cependant un cas de Valude où le trouble visuel se montra au cours du premier mois. Il s'agissait d'une femme de trente ans qui, depuis son premier accouchement, datant de neuf ans, avait toujours souffert de troubles visuels apparaissant au moment des règles et surtout marqués à gauche. Une seconde grossesse amena, dès le premier mois, une cécité presque complète de l'œil gauche, tandis que l'acuité visuelle à droite était réduite à 1/10. L'ophtalmoscope révélait une névrite optique bilatérale en voie d'atrophie. L'accouchement artificiel fut provoqué à la fin du second mois, et treize jours plus tard, l'acuité visuelle qui n'était pas modifiée à gauche était remontée à droite à deux tiers (1).

Le pronostic de ces névrites est donc relativement favorable, et l'accouchement provoqué avant terme peut amener la guérison. Toutefois, celle-ci n'est pas certaine et peut être incomplète, un œil restant perdu tandis que le champ visuel du second est défectueux. Néanmoins, on peut penser à intervenir avant terme et surtout on déconseillera toute nouvelle grossesse, témoin l'observation ancienne de Deval qui, chez une femme enceinte de sept mois, observa une amblyopie qui disparut un mois après la délivrance. Un second accouchement entraîna une amaurose définitive (2). Depuis d'autres faits semblables ont été observés.

Enfin, à côté de ces névrites optiques, on a signalé l'hypérémie et la rougeur de la papille avec limites indécises, qui, d'après Bosse, existerait chez nombre de femmes enceintes et disparaîtrait quelques jours après la délivrance (3). Comme cet aspect ne s'accompagne d'aucun phénomène subjectif et que l'acuité visuelle n'est nullement troublée, nous pensons qu'il y a lieu de se montrer très réservé avant d'accepter de pareils faits. L'aspect de la papille est essentiellement variable suivant l'éclairage employé, suivant les individus et aussi suivant la réfraction du sujet. Elle est souvent hypérémiée chez l'hypermétrope, et il est alors fort difficile de faire le départ entre l'aspect normal et l'état pathologique. Nous avons examiné systématiquement, à la Maternité pendant plusieurs mois, la papille de nombreuses femmes enceintes et n'avons pas retrouvé les faits signalés par Bosse. Il s'agit là, croyons-nous, de variations physiologiques.

Complications exceptionnelles. — On a observé quelquefois, au cours de la grossesse chez des sujets très affaiblis, des *kératites ulcéreuses*, qui apparaissent sans cause appréciable et qu'on a rapprochées de la kératomalacie (ramollissement de la cornée). L'affaiblissement général de la malade n'est certainement pas étranger à leur production, et nous avons observé une kératite de ce genre chez un typhique fortement déprimé.

Le *glaucome*, que nous avons vu défavorablement influencé par la menstruation normale et surtout anormale, peut également éclater pendant la grossesse [Galezowski (1), Landsberg (2)]. Celle-ci peut exercer également une influence fâcheuse sur son évolution. Toutefois, dans le seul cas que nous ayons observé : glaucome aigu irritatif chez une femme de trente-huit ans, traité avec succès deux ans auparavant par l'iridectomie, la grossesse évolua normalement et n'exerça aucune influence sur la marche de l'affection.

Teillais a observé des *hémorragies rétiniennes* et *sous-conjonctivales* chez des femmes gravides dont l'urine ne contenait ni sucre ni albumine. Elles apparurent entre le troisième et le cinquième mois de la grossesse, et dans trois cas sur les quatre observés, elles avaient complètement disparu après la délivrance (3).

Enfin, on a signalé l'apparition de *cataractes* [Pflüger, Power (4)]. L'étiologie de cette affection nous échappe encore, mais il est certain que l'affaiblissement et l'épuisement général en favorisent le développement. Nous l'avons notée plusieurs fois chez des tuberculeux avancés et âgés de moins de trente ans. A ce titre, la grossesse peut être également incriminée comme facteur prédisposant. Il s'agit toujours alors de cataractes molles, généralement bilatérales.

II

Accouchement. — Les troubles oculaires qu'on peut observer pendant l'accouchement sont rares. Ils se confondent en partie avec les précédents et ne sont pas toujours la conséquence directe de l'accouchement. Tels les accès d'*amblyopie passagère* qui ont été notés, accompagnés ou non d'éclampsie, et qui doivent être rapportés à l'amaurose urémique. Ailleurs, on ne trouve pas trace d'albumine dans les urines et ces amblyopies peuvent être rattachées à l'hystérie traumatique déterminée par les douleurs au moment de la délivrance. Königstein, pour les expliquer, invoque un spasme des vaisseaux de la rétine qui accompagnerait la contracture des vaisseaux de l'utérus (5). Enfin amaurose urémique

(1) Valude. *Ann. d'oculist.*, CVII, 1892, p. 271-275.
(2) Deval. *Tr. théor. et pr. des mal. des yeux*, Paris, 1862, p. 113.
(3) Bosse. *Arch. f. Augenheilk.*, XLII, 1900, p. 167-170.

(1) Galezowski. *Rec. d'opht.*, 1874, p. 365-373 et 430-436.
(2) Landsberg. *Arch. f. Opht.*, XXIV, 1, 1878, p. 195-208.
(3) Teillais. *Ann. d'oculist.*, XCV, 1886, p. 213.
(4) Pfluger, Power. *Lancet*, I, 1880, p. 709, 757 et 829.
(5) Königstein. *Wiener med. Presse*, 1885, n° 19.

et hystérie peuvent se combiner pour donner lieu à des amblyopies,

Au moment des douleurs, au début du travail la pupille est moyennement dilatée [Raehlmann (1)]. Nous savons en effet que toute douleur violente détermine une *dilatation réflexe de la pupille*.

Les complications oculaires qui sont le fait des efforts de l'accouchement sont surtout des *hémorragies*, soit de la rétine, du corps vitré, de la conjonctive ou de l'orbite. Ces hémorragies intra-orbitaires s'accompagnent d'ordinaire d'*exophtalmie*. Nous avons vu que l'exophtalmie pulsatile et l'exophtalmie de la maladie de Basedow pouvaient également apparaître à cette période. Mentionnons enfin les *amauroses* qui peuvent apparaître après la délivrance à la suite d'hémorragies abondantes et dont la pathogénie est identique à celle que nous avons précédemment décrite.

III

Suites de couches et lactation. — Suites de couches. — La principale complication des suites de couches, l'infection puerpérale, peut retentir sur le globe oculaire comme sur tous les autres points de l'économie. Elle entraîne alors une *ophtalmie métastatique* d'intensité variable, suivant la virulence de l'agent infectieux, et pouvant aller depuis l'irido-choroïdite simple, jusqu'à l'irido-choroïdite suppurative, la panophtalmie et le phlegmon de l'orbite.

Le traitement local varie suivant le degré de la suppuration; purement médical tout d'abord et antiphlogistique : compresses chaudes, sangsues à la tempe, mydriatiques, injections sous-conjonctivales, il devient chirurgical lors de suppuration profonde, et peut aller jusqu'à l'exentération du globe oculaire et à l'énucléation. D'ailleurs la vie du sujet est d'ordinaire menacée et le traitement général prime la scène.

Une infection utérine plus atténuée peut entraîner des complications moins graves du côté du nerf optique. On peut observer ici les différentes formes de névrites précédemment étudiées : *névro-rétinite*, *névrite rétro-bulbaire* (v. p. 1071) coïncidant ou non avec d'autres névrites périphériques, qui, on le sait, sont assez fréquentes dans l'infection puerpérale. Le traitement mercuriel viendra s'ajouter alors au traitement de l'affection causale.

Enfin les thromboses et thrombo-phlébites, qui se montrent assez fréquemment après l'accouchement et donnent lieu à des manifestations diverses, peuvent également retentir sur l'organe de la vision. Walter a observé une *embolie de l'artère centrale de la rétine* chez une femme atteinte de phlegmatia alba dolens (2), et Pflüger a vu une *hémianopsie homonyme* qui devait être vraisemblablement rapportée à une embolie cérébrale.

Mentionnons un cas de *kératomalacie* bilatéral, observé chez une accouchée par Schmidt-Rimpler. La fièvre puerpérale ne pouvait être incriminée ici, mais plutôt l'affaiblissement général de la malade (comme dans notre cas précédemment rapporté).

Allaitement. — Il n'est guère d'affection oculaire observée après l'accouchement au cours de l'allaitement qui n'ait été rattachée à celui-ci. Peut-être ne faut-il y voir qu'une simple coïncidence. Toutefois l'allaitement, surtout lorsqu'il est

(1) Raehlmann. *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1878, p. 109.
(2) Walter. *Brit. med. Journ.*, I, 1881, p. 514.

longtemps prolongé, entraîne une déperdition de forces et une faiblesse qui peuvent favoriser beaucoup l'apparition des complications oculaires qui ont été publiées.

A part quelques troubles fonctionnels comme l'*asthénopie accommodative*, et les *douleurs névralgiques*, accompagnant la vision de près — tous phénomènes plus marqués chez l'hypermétrope, soulagés par le port de verres convexes, disparaissant avec la suppression de l'allaitement et pouvant résulter simplement de l'affaiblissement du sujet — tous les autres reconnaissent une origine infectieuse ou toxique. Ce n'est donc pas l'allaitement seul qu'on peut incriminer et l'épuisement qu'il détermine, mais une infection survenue au moment de l'accouchement ou une auto-intoxication l'ayant précédé. La lactation ne les cause pas davantage qu'elle ne détermine la soi-disant fièvre de lait décrite par les anciens auteurs.

Cette action de l'infection étant bien admise, on peut voir apparaître au cours de la lactation diverses complications tant sur le globe oculaire que sur ses annexes. Ce sont des poussées de *blépharites*, déjà signalées par Middlemore (1), des *kératites* diffuses ou superficielles, l'*herpès fébrile de la cornée* [Godo (2)], et quelquefois aussi des poussées légères d'*iritis*. L'inflammation peut gagner le tractus uvéal tout entier et donner lieu à des *irido-choroïdites* torpides avec *troubles du corps vitré*. On a même signalé des *opacités du cristallin*.

Citons encore une intéressante observation de Jocqs ayant trait à une *dacryoadénite aiguë* qui apparut après la suppression brusque de la lactation (3).

Tous ces phénomènes, dont l'origine infectieuse n'est pas douteuse, sont nettement influencés par la lactation et ont pour caractère commun de disparaître ou d'être très améliorés après la suppression de l'allaitement.

Mais de toutes les complications, les plus intéressantes sont celles qui atteignent la rétine et le nerf optique, donnant lieu à des troubles visuels connus depuis longtemps et réunis autrefois sous le nom d'*amaurose* [Carron du Villards (4)]. Nous savons aujourd'hui qu'il s'agit le plus souvent d'une *névro-rétinite* avec l'aspect ophtalmoscopique décrit plus haut : papille voilée, contours mal limités, milieux légèrement troubles, etc., ou bien d'une *névrite rétro-bulbaire*, avec scotome central et légère douleur à la pression sur le globe, sans modifications ophtalmoscopiques appréciables.

Les deux yeux sont presque toujours intéressés. Au moment de la période d'état, le trouble visuel est parfois considérable et peut aller jusqu'à la cécité totale. La marche de l'affection est rapide ; elle peut s'installer en quelques jours et peut, lorsqu'elle a eu une certaine durée, entraîner une atrophie partielle de la papille, mais le pronostic est néanmoins favorable. Après une durée variable, quelquefois de plusieurs mois, on peut observer une restitutio in integrum complète ou à peu près complète malgré la persistance d'une légère décoloration de la papille et d'une atrophie post-névritique incomplète. On a cependant observé des cécités définitives.

Ces névrites optiques peuvent être accompagnées, au

(1) Middlemore. *Treatise on the diseases of the eye*, London, I, 1835, p. 297.
(2) Godo. *Rec. d'ophtal.*, 1880.
(3) Jocqs. *La clinique ophtalmologique*, 1900, n° 4, p. 153.
(4) Carron du Villards. *Traité pratique des maladies des yeux*, Bruxelles, 1838, II, p. 505.

moment où elles apparaissent, de phénomènes généraux, tels que fièvre, courbature, céphalée, malaise, frissons, qui les précèdent quelquefois, tous phénomènes qui montrent bien l'origine infectieuse de la maladie. Dans le cas de Schanz, il existait en même temps une polynévrite généralisée, qui eut une terminaison fatale (1) ; dans celui de Rogmann, on constatait, en même temps qu'une double névrite optique, une mydriase paralytique avec paralysie du muscle droit externe et du nerf facial (2). Les cas observés jusqu'ici s'élèvent à quinze environ. Nous citerons encore ceux de Gibbon [amaurose avec mydriase apparue pendant l'allaitement qui disparut ensuite (3)], de Nettleship (4), à peu près identique au précédent, et celui de Schmidt-Rimpler, ayant trait à une névrite rétro-bulbaire, qui disparut complètement deux mois après la cessation de l'allaitement.

Le nombre d'accouchements antérieurs ne semble pas entrer en ligne de compte. Ces faits s'observent indifféremment chez les primipares ou les multipares, et se rencontrent aussi bien lors de lactation prolongée ou brusquement supprimée qu'au cours de l'allaitement normal. Peu importe que l'enfant ait pris le sein. Chez la malade de Heinzel, la sécrétion lactée s'était tarie naturellement depuis quelques jours et l'enfant, mort peu de temps après sa naissance, n'avait pris le sein qu'une demi-heure, lorsqu'une névrite optique apparut à droite (5).

Indépendamment du traitement local antiphlogistique habituel, on commencera tout d'abord par éloigner l'enfant du sein de la mère et par supprimer l'allaitement. En outre, on donnera à celle-ci un traitement tonique et reconstituant, car l'épuisement général entraîné par la grossesse et la lactation intervient certainement dans la pathogénie des accidents. Mais ceux-ci sont, avant tout, d'origine infectieuse ou toxique et leur pronostic favorable, la coexistence d'autres névrites et même de polynévrites généralisées, comme dans le cas de Schanz, permettent peut-être de ranger ces lésions dans le groupe des névrites périphériques.

Enfin, certaines tumeurs de l'appareil génital peuvent retentir sur le globe oculaire et sur ses annexes. C'est ainsi que le carcinome de la choroïde est très souvent d'origine mammaire [Wagenmann (6)]. Wintersteiner a vu un carcinome de la mamelle entraîner une métastase dans tous les muscles de l'œil (7) ; dans le cas d'Elschnig, c'était un carcinome de l'utérus qui avait entraîné des lésions semblables (8). Krohn a vu un double carcinome développé dans les deux gaines du nerf optique à la suite d'un carcinome bilatéral de l'ovaire (9).

Inversement, certaines tumeurs du globe oculaire ou de ses annexes, peuvent entraîner des métastases vers les organes génitaux, mais ces faits sont beaucoup plus rares. Dans la statistique de Wintersteiner, portant sur 155 cas de gliomes de la rétine avec métastases, deux fois seulement les ovaires étaient intéressés (10).

(1) Schanz. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1896, p. 443.
(2) Rogmann. *Ann. d'ocul.*, CXII, 1894, p. 161.
(3) Gibbon. *Ophth. Hosp. Reports*, janvier 1859.
(4) Nettleship. *Ibid.*, XIII, 2, 1891, p. 97.
(5) Heinzel. *Deutschmann's Beiträge z. prakt. Augenheilk.*, III, 1895, p. 31 et 35.
(6) Wagenmann. *Corresp. d. Allg. ärztl. Vereins.* Thüringen 1898, n. 2.
(7) Wintersteiner. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1899, p. 331-338.
(8) Elschnig. *Arch. f. Augenheilk.*, XXII, 1891, p. 149-170.
(9) Krohn. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, X, 1871, p. 93-108.
(10) Wintersteiner. *Das Neuroepithelioma retinæ*, Leipzig et Wien, 1897, p. 57.

Il nous faudrait maintenant, pour être complet, étudier les lésions oculaires du nouveau-né déterminées par l'accouchement, lésions oculaires dues à la compression sous l'influence d'un travail longtemps prolongé, ou lésions traumatiques dues au forceps, auxquelles Pajot déjà avait consacré une intéressante étude (1). Ces lésions, en effet, se rattachent, bien que d'une manière indirecte, à la menstruation et pourraient, à ce titre, terminer cette revue d'ensemble déjà longue sur les troubles oculaires d'origine menstruelle. Mais leur multiplicité et leur pathogénie diverse méritent une étude spéciale ; ce sera l'objet d'un prochain article.

FORMULAIRE

Les iodures dans l'artério-sclérose.

Dans l'artério-sclérose.

Eau distillée................	300 grammes.
Iodure de potassium.........	10 —
Extrait thébaïque...........	0g10

Deux à trois cuillerées par jour.

Lorsqu'il survient des phénomènes bronchitiques.

Eau distillée................	300 grammes.
Iodure de potassium.........	10 —
Teinture de polygala........	10 —
— lobélie..........	10 —
Extrait thébaïque...........	0g10

Deux à trois cuillerées par jour.

Dans l'arthritisme.

Iodure de sodium.........	5 à 10 grammes.
Eau.....................	100 grammes.

Une cuillerée à café le matin dans du lait.

Contre l'hémorragie cérébrale.

30 à 40 centigrammes d'iodure de sodium tous les matins.

Migraine.

M. A. Robin prescrit les cachets suivants :

Antipyrine......................	āā 0g50
Bromure de potassium...........	
Chlorhydrate de cocaïne..........	0g01
Caféine..........................	0g02
Poudre de paullinia sorbilis......	0g30

Mêlez. Pour un cachet. Faire six cachets semblables. Prendre un cachet dès les premières manifestations de l'accès migraineux (2).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur les paralysies intestinales post-laparotomiques (3), par le docteur Paul Batigne.

Dans cette très intéressante et consciencieuse étude, M. Batigne montre qu'il est du plus haut intérêt de combattre dès son début la paralysie intestinale, car les médications précoces chassent le contenu de l'intestin, s'opposent à la dialyse, arrêtent les fermentations, sont (s'il s'agit des purgatifs) un des éléments fondamentaux du diagnostic de la septicémie suraiguë, n'altèrent nullement les parois, et

(1) Pajot. *Thèse de Paris*, 1853.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 15 sept. 1903.
(3) In-8o, 1903. Paris, Naud.

que vraiment, si elles ont des inconvénients, on ne saurait oser les mettre en parallèle avec les accidents péritonéaux qu'on est en droit de redouter!

« Combattons donc de parti pris, dit-il, la paralysie intestinale!

De parti pris, puisqu'elle existe toujours.

De parti pris puisque, même atténuée, elle fatigue les malades et risque de subir une transformation aggravante.

De parti pris puisque, intense, elle tire sa gravité de deux sources : 1° de l'absorption intestinale des poisons ; 2° d'un non-fonctionnement de l'émonctoire intestinal.

Pour agir, deux méthodes nous appartiennent, l'une à action préventive, l'autre à action consécutive.

Dans la première, les soins à prendre seront toujours les mêmes, à peu de chose près.

Dans la seconde, ils varieront suivant que le traumatisme péritonéal aura été sérieux, ou bien qu'il se sera agi d'un cas simple.

Voyons d'abord les soins préventifs!

Tout malade devant être laparotomisé sera purgé, mais la purgation, contrairement à un usage trop répandu, ne sera pas administrée seulement la veille de l'opération. Au contraire, si la chose est possible, il sera bon de renouveler cette opération plusieurs fois pendant les quinze jours ou les trois semaines qui précèdent l'intervention.

Comme purgatif on emploiera le calomel, le sulfate de magnésie, préférablement à l'huile de ricin (Malcolm, L. Tait) qui a le tort d'être simplement évacuante.

Le matin même de l'opération, un lavement sera administré. Mais ici aussi, un seul n'est pas suffisant. Il est en effet très fréquent de constater au moment d'une intervention, et particulièrement au moment d'une intervention périnéale ou vaginale, que la malade une fois anesthésiée évacue des matières liquides sur les mains de l'aide chargé de la toilette immédiate pré-opératoire, matières dont l'abondance et la nature témoignent, jusqu'à l'évidence, de l'insuffisance du lavement unique.

Ces faits ne devraient pas se produire.

Il sera bon souvent, surtout dans les cas où l'on aura des motifs de croire l'opération laborieuse, de pratiquer aussi l'antisepsie intestinale.

Bouchard a dit quelque part : « Je voudrais qu'on fit l'antisepsie intestinale avant toute opération. » Rien n'est plus juste, et il faut que cette pratique, d'ailleurs en usage quand il s'agit des interventions sur l'intestin lui-même, soit également généralisée à toute opération abdominale.

Vautrin recommande l'usage du naphtol « qui, par son défaut de solubilité, n'expose pas le malade à l'intoxication, et peut être donné pendant plusieurs jours à de fortes doses et à titre préventif » et qui, pour cette même raison, n'étant pas trop rapidement absorbé, n'agit pas seulement sur les premières portions de l'intestin, mais bien plutôt sur sa totalité.

Jeannel, de son côté, recommande le benzonaphtol à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

Reste la question du régime, elle n'est pas la moins importante à régler.

En effet, d'une part, l'introduction d'aliments quelconques équivaut à annihiler en partie l'action purgative; d'autre part, cependant, on ne saurait condamner un sujet à l'ination, sous prétexte de l'aseptiser.

Il faudra donc pratiquer l'alimentation, mais l'alimentation la plus facilement absorbable, celle qui donnera le minimum de résidus, celle, par conséquent, la moins apte aux fermentations.

Le régime lacté tendant à l'idéal d'asepsie intestinale (Gilbert et Dominici) sera largement employé, mais comme nous savons par expérience que le plus souvent on ne peut immobiliser le malade dans ce mode d'alimentation (1), il faudra songer au bouillon, au lait, aux œufs, aux purées qu'on administrera quelques jours avant l'intervention — avec suppression totale à partir du dernier purgatif, celui de la veille qui, lui, devant débarrasser complètement l'intestin, n'admet que l'abstinence, ou, dans certains cas, une petite quantité de lait seulement.

Je serai bref, ajoute M. Batigne, au sujet des précautions à prendre pendant l'acte opératoire lui-même. Il y aurait cependant beaucoup à dire, mais quoi, qui ne soit répété et bien connu?

Il faut d'abord veiller à une température ambiante convenable, et se rappeler, au moment où l'on saisit le bistouri, que le temps étant un facteur de premier ordre, « le succès sera toujours au laparotomiste expéditif, » car « dans des interventions lentes, des germes plus nombreux ont le temps de tomber dans la cavité péritonéale, l'intestin a l'occasion de se léser et de se refroidir, le grand splanchnique de s'irriter... » (2), car les accidents de schock apparaissent alors plus facilement.

Gallard disait : « Je trouve que depuis qu'ils ont les anesthésiques à leur disposition, les chirurgiens en prennent beaucoup trop à leur aise pour pratiquer leurs opérations et les font durer outre mesure (3). »

Le chirurgien ne devra pas non plus oublier que l'intestin doit être vu le moins possible et que pour cela plusieurs points doivent être présents à son esprit : nécessité aussi absolue que possible des petites incisions, importance pour l'aide de maintenir la plaie abdominale ouverte au minimum; manœuvres pratiquées hors du ventre dès que cela est possible; intestin jamais à nu, toujours protégé contre sa tendance à faire issue au dehors, et par conséquent, tiraillé et manipulé le moins possible (4) — avantages de la position de Trendelenburg (5) — avantages des lavages à l'eau chaude contre le collapsus, prudence dans l'application de ce procédé, etc.

Je n'insisterai pas davantage, désireux d'en arriver au point vraiment important de ce traitement : aux soins post-opératoires.

Après l'opération, une surveillance très minutieuse du malade est nécessaire pendant les vingt-quatre premières heures, et cela, pour dépister le ballonnement abdominal.

Il faut penser à ce ballonnement, il faut s'en méfier, il faut l'attendre, tout en sachant fort bien cependant que, s'il s'agit d'un opéré ayant sérieusement subi le traitement pré-opératoire (ce qui n'a malheureusement pas été toujours possible), on doit avoir beaucoup moins de craintes.

Quoi qu'il en soit, dès l'apparition du tympanisme, il faudra introduire dans le rectum, un tube de caoutchouc, en prenant la précaution de l'enfoncer à une profondeur suffisante ou bien administrer un lavement huileux, ou bien encore, donner une injection d'eau salée.

Bien souvent, ces moyens, très simples, suffiront à eux tout seuls à ramener la tonicité des tuniques, par suite : le dégagement de gaz plus ou moins abondants et conséquemment le bien-être. Mais il faut bien savoir qu'il peut être nécessaire de les renouveler une ou plusieurs fois.

Et d'ailleurs, il n'est pas dit que toutes ces tentatives

(1) Variabilité des tolérances du lait. Voy. EBSTEIN. Loc. cit., p. 194, en note.

(2) FORGUE et RECLUS. Loc. cit., t. II, p. 586.

(3) GALLARD. *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, Paris, 1886, p. 457.

(4) Voy. MALCOLM. Loc. cit., p. 60.

(5) C'est en vue de cette même protection de l'intestin que K. Roser (de Wiesbaden) imagina son pare-intestin, *Centralbl. f. Chir.*, 1898, n° 11, p. 297.

soient toujours couronnées de succès; le ballonnement peut s'accroître; avec lui : le malaise, l'oppression, l'inquiétude. N'hésitons pas alors, et cela dès le lendemain même de l'intervention, à faire administrer un purgatif, soit calomel, soit eaux minérales Janos, Rubinat, Carabana. D'ordinaire l'intestin ne résiste pas à ces sollicitations purgatives et l'on voit alors, grâce à elles, les symptômes alarmants se dissiper.

Il peut se faire encore que les évacuations ne se produisent pas, qu'aucun gaz ne soit émis, que la tension abdominale augmente, il faudra donc agir plus activement; cependant, il est bon de le dire : pour avoir le droit absolu de proclamer cette insuffisance du purgatif, il serait juste, il serait même nécessaire d'employer concurremment soit la sonde rectale, soit le lavement, de manière à soulager l'effort fait par l'intestin.

Ce lavement sera tout bonnement un lavement simple. Diverses mixtures ont été cependant préconisées, mais il est vrai, employées seules et systématiquement. C'est ainsi que Célos recommande l'usage d'un lavement composé de savon de Marseille (40 grammes) et de sel gris (une cuillerée), que les Américains emploient l'eau savonneuse et la glycérine, que Polaillon se servait avec succès de sulfate de quinine associé au chloral, que Pozzi use d'un lavement composé de 6 cuillerées de vin de Bordeaux et de 3 cuillerées de glycérine, etc.

Après avoir recouru à ces moyens d'action, si vraiment on éprouve encore un insuccès, il ne faut pas hésiter à mettre en usage le lavement électrique, car en effet, à ce moment, non seulement l'anus n'a rien évacué encore, mais même l'agitation du malade augmente, le purgatif a déjà été rendu par la bouche, et dans tous les cas, les vomissements qui existent maintenant ne sauraient être sous la dépendance d'une origine chloroformique.

Devant le résultat infructueux d'une seule application électrique, on ne devra pas reculer, dit Célos; on pourra être appelé à la renouveler quatre ou cinq fois, en n'oubliant pas, bien entendu, qu'ici, comme dans tous les cas de thérapeutique abdominale, plus grandes sont les chances de succès si l'application est hâtive.

Nous voici maintenant en présence d'un cas dans lequel ni les lavements, ni les purgatifs, ni l'électricité n'ont amené de résultats. Alors la situation relève de l'intervention chirurgicale directe. Il s'agit ici, en effet, ou d'occlusion intestinale vraie, ou de septicémie péritonéale suraiguë et la situation se présente avec une réelle gravité.

Ce qu'il faut faire alors en pareille occurrence a été dit ailleurs :

Enlever le pansement, faire sauter les sutures, examiner l'intestin;

Rechercher un obstacle, pratiquer une bouche, laver, établir un drainage... voilà tout autant de points autre part traités, et qui d'ailleurs ne s'adressent pas d'une façon toute directe à notre sujet, mais bien plutôt tiennent aux affections de l'intestin ou du péritoine.

Ce qui est parfaitement certain, c'est que :

Plus l'intestin sera aseptisé avant l'opération;

Plus il sera ménagé pendant l'opération;

Plus tôt la perméabilité de son calibre sera rétablie après l'opération;

Moins on aura à intervenir chirurgicalement, et plus le tableau des suites post-laparotomiques, déjà singulièrement éclairci, il est vrai, depuis l'avènement de l'antisepsie, verra les ombres disparaître de son fond, et avec elles bien des ennuis, bien des préoccupations, bien des émotions qui parfois le troublent encore. »

L'INAUGURATION DU MONUMENT CHARCOT A LAMALOU

Dimanche a eu lieu à Lamalou, sous la présidence de M. le ministre du Commerce, l'inauguration du monument élevé à Charcot qui fut, avec Privat, Combal, Dupré et Grasset, l'un des parrains de la célèbre station.

Les fêtes de l'inauguration coïncidaient avec l'arrivée à Lamalou du V. E. M. dirigé par le professeur Landouzy et notre excellent collègue Carron de la Carrière.

C'est ainsi que se trouvaient réunis à côté des professeurs Raymond, Gaucher (de Paris), Manet, Grasset, Corlien, Tedenat (de Montpellier), Heurot (de Reims), Pitres et Régis (de Bordeaux), un grand nombre de médecins étrangers. Citons les noms des docteurs Botisen (de Bucarest), Boyd Joll (de Londres), Chantry (de Tournai, Belgique), Coppez (de Bruxelles), Dahl (de Copenhague), Greidanus, médecin de la reine des Pays-Bas, Malstrom, médecin du roi de Suède, Lévy, directeur de l'Académie de médecine de Milan, Minjnlieff, président de l'Association médicale de la Hollande, etc., etc.

Après une conférence faite à l'Institut de rééducation motrice par le docteur Maurice Faure, a eu lieu l'inauguration du monument.

Le buste, dû au ciseau de Mme Charcot elle-même, surmonte une fontaine ornée de bas-reliefs, œuvre d'un sculpteur de Béziers, M. Louis Paul.

Après un discours du maire, le docteur Belugou, et une allocution du docteur Boissier, le sympathique doyen des médecins de Lamalou, le professeur Raymond prend à son tour la parole :

« Le lendemain même de la mort de Charcot, sa compagne dévouée, celle dont tous les actes ont été inspirés par le culte qu'elle avait voué au Maître, fit don à notre distingué confrère, M. le docteur Belugou, du buste en bronze de son mari.

Ce buste était son œuvre, elle l'avait créé avec son beau talent d'artiste et son cœur de femme! A partir de ce jour, vous avez résolu de l'ériger en ce pays qui a gardé si vivace la mémoire de Charcot.

C'est cette pensée toute filiale qui nous réunit aujourd'hui si nombreux dans votre joli vallon thermal, au pied de cette fontaine monumentale, portant à son fronton l'image de l'illustre médecin de la Salpêtrière. »

Alors le professeur Raymond fait la description du monument, sur lequel se détachent en relief et admirablement sculptés, d'un côté le vieil hospice de la Salpêtrière, le champ de travail de Charcot, et les attributs de la clinique, de l'autre les armoiries de Lamalou et les attributs de la médecine thermale, et enfin deux autres bas-reliefs montrant, l'un Charcot faisant une leçon de clinique à la Salpêtrière, l'autre un ataxique que l'on transporte de la piscine.

« L'idée symbolique que vous avez voulu exprimer sera vite comprise par tous ceux qui verront et inaugureront ce beau monument. Vous avez tenu à l'inaugurer à propos d'une question vitale pour votre pays, consacrant un progrès d'une importance extrême, réalisé de cette année seulement : l'adduction et la distribution d'eau de source potable.

Et vous avez fait tout cela, Messieurs, d'une voix unanime, sans souscription d'aucune sorte, sans rien demander à personne; je tiens à le dire bien haut.

En m'appelant à prendre la parole en ce jour, vous m'avez fait un honneur auquel je suis doublement sensible.

Aussi bien, je n'y vois pas seulement un gage de sympathies, d'autant plus précieuses pour moi qu'elles me viennent de confrères dont l'activité s'exerce, en majeure partie, dans le domaine de la spécialité, qui fait l'objet de

mon enseignement officiel; j'y trouve aussi l'occasion de renouveler mon tribut de reconnaissance et d'admiration à celui qui fut, avec Vulpian, mon maître par excellence pendant mes années d'internat.

Il fut également, et surtout, mon initiateur à l'enseignement des maladies du système nerveux, dans cette chaire de la Salpêtrière qu'il a entourée de tant d'éclat. Dix années se sont écoulées depuis que, par un de ces coups aveugles de l'inexorable destin, Charcot a été emporté dans la tombe, au cours d'un voyage d'agrément.

L'oubli n'a eu aucune prise sur le renom qu'il s'était acquis dans tous les pays du monde où la médecine scientifique compte des représentants et ici, moins que partout ailleurs, la réunion de ce jour en est une preuve éclatante. »

M. le professeur Raymond parle alors du périlleux honneur qu'il y avait de lui succéder, et glorifie l'œuvre de Charcot. Et pour la mettre en lumière il nous la montre d'abord par un des côtés qui a le moins frappé ses admirateurs et qui méritait mieux : Charcot grand thérapeute.

Puis il l'envisage comme anatomo-pathologiste et comme nosographe, et c'est alors que son œuvre apparaît dans toute sa magnificence géniale. « Confiné, dit-il, dans le domaine de l'organisme, dominé par la préoccupation de découvrir les rapports des perturbations fonctionnelles et des altérations anatomiques des organes, Charcot, dont toute l'existence médicale s'est déroulée à l'hospice de la Salpêtrière, fut entraîné vers l'étude d'une série de maladies nerveuses, caractérisées par des lésions d'apparence irréparables, mais qu'il ne jugea pas irrémédiablement telles. »

Dans la deuxième phase de l'évolution de Charcot, il nous le montre plus spécialement attaché à l'étude des névroses, en particulier l'hystérie, qui a davantage occupé son activité investigatrice et a fait découvrir en lui un thérapeute dans la plus belle acception du mot, là où d'autres, avec des procédés à peu de chose près pareils, n'ont été que de vulgaires charlatans.

Puis M. Raymond nous fait connaître Charcot comme ayant découvert le procédé thérapeutique qui a donné d'excellents résultats dans le traitement des désordres ataxiques du tabes et il parle de la rééducation des muscles, et il s'attache à prouver que c'est à tort que l'on a reproché à Charcot d'avoir négligé la thérapeutique et de lui avoir dénié les aptitudes qu'exige l'art de guérir.

L'esprit largement ouvert aux innovations thérapeutiques susceptibles de procurer la guérison ou un simple soulagement à ceux qui souffrent, il en vint à appuyer de sa haute autorité l'emploi des eaux de Lamalou dans le traitement de certaines affections nerveuses et surtout de l'ataxie locomotrice, maladie à l'étude de laquelle il a donné une si féconde impulsion.

Depuis un temps immémorial, les eaux de Lamalou jouissaient d'une grande réputation locale pour leur efficacité contre toutes sortes d'affections douloureuses.

Des travaux faits par plusieurs notabilités médicales, il résulte que les eaux de Lamalou jouissent d'une remarquable efficacité contre les douleurs fulgurantes du tabes dorsal.

En 1861, Charcot, sur les conseils de Duchenne (de Boulogne), envoya ses malades à Lamalou qui y obtinrent des résultats très favorables. Dès lors a commencé pour Lamalou une ère de prospérité qui est allée toujours s'accentuant depuis et ne fera qu'augmenter. La notoriété médicale de Lamalou se trouve donc, grâce à lui, définitivement consacrée à l'étranger aussi bien qu'en France, et c'est justice.

Et M. le professeur Raymond termine en priant les auditeurs de se joindre à lui pour saluer dans un élan d'admiration et de reconnaissance la mémoire de celui qui fut le plus illustre parmi les médecins du siècle dernier; du savant, dont les travaux sur le système nerveux ont une si haute portée philosophique; de l'homme enfin qui, parmi ses contemporains, a su, l'un des mieux, affranchir la pensée humaine.

Après le discours du professeur Raymond fort applaudi, le ministre prend à son tour la parole.

Un superbe banquet de 260 convives, offert dans les salons du Casino par la municipalité, clôturait la fête au cours de laquelle le ministre remit les palmes d'officier d'Académie au docteur Maurice Faure.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Les jurys des concours qui auront lieu en octobre prochain, dans les ports de Brest et de Toulon, pour des emplois de professeur et de prosecteur dans les écoles de médecine navale, seront composés comme suit :

Concours du 6 octobre à Brest. — 1° Pour l'emploi de professeur de pathologie interne et thérapeutique à l'école de Bordeaux : M. l'inspecteur général du service de santé Auffret, président; M. le médecin en chef de deuxième classe Duval, membre; M. le médecin principal Girard, membre.

2° Pour l'emploi de professeur de chimie biologique dans les écoles annexes de Brest, de Rochefort et de Toulon : M. l'inspecteur général du service de santé Auffret, président; MM. les pharmaciens en chef de première classe Billaudeau et Louvet, membres.

Concours du 1er octobre à Toulon. — Pour un emploi de prosecteur d'anatomie : M. le médecin en chef de première classe Fontan, président; MM. les médecins de première classe Bouras et Palasne de Champeaux, membres.

Les noms des officiers du corps de santé de la marine, désireux de prendre part à ces concours, devront être télégraphiés au ministère, au moins cinq jours avant la date d'ouverture des épreuves.

— Par décret en date du 19 septembre 1903, sont nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal de réserve. — M. le médecin principal de la marine en retraite Millou, affecté au port de Toulon.

Au grade de médecin de première classe de reserve. — M. le médecin de première classe de la marine en retraite Bertrand, affecté au port de Rochefort.

— MM. les médecins de première classe Forgeot, embarqué sur la défense mobile de Lorient, et Réjou, désigné pour embarquer sur le *Latouche-Tréville*, sont autorisés à permuter pour convenances personnelles.

Legs Marjolin. — Par son testament en date du 1er novembre 1894, le docteur Marjolin (René-Nicolas) a légué, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 5161 francs.

La disposition testamentaire est ainsi conçue : « Ce revenu sera affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. »

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs inscriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le doyen une demande libellée sur papier timbré de 0 fr. 60.

Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté deux fois par an : du 1er au 15 avril et du 1er au 15 octobre.

Prix de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — *Prix Jean Dubreuilh.* — Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 400 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la

Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : « Etude des cas dans lesquels l'accoucheur peut et doit interrompre la grossesse. »

Prix Fauré. — Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 300 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet intéressant l'hygiène de la population peu aisée, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : « Etudier les causes de l'alcoolisme à Bordeaux et les moyens d'assurer à la classe ouvrière des boissons saines et une alimentation réconfortante. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, franco de port, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours de Tourny. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés : pour le prix Jean Dubreuilh, jusqu'au 30 avril 1904; pour le prix Fauré, jusqu'au 28 février 1904.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-septième semaine, 755 décès, au lieu de 693 pendant la semaine précédente (moyenne 803).

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 14).

La variole n'a causé que 1 décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 7 décès (moyenne 4); la scarlatine, 2 décès (moyenne 1); la coqueluche, 6 décès (moyenne 7); la diphtérie, 6 décès (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 45, au lieu de 46 pendant la précédente semaine (moyenne 43).

La diarrhée infantile a causé 61 décès de 0 à 1 an, au lieu de 63 pendant la semaine précédente (moyenne 75); on ne saurait trop insister sur la nécessité de veiller tout particulièrement à l'alimentation des jeunes enfants et à la parfaite stérilisation du lait qui leur est donné.

En outre, 27 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 72 décès au lieu de 60 pendant la semaine précédente (moyenne 83). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 11 (moyenne 13); pneumonie, 21 (moyenne 18); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 35 (moyenne 46), dont 11 sont dus à la congestion pulmonaire et 13 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 183 décès; la méningite tuberculeuse, 13; la méningite simple, 9; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations médicales — clinique et thérapeutique, par le docteur HUCHARD, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. 3e *édition.* 1 vol. in-8° de 620 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Guide professionnel et technique à l'usage des membres des sociétés d'assistance aux malades et aux blessés des armées de terre et de mer, par le docteur SAGRANDI, médecin-major de l'armée. Un vol. in-18, avec 31 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Les tournées médicales et les cabinets médicaux. Communication faite au Syndicat médical de la région de Bourg en sa séance du 4 juin 1903, par le docteur C. (de P.-de-V.). — Mâcon, imprimerie J.-A. Durand.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

OCCASION EXCEPTIONNELLE, cause départ, Populaire de Dion-Bouton tonneau, 8 chevaux, carrosserie grand luxe, pneus 85 extra-fort aux quatre roues, phare Blériot, nombreux accessoires, pièces et pneus de rechange, roulé un mois et demi, marche parfaite. — Prix : 4500 francs. — S'adresser CLAPARÈDE, rue du Jeu-de-Paume, Montpellier.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 112 — MARDI 29 SEPTEMBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 29 SEPTEMBRE 1903. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DE LA SÉCRÉTION SUDORALE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

D'après M. V.-E. Bouic (1).

Les fonctions sudorales sont profondément troublées dans la tuberculose pulmonaire : dès la première période, et même, dans certains cas, avant l'apparition des premiers symptômes thoraciques, on constate une hypersécrétion sudorale des plus nettes. Cette hypersécrétion n'est d'ailleurs pas continue : elle se fait par crises plus ou moins longues, suivies de rémissions de durée également variable. « Les sueurs diminuent et se suspendent complètement pour recommencer plus tard, » écrivait Andral, et il ajoutait qu'il n'est pas toujours possible de dire quelles sont les circonstances qui tantôt les arrêtent et tantôt les ramènent.

A mesure que la maladie progresse, les sueurs se montrent plus fréquemment et chaque crise présente elle-même une durée plus longue. A la dernière période, les sueurs deviennent presque permanentes ; l'hypersécrétion sudorale est alors continue. Cependant il existe des cas où les sueurs, jusqu'alors assez abondantes, disparaissent au début de la phase contraire ; il en existe aussi d'autres où les sueurs manquent pendant toute la maladie : « J'ai rencontré plus d'un malade, dit Andral, dont le poumon était creusé de cavernes et qui, jusqu'à sa mort, n'avait présenté aucune augmentation de l'exhalation cutanée. »

De même que l'hypersécrétion sudorale se produit par crises dans la maladie, elle se produit par crises dans la journée. C'est la nuit que les sueurs sont les plus fréquentes ; certains malades se couchent en frissonnant, éprouvent une vive sensation de chaleur, puis sont pris de sueurs profuses, qui s'arrêtent seulement au bout de quelques heures. D'autres s'endorment normalement, mais, au milieu de la nuit, vers minuit, une heure, ils se réveillent couverts de sueurs « circa mediam scilicet noctem » (Morton). D'autres encore ne remarquent leurs sueurs que le matin (*sueurs du réveil*, Peter). Le moment d'apparition des sueurs est donc très variable, bien qu'il soit à peu près fixe pour un même malade.

(1) Th. de Paris, 1903, A. Michalon édit.

Ce moment, d'après M. Bouic, ne serait pas sans rapport avec celui de la miction. « En effet, nous avons remarqué plus d'une fois qu'en changeant celui-ci on peut faire varier celui-là. Il résulte de mes observations personnelles qu'en avançant ou en retardant l'heure à laquelle le malade urine pour la dernière fois le soir, il est fréquent que l'heure à laquelle débutent les sueurs soit retardée ou avancée. Quelquefois même, en faisant uriner le malade à plusieurs reprises dans la nuit, nous avons vu les sueurs manquer. »

Le jour, les tuberculeux ont aussi de véritables crises sudorales. Lorsqu'ils peuvent encore travailler, c'est pendant le travail qu'ils transpirent. Plus tard, les sueurs surviennent à l'occasion d'une fatigue quelconque, de tout effort, de la marche, de l'ascension d'un escalier, Au repos, les malades suent beaucoup moins. C'est alors surtout après les repas, et aussi lorsqu'ils essaient de dormir un peu, que les sueurs apparaissent. C'est pourquoi M. Delioux, considérant que les sueurs, chez les tuberculeux, paraissent être beaucoup plus en rapport avec le sommeil qu'avec le moment de la journée écrivait en 1853 : « La désignation de sueurs nocturnes implique une erreur d'appréciation. Ce n'est pas une sueur de nuit, c'est une *sueur de sommeil*. S'il nous était permis de créer un mot nouveau, nous les nommerions sueurs hypniques. »

La fièvre accompagne souvent les sueurs. Mais elle peut manquer : « Les phtisiques peuvent avoir de la fièvre sans sueurs et des sueurs sans accès de fièvre » (Louis).

Par leur constance et leur précocité, les sueurs présentent une importance diagnostique considérable. « Aussi, lorsque vous constaterez une transpiration exagérée et une fièvre persistante, soit le jour, soit la nuit, et que vous ne pourrez en trouver les causes, pensez à la tuberculose... L'hyperidrose prétuberculeuse est un des meilleurs signes précurseurs. Sa connaissance permettra souvent de prévoir la tuberculose, de la craindre, de la redouter, et, par suite, d'agir en conséquence. »

Quel est le siège exact de ces sueurs ?

Presque toujours au début, et encore longtemps après, elles sont partielles et se localisent à la partie supérieure du corps. C'est principalement au-devant de la poitrine et à la région dorsale qu'on les observe. Souvent aussi elles existent au front, au niveau des tempes, autour du cou. On peut enfin les observer aux membres supérieurs, et surtout aux mains, à la paume et aux doigts.

Lorsque la maladie a fait des progrès, de partielles, les sueurs deviennent générales. Elles commencent par la poi-

trine, et de là, s'étendent au reste du corps en prédominant souvent du côté le plus atteint. Les sueurs sont donc en rapport avec la localisation morbide (Pidoux).

La quantité totale des sueurs est assez difficile à préciser. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle est proportionnelle à l'extension des lésions : l'hypersécrétion sudorale est moins grande et moins persistante dans les premiers que dans les derniers jours ; minime ou modérée au début, la sécrétion sudorale augmente peu à peu, à mesure que les lésions font elles-mêmes des progrès. Après la simple moiteur, il y a des sueurs. Puis les sueurs deviennent abondantes, principalement la nuit... A une période plus avancée de la maladie, l'hypersécrétion sudorale augmente encore. Les sueurs sont profuses, elles ruissellent, » d'où le nom de *sueurs colliquatives* que leur donnaient les anciens. Telle est la formule générale ; il faut la compléter en disant que la quantité des sueurs est aussi proportionnelle à la rapidité d'évolution des lésions tuberculeuses.

Les caractères de ces sueurs sont très mal indiqués dans les classiques. Pour M. Bouic, le liquide sudoral des tuberculeux est un liquide incolore, clair, très légèrement louche, d'odeur aigre spéciale, de réaction acide (Andral, Tourton, Garel), de saveur sucrée (Pierre) ; il contient de la graisse, de l'acide urique, de l'albumine. Contient-il le bacille de Koch ? On ne sait, bien que, « dès maintenant, il n'y ait rien d'illogique à le penser. »

La toxicité des sueurs des tuberculeux est bien établie aujourd'hui. Les sueurs des tuberculeux expulsent de l'organisme des poisons, des produits toxiques (Salter, Mavrojennis) ; elles renferment de la tuberculine en notable quantité.

Détail particulier, ces sueurs ne s'accompagnent presque jamais d'éruptions sudorales : exanthèmes, miliaire, sudamine ; elles ne sont pas suivies de prurit ; suivant l'expression des anciens auteurs, elles sont passives.

Les causes qui déterminent l'hypersécrétion sudorale des tuberculeux, sont assez complexes. M. Bouic les divise en deux groupes : « Le premier comprend celles qui sollicitent l'excitabilité des glandes sudoripares ; le second, celles qui font cette excitabilité elle-même et expliquent pourquoi les tuberculeux ont tendance à suer. »

Parmi les premières, il faut d'abord citer toutes les causes qui provoquent la sécrétion sudorale chez l'homme sain : fatigue musculaire, élévation de température du milieu extérieur, ingestion de boissons chaudes, émotions, absorption de certains médicaments : antipyrine, salicylate de soude, etc., et aussi tous les troubles accidentels : indigestion, embarras gastrique, etc., qui peuvent survenir chez les tuberculeux. Mais les causes prédisposantes les plus importantes sont dues à la maladie elle-même : « La plupart de ces symptômes, en effet, sont capables de provoquer les sueurs. » L'élévation de la chaleur intérieure, la toux, les troubles gastro-intestinaux, la dyspnée, les altérations rénales et hépatiques, les hémoptysies, les vomissements, agissant chez un sujet prédisposé, déterminent l'hypersécrétion sudorale.

Les causes déterminantes de cette hypersécrétion sont encore assez discutées. On a incriminé la diminution de la vaporisation pulmonaire (Traube, Boisseau, John Houglas, Bennett) ; la diminution du champ de l'hématose, la débilité générale du malade (Graves, Peter, Bouveret). Toutes ces interprétations sont rejetées par M. Bouic, pour lequel les sueurs sont dues au bacille de Koch lui-même et à ses toxines : « Mais celles-ci n'agissent pas seules, la plupart des poisons de l'économie concourent à la production de la transpiration ; la tendance à suer des tuberculeux est due à l'action de toxines, et la cause des sueurs est l'intoxication. Sueurs, fièvre, amaigrissement, troubles digestifs, etc., sont le résultat de l'infection de l'organisme, de son empoisonnement. » Cette opinion, qui est celle de MM. Dreesmann, Combemale et Dubiquet, Jaguet, Bohland, Brongniart, permet de comprendre l'existence des sueurs chez des malades atteints de tuberculose en divers points (méninges, péritoine, rein ou foie) sans que les poumons de ces malades présentent la moindre lésion tuberculeuse.

Si l'on admet cette théorie, il est facile de comprendre la pathogénie de ces sueurs. Les poisons sécrétés par le bacille de Koch imprègnent l'économie tout entière et altèrent les divers parenchymes. La désassimilation est ainsi déviée et pervertie. Le résultat total est une augmentation des substances nocives produites ordinairement et la production de nouvelles. Tous les poisons s'accumulent dans l'organisme qui réagit à sa façon : « Les sueurs sont une de ses réactions : un de ses phénomènes de défense. S'il est évident pour tous que les sueurs profuses de la fin de la maladie sont les conséquences de l'empoisonnement de l'organisme, il n'est pas plus douteux pour nous que toutes les sueurs, observées pendant la maladie, reconnaissent la même origine, c'est-à-dire l'intoxication. Toute cause qui détermine l'intoxication provoquera les sueurs. Si l'empoisonnement est léger et transitoire, la transpiration sera peu marquée et passagère ; si l'empoisonnement est grave et persistant, les sueurs seront tenaces et intenses. »

Comment agissent les toxines pour provoquer les sueurs ? Les sueurs sont-elles le résultat de l'action des poisons sur l'organisme entier ou bien y a-t-il action élective des toxines sur l'appareil sudoripare, et, dans cette dernière hypothèse, agissent-elles sur les centres nerveux sudoraux ou sur les terminaisons nerveuses périphériques ? Ces questions ne sont pas encore résolues malgré les importantes recherches auxquelles elles ont donné lieu.

L'hypothèse qui rattache les sueurs à une intoxication permet d'expliquer les relations de ces sueurs avec les divers symptômes de la tuberculose. La fièvre et les sueurs, étant dues à la même cause, coexistent habituellement, mais, comme nous l'avons vu, elles sont indépendantes. Les fébrifuges, lorsqu'ils arrêtent la fièvre, ne s'opposent pas toujours à la production des sueurs ; inversement les médicaments antisudoraux suppriment parfois les sueurs, mais n'ont pas d'action suppressive sur la fièvre. Mais les sueurs, par l'évaporation qu'elles produisent, contribuent à abaisser la fièvre et à parer ainsi à ses inconvénients : exagération des combustions, altération des cellules hépatiques, etc. L'hypersécrétion sudorale influe également sur le pouls qui est « un pouls de faible tension » (Ferrand), c'est-à-dire large, mou, et souvent dicrote. Les hémopysies favorisent l'hypersécrétion sudorale : « Souvent, dit Andral, les hémopysies amènent cette sueur, et elle cesse avec le crachement de sang ou peu après lui. » La dyspnée présente également des relations intéressantes avec les sueurs et nombreux sont les faits où « une dyspnée supplémentaire, compensatrice, en quelque sorte, de la fonction sudorale, apparaît lorsqu'on vient à empêcher les sueurs ». Diarrhée et sueurs sont, au contraire, assez souvent associées aux phases avancées de la maladie : « Le malade crache abondamment, il transpire, il a la diarrhée ; la colli-

quation se fait, dit Morton, par toutes les portes fournies par la nature » [Bouveret].

Aussi certains auteurs ont-ils défini la diarrhée des tuberculeux une véritable sueur intestinale (Graves). Ces deux symptômes peuvent, d'ailleurs, alterner, et il y a longtemps que l'on agite la question de savoir si la suppression thérapeutique des sueurs ne détermine pas de flux intestinal : cette question, différemment comprise par les auteurs, n'a pas encore reçu de solution définitive.

Très intéressantes sont les relations des sueurs avec les fonctions rénales des tuberculeux. Nous avons déjà vu l'influence des frictions sur le moment d'apparition des sueurs; il y a plus : le rein, grâce à son rôle d'émonctoire, élimine la plus grande partie des toxines, si bien que, tant qu'il fonctionne, les sueurs sont peu accusées. Faiblit-il dans sa tâche, les autres organes d'élimination entrent en jeu : les sueurs apparaissent. Enfin, les sueurs seraient plus rares chez les tuberculeux âgés (Grancher et Barbier), plus accusées chez les tuberculeux arthritiques et alcooliques, chez les syphilitiques, etc., etc.

Modérant la fièvre, et surtout éliminant une certaine quantité de toxines, l'hypersécrétion sudorale joue un rôle utile dans la tuberculose, mais ce rôle ne va pas sans quelques inconvénients : elle provoque l'insomnie, favorise les refroidissements, épuise les malades. Aussi, faut-il habituellement la traiter. Mais la traiter, ça ne veut pas dire la supprimer à grand renfort de médicaments antisudorifiques. Cela veut dire lui opposer une thérapeutique causale : « C'est contre leur cause (les sueurs), l'intoxication, qu'il faut lutter. Favorisez l'action du rein, conseillez le lait, les tisanes de chiendent, de stigmates de maïs, les diurétiques divers. Veillez au fonctionnement régulier de l'intestin : régularisez les selles, administrez des lavements, donnez des laxatifs, des purgatifs même s'il est nécessaire. En somme, faites un traitement analogue à celui de l'urémie. Parant ainsi à l'intoxication, la diminuant, les sueurs disparaîtront d'elles-mêmes. L'effet que vous cherchez ainsi n'est-il pas obtenu, les sueurs ne disparaissent-elles pas, respectez-les. Vous le savez, les sueurs sont une voie d'élimination. » On ne devra donc leur opposer les divers anidrotiques (atropine, acide camphorique, agaric, etc.), que dans un seul cas, à la fin de la maladie, quand le malade est dans un état désespéré. Les prescrire avant, c'est faire de la thérapeutique symptomatique, c'est s'exposer aux plus cruels mécomptes.

UN CONSEIL DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

M. Arnozan publie, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, la lettre suivante et la réponse qu'il y a faite. Le fait dont il s'agit peut être, hélas! considéré comme banal; c'est une raison de plus pour que nous reproduisions les justes conseils donnés par notre excellent confrère :

« Mon cher maître,

Je viens vous prier d'insérer dans votre estimable journal le fait suivant :

Le docteur X..., qui exerce dans la banlieue de Bordeaux, donne depuis plusieurs semaines ses soins à une petite fille de treize mois, nourrie au biberon et atteinte de gastro-entérite chronique avec diarrhée persistante. Sous l'influence soit de soins de propreté insuffisants, soit de la mauvaise qualité du lait, l'état de l'enfant devient un peu plus sérieux le 2 et le 3 septembre dernier. Le docteur X... institue un traitement approprié. Or, le samedi 5 septembre, pendant sa visite quotidienne, le père de l'enfant, qui appartient à une famille riche et très en vue, habitant la commune d'une façon permanente, avoue au docteur X... que la veille, étant à Bordeaux, il est allé, sans l'avertir, consulter un jeune médecin, le docteur Y..., et que ce dernier lui a donné, *sans voir l'enfant*, un long traitement, très détaillé, après lui avoir surtout recommandé de suspendre complètement le traitement du docteur X..., dont il fit une insidieuse critique.

Qu'est-il advenu ? Vous le devinez sans peine : c'est que le traitement du médecin traitant qui soignait cette enfant depuis sa naissance a été abandonné et jugé dangereux; que la longue pancarte du docteur V..., *qui n'avait pas même vu l'enfant*, a été scrupuleusement exécutée et considérée comme le traitement sauveur; que la famille s'est fait un devoir de raconter le fait à tout son entourage, et qu'enfin, si le docteur X... n'était depuis longtemps connu dans la commune où il exerce, cela aurait pu lui être très préjudiciable.

Du reste, le docteur X... a cru de son devoir et de sa dignité de se retirer, en faisant comprendre à la famille qu'il ne pouvait plus s'occuper de l'enfant, ne voulant pas prendre la responsabilité d'un traitement prescrit à distance et sans avoir vu la petite malade, traitement qu'il n'approuvait pas, sur certains points du moins.

Comment doit être jugée en cette circonstance la conduite du docteur Y...?

C'est la simple question que je me permets de poser, mon cher maître, à votre haute expérience et à votre juste impartialité.

Dr X...,

Médecin de la banlieue de Bordeaux. »

« Notre confrère X..., dit M. Arnozan, nous demande notre avis sur le cas qu'il nous a soumis. Cet avis est très simple : le docteur Y... a commis deux fautes, l'une scientifique, l'autre professionnelle. La médecine est l'art des indications; les indications se déduisent de l'examen des malades, et c'est aller à l'encontre des plus saines doctrines que d'établir un traitement d'après les renseignements plus ou moins vagues donnés par une tierce personne. A côté de cette faute scientifique, le docteur Y... a mal agi au point de vue professionnel en critiquant le traitement prescrit par le docteur X...

Ceci dit, tout en comprenant parfaitement les susceptibilités du docteur X..., qui l'ont amené à ne plus s'occuper de la petite malade, je crois que, placé dans des circonstances semblables, je n'aurais pas agi comme lui : j'aurais exigé qu'on appelât le confrère Y... en consultation. D'abord il ne faut pas condamner les gens sans les entendre, et peut-être, en causant avec mon confrère incriminé, aurais-je appris que les choses étaient moins graves que je ne l'avais cru, et que les vrais responsables étaient les parents affolés, qui avaient tout grossi, tout déformé, et qui avaient induit tout le monde en erreur. Que de médecins se sont brouillés par suite des récits inexacts de leurs clients! Puis, mon confrère Y... ayant examiné la malade, aurait été amené à reconnaître que mon traitement valait mieux que le sien, et aurait ainsi, implicitement ou explicitement, confessé son infériorité et reconnu ses torts. De cette façon, l'enfant eût été guérie, le confrère malveillant aurait reçu une petite leçon et le client n'aurait pas eu envie de recommencer. Un peu de diplomatie n'est pas interdit, ce me semble, pour défendre les plus justes causes. »

REVUE DES THÈSES

De l'accouchement prématuré provoqué, par le docteur Louis PAQUIER. (Th. de Paris 1902. Courbevoie, Daubenton, éditeur.)

Dans la très intéressante thèse que vient de publier M. Paquier, il passe ainsi en revue les indications et principaux procédés employés.

« On peut, dit-il, diviser les indications de l'expulsion prématurée du fœtus en deux grandes classes, suivant que les voies génitales sont normales ou qu'elles ne le sont pas.

Dans le premier cas un état grave de la mère, une maladie mettant sa vie en danger et que l'interruption de la grossesse peut seule améliorer, un excès de volume du fœtus, ou cet état pathologique que l'on a désigné sous le nom de *mort habituelle* du fœtus, sont des circonstances qui exigent l'emploi de l'accouchement provoqué avant terme; mais ce sont là des cas relativement rares à côté de ceux de la catégorie suivante.

C'est en effet dans la seconde classe que rentrent toutes es viciations pelviennes : par atrophie, rachitisme, déviations rachidiennes, affections articulaires, tumeurs, etc.; et, parmi ces viciations, celles qui sont causées par le rachitisme l'emportent tellement de fréquence sur les autres, que l'on peut admettre le rétrécissement du bassin comme la principale indication de l'accouchement prématuré artificiel. D'ailleurs toutes les observations que nous rapportons ont trait à des bassins rétrécis.

Mais dans quelles limites les rétrécissements du bassin indiquent-ils l'expulsion prématurée? Nous savons que le diamètre B. P. chez un fœtus à terme peut être évalué à 9 centimètres 1/2 environ. Il faudra donc pour que l'accouchement puisse se faire à terme, que le plus petit diamètre antéro-postérieur du bassin, le promonto-pubien minimum, mesure 9 centimètres 1/2, ce qui donne en moyenne 11 centimètres de promonto-sous-pubien.

Pour être une bonne intervention, l'accouchement provoqué ne doit être entrepris que lorsque le fœtus a acquis un développement assez considérable pour que sa résistance lui permette de survivre et de pouvoir être enlevé facilement; pour que cette condition puisse être réalisée, il ne faudra pas interrompre la grossesse avant le commencement du huitième mois de gestation, époque à laquelle le fœtus aura un diamètre B. P. oscillant entre 6 et 7 centimètres, 1/2 en moyenne, ce qui exigera un promonto-sous-pubien de 8 centimètres.

Dans les bassins rétrécis, l'accouchement prématuré provoqué sera donc indiqué quand le diamètre *promonto-sous-pubien* mesurera *entre* 8 *et* 11 *centimètres*. Bien entendu, ces données générales ne sont qu'approximatives et il ne faudrait pas vouloir les appliquer rigoureusement à tous les cas; un examen minutieux et précis est nécessaire pour chaque cas particulier, et nous verrons plus loin qu'il y a des circonstances favorables qui permettent, soit de tenter l'intervention dans des bassins plus petits que 8 centimètres, soit de laisser évoluer la grossesse jusqu'à une période plus rapprochée du terme que ces données générales ne sembleraient le prescrire.

Voyons maintenant quels sont les moyens que l'on met en œuvre pour interrompre prématurément la grossesse.

Tarnier, qui avait longuement étudié la question de l'accouchement provoqué, divisait en trois classes les procédés employés pour provoquer le travail :

1° Les agents médicamenteux;

2° L'excitation de l'utérus par action réflexe (vésicatoires, sinapismes);

3° Les procédés ayant une action directe sur l'utérus.

Les premiers de ces moyens sont abandonnés depuis longtemps à cause de leur action incertaine et variable.

Ceux de la seconde catégorie, souvent dangereux et presque toujours inefficaces, ne sont plus employés aujourd'hui.

Seuls les derniers, ayant une action directe sur le muscle utérin, sont des procédés rationnels et plus sûrs. Aussi, ce sont les seuls dont nous nous occuperons.

Tarnier les divisait en cinq classes, suivant que leur action s'exerçait plus ou moins près de l'œuf :

a. Excitants externes du corps de l'utérus (frictions, massage, électricité) : ce sont des procédés le plus souvent insufffisants;

b. Moyens agissant par excitation de la périphérie du museau de tanche (vessie de veau remplie d'une décoction de seigle ergoté, poche de caoutchouc gonflée d'eau, douches vaginales);

c. Moyens agissant par dilatation du col (cône d'éponge de Klüge, dilatateur de Barnes, écarteur de Tarnier);

d. Excitants placés entre la paroi utérine et l'œuf [décollement des membranes (Hamilton), sonde flexible de Krause, injection intra-utérine d'eau de goudron (Cohen), ballon de Tarnier];

e. Perforation des membranes.

Ce dernier procédé est très sûr, mais il rend l'accouchement beaucoup plus difficile par l'absence du liquide amniotique, et peut par conséquent faire souffrir le fœtus.

Depuis, d'autres procédés ont été proposés par différents auteurs.

On a employé la glycérine sous forme d'injections; on a utilisé son action par osmose à travers une membrane (vessie natatoire de poisson).

Spinelli (1), privat docent de la Faculté de Naples, a employé la glycérine sous la forme suivante : son procédé consiste à introduire l'index dans le canal cervical (qu'on doit préalablement dilater chez les primipares), jusques au delà de l'orifice interne, à décoller les membranes sur tous les points accessibles au doigt, puis à placer un peu de gaze imprégnée de glycérolé d'ichthyol entre les membranes de l'œuf et le segment inférieur de l'utérus. On tamponne ensuite le vagin. L'expulsion du fœtus s'effectuerait au bout d'environ dix heures.

H. Bollenhagen (2) rapporte comme ayant donné de bons résultats le procédé suivant employé à la clinique d'obstétrique de Wurtzbourg : après les soins antiseptiques d'usage, on fixe le col avec une pince puis on le bourre jusqu'à l'orifice interne de lanières de gaze iodoformée imprégnées de glycérine et on termine par un tamponnement peu serré du vagin avec de la tarlatane iodoformée non glycérinée. Ce tamponnement cervical suffit le plus souvent pour provoquer le travail. Si les contractions utérines déterminées sont insuffisantes, on enlève le tampon et on a recours au ballon intra-utérin.

Mamoutow (de Saint-Pétersbourg) emploie un dilatateur analogue au ballon de Tarnier, mais dans lequel le tube souple est remplacé par un tube métallique surmonté d'un petit ballon en caoutchouc.

Champetier de Ribes préconise un ballon en tissu inextensible moins fragile que celui de Tarnier.

En somme les seuls moyens employés actuellement pour provoquer le travail sont ceux qui agissent directement sur l'utérus par le col ou le segment inférieur. Si nous nous reportons aux tableaux de statistique et aux observations que nous avons recueillies, nous verrons que les procédés qui

(1) SPINELLI. Un procédé manuel d'accouchement prématuré, *Semaine méd.*, 23 nov. 1898.

(2) H. BOLLENHAGEN. Le tamponnement du col avec de la gaze glycérinée comme moyen de provoquer l'accouchement, *Semaine méd.*, 21 nov. 1899.

ont été surtout mis en œuvre à la clinique Tarnier pour provoquer l'accouchement sont les suivants :

1° *Le tamponnement cervico-vaginal*, avec de la gaze iodoformée ou stérilisée. — Ce moyen est quelquefois suffisant à lui seul; en tout cas, il a le double avantage de concourir à l'asepsie ou à l'antisepsie des voies génitales et de les préparer, s'il en est besoin, pour la pose de l'écarteur ou pour la dilatation manuelle.

2° *L'écarteur de Tarnier*. — Cet instrument nécessite pour son introduction un col assez facilement perméable. Aussi, dans la plupart des cas, n'est-il employé que lorsque le travail a été préparé par le tamponnement, la sonde de Krause, le ballon de Tarnier. On l'utilise encore lorsqu'il s'agit de multipares ayant un col très perméable et permettant une mise en place facile de l'instrument. L'écarteur est à la fois un excitateur et un dilatateur; il excite surtout la contraction utérine comme corps étranger par son contact, mais il dilate aussi le col par la pression continue qu'il exerce sur lui, grâce à la tension du caoutchouc. De par cette double action, c'est donc un moyen excellent et très sûr.

3° *La sonde de Krause*. — Ce procédé consiste à introduire une sonde ou bougie élastique suffisamment rigide entre le segment inférieur de l'utérus et les membranes. Il est souvent suffisant à lui seul pour provoquer le travail, mais au bout d'un temps très variable; aussi, lorsque les contractions utérines qu'il a produites demeurent trop faibles ou trop espacées, il vaut mieux retirer la sonde et avoir recours à un procédé plus rapide.

4° *Le ballon de Tarnier*. — Il agit comme la sonde de Krause mais plus rapidement, parce que à l'action de corps étranger, il ajoute celle de corps dilatable. Etant d'un très petit volume, puisque non gonflé il se réduit à un simple tube, il offre l'avantage d'être d'une introduction relativement facile, même chez les primipares. On lui a reproché, par contre, l'inconvénient de sa fragilité; la partie qui se laisse distendre par le liquide a des parois très minces et peut éclater facilement. Mais cet accident est loin d'être aussi fréquent qu'on pourrait le croire; d'ailleurs, si on a pris soin de bien stériliser le ballon et de le gonfler avec du liquide aseptique, tout se borne là, et on en est quitte pour prendre un autre ballon semblable.

5° *Le ballon de Champetier*. — Contrairement au ballon de Tarnier qui est élastique, celui de Champetier est fait de tissu inextensible. Étant d'un volume plus considérable, il permet par sa présence d'arriver jusqu'à une période avancée du travail; mais les ballons de gros volume sont à rejeter, car, ainsi que l'expérience l'a démontré, ils ont le sérieux désavantage de déplacer la présentation, de favoriser la procidence du cordon et sont souvent une cause de rétraction de l'anneau de Bandl. C'est donc seulement aux ballons de moyen, et mieux de petit volume, qu'il faut avoir recours.

6° *La dilatation manuelle*. — C'est un excellent procédé, à la condition d'être employé avec une extrême douceur; il permet d'arriver vite à la dilatation complète et trouve, par conséquent, son indication dans les cas où il y a urgence à terminer rapidement l'accouchement. Si on n'a pas eu beaucoup recours à ce procédé, c'est que le plus souvent on ne peut le mettre en usage que chez des femmes ayant eu un ou plusieurs accouchements antérieurs. Chez les primipares, en effet, les tissus sont généralement plus résistants et la dilatation manuelle est rendue plus laborieuse. D'ailleurs, pour si bonne qu'elle soit, cette méthode est loin d'être exempte de danger, et il arrive parfois qu'il se produit des déchirures du col qui peuvent s'étendre très loin. A la clinique Tarnier, nous avons pu voir employer la dilatation manuelle un samedi du mois de décembre 1901. Il s'agissait (1901, obs. 1707) d'une grande multipare ayant un bassin légèrement rétréci (P. s. p. = 10,7), et qui avait toujours accouché spontanément. Cette femme perd les eaux avant tout début de travail, et, à la rupture des membranes, il se produit une procidence du cordon. A ce moment le col était dilatable de 3 centimètres. M. Perret essaye de réduire la procidence, mais il ne peut y réussir. Alors, percevant des battements dans le cordon, il se met en devoir de procéder à la dilatation manuelle. Au bout de quelques minutes, le sang commence à couler le long de son bras, et sa main, fatiguée, ne sent pas que le col se déchire sous l'influence de la dilatation qui n'est complète qu'au bout d'une heure. Cette déchirure est la source d'une hémorragie qu'on essaye d'arrêter par un tamponnement serré du col; la perte de sang continue néanmoins et la femme succombe à 8 heures du soir, sept heures après l'accouchement, au moment où on se préparait à lui faire une hystérectomie totale.

A l'autopsie, on constate sur la partie postéro-latérale droite de l'utérus une déchirure partant du col et s'étendant jusqu'au segment inférieur; le tissu sous péritonéal environnant était infiltré de sang.

Mais il ne suffit pas de disposer de bons moyens; il est un point d'une importance capitale, c'est de ne les employer qu'au moment opportun. Car, si on attend trop pour provoquer le travail, le fœtus passera difficilement et on sera obligé d'avoir recours à des moyens toujours préjudiciables à sa santé. D'autre part, si on provoque le travail trop tôt, l'accouchement sera plus facile, il est vrai, mais on risquera bien plus d'avoir un enfant débile qui sera plus difficile à élever.

Quel est donc le moment favorable pour provoquer le travail, et comment pourrons-nous le déterminer d'une façon précise ?

Nous ne sommes plus au temps où l'on disait : bassin de 7^cm 1/2, accouchement à 7 mois et demi — bassin de 8 centimètres, accouchement à huit mois, etc. C'était une méthode empirique que l'on employait faute de mieux; mais il est certain qu'elle n'était pas logique. Supposons en effet deux femmes ayant des bassins rétrécis semblables, de 8 centimètres, par exemple. Est-ce que nous pourrons en conclure que leurs fœtus à huit mois auront leurs diamètres céphaliques respectifs égaux? Nullement; il pourra même y avoir des différences de 5, 6, 8, 10 millimètres, ce qui est énorme, et tandis que l'une de ces deux femmes devra accoucher à huit mois, l'autre pourra aller à huit mois et demi ou même plus près du terme.

Employer une telle méthode, c'est donc s'exposer à de grosses erreurs, au détriment de l'enfant.

Pour déterminer l'époque favorable à l'interruption de la grossesse, il est deux facteurs principaux dont on doit tenir compte : le bassin de la mère et la tête de l'enfant.

La forme du bassin varie suivant que le rétrécissement porte sur le diamètre antéro-postérieur seulement ou sur tous les diamètres en même temps. Dans le premier cas, on est en présence d'un bassin aplati; dans le second, on a affaire à un bassin généralement rétréci.

Il est très important aussi de reconnaître la situation du promontoire. Suivant que celui-ci est plus ou moins élevé, le degré de l'angustie pelvienne sera plus ou moins accusé.

On conçoit que les difficultés pour le passage de la tête soient moins grandes dans les cas de bassin aplati que dans ceux de bassin généralement rétréci. En effet, dans le bassin aplati (et ceci a une grande importance pour la version), comme il y a plus de place sur les parties latérales, ce n'est pas le diamètre B. P. de la tête qui se mettra en rapport avec le promonto-sous-pubien, mais un diamètre voisin du B. T., à la fois plus petit et plus réductible.

Quant à la hauteur du promontoire, il est facile de se rendre compte sur une coupe du bassin, que plus le promontoire est bas, plus la dimension du P. p. m. se rapproche de celle du P. s. p. Dans un bassin ayant par exemple un diamètre P. s. p. de 10, le P. p. m. pourra être de 8 centimètres si le promontoire est très élevé, tandis qu'il ne sera que de 9 ou de 9,3 si le promontoire est très bas.

La forme générale du bassin a donc une grande importance, d'autant plus que c'est elle aussi qui, dans la majorité des cas, doit décider de l'intervention finale, version ou forceps, si besoin est d'y recourir, les bassins généralement rétrécis étant des bassins à forceps et les bassins aplatis et « en forme de cœur de carte à jouer » étant des bassins à version.

Il faut ensuite se rendre compte des dimensions de la tête fœtale qui devra s'accommoder aux diamètres du bassin. Ainsi que nous l'avons dit précédemment, les espérances que Matthews Duncan nous avait laissées ont reçu aujourd'hui leur réalisation, et la méthode de la céphalométrie externe de M. Perret, employée couramment à la clinique Tarnier, permet d'évaluer avec une grande précision les diamètres de la tête fœtale et surtout celui qui est le plus important à connaître : le bi-pariétal. M. Perret a basé sa méthode sur les recherches qu'il a faites dans la mensuration de plus de trois cents têtes fœtales dont les diamètres bi-pariétaux variaient entre 68 et 87 millimètres. Il a pu ainsi constater qu'à terme la différence entre le diamètre B. P. et le diamètre O. F. était en moyenne de 25 millimètres.

S'il était possible de mesurer le diamètre O. F. sur le fœtus *in utero*, il suffirait donc d'en retrancher 25 millimètres pour avoir la grandeur du diamètre B. P. C'est précisément cette recherche qui fait l'objet de la méthode. Voici comment M. Perret conseille de procéder pour mesurer le diamètre O. F. :

« La femme étant couchée sur le dos, on place les mains de chaque côté du ventre comme lorsqu'on veut reconnaître si la tête est engagée ou non; si elle l'est, inutile d'aller plus loin, l'accouchement peut se faire; mais si elle ne l'est pas, on la place autant que possible en position transverse : les draps et les couvertures sont roulés sur la face antérieure des cuisses et forment ainsi un coussin, qui supportera tout à l'heure l'arc gradué du céphalomètre de Budin dont on va se servir.

« On saisit l'extrémité des branches de cet instrument tout près du bouton terminal, et de manière que ce bouton soit maintenu entre le médius et l'annulaire par l'extrémité de la phalangette de chacun de ces doigts et on recommence le palper de la tête.

« On applique ainsi, en même temps que la pulpe des doigts, les boutons du céphalomètre, l'un sur le front, l'autre sur l'occiput; l'instrument étant ainsi placé, on lit sur l'arc gradué l'écartement des deux branches, on retranche de la grandeur trouvée l'épaisseur de la paroi abdominale que l'on obtient en faisant un pli à cette paroi et en mesurant l'épaisseur de ce pli. Le reste de la déduction représente la grandeur du diamètre O. F., et si on se rappelle que chez un fœtus à terme le diamètre B. P. mesure 25 millimètres de moins que le diamètre O. F., en retranchant 2cm5 de la dimension trouvée tout à l'heure, on aura la grandeur du diamètre B. P. »

M. Perret a, depuis, imaginé un céphalomètre plus petit, et d'un maniement plus pratique. La céphalométrie externe donne des résultats tout à fait suffisants dans la pratique, puisque, dans la mensuration du diamètre O. F., l'erreur qui peut être commise ne dépasse que rarement 2 millimètres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Le jury de l'internat est ainsi composé : Juges titulaires : MM. Picot, Auché, Courtin, Denucé, Bitot, Villar et Hirigoyen; — Juges suppléants : MM. Cassaët, Dubreuilh, Demons, Lanelongue, Verger, Verdelet et Cabannes.

Voici la composition du jury de l'externat : Juges titulaires : MM. Denucé, Verger, Lamacq, Verdelet et Guyot; — Juges suppléants : MM. Lefour, Sabrazès et Rivière.

Marine. — MM. les médecins de deuxième classe Cazamian, du port de Rochefort, et Lancelin, du port de Brest, sont désignés pour embarquer, le premier sur l'*Estoc* (station de l'Annam et du Tonkin) et le second sur le *Goëland* (station du Sénégal).

— M. le médecin principal Cantellauve, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer le 12 octobre prochain sur le vaisseau-école la *Couronne* à Toulon.

La lutte contre la peste. — En vue de prévenir les épidémies pesteuses, le décret suivant vient d'être pris :

« Article premier. — La destruction des rats à bord des navires est obligatoire pour toutes les provenances de pays contaminés ou suspects de peste, soit en cours de traversée, soit à l'arrivée avant le déchargement.

Art. 2. — Cette destruction est exclusivement pratiquée au moyen des procédés ou appareils dont l'efficacité aura été reconnue par le comité consultatif d'hygiène publique de France. Elle est immédiatement applicable dans les ports où ces procédés ou appareils sont mis à la disposition des capitaines, suivant les conditions agréées par l'autorité sanitaire et sous son contrôle permanent.

Art. 3. — Les frais en résultant sont à la charge de l'armemeut, conformément aux dispositions de l'article 94 (dernier paragraphe) du décret du 4 janvier 1896. Aucune taxe sanitaire n'est due, en conséquence, du fait de cette opération.

Art. 4. — Un certificat relatant les conditions dans lesquelles a été pratiquée l'opération est délivré aux capitaines ou armateurs par les soins de l'autorité sanitaire.

Art. 5. — Les infractions aux dispositions du présent décret sont passibles des pénalités édictées par l'article 14 de la loi du 3 mars 1822, sans préjudice des mesures d'isolement ou autres auxquelles les navires peuvent être assujettis en raison de leur provenance ou de l'état sanitaire du bord à l'arrivée. »

Tunis (hôpital Sadiki). — Deux places d'interne seront vacantes à l'hôpital Sadiki dans le courant de l'année 1904, la première au 15 janvier, la seconde au 15 avril. L'hôpital Sadiki est réservé à la population indigène de Tunisie. Il comprend notamment un service chirurgical très important, des laboratoires, un amphithéâtre permettant la médecine opératoire et la dissection.

Les internes assurent le service de garde, le service de la consultation externe, collaborent au service et peuvent opérer le cas échéant; ils collaborent en outre par des démonstrations ou des conférences à un enseignement médical élémentaire donné à de jeunes Tunisiens placés sous leurs ordres.

Avantages matériels. — Logement, indemnité mensuelle de nourriture 120 francs; traitement mensuel 100 francs. Soit un total de 2640 francs par an. Voyage payé en deuxième classe pour l'aller et le retour.

Conditions. — Scolarité terminée. Préférence accordée à externe de Paris ou interne de province justifiant d'un stage chirurgical sérieux. Engagement d'un an au moins. Le titulaire ne peut pas prendre un congé sans se faire remplacer à ses frais par un collègue agréé par l'administration de l'hôpital.

Adresser les demandes à M. Brunswic Le Bihan, chirurgien en chef de l'hôpital Sadiki.

Les conférences publiques d'internat de l'Hôtel-Dieu re-

prendront le vendredi 2 octobre à deux heures de l'après-midi et se continueront les vendredis suivants à la même heure.

Institut de médecine légale et de psychiatrie (Comité de direction : le doyen, le professeur de médecine légale, le professeur de clinique des maladies mentales). — I. *Cours théorique de médecine légale.* — M. le docteur Thoinot, agrégé, commencera ce cours au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, le vendredi 6 novembre 1903, à six heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

II. *Cours pratique de médecine légale.* — Ce cours commencera à la Morgue, le mercredi 4 novembre 1903, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les mercredis, M. le professeur Brouardel. — Les vendredis, M. le docteur Descout, chef du laboratoire de médecine légale. — Les lundis, M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

III. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.* — Ces conférences seront faites au laboratoire de toxicologte (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), et auront lieu, à dater du samedi 7 novembre 1903, les mardis, jeudis et samedis.

Les jeudis, à 4 heures, M. le docteur Descout, chef du laboratoire de médecine légale. — Les mardis, à trois heures, M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — Les samedis, à trois heures, M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

IV. *Cours théorique de psychiatrie.* — M. le docteur Roy, chef de clinique des maladies mentales, commencera ce cours, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le vendredi 6 novembre 1903, à dix heures, et le continuera les mardis et les vendredis suivants, à la même heure, pendant les mois de novembre, décembre et janvier.

V. *Cours clinique de psychiatrie.* — M. le professeur Jouffroy commencera ce cours à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le samedi 14 novembre 1903, à dix heures, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

VI. *Cours théorique de psychiatrie médico-légale.* — M. le docteur Dupré, agrégé, commencera ce cours le mardi 2 février 1904, à dix heures, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

VII. *Examens de malades et rédactions d'observations ou de rapports.* — MM. les docteurs Roy et Parant, chefs de clinique des maladies mentales, dirigeront ces exercices pratiques, qui se feront à la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, les lundis et jeudis, à neuf heures et demie, et commenceront le lundi 16 novembre 1903, à la même heure.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'institut de médecine légale et de psychiatrie : les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français (titulaires de seize inscriptions) et étrangers, seront admis à suivre les cours et conférences de l'institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Les droits à verser sont : 1 droit d'immatriculation, 20 francs ; 1 droit de bibliothèque, 10 francs ; 4 droits trimestriels de laboratoire à 75 francs, soit 300 francs ; 1 droit d'examen, 100 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Commentaire administratif et technique de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, par le docteur A.-J. Martin et Albert Bluzet, docteur en droit. 1 fort vol. in-8º de 472 pages, avec une table alphabétique permettant de se reporter immédiatement à toutes les matières traitées dans le volume. — Prix : broché, 7 fr. 50; cartonné toile, 8 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Note sur la pathogénie des phlegmons de la cavité de Retzius, par le docteur Léon Imbert. (Communication faite à la sixième session de l'Association française d'urologie, Paris, 1902.) — Clermont (Oise), imprimerie Daix frères.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

OCCASION EXCEPTIONNELLE, cause départ, Populaire de Dion-Bouton tonneau, 8 chevaux, carrosserie grand luxe, pneus 85 extra-fort aux quatre roues, phare Blériot, nombreux accessoires, pièces et pneus de rechange, roulé un mois et demi, marche parfaite. — Prix : 4 500 francs. — S'adresser Claparède, rue du Jeu-de-Paume, Montpellier.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 113 — JEUDI 1er OCTOBRE 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 1er OCTOBRE 1903. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

INFECTION PUERPÉRALE LOCALISÉE

(SALPINGO-OVARITE SUPPURÉE) TRENTE-SIX HEURES APRÈS L'ACCOUCHEMENT; LAPAROTOMIE SOUS-PÉRITONÉALE; GUÉRISON

Par le docteur P.-A. LOP,

Chargé de cours complémentaire d'accouchements et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

C..., multipare, vingt-six ans, santé délicate, a eu d'abondantes hémoptysies à différentes reprises, dues certainement à un rétrécissement aortique.

A été accouchée une première fois par moi, accouchement terminé par un forceps, pour une droite postérieure avec circulaires très serrés; le post-partum fut des plus normaux, pas d'allaitement. Autant la première grossesse a été des plus heureuses, comme la seconde a été des plus tourmentées.

Aux troisième, quatrième et sixième mois hémoptysies abondantes sans que jamais elle n'ait présenté la moindre lésion pulmonaire, ce qui me porte à croire que ces hémoptysies sont bien d'origine cardio-artérielle. Jamais elle n'a rien présenté au point de vue génital, l'ayant examinée à différentes reprises en vue d'un accouchement provoqué, l'évacuation de l'utérus se présentant, à un moment donné, comme nécessaire pour interrompre les hémoptysies exagérées et probablement provoquées par la grossesse.

L'accouchement a eu lieu pourtant à terme, le 29 mars, présentation du sommet; durée de l'accouchement trois heures; convalescent à ce moment-là d'une grippe, l'accouchement ayant eu lieu la nuit, le travail a été surveillé et dirigé par une sage-femme : délivrance normale, pas d'hémorragie. Mais je me hâte de le dire, j'en ai fait la pénible constatation, pas d'antisepsie et peu de propreté (l'accoucheuse n'avait pas été choisie par moi).

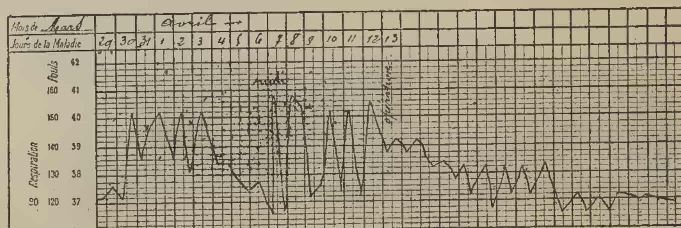
Accouchée le 29 mars à sept heures du matin, elle est prise, le 30 au soir, d'un grand frisson avec élévation de température, de vomissements et d'une douleur intense dans la fosse iliaque droite.

Je la vois à trois heures de l'après-midi et le tableau clinique qu'elle offre est celui d'une appendicite; point de Mac Burney, contracture de la paroi abdominale, vomissements, etc.; tous les signes classiques de l'appendicite aiguë. Par le toucher l'utérus n'est nullement douloureux, il est bien revenu; les lochies ne sont pas fétides, les culs-de-sac sont libres.

Traitement. — Glace, opium et grandes injections chaudes. Par mesure de précaution, je fais à six heures du soir une injection intra-utérine de 3 litres, dont le liquide ressort clair, sans aucune odeur.

31 *mars.* — La douleur s'installe et se localise définitivement dans la fosse iliaque droite et ce pendant trois jours, au bout desquels la température baisse et les phénomènes douloureux vont en s'atténuant; mais l'état général laisse à désirer, syncopes fréquentes.

Une purgation amène des selles abondantes, presque sans odeur. Après la purgation s'établit une diarrhée qui dure pendant quatre jours: la température qui s'était abaissée remonte pour s'installer définitivement jusqu'au jour de l'intervention; et du 4 avril au 15 (jour de l'opération) chaque jour et à la même heure, grands frissons avec élévation de la température à 40 degrés suivie de sueurs profuses; à ce moment-là on commence à sentir à travers la paroi abdominale un empâtement léger assez marqué dans le ligament large; le cul-de-sac latéral droit, toujours normal, est cependant un peu douloureux.



A gauche les annexes ne présentent rien de particulier à signaler; l'utérus est toujours silencieux et l'involution se fait normalement; aussi en présence de cet état je n'hésite pas à proposer une intervention chirurgicale et je prie mon confrère et ami, le docteur Acquaviva, chirurgien des hôpitaux, de vouloir bien venir me donner son avis.

Mon diagnostic s'étant définitivement arrêté à celui de salpingite suppurée et mon confrère ayant admis la même opinion que moi, nous décidons la malade à se laisser opérer le plus tôt possible, elle est alors admise à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Gabriel Roux qui a bien voulu nous la laisser opérer le 13 avril.

L'état général était alors des plus médiocres, mais le cœur pourtant, malgré ses altérations organiques, n'avait

pas faibli et nous faisait espérer que nous pourrions sans encombre intervenir.

Afin d'éviter à la malade un traumatisme opératoire trop considérable, que n'aurait pas manqué d'amener une laparotomie médiane, le docteur Acquaviva propose de faire une laparotomie sous-péritonéale, incision qui donne assez de jour et permet d'arriver sur les annexes droits et de procéder à l'extirpation de la trompe qui est légèrement dilatée et renferme une quantité minime de pus tandis que l'ovaire, notablement augmenté de volume, est rempli de petits abcès miliaires.

Les suites opératoires ont été des plus satisfaisantes et peu à peu la malade est arrivée à la guérison complète sans trop d'encombre. Aujourd'hui 31 mai on peut la considérer comme complètement guérie.

L'état général est bien meilleur, le cœur a repris sa vigueur primitive et sous peu la malade pourra partir pour la Corse, son pays natal.

L'examen bactériologique du pus contenu dans l'ovaire et dans la trompe a fait constater l'existence de nombreux streptocoques.

Cette observation m'a paru digne d'être publiée, à cause de la rapidité de l'infection et de sa localisation extra-utérine, alors que l'utérus, qui certainement a servi de porte d'entrée, est resté constamment indemne de toute manifestation clinique.

En effet, il est rare que la salpingite puerpérale évolue aussi rapidement sans lésion préalable de l'utérus, il n'est pas habituel de trouver une pareille complication à l'état isolé, c'est ce qui m'a engagé à publier ce cas remarquable par son acuité, son évolution clinique et son heureuse terminaison.

DE L'INFLUENCE DU MILIEU HOSPITALIER

SUR L'ÉVOLUTION DES MALADIES INFANTILES

D'après M. F. Barthélemy (1).

Archambault disait en 1880 : « A l'hôpital des Enfants-Malades, on ne meurt pas de la maladie qui vous amène, mais de celle qu'on y contracte. » Et il ajoutait : « J'ai écrit cela en 1864, et, en 1880, la phrase est restée vraie. »

L'assertion d'Archambault a un peu vieilli; elle a sans doute perdu de sa rigoureuse exactitude. Cependant, elle contient certainement encore une bonne part de vérité. On peut dire d'une façon générale que l'hôpital ne convient pas à l'enfant. Il lui est rarement favorable, le plus souvent nuisible, et peut même constituer pour lui un véritable danger. Lorsqu'un enfant sain ou atteint d'une affection essentiellement chronique telle qu'une paralysie infantile ancienne est placé dans le milieu hospitalier, il présente presque constamment, dans les jours qui suivent, un malaise passager, les signes d'une infection légère, parfois même les symptômes d'une intoxication profonde. S'il est atteint d'une maladie en évolution, celle-ci s'aggrave, des complications surviennent et le pronostic est, d'emblée, considérablement assombri.

Cette influence néfaste du milieu hospitalier sur les enfants est depuis longtemps connue. Tenon la signalait dès 1779 et insistait déjà sur la séparation qu'il fallait établir entre les adultes malades et les enfants malades. Cette séparation ne s'est effectuée qu'à une époque assez rapprochée de la nôtre et, lorsqu'elle a été achevée, on a encore longtemps laissé en contact les enfants atteints de toutes sortes de maladies; le rougeoleux était placé à côté du diphtérique, le scarlatineux à côté du choréique, tous occupaient la même salle. On devine avec quelle facilité se développaient les épidémies dans un pareil milieu et l'on aurait pu affecter à tous les hôpitaux d'enfants de cette époque la désignation de *nécropole infantile* que M. Moizard réservait pour l'hospice des Enfants-Assistés.

Bien que les choses aient un peu changé, les hôpitaux d'enfants sont loin de représenter un milieu favorable pour l'enfant malade. Les parents le savent bien, et s'il en est beaucoup qui n'y recourent qu'à regret, d'autres, heureusement peu nombreux, considèrent « le séjour à l'hôpital comme un moyen honnête, sinon infaillible, de se débarrasser d'une façon définitive de ses enfants » (Maunoir). Ainsi, auprès du public comme auprès des médecins, les hôpitaux d'enfants jouissent d'une fâcheuse, mais non injuste réputation.

Cette réputation tient avant tout au *milieu hospitalier*. Il est assez difficile de dire d'une façon complète et exacte ce qu'est le milieu hospitalier. Une foule de conditions absolument différentes les unes des autres s'unissent pour le constituer. Il est la résultante d'un ensemble de circonstances qui ne se trouvent groupées que dans les hôpitaux.

Citons avant tout l'*agglomération* qui est la cause première de tous les défauts du milieu hospitalier. « Nous disons agglomération parce que les nouvelles salles des hôpitaux d'enfants possèdent certainement un cubage d'air suffisant. Nous devrions dire encombrement si nous songions à ce qu'étaient, il y a quelques années encore, les vieilles salles des Enfants-Malades et de l'hôpital Trousseau. »

Cet *entassement* des enfants faisait que, malgré tous les efforts, le personnel demeure insuffisant. On a beaucoup multiplié le nombre des infirmières depuis quelques années, et le nombre des surveillantes, suppléantes, infirmières, veilleuses, filles de salle est considérable, relativement au nombre des hospitalisés. « Pourtant, à cette abondance apparente correspond souvent une insuffisance réelle et de l'agglomération des malades résulte nécessairement une moindre perfection dans les soins. »

A cette question du personnel est intimement liée l'influence morale de l'hôpital sur l'enfant. « Les anciens auteurs s'apitoyaient beaucoup sur le sort des petits malades, arrachés à leur famille et placés brutalement au milieu de personnes étrangères. Peut-être, en effet, l'isolement a-t-il parfois une mauvaise influence sur la gaieté de l'enfant. Cependant, le plus souvent, sa tristesse est éphémère et il s'habitue si bien à l'hôpital qu'il pleure parfois quand on l'en retire. »

Beaucoup plus importantes sont les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve l'enfant. L'air des hôpitaux est un air essentiellement vicié. Il a tous les défauts des atmosphères confinées; ces défauts sont multipliés par le nombre et la variété des malades qui y respirent. Il est modifié dans sa composition chimique, ainsi que le montrait Lavoisier dès 1882; il contient des particules inertes ou animées qui jouent un rôle certain dans le développement des contagions hospitalières désignées sous le nom de *miasmes de l'encombrement* (Bouchardat), de *miasmes putrides* (Gavarret), de *miasmes zoohémiques* (Fonssagrives), ces particules organiques étaient déjà signalées par Rilliet et Barthez : « Dans les hôpitaux d'enfants, l'atmosphère mias-

(1) Th. de Paris 190?, Asselin et Houzeau.

matique, la réunion de causes antihygiéniques créent un véritable *climat pathologique*, et ce climat fait germer certains produits qui ne se seraient pas développés dans d'autres conditions. »

Nous connaissons aujourd'hui la nature de ces miasmes : « L'air des hôpitaux est dangereux surtout parce qu'il tient en suspension une multitude de germes pathogènes. D'après les recherches de Zéléneff, la souillure des mobiliers des hôpitaux serait extrême ; le bacille de Koch, le pneumocoque, le spirille du choléra, le streptocoque pyogène, etc., s'y trouveraient en permanence. » L'air peut donc, grâce à l'existence de ces nombreux microbes pathogènes, jouer un rôle actif dans la transmission et la dissémination d'un certain nombre des maladies.

Toutefois, ce rôle paraît des plus limités; c'est le plus souvent par voie indirecte que se fait la contagion, les différents germes pathogènes étant transportés de la personne malade à la personne saine par les mouches, les insectes, par les objets de literie, les vêtements, les jouets, etc., etc.

L'agglomération augmente la virulence de tous les germes contenus dans une salle d'hôpital, ainsi que l'a fait remarquer M. Hutinel à propos des complications broncho-pulmonaires de la rougeole. Grâce à l'encombrement, « l'infection transmise est plus sérieuse et plus grave que l'infection causale. C'est la méthode des inoculations en séries transportée du laboratoire dans la salle de malades, appliquée non plus à l'animal, mais à l'enfant. »

Le milieu hospitalier n'est pas seul à jouer un rôle dans le développement des infections hospitalières. Le *terrain* intervient lui aussi. L'enfant n'a pas les moyens de défense que possède l'adulte. Ses organes, qui n'ont pas encore lutté, ne sont pas préparés à la lutte. Déjà peu développés chez l'enfant sain, ils deviennent tout à fait insuffisants chez l'enfant malade, et particulièrement chez le prématuré. D'autant que, sur ce terrain neuf, les espèces microbiennes acquièrent une virulence remarquable, et l'enfant, peu résistant de par l'âge et de par la maladie, devient rapidement la proie des infections les plus graves.

Chez les *nourrissons*, les *infections respiratoires* sont les plus fréquentes. Mais, tandis que le nourrisson soigné en ville peut guérir, et guérit assez souvent, le bébé soigné à l'hôpital fait une broncho-pneumonie presque toujours mortelle ; cette broncho-pneumonie qui évolue silencieusement, sans s'accompagner de signes physiques ni généraux, et qui prend souvent, chez le prématuré, la forme hémorragique, a été bien décrite par Pascaud : « On a en couveuse un prématuré; il commence à profiter. Son échelle de poids est des meilleures. Son état général s'améliorait journellement, presque à vue d'œil. Un beau jour il décline, ne prend plus le sein avec la même ardeur. Ses selles toutefois restent bonnes, et il meurt sans qu'on puisse en donner la cause. » A l'autopsie on trouve une broncho-pneumonie et pas autre chose.

Fréquentes sont également les *infections intestinales* chez le prématuré. Ces infections prolongent l'hypothermie, la font quelquefois réapparaître après plusieurs jours de température normale et amènent rapidement la mort.

Plus rares sont les *infections cutanées*. Lorsqu'elles apparaissent, les nourrissons font à leur occasion des lymphangites, des adénites, des érysipèles ou encore sont emportés par une septicémie suraiguë. Les infections ombilicales commencent à être exceptionnelles aujourd'hui. Audion les divise en infections *légères* qui ne retentissent pas, du moins en apparence, sur l'état général, et infections *graves*, dans lesquelles les phénomènes généraux dominent la scène. Il propose de rattacher à l'infection ombilicale certaines broncho-pneumonies, certaines péricardites légères dont l'origine est souvent inconnue.

L'*infection générale* consécutive à une infection locale est la règle chez les prématurés. A l'occasion d'une plaie, d'un abcès cutané, ils font une infection générale mortelle. La porte d'entrée de l'infection est souvent insignifiante, si bien que M. Hutinel a pu dire que, pour les prématurés, il n'y a pas de maladie bénigne.

L'*enfant plus âgé* est déjà plus résistant. Il ne fait plus d'infection généralisée, mais il n'en subit pas moins les effets du milieu hospitalier. Tantôt, quelques jours après son entrée à l'hôpital, il fait une petite angine avec rougeur diffuse de la gorge et fièvre (*angine du milieu* de M. Hutinel), tantôt il est pris de *bronchite*, de *congestion pulmonaire* ou de *broncho-pneumonie* vraie, tantôt encore il est atteint de *troubles digestifs* variés : « Le plus souvent, il s'agit d'une diarrhée banale qui traduit une infection légère et purement locale du tube digestif. Mais parfois la diarrhée perd son caractère de bénignité; elle est à la fois le résultat et l'origine d'une infection plus profonde... La gastro-entérite prend alors des allures suraiguës et devient, dans un milieu encombré, presque fatalement mortelle. » D'autres fois, la constipation domine. « Un enfant entre à l'hôpital avec des symptômes d'embarras gastrique léger que l'on attribue à la constipation habituelle... Mais, le lendemain de son entrée, il fait une brusque ascension de température et prend un aspect profondément infecté. Des vomissements apparaissent, répétés sans cesse, fatiguant le malade. La constipation reste absolue en dépit des purgatifs, des lavements. L'abdomen reste souvent rétracté... En même temps, le pouls s'accélère, devient petit, filiforme, les extrémités se refroidissent, les yeux se creusent, les muqueuses se décolorent. L'enfant succombe en vingt-quatre à quarante-huit heures aux progrès de la toxhémie d'origine gastro-intestinale. A l'autopsie, on ne trouve rien qui soit susceptible d'expliquer ces accidents foudroyants... Dans le milieu familial, l'enfant présentait des troubles d'infection bénigne et localisée; placé dans le milieu hospitalier, il a fait aussitôt des accidents suraigus d'infection générale. » D'autres fois encore, ces accidents d'auto-intoxication surviennent par poussées successives (Ch. Lévi) et aboutissent à la mort au bout d'un temps plus ou moins long.

Les enfants atteints de *dermatoses* banales : eczéma, impétigo, gale, se comportent tout différemment en ville et à l'hôpital. En ville, ces diverses dermatoses « sont pour les enfants des maladies insignifiantes. Elles ne leur font courir aucun danger... A l'hôpital, le pronostic de ces affections est absolument différent. » Tantôt l'enfant fait des complications locales plus ou moins graves : abcès, sphacèle, adénopathie; tantôt les lésions locales ne se modifient pas, il est pris de bronchite, de broncho-pneumonie, de convulsions et meurt. Cette terminaison, d'autant plus fréquente que l'enfant est plus jeune, est connue de tous les médecins d'enfants : elle doit faire impitoyablement proscrire de l'hôpital les nourrissons atteints d'eczéma, d'impétigo, de gale.

Les *infections staphylococciques* sont, elles aussi, surtout fréquentes dans le milieu hospitalier (Hulot) : elles aboutissent à une septicémie qui emporte rapidement le malade ou provoque des accidents localisés, que MM. Hutinel et Labbé rangent en quatre groupes distincts : *abcès multiples*,

éruptions pemphigoïdes et *pustuleuses*, *lymphangite pseudo-érysipélateuse*, *gangrène cutanée disséminée*. Lorsque l'infection est généralisée, voici ce que l'on observe : « Un enfant très jeune, atteint d'eczéma ou d'impétigo, est pris tout à coup d'une fièvre intense avec prostration et agitation. La température monte rapidement à 40-41 degrés. On trouve quelques râles dans la poitrine et tous les organes semblent sains. Néanmoins, les accidents s'aggravent rapidement et la mort survient en deux, trois, quatre jours. A l'autopsie, les organes sont peu lésés. Mais l'examen du sang et des organes révèle pourtant la présence du staphylocoque doré. »

A côté des affections cutanées, il faut placer les *aphtes*, dont le milieu hospitalier augmente considérablement la gravité. Lorsque, aux Enfants-Assistés, M. Hutinel constate dans la bouche d'un enfant quelques ulcérations aphteuses, il réserve toujours le pronostic. S'il s'agit de lésions étendues, chez un enfant débile, peu résistant, il porte d'emblée un pronostic très grave. Pour les infections buccales comme pour les affections cutanées, le milieu hospitalier est donc un élément de pronostic très défavorable.

Si le milieu hospitalier modifie aussi profondément l'enfant sain, il est facile de prévoir l'influence funeste qu'il est capable d'exercer sur l'*enfant malade* : « La mauvaise influence du milieu s'exerce sur lui avec une intensité toute particulière. La maladie est plus grave parce qu'elle se complique d'infections surajoutées, et alors le véritable pronostic n'est pas celui de la maladie, c'est celui de ses complications. » Diverses maladies peuvent également s'associer et l'on peut, suivant les cas, observer des coqueluches-rougeoles, des rougeoles-varicelles, des coqueluches-varicelles, des scarlatines-rougeoles. M. Barthélemy cite même quelques cas où trois infections se sont réunies chez un même sujet : coqueluche-rougeole-oreillons, scarlatine-rougeole-varicelle.

Quant aux infections surajoutées, ce sont, en première ligne, les *affections broncho-pulmonaires* aiguës. « Ce sont elles qui font la gravité de la rougeole et de la coqueluche, qui hâtent la terminaison de bien des affections gastro-intestinales. Ces maladies sont le plus souvent bénignes en ville... elles deviennent graves dans une salle encombrée dont les poussières viennent ensemencer directement des muqueuses déjà malades. » La broncho-pneumonie, dans ce cas, peut revêtir la forme suraiguë ou aiguë; mais, le plus souvent, elle affecte le type subaigu ou pseudo-tuberculeux (Hutinel). « L'enfant paraît guéri de sa rougeole; pourtant, il reste dans un état subfébrile, sans appétit, avec de gros râles dans les poumons. Au bout de quinze jours, trois semaines, la température s'élève de nouveau à 39 degrés; il y a un peu de dyspnée et de toux. Les râles sont plus nombreux, et, par place, la respiration devient soufflante. La guérison peut survenir, tardive et incertaine, laissant parfois une dilatation bronchique ou une adénopathie tenace. D'autres fois, l'enfant se cachectise et finit par succomber. »

Des phénomènes analogues se retrouvent dans la scarlatine, la diphtérie et surtout la coqueluche, qui « est peut-être une des maladies pour lesquelles le milieu hospitalier et le plus funeste par les complications broncho-pneumoniques qu'il engendre ». Ces complications sont si graves et si fréquentes que la plupart des médecins qui ont été chargés du service de la coqueluche aux Enfants-Malades ont demandé la suppression de ce service : « Il est préférable de ne pas isoler les coqueluchеux que de les hospitaliser dans des conditions aussi déplorables » (Variot).

C'est encore par le poumon que meurent les enfants soignés à l'hôpital pour gastro-entérite. Les phénomènes intestinaux passent au second plan et les accidents thoraciques dominent la scène. Ce sont là les broncho-pneumonies intestinales dont la pathogénie a été si discutée dans ces dernières années.

Les *infections bucco-pharyngées* sont, elles aussi, plus graves à l'hôpital qu'en ville. Les aphtes confluents, la gangrène de la bouche post-rubéoliques sont assez fréquents chez les enfants soignés à l'hôpital; leur apparition assombrit singulièrement le pronostic de la maladie principale.

Les *infections cutanées* se développent surtout chez les enfants hospitalisés : tantôt elles affectent la forme disséminée, tantôt, au contraire, elles aboutissent à la production d'abcès peu nombreux, mais volumineux; d'autres fois, elles se caractérisent par des éruptions vésico-pustuleuses apparaissant au cours de la convalescence des fièvres éruptives, ou encore par des gangrènes disséminées de la peau.

Il en est de même des *streptococcies*. Les *érythèmes infectieux* que l'on observe au cours de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, des gastro-entérites graves, des fièvres éruptives sont dus, comme l'a montré M. Hutinel, non à l'affection primitive, mais bien à l'infection secondaire du milieu hospitalier. Le plus souvent, ces érythèmes guérissent, mais parfois, dans des conditions encore mal déterminées, ils s'accompagnent de phénomènes généraux graves, et aboutissent rapidement à la mort. Dans ces cas, on trouve à l'autopsie des lésions viscérales multiples : foie mou, pâle et graisseux, rate diffluente, ganglions mésentériques tuméfiés, reins congestionnés, et l'examen du sang décèle parfois le streptocoque à l'état de pureté (P. Nobécourt et P. Merklen).

D'autres fois, l'infection streptococcique revêt la forme d'une *septicémie suraiguë* affectant parfois la forme épidémique. « Un enfant d'un à quatre ans, disent MM. Hutinel et Claisse qui ont particulièrement bien étudié ces cas, présente pendant plusieurs jours les signes d'une bronchite des grosses bronches avec un température normale. Tout à coup la température s'élève à 40-41 degrés, le facies s'altère, la dyspnée apparaît et bientôt l'état du malade est désespéré. » Ces infections suraiguës ne se produisent guère que dans les milieux où sont accumulés des enfants très jeunes, très peu résistants, qui s'infectent les uns les autres; le streptocoque en est le principal agent, mais le pneumocoque et le staphylocoque peuvent en réaliser de pareilles.

Enfin quelques *infections sspécifiques* peuvent encore se transmettre grâce à l'agglomération des malades. Telles sont la syphilis, les affections parasitaires de la peau, la tuberculose, mais ces cas sont plus rares et aussi mieux connus, puisqu'ils ne diffèrent pas de ceux qu'on observe dans une salle d'adultes.

Que faire pour lutter contre l'influence funeste du milieu hospitalier? Désinfecter fréquemment les salles, éviter l'encombrement, isoler les enfants infectés, veiller avec le plus grand soin à l'asepsie du tégument et des muqueuses, telles sont les règles générales à suivre. Ce sont celles que, depuis longtemps, M. Hutinel a mises en vigueur au Enfants-Assistés et qui lui donnent, chaque année, les meilleurs résultats.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du chancre syphilitique.

M. T. Barthélemy indique ainsi, dans sa nouvelle et intéressante revue, *La Syphilis*, le traitement du chancre syphilitique :

« Le *traitement du chancre génital*, pénien, ou balano-préputial, comprend le traitement externe ou local, le traitement interne ou général et le traitement moral.

1° Traitement externe. — Si le chancre date seulement de quelques jours, s'il siège au bord libre du prépuce (comme aussi chez la femme au bord libre d'une lèvre), on peut conseiller l'excision suivie d'une suture aseptique. On a ainsi vu la guérison remarquablement hâtée. L'excision n'atténue pas assez sensiblement l'infection pour contrebalancer les inconvénients d'un tel procédé quand le chancre siège dans des régions moins propices à l'intervention.

Si le chancre est ulcéreux ou végétant, s'il a une durée anormalement prolongée, de deux mois par exemple, et que l'excision ne soit pas possible, on pratiquera tout autour et au-dessous de la plaie, une série d'injections, de quelques gouttes chacune, d'une préparation mercurielle soluble (oxycyanure, benzoate, biiodure d'hydrargyre ou sublimé).

Après avoir lotionné la plaie avec une solution de nitrate d'argent du trentième au cinquantième, on la pansera par une couche d'onguent napolitain ou de la pommade suivante :

Vaseline	15 grammes.
Lanoline	5 —
Résorcine	0g50
Précipité blanc	1 gramme.

C'est avec cette dernière préparation ou encore par la poudre de calomel que l'on traitera le chancre syphilitique dans sa forme normale, après un bain local de cinq minutes et après une lotion, soit à l'oxycyanure d'hydrargyre, soit au permanganate de chaux, à la dose de 0,25 par litre d'eau stérilisée.

2° Traitement interne. — Le mercure devra être prescrit aussitôt que le diagnostic de syphilis sera certain. Tant que cette certitude n'est pas formelle, on ne doit faire que le traitement local. Si le malade réside dans un endroit où il soit possible que les injections intra-musculaires soient bien faites, il n'y a pas à hésiter à prescrire immédiatement, soit les injections hebdomadaires d'huile grise, soit les injections quotidiennes de la solution aqueuse de biiodure d'hydrargyre ou d'une autre préparation mercurielle soluble. Si le malade n'est pas dans les conditions mentionnées plus haut, on prescrira les pilules de proto-iodure, ou la liqueur de Van Swieten, ou les frictions mercurielles, celles-ci ne pouvant aussi donner des résultats assurés que dans des conditions spéciales.

Ces frictions sont parfois utiles dans le traitement local des adénopathies inguinales, parfois considérables, qui accompagnent le chancre.

3° Le traitement moral comporte deux points : le premier consiste dans les conseils que le médecin devra donner sur les précautions que le malade doit prendre pour ne pas propager la syphilis, et sur la nécessité du traitement méthodique et prolongé pour se préserver, lui et ses descendants futurs, des accidents tardifs de la syphilis. Le second point a été signalé récemment par Fournier, qui a pu réunir dix-huit cas de suicides à la suite du désespoir causé par l'annonce brusque ou inattendue de la syphilis (Acad. de méd. de Paris, mai 1903). Fournier conseille de ne faire cette déclaration qu'avec douceur et précaution, après avoir préparé le malade auquel on ne laissera pas de doute sur la guérison de son mal s'il fait un traitement suffisant, actif et prolongé. »

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Tuberculose et mariage, par S. Jeannel. (*Nouv. Montpellier méd.*, t. XIV, 1902.) — Le docteur Jeannel, médecin consultant au Mont-Dore, vient de publier un travail qui mérite d'être présenté à nos lecteurs.

Dans une étude qui serre de près son sujet, il s'est appliqué à répondre, avec toute la précision possible, à la question « Tuberculose et mariage », déjà soulevée par H. Cazalès, grave question qui, après avoir tenté les romanciers de notre époque, sera sans doute portée à la scène, comme d'autres analogues viennent de l'être, non sans talent et sans effet sur les foules.

Après avoir posé en fait, avec documents à l'appui, d'abord, que l'idée de l'hérédité de la tuberculose est à peu près abandonnée, puis, que la tuberculose se propage par la transmission du bacille; et enfin, qu'elle est curable, il trace sa ligne de conduite au praticien consulté au sujet d'un mariage projeté entre jeunes gens menacés ou atteints de tuberculose.

Permettant l'union désirée aux prédisposés et aux guéris, non sans des garanties et des recommandations légitimes, il la refuse formellement lorsque le diagnostic est positif. Quant aux tuberculeux mariés, il veut, tenant compte de l'importance — capitale, d'après les expériences de Strauss et autres chercheurs sur la très fréquente présence du bacille dans les premières voies respiratoires des sujets sains — de la réceptivité de l'organisme, qu'on les éclaire sur les moyens les plus sûrs de diminuer celle-ci, sinon de la détruire, en même temps, d'autre part, que sur les mesures à opposer à la pénétration, à l'absorption du contagieux bacille.

En praticien consciencieux autant qu'expérimenté, il termine en rappelant, avec Grasset, tout le souci de la cure morale du tuberculeux qui s'impose au dévouement du médecin. S.

Persistance de la réaction de Widal après la fièvre typhoïde. (MM. Browne et Crompton. *Lancet*, 21 juin 1903, p. 1793.) — M. Curschmann prétend qu'il existe dans le séro-diagnostic une source d'erreur résidant dans ce fait que le pouvoir agglutinant du sérum peut persister pendant des mois et même des années après la guérison d'une fièvre typhoïde. Dans ces conditions, on conçoit en effet qu'on puisse faire une erreur de diagnostic si, chez un ancien typhique, on constate la séro-réaction au cours d'une affection fébrile quelconque. Aussi, les auteurs du présent travail ont-ils recherché quelle pouvait être la fréquence de cette séro-réaction persistante : d'après leurs conclusions, ce n'est qu'à titre d'exception qu'on peut observer le phénomène de l'agglutination au delà de quelques mois. Sur 68 cas, on n'a obtenu une réaction positive que chez 3 sujets, et l'un d'eux n'était guéri de sa fièvre typhoïde que depuis quelques mois. Cette proportion est très minime : d'autres auteurs, il est vrai, ont obtenu des chiffres plus élevés, mais leurs observations portaient sur des cas ne datant que de quelques semaines. On a constaté qu'il n'existe aucune relation entre l'intensité de la maladie et la persistance de la réaction.

En résumé, et au point de vue pratique, la cause d'erreur incriminée peut être tenue pour négligeable.

A. Housquains.

SYPHILIGRAPHIE

Des syphilis qui n'ont jamais été traitées. (T. BARTHÉLEMY. *La Syphilis*, juillet 1903, p. 61.) — Les cas de syphilis qui n'ont jamais été traités, *fût-ce par une seule pilule mercurielle*, sont toujours intéressants à observer et à signaler comme pronostic.

« Il y a, certes, dit l'auteur, un grand nombre de cas, peut-être le plus grand nombre des cas de syphilis, qui, sans grand traitement spécifique, sont et restent bénins et qui guérissent bien et complètement, autant du moins qu'on peut le croire; c'est-à-dire qu'ils permettent aux sujets d'atteindre la vieillesse, après être restés pendant de très longues années indemnes de toute manifestation spécifique.

Voilà un point dont chaque médecin a pu contrôler la réalité par un ou quelques faits placés longtemps sous son observation ou dans son entourage.

Mais en regard il faut noter les cas où la syphilis, *n'ayant jamais été mercuriellement combattue*, a été abandonnée à elle-même (parce qu'elle est essentiellement insidieuse et indolente et que le malade n'est pas averti du danger qui le menace) et où elle persiste (premier cas) : tantôt par des accidents, légers peut-être, superficiels, mais très étendus comme éruption cutanée par exemple, ou bien, très souvent, constamment récidivants, comme sont certaines lésions linguales (deuxième cas); tantôt au contraire par des accidents très graves, troublant toute la manière de vivre, interrompant tout travail comme tout plaisir, et pouvant même compromettre rapidement l'existence; et cela précisément, nous le répétons à dessein, parce qu'aucun traitement spécifique n'est intervenu en temps opportun à dose suffisante et assez prolongée.

Ce sont des faits se rapportant à ces deux classes d'accidents que nous consignerons ici brièvement :

1° Syphilis contractée en 1870 pendant la guerre. Le jeune soldat, emmené ensuite en captivité, n'a pas souffert, ne s'est pas plaint, n'a jamais été traité. Aujourd'hui, devenu patron, âgé de cinquante-cinq ans, il est depuis sept ans couvert d'une éruption syphilitique psoriasiforme généralisée;

2° Cas à peu près identique; syphilis remontant à 1871 et jamais traitée jusqu'à 1902 (toujours parce que bénigne et indolente. « Je n'avais pas mal; je me croyais guéri; donc je n'avais pas à me soigner. » Voilà ce que disent les malades. Depuis un an, cet homme a des plaies profondes qui apparaissent successivement, trouant les avant-bras d'ulcérations isolées ou confluentes. Depuis un an, le malade est traité par un pharmacien qui le soumet à des doses continuelles de levure de bière *sous prétexte de combattre ses furoncles, ses anthrax*. Or ce sont des types de gommes développées exclusivement dans le tissu cellulaire sous-cutané des avant-bras.

Aucune autre manifestation spécifique, ni du côté des os, ni du côté des visions, ni du côté du système nerveux. Homme vigoureux, non alcoolique comme le précédent.

3° et 4°. Les deux cas suivants, observés chez des hommes jeunes, trente-cinq et vingt-sept ans, offrent au contraire la plus haute gravité. Le premier s'est terminé l'an dernier par la mort, douze ans après le chancre; le deuxième est en voie de semblable évolution sept ans après le chancre. Il s'agit, dans les deux cas, de syphilis méningo-encéphalique diffuse, donnant lieu à la symptomatologie et au pronostic de la paralysie générale d'origine syphilitique. Ce qui domine dans ces deux cas, c'est le trouble extrême de la parole, comme s'il y avait une localisation très nette, l'affaiblissement graduel et progressif de la mémoire d'abord, de l'intelligence ensuite, le tremblement des mains, des lèvres, de la langue, et enfin le calme des patients. Il n'y a jamais eu de période d'excitation, de convulsions, d'ictus, de délire, de persécution, d'agitation, à peine un peu de satisfaction, plutôt de la résignation, de l'indifférence, de la dépression graduelle.

Le traitement donné pour la première fois, bien que sous la forme intensive à la période d'état de la maladie, n'a produit aucun résultat favorable, comme d'ailleurs dans la presque totalité des cas analogues. En effet, il ne faut pas confondre les faits de paralysie générale avec les cas d'artérite cérébrale généralisée, pas plus qu'avec ceux de lésion cérébrale localisée et circonscrite qui guérissent définitivement par le traitement spécifique. Cette guérison peut être obtenue par environ cent piqûres d'huile grise, par séries espacées méthodiquement selon la tolérance du malade. »

L. GAYARD.

VARIÉTÉS

Le rhumatisme articulaire diagnostiqué et guéri par les piqûres d'abeilles.

M. Terc (de Marbourg, en Styrie) a eu l'idée, pour le moins originale, d'établir une relation entre le rhumatisme articulaire et les effets produits par les piqûres d'abeilles. Il faut savoir que la réaction locale, caractérisée par l'apparition d'une vésicule suivie d'un gonflement inflammatoire, habituellement déterminé par l'action de ces dernières, peut ne pas se produire chez des personnes qui ont eu à supporter souvent et longtemps de semblables piqûres. Il semblerait que chez elles, et maints apiculteurs en sont un exemple frappant, un état réfractaire est la conséquence des atteintes nombreuses qu'elles ont eu à subir. Or des malades souffrant de rhumatismes articulaires aigus et généralisés présentent précisément à l'égard du venin d'abeilles une immunité relative. Chez eux, si la vésicule consécutive à la piqûre se développe, du moins le gonflement inflammatoire fait défaut. Ce qui semblerait bien prouver qu'il existe dans le rhumatisme un poison, une toxine, comme on l'appelle, antagoniste du venin de l'abeille.

Mais il y a plus : l'abeille permet d'établir une distinction manifeste entre certains rhumatismes, surtout entre celui qui atteint plusieurs articulations à la fois ou qui passe avec la plus grande facilité de l'une à l'autre et celui qui, résultant d'une infection spéciale, se cantonne au niveau d'une seule articulation avec une ténacité telle que la terminaison est souvent la déformation et l'ankylose.

Eh bien, dans ce dernier cas, la piqûre d'abeille évolue comme chez les individus normaux et cela avec une telle netteté que M. Terc a recours à ce moyen de diagnostic dans les cas douteux. Les effets consécutifs aux piqûres d'abeilles viennent confirmer la distinction que depuis longtemps les médecins établissent entre les causes du rhumatisme. L'agent infectieux du rhumatisme qui intéresse plusieurs articulations diffère totalement de celui qui le plus souvent n'en atteint qu'une seule.

Les piqûres d'abeilles peuvent être utilisées encore comme moyen thérapeutique et M. Terc déclare les avoir employées depuis vingt-trois ans dans plus de 500 cas dans le traitement du rhumatisme articulaire. Il les considère comme spécifiques de cette affection, encore qu'elles agissent également contre le rhumatisme musculaire et diverses névralgies; il a en effet remarqué que les sujets possédant une immunité durable à l'égard des piqûres sont réfractaires au rhumatisme. Pour traiter l'attaque rhumatismale il fait piquer le malade, au voisinage de l'articulation atteinte, par des abeilles, dont le nombre est progressivement porté jusqu'à 70 par séance. Sous l'influence des piqûres, les douleurs disparaîtraient bientôt; pour obtenir la guérison il suffirait de faire de nouvelles séances tant que les douleurs reparaîtraient; une femme soignée de la sorte n'a pas reçu moins de 6592 piqûres.

Le moyen thérapeutique proposé par M. Terc n'est pas, il faut en convenir, d'une application aisée. Mais il permet d'entrevoir l'apparition prochaine d'un nouveau sérum antirhumatismal provenant d'un animal qui, mithridatisé par un nombre incalculable de piqûres, rendra tout à la fois réfractaire au venin de l'abeille et à la toxine rhumatismale.

En attendant ce jour, la conclusion à tirer des constatations faites par M. Terc est qu'il semble indiqué de conseiller aux rhumatisants de se faire apiculteurs et de se résoudre à supporter stoïquement les inconvénients piquants de la profession. A moins... que ces mêmes malades ne préfèrent recourir encore à l'action du salicylate de soude, ce dont on ne saurait vraiment les blâmer. (*La Vulgarisation scientifique.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Ancien régime d'études médicales.* — Un certain nombre d'aspirants au doctorat en médecine appartenant au régime d'études institué par le décret du 20 juin 1878, s'étant mis en instance auprès de l'administration publique à l'effet d'obtenir que les prescriptions de la circulaire du 30 septembre 1902 ne soient mises en vigueur que le 1er octobre 1904, il a été décidé que la situation de ceux de ces aspirants dont la scolarité n'est pas atteinte actuellement par la péremption serait réglée de la manière suivante :

Pour les étudiants n'ayant pas subi d'échec à leurs examens probatoires ou n'ayant subi qu'un seul échec, l'ancien régime est prorogé de plein droit d'une année, c'est-à-dire jusqu'au 1er octobre 1904.

Pour les étudiants ayant subi des ajournements aux examens probatoires, si le nombre total des ajournements subis par le même étudiant n'excède pas cinq, une demande de prorogation pourra être faite par l'intéressé. Cette demande sera adressée soit au ministre de l'instruction publique, soit au doyen de la Faculté, pour être soumise au Comité consultatif.

Quant aux étudiants ayant subi plus de cinq ajournements, ils continueront leurs études d'après le nouveau régime à dater du 1er octobre 1903. Aucune exception ne pourra être faite.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Théophile Roussel, membre de l'Académie de médecine, et Ange Glorie (de Paris), décédé à Douarnenez.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les phénomènes psychiques. Recherches, observations, méthodes, par J. MAXWELL, docteur en médecine, avocat général près la Cour d'appel de Bordeaux. Préface du professeur Ch. RICHET. In-8°, Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



Nº 114. — SAMEDI 3 OCTOBRE 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 3 OCTOBRE 1903. — Nº 114

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

L'EXCLUSION DE L'INTESTIN

Par Henri HARTMANN (1),
Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris.

I

Qu'entend-on par exclusion de l'intestin? — Lorsqu'on parcourt les nombreux travaux publiés depuis douze ans (2), on voit que l'*exclusion de l'intestin* a été comprise de façons très diverses. Les uns n'appellent exclusions que les opérations où l'on a isolé complètement une partie malade de l'intestin, en faisant une double section de ce dernier et en rétablissant le cours des matières par une anastomose intestinale. D'autres décrivent sous ce nom toutes les opérations qui excluent de la circulation des matières une étendue plus ou moins grande du circuit intestinal en dérivant leurs cours. La vieille entéro-anastomose de Maisonneuve (3) constitue alors la forme la plus simple de l'exclusion.

Entre ces deux opérations, l'exclusion de Salzer et l'entéro-anastomose de Maisonneuve, viennent se placer les cas où, sectionnant l'intestin en un point, on ferme le bout distal, implantant le bout proximal dans une portion d'intestin sous-jacente au point malade, opération réalisée tout d'abord expérimentalement sur le chien par Senn (4) et répétée ensuite un certain nombre de fois sur l'homme depuis 1891 (1). Ce qui rend la définition de l'exclusion difficile, c'est qu'en fait le mot exclusion ne doit être envisagé que dans son sens physiologique et qu'on n'est pas d'accord sur les conditions anatomiques qui, cliniquement, excluent une portion de l'intestin de la circulation des matières.

En créant une anastomose entre deux anses intestinales pour permettre le passage facile des matières de l'une dans l'autre, Maisonneuve d'abord, von Hacker, Wölfler, etc., ensuite, pensaient que les matières, trouvant dans la bouche anastomotique une large voie, cesseraient de passer dans la partie malade, dès lors exclue de la circulation intestinale.

Ce but n'est malheureusement pas toujours réalisé. Le Dentu, chez deux malades atteints de fistule iliaque, fit une large entéro-anastomose et, dans les deux cas, vit les matières continuer à sortir du ventre au niveau de la fistule, bien que, dans l'un des deux, il eût pris la précaution de replier l'intestin, placé en amont de la fistule, et de le valvuler en une sorte d'éperon, disposé de manière à empêcher le passage des matières (2). Cette valvulation de l'intestin, déjà pratiquée auparavant par von Hacker, par Comte, par Chaput, a été aussi réalisée par Helferich, Payr (3), Nannotti, Ricard. Les résultats ont été inconstants au point de vue de l'exclusion intestinale.

Et cependant, chez quelques malades, l'exclusion a été parfaitement et complètement obtenue par la simple entéro-anastomose, comme le montrent une série de cas. Ces jours-ci, Mikulicz nous en relatait encore un bel exemple. Chez un malade atteint d'exstrophie vésicale, il fixa le côlon pelvien à la partie supérieure de l'exstrophie et l'ouvrit, après avoir anastomosé entre elles les deux branches, ascendante et descendante, de l'anse ainsi ouverte et fixée,

(1) Rapport sur la première question mise à l'ordre du jour du XVIe Congrès de l'Association française de chirurgie, qui doit s'ouvrir le 19 octobre 1903.

(2) Epoque où parut le premier mémoire de Salzer sur cette question (F.-A. SALZER. Ein Vorschlag zur Modification der Entero-anostomose durch völlige Ausschaltung des kranken Darmtheiles, *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir.*, in *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1891, p. 119).

(3) MAISONNEUVE. *Arch. gén. de médecine*, 1845; *Bull. de la Soc. de chir.*, 1853-1854, Paris 1854, p. 381, et *Clinique chirurgicale*, Paris 1864, t. II, p. 488.

(4) N. SENN. *Intestinal Surgery*, Chicago, 1889, p. 189. Bien avant Senn et dès 1861, Hacker avait fait, sur l'indication d'Adelmann, des expériences chez des chiens, des chats et des cochons, dans lesquelles il avait, au lieu d'une entéro-anastomose latérale, sectionné transversalement l'intestin grêle et implanté le bout central dans le côlon ascendant; mais comme il craignait de confondre le bout central et le bout périphérique de l'intestin grêle, il accolait sur la longueur d'un pouce les deux segments de l'intestin, les suturant l'un à l'autre par des points non perforants et les introduisant, dans cet état, dans le gros intestin. Cette opération, qu'il appelait l'invagination à double courant, avait pour but d'éviter le passage des matières intestinales dans le bout périphérique. En réalité elle n'évitait rien et constituait une complication inutile de l'anastomose de Maisonneuve. (HACKER. *Allgemeine Bemerkungen zu den Hernien*, etc., Th. de Dorpat, 1861.)

(1) BOWREMANN JESSETT, *The surgical diseases and injuries of the stomach and intestines*, London 1892, p. 207.

(2) LE DENTU. De l'exclusion intestinale, *Rev. de gyn. et de chir. abdomin.*, Paris 1899, t. III, p. 81.

(3) V. PAYR. Beitr. z. Frage der totalen Darmausschaltung, *Wiener klin. Woch.*, 1900, p. 708 et 732.

anse qui devait servir ultérieurement à reconstituer une cavité vésicale. Par suite de causes indépendantes de l'état de la malade, un voyage de Mikulicz à l'étranger, le deuxième temps de l'opération ne fut pratiqué qu'au bout de trois mois. Or pendant ces trois mois, à aucun moment il ne passa de matières intestinales par l'ouverture faite à l'intestin.

L'entéro-anastomose suffit donc pour exclure, dans certains cas tout au moins, une portion du circuit intestinal (1).

D'autre part, on a vu quelquefois après section de l'intestin, fermeture du bout périphérique et implantation du bout central dans l'intestin au-dessous de la lésion, des matières refluer dans le segment intestinal considéré comme exclu.

L'exclusion n'existerait constante et complète que dans le cas de section bilatérale d'une anse, on ne devrait donc appliquer le terme exclusion qu'aux opérations où l'on fait deux sections de l'intestin. C'est de cette façon que Salzer la comprenait.

Si, au contraire, on applique le terme exclusion à tous les cas où une partie plus ou moins grande du contenu intestinal est dérivée de son circuit normal, on arrive à donner à ce mot un sens beaucoup plus large et à y ranger même l'ancienne entéro-anostomose de Maisonneuve. C'est ce que fait Wœlfler (2), et avec lui beaucoup d'autres chirurgiens allemands, qui décrivent trois variétés d'exclusion :

1° L'exclusion incomplète, entéro-anastomose des Français, short-circulting des Anglais.

2° L'exclusion complète avec ses deux variétés :

a. L'exclusion complète bilatérale ;

b. L'exclusion complète unilatérale.

Étant donné que l'entéro-anastomose ne dérive d'une manière générale qu'incomplètement les matières et que cette opération est depuis longtemps connue sous ce nom, nous pensons qu'en pratique il y a lieu de conserver l'ancienne dénomination de Maisonneuve et de *réserver le terme exclusion aux opérations dans lesquelles on interrompt par une ou deux sections la continuité de l'intestin* (3).

II

Des diverses variétés de l'exclusion (4). — 1° Exclusion unilatérale. — Dans l'exclusion unilatérale on sectionne l'intestin au-dessus de la portion qu'on désire exclure et l'on anastomose le bout supérieur dans une portion d'intestin située au-dessous de la partie qu'on veut exclure. Le bout sous-jacent à la section peut être :

a. Fermé, c'est l'exclusion unilatérale proprement dite, l'opération à laquelle on recourt le plus souvent ;

b. Fistulisé, soit qu'il existe antérieurement une fistule pathologique, soit que l'on crée une petite fistule de sûreté (1) ;

c. Fixé à la peau. C'est l'exclusion unilatérale avec abouchement à la peau.

2° Exclusion bilatérale. — Dans l'exclusion bilatérale on fait deux sections de l'intestin, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la partie que l'on veut exclure et l'on anastomose le bout central avec le bout périphérique de l'intestin. Puis :

a. On ferme complètement la partie exclue (*exclusion bilatérale fermée*), soit en suturant isolément les deux bouts (exclusion en boudin), soit en les suturant ensemble (exclusion en anneau) ;

b. Dans l'*exclusion bilatérale ouverte* (2) l'anse exclue est en communication avec l'extérieur, soit par une fistule pathologique ou chirurgicale, soit par la fixation à la peau de l'une ou de ses deux extrémités.

III

Technique de l'exclusion. — Nous ne nous arrêterons pas longuement sur les divers temps de l'exclusion intestinale ; nous laisserons en particulier de côté tout ce qui a trait à la technique des anastomoses intestinales déjà exposée dans un de nos précédents congrès par notre collègue Souligoux (3), et nous n'insisterons que sur quelques points spéciaux à l'exclusion :

Siège de l'incision. — L'incision doit être faite à distance de la lésion. On se met ainsi à l'abri d'une série d'accidents arrivés à quelques opérateurs (ouverture du cæcum adhérent, impossibilité pour le chirurgien de s'orienter au milieu d'un gâteau d'anses fusionnées entre elles, avec la paroi et avec l'épiploon) et, en cas de lésions fistuleuses, on évite la contamination de la plaie pendant ou après l'opération. Seule, l'incision à distance, la cœliotomie médiane le plus souvent, permet d'explorer complètement les lésions, de s'orienter et de faire une anastomose en bonne place. La déterminatiou du bout afférent et du bout efférent, généralement facile dans le cas de lésion de cæcum, peut être très difficile lors de lésion de l'intestin grêle (4), surtout quand les anses fusionnées forment un véritable

(1) Ce qu'avait déjà admis Giordano (*Manuale di medicina operativa*, Torino, 1894), ce qu'avait contesté Nannotti (Ricerche sperimentali sulle esclusioni complete ed incomplete del côlon, *Clinica moderna*, Firenze 1901, t. VII, n° 7).

(2) Wœlfler. *Verhandl. d. deutsch. Chir.*, 1896, anal. in *Centralbl. f. Chir.*, 1896, Beilage, p. 76. Hochenegg, Eiselsberg, Mikulicz, etc., appellent de même « exclusion partielle » l'entéro-anastomose.

(3) L'anus artificiel constitue au point de vue fonctionnel une véritable exclusion des portions sous-jacentes de l'intestin, mais comme il s'agit d'une opération toute spéciale, très différente de l'exclusion, telle qu'on la comprend généralement, nous n'en parlerons pas.

(4) Nous ne referons pas ici l'*historique de l'exclusion*, renvoyant ceux que cela intéresse au mémoire très complet de Terrier et Gosset, De l'exclusion de l'intestin (*Revue de chir.*, Paris 1900, t. XXI, p. 129), et à la thèse récente de Lance, élève de Ricard (*Etude sur l'exclusion de l'intestin*, Th. de Paris, 1902-1903, n° 348), où l'on trouve réunies 146 observations d'exclusion.

(1) Cette fistulisation de l'anse exclue a été conseillée par quelques chirurgiens qui craignent l'accumulation de sécrétions au-dessus d'un rétrécissement ; aucun fait n'en montre la nécessité et dans tous les cas il serait toujonrs temps d'y recourir s'il se produisait secondairement des accidents de cet ordre.

(2) Ces dénominations : exclusion bilatérale ouverte et fermée, empruntées à Guinard, nous semblent préférables à celles d'exclusion totale et partielle qui prêtent à confusion (A. Guinard. Anus contre nature et fistules stercorales, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, Paris 1899, t. VIII, p. 577).

(3) Souligoux. Des anastomoses intestinales, *Treizième congrès international de médecine*, Paris 1900, section de chirurgie générale.

(4) Cette recherche des bouts peut être très difficile, comme le montrent des opérations d'Eiselsberg, de Franck et un cas de Bier qui dut faire cinq cœliotomies successives avant d'arriver à guérir son malade (Bier. *Münch. med. Woch.*, 1895, p. 1197). Buchbinder a conseillé en pareil cas d'appliquer localement sur l'intestin un courant faradique ; au niveau de l'anode se ferait un nœud de contraction très marqué qui s'étendrait toujours en arrière, c'est-à-dire vers l'estomac, sur une longueur d'environ 2 centimètres (Buchbinder. Experimentelle Untersuchungen am lebenden Thierund Menschendarm, *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, t. LV, p. 458). Ce procédé ne nous semble pas pratique pour le chirurgien.

gâteau d'adhérences. Il ne faut pas chercher à dévider les anses adhérentes, ce pourrait être très long. Le plus sage est de partir du cæcum et de remonter l'iléon jusqu'au moment où il pénètre dans la masse adhérente, puis de chercher le point de la tumeur où pénètre une anse saine et libre d'adhérences.

Mode de section de l'intestin. — L'écrasement des tuniques intestinales avec un quelconque des modèles de pinces écrasantes que nous possédons, sa section entre deux ligatures au catgut, placées sur la partie écrasée, et l'enfouissement de cette ligature sous un surjet non perforant, nous semblent le meilleur mode de section et d'oblitération des bouts de l'intestin.

Traitement des deux bouts de l'intestin non exclu. — L'entérorraphie termino-terminale, difficile à exécuter pour les anastomoses le plus fréquemment pratiquées dans les opérations d'exclusion, celles de l'intestin grêle et du gros intestin, à cause de l'inégalité de calibre des deux bouts, est à peu près abandonnée. L'implantation latérale de l'intestin a été faite dans un certain nombre d'exclusions unilatérales. Presque toujours les chirurgiens lui ont préféré l'entéro-anastomose latérale qui donne des résultats parfaits à la condition que les deux bouts soient apposés dans le sens de la péristaltique normale.

On lui a fait différents reproches :

On a dit que le coutenu intestinal refoulait peu à peu le cul-de-sac supérieur et le transformait en un diverticule où la stase devenait possible. Cet accident hypothétique est contredit par les expériences de Senn (1) et de Reichel (2) qui ont montré que, chez les animaux opérés depuis longtemps, ce cul-de-sac est complètement atrophié (3).

On a dit que l'abouchement bout à bout assurait, à travers la nouvelle bouche, un écoulement des matières plus facile que l'anastomose latérale. Les faits montrent qu'il n'en est rien. Bien plus, avec le temps et par suite du passage continu des matières, les deux bouts de l'intestin finissent par se continuer en ligne droite (4).

Lorsque les deux bouts ne peuvent être rapprochés par suite d'une brièveté du mésentère ou du mésocôlon et que l'anastomose doit être faite à une grande distance des sections intestinales, on a conseillé, pour éviter la persistance de deux longs diverticules, l'anastomose récurrente et l'entéroplastie.

Dans l'*anastomose récurrente* faite pour exclure des lésions du côlon iliaque, on ajoute, aux deux sections pratiquées pour l'exclusion, une troisième section de l'intestin, portant sur le grêle, et l'on implante l'extrémité supérieure du bout inférieur dans le rectum. La circulation se fait alors à rebours dans tous les côlons et la valvule de Bauhin doit être franchie en sens inverse de la circulation normale (5).

Pour éviter les accidents de rétention, observés en pareil cas dans ses expériences par Eiselberg, il faut, comme l'a conseillé Nicoladoni, détruire la valvuve de Bauhin, avant de faire l'abouchement récurrent, en introduisant, dans ce but, un instrument par l'orifice de l'iléon.

Dans l'*entéroplastie* on emprunte à une anse grêle une longueur d'intestin suffisante pour qu'en l'interposant entre les deux segments du gros intestin à anastomoser on puisse faire des sutures sans tiraillements.

Ces deux derniers procédés n'ont guère été employés sur l'homme. Nous voyons cependant l'entéroplastie utilisée avec succès par Narath dans un cas de double fistule iléo-vaginale (1).

Traitement des deux bouts de l'anse intestinale exclue. — La fermeture de ces bouts ne présente rien de particulier et est obtenue comme celle des bouts de l'intestin non exclu.

Lorsque l'on veut laisser ouverte l'anse exclue, on l'abouche généralement, non pas au niveau de l'incision médiane, mais dans une contre-ouverture latérale (2). Faisant dans une des fosses iliaques une incision, on attire à travers cette ouverture le bout à fixer, qui au moment de la section a été écrasé et lié ; on le fixe par des fils non perforants au péritoine pariétal, puis on l'ouvre et on suture sa muqueuse à la peau par des points perforants. Entre temps, on a fermé complètement l'incision de cœliotomie médiane qu'on a protégée par un pansement.

D'une manière générale on choisit pour le fistuliser le bout distal (3) ; en le prenant on utilise la péristaltique normale et l'on fait cheminer le produit de sécrétion de l'anse exclue suivant la bonne direction. C'est ce qu'on fait lorsqu'il s'agit d'exclure une anse grêle ; les deux bouts ayant même calibre et même mobilité, il importe peu, au point de vue opératoire, de fixer à la peau l'un ou l'autre bout, et, dans ces conditions, il vaut mieux aboucher le bout distal. Mais lorsqu'il s'agit, comme c'est fréquemment le cas, de l'anse iléo-cæcale, il y a peut-être simplicité plus grande à aboucher la partie correspondante à l'intestin grêle, c'est-à-dire le bout proximal, et à abandonner le bout distal, plus difficile à amener, dans l'abdomen (Terrier et Gosset).

Pour faciliter l'évacuation et la désinfection de l'anse exclue, il est souvent nécessaire de fistuliser ses deux extrémités. C'est ce qui arrive lorsqu'on se trouve en présence de lésions étendues, de néoplasmes ulcérés et végétants, avec des cloaques et des points rétrécis ; en pareil cas, il faut, pour assurer une évacuation facile des produits septiques, non seulement maintenir ouverts les deux bouts, mais même si l'on exclut une portion assez étendue de l'intestin, suivre le conseil de Vautrin : ne pas fixer les deux bouts l'un à côté de l'autre, ce qui donne à l'anse exclue une forme en boucle gênant l'écoulement des liquides, mais les fixer sans coudure ni torsion, dans les points de la paroi correspondant aux régions où ils se trouvent, sans essayer

(1) Senn. *Intestinal surgery*, Chicago 1889.

(2) Reichel. Ueber die Berechtigung der Darmausschaltung mit totalen Verschluss des angeschalteten Darmstuckes, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig, t. XXII, p. 37.

(3) Il est vrai que ce fait est contesté, comme on le verra plus loin par des travaux récents.

(4) Von Frey a constaté qu'après six mois, chez des lapins, le bout afférent continue directement le bout efférent, si bien qu'on croirait à une entérorraphie circulaire après résection oblique (V. Frey. *Beitr. z. klin Chir*, Tubingen 1895, t. XIV, p. 1 et 136).

(5) C'est le *reversal of intestine* des Anglais (Mall. *John Hopk'ins Hospit. Rep.*, t. 1).

(1) Narath. Ueber Darmausschaltung, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1896, t. LII, p. 372.

(2) La fistulisation de l'anse peut exister antérieurement à l'opération (fistule pathologique). On peut aussi dans des cas exceptionnels fistuliser par le vagin une anse exclue bilatéralement. C'est une pratique que suggère Lavisé, qui a guéri, par une entéro-anastomose, un anus contre nature vaginal (Lavisé. De l'exclusion intestinale, *Ann. de la Soc. belge de chir.*, Bruxelles 1898, p. 70 et 202). L'écoulement insignifiant, qui se fait par le vagin, reste inaperçu.

(3) On appelle bout *distal* le bout situé au-dessous, en aval de la portion malade, bout *proximal*, le bout situé au-dessus, en amont, plus près de l'estomac.

de les entraîner dans la plaie déjà pratiquée (1). C'est ce qu'avait déjà fait Hochenegg dès sa première opération d'exclusion bilatérale fistuleuse, le 28 mai 1891 (2), ce que préconise Eiselsberg (3).

Suture des mésos. — Il est un dernier point de technique que nous désirons mentionner, c'est la nécessité qu'il y a à combler, toutes les fois que c'est possible, les orifices créés dans l'abdomen par les anastomoses à grande distance que l'on pratique souvent au cours de l'exclusion. De Quervain a dû intervenir trois mois après une exclusion pour des accidents d'obstruction intestinale déterminés par l'engagement de l'intestin grêle sous une arcade du mésocôlon transverse. Après ablation d'un cancer de l'anse sigmoïde, ne pouvant réunir les deux bouts du côlon pelvien, il avait sectionné le côlon transverse, fermant son bout périphérique et introduisant son bout central dans le rectum. Toute la portion gauche du côlon transverse, le côlon descendant et le côlon iliaque avaient été exclus, le bout inférieur du côlon étant fistulisé à la peau (4).

Giordano a perdu un opéré d'étranglement interne après iléo-sigmoïdostomie (5). Von Baracz, au cours de ses expériences, a vu 5 chiens sur 17 mourir d'occlusion par ce mécanisme (6).

Aussi est-il nécessaire de fermer exactement les fentes mésentériques, et dans les anastomoses du côlon transverse ou du côlon descendant avec le côlon pelvien, de pratiquer l'affrontement des deux anses intestinales par un capitonnage, comme l'indique Duval (7).

Labey conseille de capitonner de même l'espace qui sépare les deux mésss, dans les anastomoses de l'iléon et du côlon pelvien (8).

Pour les autres côlons, un capitonnage complet est impossible et Lance dit de se borner à unir par quelques points le mésentère de l'anse iléale anastomosée avec la séreuse de la paroi postérieure de l'abdomen. Peut-être pourrait-on obturer l'orifice laissé après l'exclusion en fixant au-devant de lui, comme un voile, le grand épiploon, pratique conseillée par Heidenhain (9).

Étendue des exclusions possibles. — Si l'on en croit quelques chirurgiens, on peut exclure une étendue d'intestin grêle très considérable. Dans une observation récemment publiée, nous voyons Vanverts nous dire qu'il a exclu la plus grande partie de l'intestin grêle, ne conservant que 80 à 90 centimètres d'intestin à partir de l'estomac, et néanmoins son opérée a augmenté de poids après l'opération (1). C'est là, croyons-nous, un fait très exceptionnel, si toutefois l'opérateur ne s'est pas trompé dans les évaluations approximatives qu'il a pu faire au cours de l'opération. Nous ne pouvons rien préciser à l'égard de ces exclusions étendues. Rappelons cependant que, pour les résections, l'ablation de 2 mètres d'intestin grêle ne semble guère devoir être dépassée chez l'homme, d'après Dreesmann (2), bien que Roux regarde la vie comme compatible avec $1^{m}50$ d'intestin grêle et la moitié du côlon (3), et que Kukula ait pu enlever avec succès, au cours de l'ablation d'une tumeur mésentérique, les deux tiers de l'intestin grêle (4).

IV

Résultats de l'exclusion. — MORTALITÉ. — Terrier et Gosset, rassemblant, en 1900, 52 cas d'exclusion, relèvent 8 morts, soit une mortalité de 15,38 p. 100. Lance, dans sa thèse de 1903, réunit 146 cas avec 20 morts, soit 13,80 p. 100. Cette mortalité opératoire encore considérable ira, croyons-nous, en diminuant. Il suffit pour s'en convaincre de spécifier la cause de ces morts : 4 étaient dues à des fautes opératoires, évitables de l'aveu des auteurs (5); 1 à une pneumonie, 6 au choc opératoire, 9 à la péritonite septique.

Des 6 cas de choc opératoire, 2 avaient trait à des malades opérés *in extremis*, 2 à des tuberculeux, 2 à des cancéreux. Quant aux 9 morts de péritonite septique, 3 étaient survenues après des exclusions bilatérales fermées de l'intestin.

Cette exclusion bilatérale fermée de l'intestin, rejetée comme dangereuse par Salzer, qui craignait, après elle, l'intoxication résultant de la décomposition des matières contenues dans l'anse exclue et l'ulcération de l'intestin avec péritonite consécutive (6), avait cependant donné un succès à Baracz (7), qui y voyait l'avantage de ne pas exposer le malade aux ennuis d'une fistule intestinale.

(1) VAUTRIN. Contribution à l'étude de l'exclusion de l'intestin, *Revue de chir.*, Paris 1903, t. XXVIII, p. 20.

(2) J. HOCHENEGG. Chirurgische Eingriffe bei Blindarmerkrankungen, *Wien. klin. Wochens.*, 1895, n°s 16, 17, 18 et 20.

(3) F. VON EISELSBERG. Ueber die Behandlung von Kothfisteln und Stricturen der Darmcanales mittelst der totalen Darmausschaltung, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1898, t. LVI, p. 281.

(4) DE QUERVAIN. Communic. à la Soc. méd. de la Suisse romande, 17 oct. 1901, et De l'implantation du côlon transverse dans le rectum, *Revue méd. de la Suisse romande*, Genève 1901, p. 737.

(5) GIORDANO. Observation communiquée à Labey (Th. de 1901-1902); l'intestin grêle était étranglé dans la boucle formée par l'anastomose iléo-sigmoïdienne en avant, le mésentère à droite, le mésocôlon à gauche, le péritoine postérieur de la paroi pelvienne en arrière.

(6) R. VON BARACZ. Experimenteller Beitrag zur Frage der totalen Darmausschaltung mit totalen Verschluss der ausgeschalteten Darmschlinge, zugleich Beitrag zur axialen Darmvereinigung, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1899, t. LVIII, p. 120.

(7) DUVAL. *Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien*, Paris 1902.

(8) LABEY. *De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles*, Th. de Paris, 1901-1902, n° 217.

(9) Cité par BARACZ. Zur Ætiologie der Darmverschlusses nach Resection und totalen Ausschaltung der Dikdarme und Ileo-cæcum, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1897, n° 13, p. 369.

(1) VANVERTS. Exclusion de la plus grande partie de l'intestin pour un anus contre nature, rapport de M. Legueu, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1903, p. 610.

(2) DREESMANN. Ueber grössere Darmresectionen, *Berlin. klin. Wochens.*, 1899, p. 337.

(3) ROUX. *Cong. internat. de méd.*, Paris 1900, section de chirurgie, p. 737.

(4) KUKULA. Ueber eusgedehente Darmresectionen, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1900, t. LX, p. 887.

(5) Ouverture par mégarde d'un abcès intra-péritonéal au cours des manœuvres nécessitées par le décollement des adhérences (Eiselsberg), mauvaise application du bouton de Murphy (Eiselsberg), distension de l'anse fistulisée et exclue par un liquide fétide, à la suite de l'obstruction du drain placé dans l'anse et non nettoyé (Terrier), rupture de la suture d'occlusion du côlon mal faite (Richmond).

(6) La plupart des chiens, chez lesquels il avait pratiqué l'exclusion bilatérale fermée, étaient morts avec des phénomènes de péritonite aiguë; quelques-uns sans péritonite avaient présenté, à l'autopsie, une dilatation du segment exclu avec épaississement des parois et ulcérations de la muqueuse.

(7) R. VON BARACZ. Ueber die totale Darmausschaltung und über die Verwendbarkeit der Kohlrübenplatten bei der Ileocolostomie, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1894, n° 27, p. 613. — Ce cas n'est pas absolument concluant, car deux jours après l'opération, le malade de Baracz présenta des phénomènes graves et faillit mourir, si bien qu'on peut se demander si la partie d'intestin, entièrement close au moment de l'opération, est véritablement restée isolée de tous côtés et si elle ne s'est pas secondai-

Obalinski, la même année, se déclara de même partisan de l'exclusion bilatérale fermée (1), qu'il admet pour tous les cas. En 1895, il revient sur la question, et répondant à des critiques de Reichel (2), il concède que pour l'intestin grêle, dont les sécrétions sont abondantes, l'exclusion bilatérale fermée est dangereuse, mais il la conserve pour le gros intestin (3). La question nous semble pouvoir être aujourd'hui tranchée dans un sens contraire aux idées d'Obalinski.

Le plus souvent, après les exclusions bilatérales fermées, on a dû ouvrir secondairement l'anse exclue au bout de deux à cinq jours pour remédier à des accidents menaçants (Fünke, Eiselsberg, Hügel, Wiesinger, Graser, Roux, H. Delagénière).

Les seules exclusions bilatérales fermées, guéries sans incidents et suivies pendant un certain temps, sont celles de Friele et d'Obalinski. Nous laissons de côté le cas de Baracz dans lequel s'est probablement faite une perforation interne de l'anse exclue. Le cas de Friele est mort au bout de soixante-seize jours, celui d'Obalinski a nécessité une opération tardive secondaire. On ne trouve comme guéris à la suite d'une exclusion bilatérale fermée que deux cas où l'exclusion bilatérale fermée a d'abord été fistuleuse, la fistule n'ayant été fermée que secondairement, un de Wiesinger et un de Kammerer.

Chez une femme atteinte de colite chronique contre laquelle on avait fait un anus artificiel, au niveau de l'angle sous-hépatique du côlon, Wiesinger anastomosa le côlon ascendant et le côlon iliaque, faisant en même temps une exclusion bilatérale. Par suite de l'existence de l'anus artificiel cette exclusion bilatérale était au début fistuleuse. L'orifice ne fut fermé qu'au bout d'un mois et demi au moment où la fistule ne sécrétait presque plus, où par conséquent les conditions étaient très favorables à une exclusion totale complète. La malade a été revue guérie au bout de six ans (4).

Dans le cas de Kammerer, il s'agissait d'une fistule stercorale post-appendiculaire pour laquelle on fit une exclusion bilatérale. La fistule s'étant tarie presque entièrement, Kammerer la ferma six mois plus tard. La malade fut revue guérie cinq ans après (5).

Ces deux cas, très particuliers comme on le voit, ne peuvent plaider en faveur de l'exclusion bilatérale fermée.

rement fistulisée dans une anse voisine, comme le suggère Narath (Narath. Ueber Darmausschaltung, *Centralbl. f. Chir.*, Berlin 1896, t. LII, p. 372).

(1) Obalinski. Zur totalen Darmausschaltung, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1894, nº 49, p. 1193.

(2) Reichel. Ueber die Berechtigung des Darmausschaltung mit totalen Verschluss d. ausgeschalteten Darmstcks, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1895, nº 2, p. 37. — Klecki avait de même condamné l'exclusion bilatérale fermée à la suite de recherches expérimentales (Klecki. *Przeglad Lekarski*, 1893, p. 453 et 464; *Wien. klin. Wochens.*, 1894, p. 457).

(3) Obalinski. Zur Berechtigung des Darmausschaltung mit totalen Verschluss d. ausgeschalteten Darmstückes, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1895, p. 95. — L'enthousiasme d'Obalinski pour l'exclusion bilatérale fermée est un peu tombé, une tumeur s'étant ultérieurement développée chez son malade, au niveau de l'anse exclue, s'étant spontanément fistulisée au bout de dix-huit mois et ayant nécessité une ablation secondaire de l'anse qui présentait des lésions tuberculeuses (Obalinsli. Ein weitere Beiträge zur totalen Darmausschaltung, *Wien. med. Presse*, 1897, p. 1092).

(4) Wiesinger. Ueber Dauerresultate bei Darmausschaltung, *Deuts. Zeits, f. Chir.*, Leipzig 1901, t. LXII, p. 1.

(5) Kammerer. Zur Frage der Darmausschaltung mit totalen Occlusion, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1902, p. 529.

Le défenseur de cette variété d'exclusion, Baracz, l'a du reste lui-même abandonnée à la suite d'une série de nouvelles expériences sur le chien, qui lui ont montré les dangers de cette opération (1).

Etat de la circulation intestinale. — La manière dont se fait la circulation intestinale dans l'exclusion bilatérale ne peut être discutée. Il est évident que l'anse exclue étant fermée à ses deux extrémités ne peut plus recevoir de matières. Mais en est-il de même dans l'exclusion unilatérale? On a dit qu'après ces exclusions unilatérales le contenu de l'intestin pouvait refluer jusqu'à la région malade. Monasse, qui s'est fait le défenseur convaincu de ce mode d'exclusion (2), voit là une crainte purement théorique. Les expériences de Senn, de Reichel, de Sabattoni et de Fazola auraient montré que les exclusions unilatérales n'amènent pas de stase fécale, que l'anse exclue s'atrophie et que ses vaisseaux deviennent très petits. D'ailleurs le retour en arrière du contenu intestinal est contraire à la physiologie normale de l'intestin. Ces considérations n'empêchent pas Obalinski, Terrier et Gosset, d'admettre la possibilité de ce reflux. Personnellement nous avons vu chez une malade porteuse de fistules multiples du gros intestin et de la fin de l'iléon, une iléo-rectostomie laisser des matières intestinales sortir par les fistules (3).

D'après Delore et Patel il faut établir une dictinction entre les cas, suivant le siège de la lésion. Pour ces auteurs l'exclusion unilatérale appliquée à des lésions de l'intestin grêle laisserait les matières s'accumuler dans le segment inférieur, tandis que, sur le gros intestin, l'exclusion serait réelle (4).

Les avis, on le voit, sont partagés, et pour trancher la question il faut nous reporter à la lecture des observations d'exclusion unilatérale.

Celle-ci montre que, dans 3 cas d'exclusion unilatérale portant sur l'intestin grêle (Eiselsberg, Schloffer, Grekow) quelques matières ont reflué par des fistules, confirmant ainsi l'opinion de Delore et Patel sur l'inefficacité de l'exclusion unilatérale appliquée à des lésions de l'intestin grêle. Par contre les expériences de Drucbert ont montré que dans les implantations sur le gros intestin, s'il n'y a pas reflux pendant les premiers jours, au bout de peu de temps, la portion anastomotique du gros intestin perd sa tonicité et laisse facilement refluer vers elle les matières que le sphincter retient dans le rectum. C'est même ce reflux qui permet aux selles de prendre de la consistance dans les cas d'exclusion avec anastomose iléo-sigmoïdienne (5). Dans les cas où ce reflux ne peut avoir lieu, soit qu'expérimentalement on ait sectionné le côlon au-dessus de l'anastomose (Drucbert), soit qu'il y ait un cancer très serré de l'S iliaque, comme chez un malade de Jaboulay (6), il persiste une diarrhée tenace et opiniâtre. La lecture de 15 observations réunies

(1) R. von Baracz. *Congrès international des sciences médicales*, Moscou, 1897, et Experimentelle Beitrag zur Frage der totalen Darmausschaltung mit totalen Verschluss der ausgeschalteten Darmschlinge, zugleich Beitrag zur axialen Darmvereinigung, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1899, t. LVIII, p. 120.

(2) P. Manasse. Ueber Darmausschaltung, *Deuts. med. Wochens.*, Leipzig 1903, p. 196 et 210.

(3) Hartmann. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1900, p. 935.

(4) Delore et Patel. De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin, *Revue de chir.*, Paris 1901, t. XXIII, p. 305.

(5) Drucbert. *De l'exclusion de l'intestin*, Th. de Lille, 1902.

(6) Cavaillon. Exclusion unilatérale du gros intestin pour une tumeur de la partie fixe du côlon iléo-pelvien, *Lyon méd.*, 5 avril 1903, p. 557.

par Lance montre, du reste, dans 9 cas, le reflux de matières par des fistules préexistantes.

La question semble donc tranchée contrairement aux affirmations de Manasse et seules les lésions siégeant sur la partie terminale de l'iléon sont absolument exclues par une implantation iléo-sigmoïdienne, parce que le reflux s'arrête à la valvule iléo-cæcale.

V

Indications de l'exclusion. — La première exclusion de l'intestin chez l'homme a été pratiquée par Trendelenburg le 2 décembre 1885. Le fait fut publié sans mention spéciale au milieu d'une série d'observations d'entéro-anastomoses. Trendelenburg semble n'y avoir pas attaché d'importance et l'observation ne fut en quelque sorte exhumée que neuf ans plus tard par Ernst Becker qui en montra l'intérêt (1).

En 1888, dans un travail sur l'entéro-anastomose, von Hacker le premier émit l'idée que, dans certains cas de lésions intestinales avec fistules, il pourraît être utile, en présence d'une impossibilité de la résection, de sectionner les deux bouts afférent et efférent, de les réunir l'un à l'autre et d'abandonner dans les adhérences qu'elles ont contractées avec la paroi abdominale les extrémités de l'anse malade après les avoir fermées (2).

L'attention des chirurgiens ne fut toutefois pas attirée sur ce point et il faut arriver aux travaux de Salzer pour voir la question faire un pas décisif (3).

Réunissant une série d'observations cliniques, Salzer montra que, dans les cas de fistules stercorales multiples et ramifiées dans une masse calleuse remplissant la fosse iliaque et infiltrant la paroi abdominale, l'entérorraphie ne donne pas les résultats désirés et que, d'autre part, la résection des parties malades présente parfois des difficultés insurmontables et est plus dangereuse pour le malade que la maladie elle-même.

Il nota aussi que, dans des cas de néoplasmes inopérables ou de tumeurs inflammatoires chroniques, l'entéro-anastomose, indiquée et pratiquée pour des symptômes menaçants de sténose, laisse persister une irritation de la partie intestinale malade par les matières fécales, ce qui influe d'une manière défavorable et durable sur le processus pathologique et aggrave le pronostic.

Reprenant alors des expériences faites antérieurement par les physiologistes (4), il fit sur des animaux une série d'opérations et arriva à cette conclusion que l'exclusion intestinale est une opération parfaitement justifiée et rationnelle chez l'homme dans une série de cas.

A partir de ce moment et bien que Salzer n'eût jamais pratiqué l'opération sur l'homme, les principales indications de l'exclusion intestinale étaient posées.

Sténoses et tumeurs de l'intestin. — Terrier et Gosset, dans leur important mémoire, regardent l'exclusion comme indiquée dans tous les cas d'obstacle mécanique au cours des matières, lorsque la résection est impossible. Les résultats excellents, que nous avons obtenus par la simple entéro-anastomose, nous font penser que cette opinion est un peu absolue.

En présence d'*un néoplasme* volumineux avec ganglions infiltrant au loin le mésentère ou encore en présence d'un petit néoplasme annulaire sténosant, alors qu'il n'y a guère à lutter que contre les phénomènes de rétrécissement intestinal, nous sommes porté à pratiquer l'entéro-anastomose. L'opération est simple et supprime les accidents de rétention dont souffre le malade.

Il est certain qu'elle n'isole pas complètement la partie malade, mais l'exclusion unilatérale ne réaliserait pas non plus d'une manière absolue cet isolement et l'exclusion bilatérale nécessiterait la fistulisation cutanée de l'anse, entraînant avec elle, en petit, tous les inconvénients d'un anus contre nature que l'entéro-anastomose a permis d'éviter.

Lorsque, au contraire, il s'agit d'une *lésion inflammatoire chronique*, simple ou tuberculeuse, lésion dans laquelle on peut espérer quelque chose d'une mise au repos complet et même d'un traitement médicamenteux local, la question est différente et il y a, croyons-nous, lieu de préférer l'exclusion à l'entéro-anastomose. Le mieux est alors de pratiquer l'exclusion bilatérale avec ouverture des deux bouts, de drainer largement ces bouts de manière à assurer l'évacuation complète des produits de sécrétions, et d'y faire des lavages modificateurs, avec de l'eau oxygénée, une solution de permanganate de potasse, etc. Il est certain que l'établissement de ces fistules à la peau constitue pour le malade une petite infirmité, mais comme l'opération est susceptible d'améliorer d'une manière notable l'état des parties, d'en rendre secondairement l'ablation possible (1), on peut passer sur ces inconvénients et conseiller la pratique de l'exclusion. Souvent, du reste, il existe déjà antérieurement des fistules cutanées. La fistulisation des deux bouts de l'intestin exclu est, en pareil cas, sans inconvénient, d'autant qu'à la suite du drainage et du lavage de l'anse les sécrétions diminuent rapidement (2).

Anus contre nature et fistules stercorales. — Le traitement de l'anus contre nature s'est considérablement modifié dans ces dernières années. Aux méthodes extrapéritonéales, lentes, parfois dangereuses, souvent incomplètes, seules employées autrefois, se sont substituées des méthodes intrapéritonéales, parmi lesquelles l'exclusion de l'anse ouverte à l'extérieur. D'une manière générale on peut dire cependant que l'anus contre nature ne constitue pas une

(1) Ernst Becker. Ueber Darmresectionen, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, Leipzig 1894, t. XXXIX, p. 148. — Il s'agissait d'un cancer du cæcum inextirpable. Trendelenburg fit une iléo-colostomie, ferma les deux bouts de l'iléon et du côlon, puis les abandonna dans le ventre. L'opéré mourut de péritonite.

(2) Von Hacker. *Wiener klin. Woch.*, 1892, n° 1.

(3) Salzer. Ein Vorschlag zur Modification der Entero-anastomose durch völlige Ausschaltung der kranken Darmtheiles, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1891, n° 26, p. 119; et Ueber Darmausschaltung, *Beitr. zur Chir.* (Festschrift Theodor Biblioth. gewidnet), Stuttgart 1892, p. 532.

(4) Thiry, Ueber eine neue Methode d. Dunndarm zu isoliren, *Sitzumb. d. K. K. der Wissensch. zu Wien*, 1864. — Vella. Neues Verfahren zur gewinnung reinen Darmsaftes und Festellungen seiner physiologischen Eigenschaften, *Untersuchungen zur Naturlehre von S. Moleschott*, 1888, t. XIII, p. 40. — Hermann. Ein Versuch zur Physiologie der Darmkanals, *Arch. f. Phys.*, 1890, t. XLVI, p. 93.

(1) Langemak a réuni 8 cas où secondairement on fit l'ablation du segment exclu (Langemak. Die Darmausschaltung als präliminare Operation von Exstirpation aweier Cöcaltumoren mit Bemerkungen über das Cöccum-carcinom, *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, Leipzig 1902, t. LXII, p. 330). — De ces 8 cas, 2 seulement avaient trait à des cancers, on peut leur adjoindre un cas de Morestin (in Lance, loc. cit., p. 117).

(2) On trouvera à cet egard une série de faits dans le travail très documenté de Roskoschny (F. Roskoschny. Zur Casuistik der Darmausschaltung, *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, Leipzig 1901, t. LIX, p. 406).

indication ordinaire de l'exclusion et que l'on doit préférer à celle-ci l'entérectomie qui supprime définitivement la lésion et rétablit aussitôt le cours des matières (1).

Il en est de même pour les fistules stercorales qui se présentent du reste sous toute une série de formes, depuis la fistulette, ne donnant issue qu'à quelques gouttes de contenu intestinal, jusqu'à la fistule large qui laisse écouler au dehors la plus grande partie des matières. L'excision partielle suivie de suture ou la résection de l'intestin sont, comme pour l'anus contre nature, le procédé de choix (2). On n'aura recours à l'exclusion que dans les cas où ces opérations présenteraient des difficultés techniques trop considérables par suite de l'étendue des adhérences.

FISTULES PYOSTERCORALES. — Au contraire, dans les fistules pyostercorales, en raison de la plus grande étendue habituelle des adhérences, la résection des parties malades est rarement possible et l'indication de l'exclusion se présente plus fréquemment. Toutefois, lorsqu'il est difficile de s'orienter, de reconnaître les bouts, afférent et efférent, lorsqu'il y a danger en décollant des anses d'ouvrir un foyer purulent, il vaut mieux se contenter d'une entéro-anastomose, bien que ses résultats puissent être insuffisants. C'est la conclusion à laquelle arrive Eiselsberg qui a eu l'occasion de traiter un assez grand nombre de malades, et a écrit sur ces questions plusieurs mémoires intéressants (3).

Dans un certain nombre de *fistules intestino-vaginales*, l'exclusion a été d'un grand secours. C'est l'opération qui convient le mieux aux fistules très haut situées, à celles qui résultent d'une lésion, soit de l'intestin grêle, soit plus rarement du côlon, produite au cours d'une hystérectomie vaginale ou même d'une simple colpotomie. En pareil cas, on aura recours à l'exclusion bilatérale avec fermeture des deux bouts. La fistulette qui persiste au fond du vagin, déversant dans celui ci les sécrétions de l'anse exclue, n'incommode pas la malade, le suintement qu'elle donne se réduisant rapidement à des proportions insignifiantes. Aussi l'exclusion doit-elle être préférée à la résection de l'anse fistuleuse qui présente une gravité considérable dans ces cas (4).

INVAGINATION CHRONIQUE. — Une invagination chronique a été trois fois l'occasion d'une exclusion de l'intestin [Baracz (5), Eiselsberg (6), Wiesinger (7)]. Supérieure à l'entéro-anastomose simple qui peut se boucher si l'invagination continue à cheminer, l'exclusion a l'inconvénient de laisser dans le ventre le boudin invaginé, qui constitue toujours une menace de péritonite.

OBLITÉRATIONS CONGÉNITALES DE L'INTESTIN. — L'étude d'une série de cas d'oblitération congénitale de l'intestin ayant montré qu'en aval de l'oblitération l'intestin est tellement atrophié qu'il faut renoncer à y faire jamais circuler les matières, Tuffier a conseillé de l'exclure définitivement en implantant l'ampoule du grêle soit à la peau, soit, si elle est suffisamment mobilisable, au rectum (1). C'est là une une indication très exceptionnelle de l'exclusion, ces faits étant par eux-mêmes des plus rares et les enfants qu'on opère étant le plus souvent dans un état tel qu'on ne peut songer à faire autre chose qu'une opération très courte, telle que l'anus artificiel. L'indication de l'anastomose pourrait se présenter ultérieurement si l'enfant survivait à la première opération.

FORMES GRAVES DES COLITES REBELLES. — Dans ces dernières années, on est intervenu un certain nombre de fois pour remédier à des accidents de colite grave, rebelles au traitement médical, et l'on a obtenu sinon des guérisons complètes, tout au moins des améliorations considérables en mettant au repos absolu le segment d'intestin malade, en détournant le cours des matières soit par un anus artificiel, cæcal, soit par une anastomose iléo-sigmoïde ou iléo-rectale (2).

La simple entéro-anastomose ayant paru insuffisante à quelques chirurgiens, on a préconisé en pareil cas l'exclusion des côlons (3) qui a été pratiquée sous la forme d'exclusion bilatérale (4) ou sous celle d'exclusion unilatérale (5).

CONSTIPATION REBELLE AVEC DILATATION DU GROS INTESTIN. — Dans un cas de constipation rebelle à tout traitement médical, Franke a pratiqué l'iléo-sigmoïdostomie; puis, celle-ci n'ayant pas fait disparaître les phénomènes d'obstruction, il a secondairement sectionné l'iléon au-dessous de l'anastomose, réalisant ainsi l'exclusion unilatérale du gros intestin. La guérison de la constipation fut alors complète (6).

EXCLUSION DE L'INTESTIN SAIN. — L'exclusion de l'intestin sain a été pratiquée dans deux conditions différentes : 1° après des opérations de résection intestinale; 2° pour la cure de l'exstrophie vésicale.

Après certaines résections de l'intestin, en particulier après l'ablation de portions du gros intestin qui n'ont pas de méso (côlons ascendant et descendant, angles hépatique et splénique, côlon iliaque), il est quelquefois très difficile, parfois même impossible, de rapprocher les deux extrémités intestinales. La ligne de conduite la plus simple est alors de fermer le bout distal en cul-de-sac et d'établir une entéro-anastomose faisant ainsi une exclusion unilatérale de l'intestin. Lorsque le bout proximal lui-même ne peut être amené sans traction au contact du côlon pelvien, comme c'est généralement le cas pour les côlons ascendant ou descendant, le mieux est de pratiquer une iléo-sigmoïdostomie (Petersen) ou une cæco-sigmoïdostomie (Vautrin) et de faire l'exclusion bilatérale avec abouchement à la peau de la por-

(1) DELORE et PATEL. Du traitement de l'anus contre nature, *Revue de chir.*, Paris 1901, t. XXIII, p. 669 et 792.

(2) P. CLAIRMONT. Casuistischer Beitrag zur Radicaloperation der Kothfistel und der Anus præternaturalis, *Archiv f. klin. Chir.*, Berlin 1901, t. LXIII, p. 670.

(3) F. VON EISELSBERG. Weitere Beiträge zur Casuistik der Darmausschaltung, *Wiener klin. Woch.*, 1896, nos 12, 13 et 14, et Ueber die Behandlung von Kothfisteln und Stricturen der Darmcanales mittelst der totalen Darmausschaltung, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1898, t. LVI, p. 281.

(4) LANCE, loc. cit., en a réuni 8 cas (Erbach, Schloffer, Narath, Chaput, Eiselsberg, Lavisé, Friedlander, Pauchet).

(5) BARACZ. *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1894, p. 617.

(6) EISELSBERG. *Arch. f. klin. Chir.*, 1903, t. LXIX, p. 1.

(7) WIESINGER. *Münch. med. Wochens.*, 1896, p. 1062.

(1) TUFFIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 11 fév. 1903.

(2) LABEY. *De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles*, Th. de Paris, 1901-1902, n° 217.

(3) NANNOTTI. Ricerche sperimentali sulle esclusioni complete ed incomplete del côlon, *Clinica moderna*, Firenze 1901, p. 53.

(4) WIESINGER. Loc. cit.

(5) LYMPIUS. Zur chirurgischen Behandlung der chronischen Colitis, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1901, p. 774.

(6) FRANKE. *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1902, Beilage, p. 100. — Comme au sortir de l'intestin grêle, les matières sont demi-molles ou même complètement liquides, il conseille, pour éviter une diarrhée tenace, de placer l'anastomose au début de l'S iliaque.

tion de gros intestin exclue. On simplifie ainsi la reconstitution d'un canal intestinal.

L'exclusion d'une anse d'intestin sain *pour refaire une vessie* a été proposée dès 1888 par Pozzi et Tizzoni qui, chez le chien, ont constitué, avec une anse intestinale exclue, une nouvelle vessie dans laquelle ils ont abouché les uretères (1).

Chez l'homme, l'utilisation d'un segment intestinal exclu pour refaire une paroi à la vessie exstrophiée a été mise en pratique par Rutkowski (2) et par Mikulicz (3). Après avoir exclu une anse d'intestin, ces opérateurs incisent l'intestin isolé, du côté opposé à l'insertion mésentérique, puis suturent ce lambeau aux bords de la vessie préalablement disséquée. Bien que les deux malades opérés aient guéri, nous ne croyons pas à l'avenir de ce procédé plus complexe et plus grave que ceux actuellement utilisés dans la cure de l'exstrophie vésicale.

Arrivé au terme de cet exposé des diverses indications de l'exclusion, nous voyons qu'à part quelques faits exceptionnels, c'est surtout dans les tumeurs, les rétrécissements, inflammatoires ou tuberculeux, les lésions intestinales, accompagnées de fistules, que l'on a eu recours à l'exclusion. L'analyse des observations montre que, dans le cancer, la survie n'a pas été plus considérable après l'exclusion qu'après la simple entéro-anastomose et que celle-ci suffit pour amener la cessation des accidents. Nous croyons donc que, en présence d'un cancer, l'entéro-anastomose simple est suffisante. Au contraire dans les lésions inflammatoires, simples ou tuberculeuses, dans les lésions intestinales graves accompagnées de fistules, l'exclusion lui semble supérieure. Ce n'est toutefois qu'un pis aller, inférieur aux opérations qui suppriment définitivement et immédiatement la lésion (libération et suture d'une fistule stercorale, résection de l'intestin malade, etc.). Même ainsi limitée dans ses indications, l'exclusion de l'intestin a constitué un progrès réel car elle a permis d'apporter un remède à une série de cas jusqu'alors inaccessibles à nos moyens chirurgicaux; quelquefois même elle a suffi pour amener dans l'état local et dans l'état général une amélioration telle qu'une opération radicale, impossible au début, l'est devenue au bout de quelque temps.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les phénomènes psychiques, *recherches*, *observations*, *méthodes* (4), par J. Maxwell, docteur en médecine, avocat général près la Cour d'appel de Bordeaux, préface du prof. Ch. Richet.

Ce livre, dégagé de tout préjugé, est la première œuvre synthétique et philosophique qui fasse une étude générale et exclusivement scientifique des phénomènes improprement dits « occultes ».

Parmi les faits affirmés par les mystiques et les thaumaturges, un grand nombre, tels que les phénomènes sonores, moteurs ou lumineux, paraissent se produire sans cause connue. L'auteur les a reproduits et il donne l'indication détaillée des procédés à employer pour obtenir les résultats qu'il a constatés. Il énonce en outre certaines lois *physiques* paraissant régir tous les phénomènes dits *psychiques*; c'est l'application des formules scientifiques à des faits qui paraissent s'y montrer rebelles. Il se montre d'ailleurs très réservé sur l'explication probable de ces faits et ne se montre pas favorable à l'hypothèse spirite.

Une seconde partie du livre est consacrée aux phénomènes intellectuels, écriture automatique, vision dans le cristal, télépathie, trance ou extase. L'auteur les étudie au point de vue psychologique et analyse leurs rapports avec la conscience personnelle des sujets; c'est dans le système nerveux que, selon lui, doit être recherchée la cause de tous ces phénomènes; les sujets ne doivent pas être considérés comme des dégénérés, mais comme doués d'une délicatesse toute spéciale de leur système nerveux.

Commentaire administratif et technique de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique (1), par MM. le docteur A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation, chef des services techniques du bureau d'hygiène de la ville de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, et Albert Bluzet, docteur en droit, rédacteur principal au bureau de l'hygiène du ministère de l'intérieur, secrétaire adjoint du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

La loi du 15 février 1902 sur la *Protection de la santé publique* est devenue exécutoire. Ses prescriptions s'imposent désormais d'une manière obligatoire aux *départements*, aux *communes*, aux *administrations*, aux *médecins* et aux *particuliers*.

La diversité de ses dispositions, auxquelles il faut ajouter celle des règlements, décrets, arrêtés et circulaires qui le complètent, et surtout la nouveauté, la complexité ou le caractère technique d'un grand nombre d'entre elles, risqueraient d'en rendre l'exécution difficile pour tous ceux qui ont mission de l'appliquer ou sont tenus d'y obéir, s'il n'était possible de mettre à la disposition de ces diverses catégories de personnes, pour leur faciliter l'accomplissement de la tâche qui leur incombe, une interprétation aussi précise et aussi complète que possible de la loi et des dispositions réglementaires.

Dans ce but, le commentaire de MM. A.-J. Martin et Albert Bluzet présente, pour chacun des articles de la loi, avec tous les renseignements et développements utiles, l'interprétation et les éclaircissements les plus complets, résultant soit des travaux préparatoires, soit des actes et décisions officiels intervenus.

Cet ouvrage comprend notamment tout ce qui concerne :

La réglementation sanitaire communale (art. 1, 2 et 3 de la loi) avec les deux règlements modèles préparés par le Comité consultatif, et la circulaire ministérielle du 30 mai 1903; la déclaration des maladies auxquelles la loi est applicable, avec le décret et l'arrêté du 10 février 1903, et la circulaire ministérielle du 5 juin 1903; la vaccination obligatoire, avec le règlement d'administration publique du 27 juillet et la circulaire du 7 août 1903; la désinfection obligatoire, avec le règlement d'administration publique du 7 mars 1903; l'assainissement des localités, même d'office,

---

(1) Boari, de son côté, avait en 1896 utilisé, sur un chien, un fragment d'intestin exclu pour remédier à une vaste perte de substance de l'urètre.

(2) Rutkowski. Zur methode der Harnblasenplastik, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1899, n° 16.

(3) Mikulicz. Zur Operation der angeles Blasenspalte, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1899, p. 641. — Anschutz. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1901, t. LXI, p. 1048.

(4) In-8° de la biblioth. de philos. contemp. Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

(1) Fort vol. in-8° de 472 p., avec une table alphabétique permettant de se reporter immédiatement à toutes les matières traitées dans le volume. — Prix : br. 7 fr. 50; cart. toile, 8 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

et leur alimentation en eau potable (art. 9 et 10); l'assainissement des habitations, tel qu'il est régi par les articles 11 à 18 remplaçant la loi de 1850 sur les logements insalubres, désormais abrogée; les bureaux municipaux d'hygiène (art. 19); les services d'inspection et de contrôle de l'hygiène publique dans les départements (art. 19); les Conseils départementaux d'hygiène et les Commissions sanitaires de circonscriptions (art. 20 et 21), avec les circulaires ministérielles les plus récentes; la situation spéciale de Paris et du département de la Seine (art. 22, 23 et 24); le Comité consultatif d'hygiène publique de France (art. 25) avec le règlement d'administration publique du 18 décembre 1902; la question des dépenses rendues nécessaires par la nouvelle loi (art. 26), etc., etc.

Il nous paraît à ce titre susceptible de rendre les plus grands services pour la *rédaction des règlements sanitaires communaux* actuellement en voie d'élaboration dans toutes les communes; pour l'*organisation des services d'hygiène dans les départements*; pour la *constitution des nouveaux conseils d'hygiène et commissions sanitaires*, et pour la mise en œuvre de leurs importantes attributions; pour la *prophylaxie des maladies épidémiques*; pour l'*assainissement des localités et des habitations*, etc., etc.

La qualité officielle des deux auteurs qui se trouvent, par le fait de leurs fonctions, quotidiennement associés à la mise en œuvre de la loi nouvelle, leur a permis de donner à leur commentaire un caractère à la fois pratique et théorique, qui sera sûrement apprécié de MM. les préfets, sous-préfets, maires, conseillers généraux, membres des conseils d'hygiène et commissions sanitaires, directeurs de bureaux d'hygiène, médecins des épidémies, médecins vaccinateurs, architectes, inspecteurs sanitaires, propriétaires, etc., etc., auxquels il est particulièrement destiné.

Ces différentes catégories de personnes y trouveront, sous une forme agréable, et remarquablement claire, l'interprétation la plus précise et la plus autorisée de la loi et des dispositions réglementaires.

Formulaire-index du praticien pour adultes et enfants (1), par le docteur P. Macrez, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le *Formulaire-index du praticien*, du docteur Macrez, est composé d'après un plan entièrement nouveau et ne présente aucune analogie avec les autres formulaires. Il est essentiellement pratique. Comme tel, il indique, à chaque médicament, *la posologie exacte pour l'adulte et pour l'enfant aux différents âges*. Jusqu'alors, les formulaires étaient pour adultes ou pour enfants. Dans ce livre, l'auteur a placé les doses pour adultes et les doses pour enfants (par année d'âge) en regard les unes des autres. — De plus, il donne les renseignements nécessaires sur la solubilité, l'*incompatibilité*, les propriétés et les *antidotes* (si utile) des divers médicaments. — Il contient seulement les *formules d'urgence* pour les bains, collyres, lavements, injections hypodermiques, purgatifs, l'*opothérapie*, la *sérumthérapie*, supprimant toutes les formules non indispensables immédiatement. — *Il ne renvoie pas d'un mot à un autre*, il mentionne les préparations du Codex et permet au médecin de noter ses observations et de composer ou d'inscrire ses formules. — De même qu'il a son arsenal chirurgical à lui, de même le médecin doit avoir son arsenal médical à lui, fabriqué pour lui, par lui, sans avoir à glaner au hasard, çà et là, des données plus ou moins bonnes qu'on lui dit excellentes. *Il n'est de bon formulaire que celui qu'on se fait soi-même*. Pour permettre d'arriver à ce but, le *Formulaire-index du praticien* offre un format commode pour la poche qu'il ne doit pas quitter, et les pages blanches intercalées dans le texte, sur lesquelles le médecin pourra se composer une formule, grâce aux indications qu'il recueillera dans le livre. — Pour ces différentes raisons, ce formulaire s'adresse à tous, aussi bien à l'étudiant, au débutant, qu'au maître et au vieux praticien. On se demande même comment on a pu jusqu'ici se passer de ce guide dont l'utilité est de toute évidence.

(1) In-18, interfolié de papier blanc, reliure souple. Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Hygiène thérapeutique des maladies des fosses nasales (1), par les docteurs Lubet-Barbon, ancien interne des hôpitaux, et R. Sarremone.

La Bibliothèque d'hygiène thérapeutique, que dirige si habilement le professeur Proust et dont les différents volumes ont déjà eu tant de succès, vient de s'enrichir d'un nouvel ouvrage consacré à l'hygiène thérapeutique des maladies des fosses nasales.

Nombreuses sont les personnes atteintes d'affections plus ou moins graves du nez ou des fosses nasales. Ce petit volume leur rendra de grands services en leur indiquant la thérapeutique à suivre pour leur guérison. Les auteurs y étudient d'abord quelles sont les conditions dans lesquelles peuvent se réaliser d'une façon normale les diverses fonctions du nez et exposent ensuite quels sont les cas pathologiques dans lesquels elles sont modifiées. Ils passent en revue successivement : 1° le nez et les fosses nasales dans leur fonctionnement physiologique : respiration, phonation, audition, olfaction; 2° les affections qui portent entrave à ce libre fonctionnement et les troubles qui en sont la conséquence. L'ouvrage est précédé d'un rapide aperçu de la constitution anatomique du nez, des fosses nasales, et de leurs rapports avec les cavités accessoires : les sinus de la face, en premier lieu; le pharynx nasal, les trompes d'Eustache, et la caisse du tympan, ensuite. Ce volume est très clair, de lecture facile, et sera lu avec fruit non seulement par les spécialistes des maladies du nez, mais encore par les médecins-praticiens et les hygiénistes.

Moustiques et maladies infectieuses. Guide pratique pour l'étude des moustiques (2), par les docteurs Edmond et Étienne Sergent, de l'Institut Pasteur de Paris. Avec une préface du docteur E. Roux.

Le livre de MM. Sergent, qui traite de l'étude des moustiques, qui apprend à les recueillir, à les élever, à les observer, à les reconnaître et à les classer, contribuera à l'œuvre civilisatrice. Il trouvera sa place dans le bagage des explorateurs, des voyageurs, de tous ceux qui vont aux colonies et qui sont obligés de compter avec ces êtres, à la fois si menus et si redoutables. Cet ouvrage les aidera à conserver leur santé.

Il sera utile aussi aux médecins coloniaux dont le devoir est de dresser, dès leur arrivée dans une colonie, le catalogue des moustiques qui s'y rencontrent, d'en étudier le développement et les mœurs. Sans cette étude ils seront incapables d'instituer une prophylaxie efficace et de protéger les vies dont ils ont la responsabilité. Le livre de MM. Sergent sera pour eux un excellent guide et, dans une courte préface, le docteur Roux s'est fait un plaisir de le recommander.

La première partie traite de l'étude d'un moustique au point de vue de la classification.

Elle comporte donc la technique de l'examen extérieur, la description morphologique, et la classification par genre, qui est une reproduction de celle de F.-V. Théobald.

(1) In-16, de la Biblioth. d'hyg. et de thérap., cart. toile, tr. rouges. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) Petit in-8° (40 fig.). [Encycl. scient. des aide-mém.] — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

La deuxième partie expose la technique de la capture et de l'élevage des moustiques, qui n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire, et des considérations sur la biologie des moustiques, telle qu'on peut l'observer en faisant leur élevage.

La troisième partie comporte l'étude pratique de la préparation des moustiques au point de vue de l'évolution des parasites du paludisme et de la filariose dans leurs tissus ; elle se subdivise donc en étude de la structure interne du culicide normal, exposé de l'évolution des hémamibes et des filaires, technique de la dissection et des coupes.

Du choix d'une station sulfureuse dans les Pyrénées françaises (1), par le docteur Henri LAMARQUE, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Telle qu'elle est constituée actuellement, la thérapeutique hydrominérale est une des meilleures parties de la thérapeutique; mais combien peu, même parmi les meilleurs praticiens, peuvent se vanter de la bien connaître? Si du domaine des généralités nous descendons en effet sur le terrain de l'application, nous rencontrons à chaque pas des difficultés imprévues. Les stations sont nombreuses, les sources sont innombrables, chacune a sa composition et sa thermalité spéciales; les unes jaillissent dans la plaine, d'autres dans les hautes vallées : celles-ci sont utilisées dans un établissement bien aménagé, celles-là sont gaspillées par une administration inintelligente. Or, aucun de ces détails n'est indifférent au malade à qui l'on conseille une cure d'eaux : en dehors de l'indication vraiment médicale, les questions d'altitude, de climat, de ressources balnéaires' d'appareils d'inhalations et de douches, de confortable, de facilité de communications, etc., doivent toujours être présentes à l'esprit du médecin, qui, pour les avoir méconnues, peut faire perdre à un malade le bénéfice d'une cure thermale et se faire mal juger de lui. Ce sont ces questions multiples que le docteur Lamarque a voulu exposer aux médecins, dans un livre spécialement consacré aux *sources sulfureuses des Pyrénées*. Sa compétence en pareille matière est indiscutable; car personne ne connaît mieux que lui ces ravissantes montagnes qu'il a maintes fois parcourues.

Il sera difficile, pour ceux qui auront lu l'excellent livre du docteur Lamarque, de se tromper dans ce choix, s'ils ont su profiter des principes de thérapeutique générale et des conseils pratiques qui sont prodigués à chaque page.

ARNOZAN.

Des droits de timbre et d'enregistrement en matière de certificats médicaux (2), par le docteur Étienne GINESTOUS, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, lauréat des hôpitaux et de la Faculté, médecin oculiste, et Gaston GINESTOUS, docteur en droit.

Le médecin est journellement sollicité dans sa clientèle payante et gratuite pour la délivrance de certificats.

L'art. 12, § 8, de la loi du 12 brumaire an VII a établi un droit de timbre en la matière. En ignorant les dispositions de cette loi, le médecin s'expose à des amendes fiscales. Mais, la loi du 29 mars 1897 a établi des exceptions. Dans certains cas, les certificats médicaux peuvent être délivrés sur papier libre.

Dans leur travail, les auteurs étudient et commentent les dispositions de ces différentes lois et règlements administratifs.

Le petit opuscule de MM. Ginestous répond donc à une nécessité de la pratique médicale courante, et il sera consulté avec profit par tous les médecins praticiens.

(1) In-18 de 152 p. Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Vigot frères.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année aura lieu le lundi 14 mars 1904, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre place seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 15 janvier inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le 15 janvier 1904, à trois heures, dernier délai.

— Un concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (*chirurgie et accouchement*) aura lieu le jeudi 10 mars 1904, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 15 janvier inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le 15 janvier 1904, à trois heures, dernier délai.

Œuvre de la tuberculose humaine. — L'inauguration du dispensaire des Ier et IIe arrondissements et des employés des postes, télégraphes et téléphones, aura lieu le dimanche 4 octobre 1903, à deux heures et demie précises, en la salle des fêtes de la mairie du IIe arrondissement (rue de la Banque), sous la présidence effective du général André, ministre de la guerre, assisté de M. le sous-secrétaire d'État des postes et télégraphes et de MM. les préfets de la Seine et de police.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-huitième semaine, 756 décès, au lieu de 755 pendant la semaine précédente (moyenne 803).

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (moyenne 14).

La variole n'a causé que 1 décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 3 décès (moyenne 4); la scarlatine, 1 décès (moyenne 1); la coqueluche, 7 décès (moyenne 7); la diphtérie, 1 décès (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 30, au lieu de 44 pendant la précédente semaine (moyenne 43).

La diarrhée infantile a causé 56 décès de 0 à 1 an, au lieu de 61 pendant la semaine précédente (moyenne 75).

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 76 décès au lieu de 72 pendant la semaine précédente (moyenne 83). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 12 (moyenne 13); pneumonie, 14 (moyenne 18); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 47 (moyenne 46), dont 10 sont dus à la congestion pulmonaire et 13 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 136 décès; la méningite tuberculeuse, 18; la méningite simple, 15; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès.

Écoles municipales d'infirmières. — L'ouverture des cours des écoles municipales d'infirmières aura lieu, à huit heures du soir : à la Salpêtrière, le lundi 5 octobre; à la Pitié, le mardi 6 octobre; à Lariboisière, le samedi 10 octobre.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *L'hiver à la côte d'azur.* — Billets d'aller et retour collectifs de 2e et 3e classes à très longue validité pour familles. — Jusqu'au 15 novembre 1903, il est délivré par les gares P.-L.-M. aux familles composées d'au moins trois personnes, des billets d'aller et retour collectifs de 2e et 3e classes, pour *Hyères* et toutes les gares au delà vers *Menton*. Le parcours simple doit être d'au moins 400 kilomètres.

La famille comprend : père, mère, enfants, grand-père, grand'-mère, beau-père, belle-mère, gendre, belle-fille, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, oncle, tante, neveu et nièce, ainsi que les serviteurs attachés à la famille.

Ces billets sont valables jusqu'au 15 mai 1904. La validité de ces billets peut être prolongée une ou plusieurs fois de 15 jours moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet collectif. Le coupon d'aller de ces billets n'est valable que jusqu'au 15 novembre 1903.

Le prix du billet collectif est calculé comme suit : prix de quatre billets simples pour les deux premières personnes, prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié du prix d'un billet simple pour la quatrièmepersonne et chacune des suivantes. Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire. La demande de billets doit être faite quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Stations hivernales : Nice, Cannes, Menton, etc. Billets d'aller et retour de famille, valables 33 jours. — Il est délivré, du 15 octobre au 15 mai, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, pour les stations hivernales suivantes : Hyères et toutes les gares si-situées entre Saint-Raphaël, Valescure, Grasse, Nice et Menton inclusivement.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples ordinaires (pour les deux premières personnes), le prix d'un billet simple pour la troisième personne; la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée une ou plusieurs fois de 15 jours, moyennant le paiement pour chaque prolongation d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet collectif. — Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Les demandes de ces billets doivent être faites quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'alimentation lactée chez le nouveau-né, par le docteur L. Butte, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, lauréat de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine, préface par le docteur Porak, membre de l'Académie de médecine, accoucheur en chef de la Maternité de Paris. Un vol. in-18 de xii-184 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, Librairie scientifique et littéraire F.-R. de Rudeval et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE 17.

N° 115 — MARDI 6 OCTOBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 6 OCTOBRE 1903. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ÉTAT DE LA LANGUE DANS LES MALADIES DU TUBE DIGESTIF (1)

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

II. LA DERMITE LINGUALE. — Avec cette notion que le prétendu enduit saburral de la langue est en réalité dû à une prolifération intensive du revêtement épithélial des papilles filiformes et à leur longueur excessive, et que cette irritation peut aller jusqu'à un certain degré de dermite, la séméiologie de la langue s'éclaire d'une vive lumière.

Il semble tout d'abord qu'il faille tenir compte de certaines particularités anatomiques individuelles. Il est probable que certaines personnes ont normalement des papilles filiformes beaucoup plus longues et plus denses que les autres. Leur gazon papillaire présente normalement une épaisseur anormale ; leur langue est à demeure une langue pileuse.

Faut-il voir, avec J. Müller, dans la longueur et l'épaisseur des productions épithéliales papillaires, la conséquence d'une vitalité plus grande ou seulement d'une irritation locale ? Est-il vrai que, chez les individus épuisés, d'une vitalité restreinte, tels que les tuberculeux et les vieillards, les papilles filiformes tendent à s'atrophier et la langue à devenir chauve ? N'y aurait-il pas plutôt, dans ces cas, une desquamation excessive qui dépouille la langue comme cela se voit au cours de certaines stomatites ?

Quoi qu'il en soit, on peut dire que certaines personnes présentent pendant un temps extrêmement prolongé, pendant des mois et des années, une langue blanche en permanence, cette coloration étant due à l'épaisseur du gazon papillaire. Comme assez souvent, ainsi que nous l'avons fait remarquer déjà, on trouve chez eux les bords de la langue rouges, avec une muqueuse granitée, évidemment enflammée et desquamée, par suite du frottement de la langue contre les dents, on peut penser qu'il existe véritablement un léger degré de dermite linguale superficielle.

La dermite linguale, une fois constituée, se comporte en somme vis-à-vis de certaines causes morbides, en particulier des intoxications hétérogènes et des auto-intoxications, surtout des auto-intoxications d'origine intestinale, à la façon de la dermite cutanée.

Les dermatologistes savent très bien que les lésions chroniques de la peau, telles que l'eczéma, le psoriasis, subissent des poussées sous l'influence de certaines causes. La connaissance de l'influence irritante de certaines alimentations, la charcuterie, les coquillages, le poisson de fraîcheur douteuse, est du domaine commun. On sait très bien que les excès alcooliques peuvent donner une poussée à la dermite eczémateuse ou psoriasique. Ces poussées, dans le psoriasis surtout, sont suivies d'une desquamation plus abondante. Il en est de même du pitiriasis capitis, qui augmente souvent après l'usage de mets ou de boissons toxiques, après quelques dîners en ville, par exemple.

Eh bien, en somme, la langue ne se comporte pas autrement. Sous l'influence de certaines intoxications et de certaines infections, elle subit des poussées de dermite superficielle, remarquables surtout par l'abondance de la production épithéliale papillaire. Souvent, du reste, à la phase proliférative succède la phase desquamative. La langue a besoin de guérir sa lésion, il faut qu'il se reproduise un autre épithélium après la chute de l'épithélium malade desquamé. Cela s'observe très fréquemment à la suite de maladies aiguës de courte durée, à la suite, par exemple, d'une atteinte d'embarras gastrique fébrile, quelle que soit du reste la nature intime du syndrome décrit sous ce nom.

Une première conséquence de cette notion de la dermite linguale desquamative, c'est que la langue ne doit jamais être considérée comme un véritable miroir dans lequel des images successives se reflètent en quelque sorte instantanément. Il faut un certain temps pour que le processus desquamatif évolue et l'état de la langue retarde toujours sur la cause qui lui a donné naissance.

Cette notion est, en certains cas, d'une importance capitale pour la conduite à tenir. Voici une jeune fille, quelque peu nerveuse, qui a eu des phénomènes plus ou moins vagues

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 107, p. 1061.

d'embarras gastrique, ou encore qui a présenté un léger degré d'anorexie névropathique, à la suite de contrariétés, elle n'a pas d'appétit et sa langue reste blanche. Sa famille et elle concluent qu'elle ne doit pas encore se réalimenter. Hypnotisé par le miroir de l'estomac, le médecin abonde dans le même sens. Cela dure des semaines, des mois même; la langue s'obstine à rester blanchâtre. En effet cet état est entretenu par l'inanition et il eût suffi de rétablir la ration alimentaire à son taux normal pour voir la langue se nettoyer, les fonctions digestives se régulariser et la malade cesser de maigrir et se rétablir.

Il faut aussi connaître la desquamation consécutive aux dermites linguales avec production excessive d'épithélium papillaire. Voici un malade qui a eu une poussée d'appendicite pour laquelle on l'a mise à la diète hydrique : elle était enceinte de sept mois, il se fait un accouchement prématuré. La malade accusant des malaises gastriques, un état nauséeux, la langue restant blanche avec des aires inégales de desquamation, on n'ose la réalimenter. Au bout de trois semaines environ, la faiblesse est très grande, il y a des lypothymies, le pouls est faible, rapide. Par la palpation du creux épigastrique, on provoque une sensation d'étouffement rétro-sternal. La piqûre d'une épingle révèle une anesthésie cutanée légère dans cette même région. Pas de doute, il s'agit d'une forme légère d'anorexie nerveuse consécutive à une appendicite; malgré le mauvais état de la langue, il faut réalimenter la malade. En effet, sous l'influence d'une réalimentation prudente mais progressive, l'amélioration ne tarde pas à se produire. La langue se dépouille rapidement de son épithélium, elle devient rouge, lisse, avec saillie légère des papilles fungiformes. Peu à peu, on voit l'épithélium se reproduire sous forme d'un mince vernis blanchâtre.

Voici donc encore un cas dans lequel il était très important de savoir que le mauvais état de la langue ne contre-indiquait nullement la réalimentation, qu'elle ne se nettoierait que par le retour à un régime suffisant et que ce nettoyage amènerait une large desquamation susceptible de dénuder la langue dans toute son étendue et de lui donner momentanément un aspect rouge et irrité.

Certaines causes locales peuvent influencer le processus de dermite linguale et en dénaturer la signification. C'est ainsi, par exemple, que la sécheresse de la bouche, va permettre à la langue de se recouvrir d'une couche d'enduit saburral. L'absence de salive, l'absence des mouvements de la langue dans l'état typhoïde, la respiration la bouche ouverte sont la cause de ces langues sèches qu'on observe plus particulièrement dans les pneumonies graves et chez les urinaires.

Souvent aussi, il se produit une stomatite générale plus ou moins intense; la langue y participe. Son état ne donne plus alors aucune indication au point de vue de l'existence d'une intoxication et d'une infection. Dans la scarlatine, la langue est le siège d'une éruption desquamative analogue à l'éruption cutanée. Dans tous ces cas, il s'agit d'un processus local tellement intense que les phénomènes d'auto-intoxication intestinale ne peuvent plus avoir prise sur la desquamation linguale. Le miroir lingual n'existe plus.

Ainsi donc, pour nous résumer, nous pouvons dire que la langue, dans certains états morbides, donne des indications analogues à celles que pourraient fournir des plaques de dermite, d'eczéma ou de psoriasis. Toutefois, cette dermite linguale est d'une sensibilité plus grande, en vertu de la riche innervation de la langue, de son abondante vascularisation, de son mode particulier de desquamation papillaire. Elle représente un instrument de précision relativement à la dermite desquamative cutanée.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

[BRUXELLES, SEPTEMBRE 1903 (1)]

III

La troisième section s'occupe de *technologie sanitaire*. M. Grimbert, chargé d'un rapport sur l'*unification de procédé d'analyse bactériologique des eaux*, arrive aux conclusions suivantes :

A. *Milieu de culture*. — 1° La peptone destinée à la préparation des milieux de culture devra répondre à l'essai suivant : Une solution à 2 p. 100 dans l'eau distillée, neutralisée et stérilisée, sera ensemencée avec un bacille coli type et portée à l'étuve à 37 degrés. Après quarante-huit heures, la culture additionnée, pour 10 centimètres cubes, de x gouttes de solution de nitrite de potasse à 0,020 grammes p. 100 et de xxx gouttes d'acide sulfurique concentré et pur, devra donner une coloration rouge groseille intense (réaction de l'indol);

2° Le bouillon de viande sera remplacé par une solution de peptone à 2 p. 100 dans l'eau distillée et alcalinisée, comme il sera dit plus loin;

3° On adoptera comme gélatine, celle qui, en solution à 10 p. 100 dans l'eau, donnera une gelée solide à la température de 24 degrés après avoir été chauffée à 115 degrés pendant quinze minutes;

4° La gélatine nutritive destinée à la numération et à la séparation des espèces sera préparée avec la gélatine précédente dissoute dans une solution de peptone à 2 p. 100 en employant une concentration de 10 à 12 p. 100 et en suivant les indications données plus haut;

5° L'alcalinité de ces divers milieux sera obtenue par une addition de soude telle que 100 centimètres cubes du milieu exigent 1cc5 d'acide normal pour être neutralisé en se servant de phénolphtaléine comme indicateur;

6° Le milieu lactosé et tournesolé de Grimbert devra être préféré à tout autre pour déterminer l'action des bactéries sur le lactose;

B. *Numération des bactéries*. — 7° Le prélèvement des échantillons d'eau destinés à l'analyse bactériologique ne pourra être effectué que par des personnes compétentes;

8° Si la numération ne peut être faite sur place, l'échantillon devra être transporté au laboratoire dans une glacière appropriée;

9° Quand on ne possédera aucun renseignement sur le degré possible de pollution de l'eau, on fera trois dilutions croissantes et l'on prendra la moyenne des résultats;

10° L'ensemencement de l'eau se fera dans la gélatine nutritive adoptée plus haut.

Les plaques, fioles ou tubes seront maintenus en observation à une température voisine de 20 degrés;

11° La durée de l'observation est fixée à huit ou quinze jours.

C. *Microbes pathogènes*. — 12° Le nom de *bacillus coli com-*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 1903, 110.

munis est réservé à une bactérie ne liquéfiant pas la gélatine, ne se colorant pas par la méthode de Gram, donnant la réaction de l'indol dans la peptone adoptée et attaquant le lactose (milieu de Grimbert);

13° Le nom de bacille d'Eberth est réservé à une bactérie, ne se colorant pas par la méthode de Gram, ne liquéfiant pas la gélatine, ne donnant pas d'indol dans la solution de peptone, n'attaquant jamais le lactose pur (milieu de Grimbert) et étant agglutinée par le sérum spécifique.

M. Löffler (de Greiweld), rapporteur, estime que, pour la recherche du bacille du choléra dans les eaux, le procédé officiellement employé en Allemagne (enrichissement des eaux au moyen de peptone et de sel marin) est le meilleur de tous ceux qui ont été préconisés; pour la recherche du bacille de la fièvre typhoïde et des micro-organismes qui causent la dysenterie, aucun procédé ne peut encore être recommandé. Pour la recherche du bacille du charbon et du tétanos, il faut filtrer 1 à 2 litres d'eau sur bougie et inoculer le résidu à des cobayes et à des souris.

Lorsqu'on veut s'assurer de l'efficacité des procédés de purification des eaux (filtration, ozonisation), M. Löffler conseille l'emploi de la gélatine-bouillon-peptone salée, préparée d'après la formule de l'Office impérial de santé, ou celle de Timpe, ou la gélatine-extrait de viande-peptone avec 1,5 p. 1000 de soude, ou un mélange en parties égales de gélatine-extrait de viande-peptone à 10 p. 100 et d'albumose-agar de Hesse à 1,5 p. 100.

Ensemencement des échantillons d'eau sur plaques de Pétri d'après le procédé de Fischer : On introduit d'abord l'eau, 0,1 — 0,2 — 0,5 — 1 centimètre cube, si l'eau est relativement propre ; dans le cas contraire, ensemencement de 1 centimètre cube dans la première plaque avec 10 centimètres cubes de milieu, transport de 1 centimètre cube du mélange dans une troisième plaque avec 10 centimètres cubes du milieu, transport de 1 centimètre cube du mélange dans une quatrième plaque avec 9 centimètres cubes de milieu. Température : 20 à 21 degrés. On compte les colonies sous le microscope après deux jours.

En vue de rechercher le nombre de germes contenu dans une eau quelconque, on emploie le milieu précédemment décrit. On compte les colonies après quatre jours, et on exprime toujours ce nombre par centimètre cube d'eau;

Des méthodes spéciales permettant seulement de déceler le bacterium coli ou les bacilles de la putréfaction ne sont pas nécesaires, car la démonstration de la présence de ces microorganismes ne permet pas, *à elle seule*, de conclusion suffisante quant à la valeur de l'eau comme eau potable.

Le « titre de Termophiles » et le « titre de Coli » proposé par Petruschky (*Zeits. f. Hyg. and Infectionskrank.*, 1903, t. XXXIII) pour porter un jugement sur la souillure de l'eau par les matières fécales, demande encore des études expérimentales approfondies.

Pour M. Malvoz (de Liège), l'unification des méthodes d'analyse bactériologique des eaux doit se faire par la reconnaissance générale, comme méthode courante d'analyses, de l'ancienne méthode classique de Koch basée sur l'emploi de cultures en plaques de gélatine nutritive stérilisée. Dans le seul cas où les résultats doivent être poussés le plus rapidement possible, il serait bon de préparer une gélatine additionnée d'agar pouvant être maintenue à une température supérieure à celle que supporte la gélatine ordinaire et permettant ainsi un plus rapide développement des colonies microbiennes.

On devrait aussi s'entendre pour rejeter définitivement les classifications d'eaux de boisson en liquides plus ou moins purs ou plus ou moins dangereux, uniquement d'après le nombre de microbes qu'ils renferment, sans tenir compte des autres éléments fournis par l'examen des conditions locales, par l'analyse chimique, par les circonstances spéciales de chaque cas particulier. Sauf quand une eau renferme des germes spécifiques, découverts par les méthodes spéciales d'analyse bactériologique, on ne doit considérer la teneur globale en microbes d'une eau que comme élément d'appréciation, qui, à lui seul, ne tranche pas toutes les questions que soulève l'utilisation de l'eau comme boisson.

Les conclusions des rapporteurs sont discutées par l'assemblée. M. Bonjean discute l'utilité de l'unification des méthodes et élève quelques doutes sur certains résultats de l'analyse bactériologique. M. Rappin admet au contraire que la nature et le nombre des microbes trouvés dans une eau donnée doivent être pris en grande considération ; M. Bordet propose d'émettre le vœu que chaque chef de laboratoire officiel précise les procédés qu'il emploie, les raisons qui ont dicté son choix et l'importance qu'il accorde aux résultats de leurs recherches.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Lœffler, Grimbert et Rappin, la section accepte la conclusion de M. Lœffler, disant que l'analyse bactériologique des eaux a une grande importance, non seulement pour la recherche des microbes pathogènes, mais encore pour contrôler l'efficacité des procédés de purification des eaux.

M. Calmette se rallie au vœu de M. Bordet et demande que celui-ci se charge de réunir les rapports demandés aux chefs d'instituts sur les analyses d'eaux et les résume au prochain Congrès.

Cette proposition est adoptée.

Chargé d'un rapport sur les *avantages et inconvénients des égouts du système unitaire et du système séparatif*, M. Imbeaux (de Nancy), admet que les systèmes du tout à l'égout unitaire et séparatif et aussi les systèmes intermédiaires sont capables, lorsqu'ils sont bien appliqués, de donner de bons résultats. Le système unitaire est préférable pour l'évacuation proprement dite partout où la pente est forte ; le séparatif, au contraire, s'impose là où la pente fait défaut ; il s'adapte aussi très bien aux procédés aspirateurs ou compresseurs. On peut donc, dans certains cas, diviser la ville en deux parties : desservir les zones basses par le système séparatif et les zones élevées par le système unitaire.

M. Raechling (de Leicester) arrive à peu près aux mêmes conclusions; M. Putzeys (de Bruxelles) estime également qu'il est impossible de dire, *a priori*, les villes dont la situation réclame soit l'application du système unitaire, soit l'application du système séparé, soit peut-être encore un système mixte. Les données à recueillir, à interpréter et à contrôler sont trop complexes pour qu'il soit possible de formuler une réponse d'ordre général. MM. Büsing (de Berlin) et Spetaro (de Rome) s'associent aux conclusions de M. Imbeaux, à la condition d'y apporter quelques modifications.

A la suite de ces observations, les conclusions suivantes sont votées à l'unanimité par l'assemblée :

« Les systèmes séparatif, unitaire ou mixte peuvent être utilement employés, selon les circonstances;

Ce n'est qu'après une étude comparée, après avoir soi-

gneusement mis en balance, dans chaque cas particulier les avantages et les inconvénients des systèmes pour le cas particulier soumis à son examen, que l'ingénieur sanitaire pourra prétendre formuler des conclusions fondées. »

M. Martel avait à *établir, au point de vue des exigences de l'hygiène, les conditions que doivent remplir les eaux issues des terrains calcaires*. Pour M. Martel, ces eaux sont toujours suspectes et ne doivent être utilisées qu'avec réserve, et il n'y a point à distinguer entre les divers types de calcaires, car « tout calcaire, dès qu'il est aquifère, est nécessairement crevassé. Les zones de protection devraient théoriquement comprendre tout leur bassin d'alimentation ». M. Janet appuie les conclusions de M. Martel. M. Bechmann estime au contraire que, d'une manière générale, il ne faut pas proscrire l'alimentation par les eaux des terrains calcaires. M. Marboutin pense aussi que ces eaux peuvent être, avec prudence, utilisées pour l'alimentation.

MM. Rédéal et Pangliani émettent un avis analogue. M. Putreys indique combien il est difficile d'émettre un avis définitif sur les eaux calcaires qui sont tantôt bonnes, tantôt mauvaises suivant les cas.

La section vote, à l'unanimité, les conclusions suivantes :

« Les alimentations au moyen d'eaux issues des terrains calcaires doivent être l'objet d'une attention particulière en raison des imperfections possibles du filtrage dans les terrains fissurés.

Une enquête minutieuse, au double point de vue hydrogéologique et chimico-biologique s'impose donc avant tout captage.

La distribution d'eau étant établie, des mesures de surveillance doivent être instituées et poursuivies, tant en ce qui concerne les eaux captées que leur bassin d'alimentation. »

IV

La quatrième section s'est occupée d'abord du *travail dans les couperies de poils*. Ce travail, pour M. Delle, présente certains dangers : hydrargyrisme et affections pulmonaires. Pour restreindre au minimum ces dangers, M. Delle propose d'appliquer les mesures suivantes : 1° application stricte et sévère des règlements relatifs à l'hygiène et à l'encombrement dans les ateliers; 2° substitution, pour le sécrétage et l'étuvage, au procédé manuel d'un mécanisme évitant le contact du nitrate de mercure et empêchant l'introduction de l'oxyde de carbone dans les voies respiratoires. M. Gibert recommande l'examen périodique du personnel et pour l'ouvrier la propreté individuelle la plus stricte.

M. Leclère de Puligny fait voter le vœu suivant :

« Il y a lieu d'encourager la recherche tendant à substituer ou trouver un produit inoffensif ou moins nocif au procédé mercuriel. »

Les conclusions suivantes sont adoptées :

« En dehors de l'examen médical périodique, les fumées nuisibles seront enlevées par une ventilation localisée dans l'opération du sécrétage.

Les ouvriers revêtiront des vêtements de travail pour tous les travaux où l'on manie des produits toxiques.

On mettra à la disposition des ouvriers des vestiaires-lavabos et des réfectoires.

La ventilation des ateliers sera particulièrement soignée. »

M. Terwagnes (d'Anvers) lit les conclusions de M. Vaillant, relatives au *maximum de huit heures de travail et au travail des femmes et des enfants*, et émet le vœu que cette résolution reçoive la sanction définitive du Congrès.

La quatrième section avait encore à résoudre, au point de vue pratique, la question si importante de l'*ankylostomasie*. Les rapporteurs avaient à faire connaître le développement topographique de l'ankylostomasie et les rapports de cette maladie avec les diverses conditions hygiéniques et à indiquer les mesures prophylactiques, pratiques et réalisables à prendre pour enrayer le développement du mal.

M. Roth, médecin en chef des mines de Selmeczbanya (Hongrie), rapporteur, donne d'abord quelques détails sur l'histoire naturelle de l'ankylostomasie. Pour lui, cette maladie provient des nématoïdes suivants : *dochmius duodenalis*, *anguillula duodenalis*, *anguillula stercoralis;* même l'*ascaris lumbricoïdes* et l'*oxyuris vermicularis* peuvent engendrer des maladies semblables.

Le plus dangereux de ces vers filaires, pour le mineur, est le *dochmius duodenalis;* il vit dans le duodénum, s'y accroche, le blesse, s'y nourrit de sang, s'y reproduit, et la femelle y pond ses œufs qui sont expulsés avec les excréments. Sortis du corps humain, dans les mines humides et chaudes, en deux à quatre jours, ces œufs donnent naissance à des larves qui trouvent une alimentation abondante dans les ordures humaines. Ces larves se métamorphosent plusieurs fois; enfin, en quinze à vingt-cinq jours, elles s'encapsulent et peuvent, en cet état, vivre trois à cinq ans; rentrées dans le corps humain, elles pénètrent dans l'estomac, perdent leur cuirasse de chitine, entrent dans le canal intestinal, s'y attachent, mûrissent assez pour s'y reproduire et y vivre quatre à cinq années.

La contagion par elles se produisait de cette manière : l'excrément, rempli des larves de vers, se mêlait à la terre des minières et l'ouvrier, se nourrissant d'aliments secs, en mangeant son pain, son lard avec des mains non lavées, souillées par l'argile imprégnée de larves, les avalait.

85 à 92 p. 100 des mineurs de Selmeczbanya étaient infectés par ces vers. Tous les ouvriers étaient faibles, pâles, anémiques, souvent malades, enclins à toutes les contagions.

La nature et la cause de cette maladie ayant été reconnues, on nettoya, déblaya vigoureusement les mines des immondices, on défendit sévèrement aux mineurs de les salir, en prenant toutes les précautions nécessaires.

Depuis 1882, nous n'avons plus de cas de cette maladie.

Aujourd'hui, les ouvriers ont bonne mine, sont bien portants, plus forts au travail et bien moins disposés aux maladies contagieuses.

M. Renholdt (de Bochum), rapporteur, rappelle que l'ankylostomasie fut importée dans le bassin houillier westphalien par des ouvriers mineurs hongrois; en Westphalie, elle se présente, non comme une maladie épidémique, mais comme une affection professionnelle des mineurs, atteignant particulièrement les ouvriers qui travaillent au fond de la mine. Les mines contaminées sont celles où la température est assez élevée et l'humidité de l'air assez considérable pour permettre aux œufs des vers contenus dans les fèces de se développer et de donner naissance à des

larves mûres. L'infection se fait par la voie digestive et nullement par les voies aériennes. M. Renholdt conclut en recommandant les mesures prophylactiques suivantes :

a. Aucun ouvrier ne doit être admis dans une mine avant que l'examen des déjections ait prouvé l'absence d'œufs du ver;

b. Les ouvriers doivent être tenus de déféquer avant de descendre dans la mine. Ils doivent être punis très sévèment si, dans la mine, ils déposent leurs excréments ailleurs que dans les seaux destinés à cet usage. D'autre part, les mines doivent être pourvues d'un nombre suffisant de seaux d'aisances bien aménagés, et il faut avoir soin que les sièges soient toujours propres.

c. Il est très désirable d'instruire les employés et ouvriers mineurs par des conférences et des brochures sur la nature de la maladie, le mode d'infection et les moyens de se préserver contre la maladie;

d. Il faut défendre l'usage des bassins communs et introduire partout les douches;

e. Il n'est pas recommandable d'introduire de l'eau potable dans les mines au moyen de conduites et encore moins au moyen de tonneaux. Par contre, les bouteilles en ferblanc remplies de café que les mineurs westphaliens emportent dans les mines sont très recommandables. Elles rendent toute autre boisson superflue;

f. La désinfection des mines dans le but de détruire les larves qui s'y trouvent, rencontre beaucoup d'obstacles, il est vrai; mais elle est réalisable, si elle est effectuée selon un plan déterminé et pratique. Le meilleur désinfectant connu jusqu'à présent est le lait de chaux;

g. Là où il est possible de faire baisser la température jusqu'à 22 dégrés, grâce à une ventilation plus énergique, toutes les autres mesures sont superflues.

Le Congrès adopte les propositions suivantes :

« Amélioration de la ventilation, la stagnation locale des eaux, le nettoyage du sol des mines et l'éloignement des boues du fond des travaux :

Le Congrès attire tout spécialement l'attention sur la nécessité de développer l'instruction hygiénique des ouvriers mineurs par voie de conférences, tracts, etc.;

Mais surtout dans les écoles des centres miniers, dans les programmes des écoles primaires, à l'instar de ce qui se pratique contre l'alcoolisme; dans les écoles industrielles, d'adultes, du soir; dans les écoles spéciales de mineurs organisées par les grandes exploitations charbonnières, figureront des notions plus élémentaires d'hygiène individuelle, parmi lesquelles un chapitre spécial serait consacrée à l'ankylostomasie duodénale. »

Signalons encore les travaux de MM. Thisquen, Lemière, Firket, Layet, Töth, Berterelli, Olivier, Opermann relatifs à l'*hygiène des usines où l'on travaille le plomb*. Après intervention de MM. Delbartée, Brémond et Livache, le Congrès émet le vœu suivant : « Vu la grande toxicité de tous les composés de plomb, le Congrès émet le vœu que des recherches soient faites en vue de la suppression de son emploi partout où cela est possible; il demande que l'on encourage toutes les recherches ayant pour but de découvrir des substances inoffensives pouvant être substituées aux sels de plomb, ainsi que toutes les expériences ayant pour but de généraliser l'emploi. »

Des considérations analogues, dues à MM. Buyse, Osborn, Prudon, Mensel, Leclercq de Puligny amènent le Congrès à interdire l'*entrée des salles de filatures de lin* aux femmes et aux enfants, et à surveiller attentivement les conditions hygiéniques de ces salles.

V

A la **cinquième section** était dévolue la question de l'*hygiène des transports en commun*. Après lecture des rapports de MM. Blum, Merveille, de Csetery, Périer, après les observations de MM. Freund, Redard, Karsal, le Congrès adopte à l'unanimité les conclusions suivantes :

A. *Matériel de voyageurs.* — 1° L'aménagement intérieur des compartiments des voitures à voyageurs devrait être conçu de façon à en faciliter le nettoyage et la désinfection.

2° Le nettoyage des voitures doit être fait rigoureusement au moyen de linges humides pour les parties lavables, et par les procédés mécaniques basés sur l'emploi du vide pour les garnitures;

3° La désinfection des voitures à voyageurs doit se pratiquer le plus souvent possible, d'après les exigences du service;

4° Les voitures des trains de pèlerinages et celles desservant les sanatoria doivent être désinfectées quotidiennement, sinon après chaque voyage ;

5° La désinfection des voitures à voyageurs doit comprendre;

a. La désinfection des surfaces, soit par lavage ou pulvérisation de substances antiseptiques, soit par dégagement d'aldéhyde formique gazeux ou d'autres substances efficaces;

b. La désinfection complète des garnitures.

6° Il y a lieu de généraliser l'emploi d'un matériel spécial pour le transport des malades et des décédés. Ce matériel, conçu de façon à parer, autant que possible, à sa contamination, doit être désinfecté après chaque voyage;

7° Pour le transport des cadavres à longue distance, il est rationel d'exiger, outre l'emploi d'un cercueil hermétique, la conservation du cadavre par un procédé d'embaumement efficace.

B. *Wagons à bestiaux et à marchandises.* — 1° Les wagons à bestiaux doivent être désinfectés après chaque transport; les wagons à marchandises, quand ils ont transporté des substances putrescibles ou suspectes.

2° La désinfection proprement dite doit être précédée d'un nettoyage à fond;

3° Les meilleures méthodes de désinfection des wagons à bestiaux et à marchandises sont les méthodes par la vapeur à haute pression, et celle de l'aspersion répétée des parois par un jet sous pression de liquide antiseptique, soit au moyen du dispositif de Freund, soit au moyen de l'appareil Lagarde, ou de tout autre analogue;

4° Les solutions filtrées de chlorure de chaux et les solutions diluées d'hyperchlorite de soude ou de potasse employées comme il est dit au 3° offrent toute garantie au sujet de la destruction des microbes et des spores; mais on objecte les détériorations qu'entraîne leur emploi, objections faites aussi aux méthodes par la vapeur.

La section émet également le vœu que les médecins organisent une propagande hygiénique aussi active que possible dans le personnel actif des chemins de fer, et trouvent, dans cette campagne, l'appui le plus dévoué des autorités administratives.

(*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La loi de juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite fonctionne plus ou moins bien dans toute la France, sauf dans le département de Lot-et-Garonne. Jusqu'à sa dernière session, le Conseil général de ce département avait toujours craint de détruire l'équilibre de son budget en appliquant cette loi, dont les conséquences financières sont si onéreuses pour un grand nombre de départements.

D'un autre côté, les médecins de l'Agenais avaient continué, par pure philanthropie, d'assurer les soins médicaux aux indigents de leur clientèle.

Pressé par le ministre de l'Intérieur, le Conseil général vient, dans sa session d'août, d'assurer l'application de la loi d'une façon encore inédite.

Renonçant aux manières de procéder en usage dans les autres départements, payements à la visite, à l'abonnement, nomination de médecins fonctionnaires chargés chacun d'une circonscription, rémunération particulière des opérations chirurgicales, le Conseil général a décidé de traiter à forfait et directement avec le syndicat médical de Lot-et-Garonne moyennant un prix annuel de 50000 francs, versés directement dans la caisse du syndicat.

Pour arriver à ce résultat, il a fallu que le syndicat médical fût assez puissamment organisé pour être capable d'assurer le service dans tout le département. En fait, ce syndicat réunit la presque unanimité des médecins de Lot-et-Garonne : 119 sur 120.

Les fonds versés dans la caisse syndicataire serviront à constituer une caisse de retraites destinée à assurer une pension de 1200 francs aux médecins âgés ou infirmes, à laisser à la mort d'un syndiqué une somme voisine de 7000 francs à sa femme ou à ses enfants, à la création d'autres œuvres de prévoyance, telles que secours en cas de maladie, bourses pour les orphelins, etc. (*Anjou méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Médecins de l'Assistance. — Sont nommés médecins de l'Assistance médicale de Paris les docteurs en médecine dont les noms suivent :

IVe arrondissement : Traitement à domicile, MM. Papillon et Fourrier.

Ve arrondissement : Consultation, M. Netter.

VIe arrondissement : Consultation, MM. Salmon et Hauser.

VIIe arrondissement : Traitement à domicile, M. Champion.

XIIe arrondissement : Consultation, M. Lamoureux.

XIIIe arrondissement : Consultation, MM. Gauchery et Dally.

XIVe arrondissement : Consultation, MM. Chevé, Mallé et Lobligeois.

XVIe arrondissement : Traitement à domicile, M. Ribierre.

XXe arrondissement : Consultation, MM. Braumberger, Pichez et Lévy.

Concours pour l'admission en 1903 à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire. — Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 15 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français ; 2° avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1903 ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins (1) ; 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel et de la mobilisation), avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont :

Avant d'entrer à l'école : 1° acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ; 3° certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ; 4° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ; 5° indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de médecin stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Aussitôt après l'admission à l'école : l'engagement spécial prévu par le décret du 5 juin 1899 de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du § 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'École d'application du service de santé militaire, sur le pied de 3096 fr. par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade de médecin aide-major ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce dernier grade.

Les médecins stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés médecins aides-majors de deuxième classe. Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

Hôpital Saint-Antoine. — M. le docteur M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, avec le concours de ses assistants, MM. Bourgeois et Bellin, commencera le mardi 10 novembre un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique.

Ce cours aura lieu les mardis, jeudis, samedis, de huit heures à neuf heures du matin.

Il sera complet en trente leçons.

Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance dans le service auprès de M. le docteur Bourgeois, assistant.

Conférences d'internat. — Les conférences publiques d'internat de la Pitié reprendront le samedi 10 octobre à deux heures et continueront les samedis suivants à la même heure.

Radiologie médicale. — *Cours de vacances*, par le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (du dimanche 18 au dimanche 25 octobre). — A dix heures du matin : enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

A onze heures du matin : exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques.

A deux heures de l'après-midi : exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le dimanche 18 octobre, à dix heures du matin, dans la salle de conférences de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 20 octobre dans le laboratoire du docteur Béclère. — En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.

Programme du cours théorique. — Première conférence : Les rayons de Röntgen. — Deuxième conférence : L'énergie électrique et les mesures électriques usuelles. — Troisième conférence : Les ampoules radiogènes. — Quatrième conférence : La machine statique et la bobine d'induction. — Cinquième conférence : Les interrupteurs. Le choix d'une installation. — Sixième conférence : La radioscopie et l'orthodiagraphie. — Septième conférence : La radiographie simple et stéréoscopique. — Huitième conférence : Les radiodermites et la radiothérapie.

Programme des exercices pratiques de radioscopie. — Lundi : Les images du thorax normal. — Mardi : Examen de la cage thoracique et du diaphragme. — Mercredi : Examen des plèvres. — Jeudi : Examen des poumons. — Vendredi : Examen du cœur et des gros vaisseaux. — Samedi : Examen de l'œsophage et de l'estomac.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages circulaires en Italie.* — Il est délivré toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M. ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires très variés permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie. La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire, vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

Exemple d'un de ces voyages : — Itinéraire 81-A³ : Paris-Dijon-Mâcon, Aix-les-Bains, Modane, Turin, Milan, Venise, Bologne, Florence, Pise, Gênes, Vintimille, Nice, Marseille, Lyon, Dijon, Paris.

Durée du voyage : 60 jours. — Prix : 1re classe, 253 fr. 50; 2e classe, 183 fr. 20.

VALS PRÉCIEUSE — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le bain nasal, par le docteur Depierris, médecin consultant aux eaux de Cauterets. Gr. in-8°, 16 p. avec fig. — Prix : 1 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE E. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

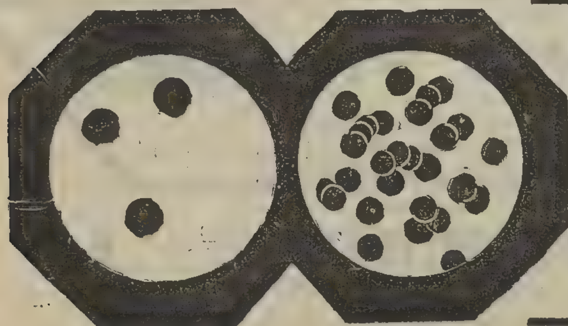
LIBRAIRIE O. DOIN

8, place de l'Odéon.

Les affections parasyphilitiques, par le docteur S. B. Hermanides, médecin-directeur du Sanatorium de Zeist. 2 vol. gr. in-8° formant 900 p. — Prix : 30 francs.


YOST
« Porte-plume YOST en or »
à réservoir d'encre.
Prix : 12.50, 17.50 et 20 francs.
Cie de la Machine à écrire « YOST ».
PARIS, 36, boulev. des Italiens, 36, PARIS
CATALOGUE FRANCO SUR DEMANDE


AK



N° 116. — JEUDI 8 OCTOBRE 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 8 OCTOBRE 1903. — N° 116

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE LA MÉRALGIE PARESTHÉSIQUE

Par le docteur H. Bordier (de Lyon).

Cette affection, observée d'abord par Roth, puis par Bernarht, intéresse le territoire du nerf fémoro-cutané : elle se manifeste, comme on sait, par des sensations anormales dans la région antéro-externe de la cuisse, une sorte d'engourdissement, de fourmillements accompagnés de pincement et de brûlure pouvant arracher au malade des plaintes et des larmes.

Contre la méralgie paresthésique on a conseillé le repos au lit, le massage de la région paresthésiée, les bains sulfureux, l'hydrothérapie; dans certains cas, on a fait ou préconisé la résection du fémoro-cutané.

J'ai eu l'occasion, dans ces deux dernières années, d'observer trois malades atteints de méralgie paresthésique et dont le diagnostic avait été fait par plusieurs confrères ; sur l'un des malades l'épreuve de la pilocarpine avait été essayée et avait montré une diminution très nette de la sueur sur l'aire paresthésiée.

Les méthodes de traitement précédemment indiquées avaient été tour à tour essayées dans les trois cas dont il s'agit sans amener de soulagement bien marqué. Les résultats favorables obtenus à l'aide du traitement électrique m'engagent à faire connaître la technique employée.

C'est aux courants de haute fréquence que j'ai eu recours contre les douleurs intenses de la méralgie paresthésique : je dois reconnaître que je m'étais adressé tout d'abord au courant galvanique qui rend de si grands services dans les névralgies. Mais je n'obtins pas d'amélioration par ce procédé, ce qui prouve que la méralgie paresthésique n'est pas une névralgie ou tout au moins qu'elle ne doit pas être traitée comme une névralgie.

Les courants de haute fréquence ont été employés en applications monopolaires à l'aide du solénoïde de haute tension d'Oudin. L'extrémité de ce solénoïde est mise en communication avec un excitateur métallique terminé par quatre petits balais en lames de clinquant d'où jaillissent les étincelles que l'on dirige sur l'aire paresthésiée. Les étincelles de haute fréquence, peu douloureuses, sont très bien supportées par les malades, tandis que les étincelles des machines statiques sont très douloureuses sur la région affectée; la sensibilité électrique est en effet souvent exagérée.

L'excitateur est ainsi promené sur la face antéro-externe de la cuisse pendant cinq à six minutes. La peau ne tarde pas à devenir érythémateuse et le malade est dans la presque impossibilité de marcher après la séance. Il est donc nécessaire de le faire reposer pendant une heure environ avant de le laisser revenir chez lui.

Les séances sont faites à raison de deux à trois seulement par semaine.

Les trois malades que j'ai ainsi traités ont été complètement guéris et la guérison persiste depuis deux ans dans un cas. Il s'agissait dans les trois cas de femmes âgées de dix-neuf à vingt-neuf ans.

La première, Mlle C..., vingt-quatre ans, était atteinte de méralgie paresthésique depuis trois ans : la cuisson brûlante apparaissait tous les soirs à partir de quatre à cinq heures et durait jusqu'au moment où elle se couchait. Contrairement aux traitements nombreux précédemment suivis, les étincelles de haute fréquence produisirent une amélioration rapide : après deux mois de traitement, les brûlures picotantes ne se manifestèrent plus (8 janvier 1902).

La deuxième malade, Mme R..., vingt-neuf ans, avait été soumise aux massages pour sa méralgie dont elle souffrait depuis un an ; il n'y avait eu aucun résultat : les étincelles de haute fréquence amenèrent la disparition complète des douleurs après 18 séances (12 juillet 1902).

Enfin, le troisième cas se rapporte à une jeune fille de dix-neuf ans, Mlle D..., atteinte de méralgie paresthésique depuis un mois et demi seulement, quand elle me fut envoyée par son médecin habituel. Elle accusait une région plus large que la main sur la face antéro-externe de la cuisse où se manifestait une sensation de fourmillements brûlants qui commençait vers quatre heures de l'après-midi et durait une heure ou deux seulement. Les étincelles de haute fréquence

guérirent cette malade très rapidement ; il ne fallut que 7 séances de cinq minutes (18 mars 1903).

Voilà les résultats fournis dans la méralgie paresthésique par les courants de haute fréquence : quant à l'explication, elle n'est peut-être pas bien aisée à donner ; elle l'est d'autant moins que les cliniciens ne paraissent pas même bien fixés sur la nature de cette affection : on tend bien à admettre qu'il s'agit là de phénomènes névritiques, mais on n'a jamais constaté d'atrophies musculaires.

Ce qui est certain c'est que les filets nerveux du fémoro-cutané soumis aux étincelles de haute fréquence se trouvent heureusement modifiés et que par suite leur fonction physiologique redevient normale.

DU TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

PAR LA DÉCAPSULISATION RÉNALE, D'APRÈS EDEBOLHS (DE NEW-YORK)

Par MM. P. Cavaillon et P. Trillat, interne des hôpitaux de Lyon.

Le traitement chirurgical des néphrites médicales aiguës ou chroniques par la décapsulisation est une acquisition de date récente. Tandis qu'à l'étranger une foule de chirurgiens opèrent couramment des néphrites chroniques, en France on n'est pas encore gagné à cette cause nouvelle. C'est Israël, c'est Rossing, c'est Fergusson, c'est enfin Edebolhs, le père de la méthode, qui apportent chaque jour des faits probants de nature à engendrer des convictions. Deux thèses récentes ont étudié la question, celle de Bassam (1) faite sous l'inspiration de notre maître le professeur Jaboulay, celle de Le Nouenne (2) qui contient quelques faits nouveaux, mais où il est établi une confusion regrettable entre les néphrites aiguës, et les pyélonéphrites. L'auteur donne au mot néphrite un sens très extensif, qui va de la pyonéphrose au mal de Bright. L'un de nous a rassemblé dans un mémoire (3) tout un groupe de faits établissant la parfaite légitimité de l'intervention chirurgicale dans les néphrites médicales.

Mais chaque jour les indications de la décapsulisation paraissent s'étendre. Edebolhs, dans un mémoire récent, rapporte un fait remarquable de guérison d'une éclampsie puerpérale par son opération. Nous croyons devoir publier d'après cet auteur son observation, avec le résumé des quelques considérations dont il la fait suivre.

Il faut actuellement accumuler des faits de ce genre, de façon à triompher des préventions souvent plus solides que justifiées qui accueillent toute idée nouvelle.

C'est Edebolhs qui le premier proposa en 1899 la décapsulation rénale comme traitement systématique des néphrites chroniques. Les bons résultats qu'il a obtenus l'ont encouragé à étendre les indications de cette intervention. C'est ainsi qu'il l'a pratiquée pour d'autres affections rénales telles que néphrite aiguë hémorragique, pyélonéphrite aiguë avec abcès miliaires et dégénérescence polykystique des reins. Il fallait une occasion pour pratiquer la décapsulisation du rein dans un cas d'éclampsie puerpérale d'origine rénale.

Cette occasion se présenta dernièrement à l'auteur ; c'est l'objet de ce mémoire de montrer que la décapsulisation du rein doit être considérée comme une des dernières ressources que nous ayons à notre disposition pour combattre l'éclampsie puerpérale d'origine rénale. Pour pratiquer l'intervention, il faut évidemment se trouver en présence d'une éclampsie d'origine rénale ; on ne saurait songer à cela dans les cas où le rein n'est pas en cause.

Observation. — Primipare, âgée de vingt-trois ans. Les dernières règles datent du 22 juin 1902. Une fièvre typhoïde grave la maintient au lit tout le mois d'octobre 1902. Elle parut bien s'en remettre. En janvier 1903, œdème léger des membres inférieurs et albumine. Le 11 février le visage devient bouffi, la malade présente des symptômes d'urémie marquée, et à la chaleur, on trouvait un gros disque d'albumine. A l'examen microscopique de l'urine on trouve de très nombreux cylindres hyalins et granuleux, avec quelques cylindres épithéliaux.

Pendant les deux jours qui suivirent, apparurent des manifestations urémiques, grands maux de tête, nausées, vomissements et enfin coma complet. La première convulsion se produisit le 13 février, elle nécessita l'emploi du chloroforme ; elle fut suivie de deux autres crises convulsives le lendemain. C'est alors qu'Edebohls vit la malade. Tous les moyens médicaux ayant été mis en œuvre, et la malade ayant repris une quatrième convulsion, comme l'enfant était vivant, et qu'il n'y avait pas de début de travail, l'accouchement provoqué fut décidé. Il fallut pratiquer deux incisions latérales sur toute la longueur du col utérin qui était long, dur et complètement fermé. Une application de forceps sur la tête termina l'accouchement. La délivrance se fit une heure après environ. Tamponnement intra-utérin à la gaze. L'enfant né vivant mourut quelques instants après sa naissance. L'hémorragie due à la plaie cervicale fut insignifiante.

Le jour suivant, pas de crises nouvelles, la malade est toujours dans le demi-coma ; on suture les deux incisions cervicales par neuf points au catgut chromique de chaque côté.

Le 16 février, quarante-six heures après l'accouchement, sixième convulsion suivie bientôt de quatre autres de la plus grande intensité ; les urines sont toujours très albumineuses, le demi-coma persiste.

Le 17, nouvelle crise aussi violente. On propose alors à la famille de pratiquer la décapsulisation du rein ; l'opération fut acceptée.

Le même jour, soixante-douze heures après l'intervention, la malade est à nouveau endormie.

L'opération fut bilatérale.

La décapsulisation des deux reins demanda exactement vingt-trois minutes. Les deux reins présentaient des lésions d'inflammations aiguës, ils étaient peu augmentés de volume. La capsule propre fut aisément détachée de la surface externe de chaque rein et réséquée dans sa totalité.

Il n'y eut pas de nouvelles crises après l'intervention, et tous les symptômes graves de l'urémie disparurent si bien que deux jours après la malade retrouva sa connaissance. La malade se comporta dans la suite comme après un accouchement normal. Les plaies lombaires et les plaies du col utérin se fermèrent par première intention. La malade dut garder le lit trois semaines, comme après toute décapsulisation rénale. Au bout de ce temps la malade put se lever avec un excellent état de santé.

L'examen chimique et microscopique des urines fait journellement pendant deux semaines après l'opération montra une guérison rapide des lésions rénales. Le 28 février, on retrouva encore quelques cristaux hyalins et granuleux et une quantité véritablement infime d'albumine.

Un mois après, on ne retrouva plus dans l'urine que des traces d'albumine et quelques rares cristaux hyalins. Ac-

(1) Bassam. Lyon 1903.

(2) Le Nouenne. Paris 1903.

(3) Patel-Cavaillon. Traitement chirurgical des néphrites, *Ann. gén.-urin.*, septembre 1903.

tuellement (6 juin 1903), cinquante-trois jours et demi après l'opération, l'urine est normale et la santé parfaite.

L'observation précédente est certainement le premier cas dans lequel on ait fait une intervention chirurgicale sur le rein en vue de traiter l'éclampsie puerpérale. Le fait de pratiquer la décapsulisation des reins dans l'éclampsie est la conséquence logique des succès obtenus par l'auteur, au moyen de cette opération, dans les néphrites chroniques et aiguës. En outre, tout le monde est d'accord pour admettre les bons effets de la saignée contre les troubles urémiques; or, si la perte de sang par saignée générale est utile, combien plus efficace est la saignée locale pratiquée sur le rein lui-même, comme cela arrive nécessairement dans la décapsulisation.

La décapsulisation du rein fut faite dans ce cas pour des convulsions commençant seize heures avant l'accouchement et persistant trois jours après la délivrance complète. On peut admettre que la malade aurait pu guérir sans décapsulisation, mais le coma toujours persistant, les crises convulsives augmentant d'intensité et de fréquence après l'accouchement et malgré le traitement ordinaire n'étaient guère en faveur de cette terminaison.

« Les conclusions pratiques qu'il faut tirer de ce cas, dit en terminant le chirurgien de New-York, c'est que nous possédons, dans la décapsulisation rénale, un moyen puissant pour traiter l'éclampsie puerpérale grave. Bien plus, on devrait même proposer la décapsulisation dans les crises éclamptiques d'origine rénale survenant avant le commencement du travail. La mère serait certainement améliorée et en outre on pourrait ainsi éviter l'accouchement prématuré. »

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(6 octobre 1903)

Le président, M. Lancereaux, en ouvrant la séance, fait l'éloge des membres de l'assemblée décédés pendant les vacances, MM. Nocard et Théophile Roussel.

M. Lancereaux lit ensuite le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Roussel; M. Saint-Yves Ménard donne lecture de celui qu'il prononça au nom de l'Académie aux obsèques de M. Nocard.

M. Kermorgant donne lecture de son rapport sur l'**œuvre hygiénique du général Gallieni à Madagascar.**

Nous reviendrons sur ce sujet lors de la discussion qui aura lieu dans une des prochaines séances.

M. Fernet fait une communication sur la **tuberculose articulaire et abarticulaire.** Il critique les dénominations de « pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire » et de « rhumatisme tuberculeux ». Cette dernière appellation lui paraît défectueuse car il ne s'agit pas de rhumatisme, mais d'une localisation de la tuberculose sur les articulations. De même qu'on dit tuberculose pleurale ou péritonéale, on devrait dire aussi, dit M. Fernet, tuberculose articulaire.

M. A. Darier lit enfin une communication sur l'**action analgésiante du radium,** en thérapeutique oculaire.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Séro-réaction de Widal dans l'ictère, par Léon Langstein et Hans Meerwein. (*Wien. klin. Woch.*, 2 juillet 1903, n° 27, p. 787); — **Sur la question de la séro-réaction de Widal dans l'ictère,** par Julius Joachim. (*Id.*, 27 août 1903, n° 35, p. 988); — **Sur la propriété agglutinante de la bile et du sérum dans l'ictère,** par Robert Konigstein. (*Id.*, 27 août 1903, n° 35, p. 985.) — Langstein et Meerwein rapportent un cas de cholécystite calculeuse avec ictère dans lequel le sérum du malade agglutinait le bacille d'Eberth à 1/10 et 1/20 au bout de deux heures, mais où l'agglutination ne dépassait pas ce taux.

Julius Joachim cite un cas d'angiocolite suppurée où l'agglutination du bacille typhique a été positive à 1/40 au bout de deux heures et à 1/80 au bout de quinze heures. Dans un cas de carcinome du foie le sérum du malade agglutinait le bacille typhique au bout de quinze heures.

Ces auteurs rapportent ces faits comme prouvant que dans certains cas d'ictère la réaction agglutinante positive peut conduire à une erreur de diagnostic. Il est facile de voir que le taux de l'agglutination qu'ils ont obtenue et le temps au bout duquel ils l'ont obtenue ne permet aucunement de conclure à une fièvre typhoïde, si l'on observe, pour interpréter la valeur de l'agglutination, les règles données par Widal et Sicard.

Rob. Konisgtein étudie le pouvoir agglutinant vis-à-vis du bacille d'Eberth de la bile humaine recueillie chez des individus non typhiques et du sérum provenant d'un certain nombre de sujets ictériques pour des causes diverses.

Il n'a jamais vu dans les deux cas l'agglutination du bacille d'Eberth se faire nettement à plus de 1/10. Il en conclut que le sérum des ictériques se comporte comme celui des individus normaux ou atteints d'infections autres que la fièvre typhoïde.

A. Lemierre.

Sur l'immunisation contre la tuberculose, par Neufeld. (*Deuts. med. Woch.*, 10 sept. 1903, n° 37, p. 653.) — Neufeld a entrepris depuis 1901 dans le laboratoire de Koch des recherches ayant pour but l'immunisation de certains animaux contre la tuberculose; les résultats de ces recherches concordent avec ceux que von Behring a publiés en 1902.

Les animaux soumis à l'expérimentation sont l'âne, la chèvre et les bovidés et le principe de l'immunisation repose sur la non-identité, admise par Koch, de la tuberculose bovine et de la tuberculose humaine.

La méthode générale consiste à injecter aux animaux des cultures mortes de bacille tuberculeux en premier; puis des doses croissantes de cultures vivantes de tuberculose humaine d'abord et de tuberculose bovine ensuite. Dans beaucoup de cas l'auteur a commencé à injecter d'emblée des cultures vivantes de tuberculose humaine.

Par cette méthode on arrive rapidement à vacciner les animaux contre une dose plusieurs fois mortelle de tuberculose bovine.

En injectant des doses croissantes de bacilles tuberculeux vivants, on s'aperçoit pourtant qu'il y a une limite qu'il ne faut dépasser, qu'il s'agisse de tuberculose humaine ou de tuberculose bovine. Cette limite dépassée, on provoque chez l'animal non pas une infection, mais une intoxication aiguë qui l'emporte en moins de vingt-quatre heures. La dose maxima est toujours moins élevée pour la tuberculose bovine que pour la tuberculose humaine.

Ces accidents aigus ne se montrent que chez les animaux déjà traités par le bacille tuberculeux. Chez un animal neuf l'injection d'une dose trop forte de bacille tuberculeux humain ne provoque pas une intoxication aiguë, mais une

intoxication chronique qui tue l'animal en plusieurs semaines. Neufeld en conclut que, dans les deux cas, il ne s'agit vraisemblablement pas du même poison.

De plus, chez la chèvre, des injections trop souvent répétées de bacille tuberculeux humain donnent une immunité nulle ou insuffisante. Au contraire l'auteur cite plusieurs cas où une seule injection d'une petite quantité de bacille tuberculeux humain donna en quelques jours l'immunité contre une dose plusieurs fois mortelle de tuberculose bovine.

Tels sont les résultats généraux des recherches de Neufeld. Il les appuie sur le compte rendu d'un certain nombre de ces expériences. Il ajoute enfin qu'il lui a toujours été impossible d'immuniser le cobaye qui est également sensible à la tuberculose humaine et à la tuberculose bovine.

A. LEMIERRE.

THÉRAPEUTIQUE

Les hémiplégies organiques, hystériques et hystéro-organiques devant les traitements électriques, par MM. Laquerrière et Delherm. (*Arch. d'élect. méd.*, juillet 1903.) — Commençant par blâmer la pratique dangereuse et cependant très répandue qui consiste à confier aux anciens hémiplégiques des appareils faradiques tétanisants qui provoquent presque à coup sûr la contracture, les auteurs étudient quel peut être le rôle de l'électricité dans cette affection.

Pour eux la notion exacte du diagnostic différentiel des différentes espèces d'hémiplégie a été trop négligée, et c'est à leurs yeux la raison de l'enthousiasme de certains auteurs, qui paraissent persuadés que tout hémiplégique est un organique et que, chez un véritable organique, tous les troubles sans exception sont nécessairement dus à la lésion matérielle.

Passant en revue les travaux publiés depuis cent cinquante ans, ils constatent que les faits de guérison complète, attribués à des hémiplégies organiques, étaient uniquement dus à la disparition d'accidents hystériques.

Insistant avec raison, ce que les électrothérapeutes n'avaient pas fait suffisamment jusqu'à présent au sujet du traitement, sur la distinction à établir entre les hémiplégies organiques, hystériques et hystéro-organiques, ils recherchent quelle est, d'après les travaux publiés, et d'après leur expérience personnelle, celle des nombreuses modalités électriques qui convient à tel cas particulier et quel est le résultat qu'on doit en attendre.

Hémiplégie organique. — Sans se prononcer sur la valeur de la méthode de Leduc qui est encore trop récente, les auteurs pensent que, si l'influence de l'électricité comme *agent curateur* doit être bien faible, elle est capable cependant, si elle est bien maniée, de rendre de grands services. Ils repoussent la faradisation et préconisent l'emploi du courant continu qui empêchera l'atrophie musculaire, agira sur la circulation et relèvera la température du côté malade. Ce traitement, joint à une gymnastique passive destinée à empêcher l'ankylose des articulations, leur paraît celui qui donne le plus de chance au malade de garder la moindre infirmité possible et a de plus l'avantage d'être certainement sans inconvénient, même s'il y avait des tendances à la contracture. Le bain statique qui a été beaucoup employé peut être avantageux surtout comme tonique général; mais il demande à être manié avec prudence, car il peut provoquer des variations de pression sanguine, qui pourraient ne pas toujours être sans inconvénient chez des sujets à système artériel défectueux.

Hémiplégie hystérique. — « Ce que peut créer la suggestion, la persuation peut le détruire. » L'électricité semble donc n'avoir ici pour les auteurs que la valeur d'une suggestion armée, mais armée d'une gamme de procédés variés permettant d'obtenir la rééducation rationnelle des différentes fonctions.

La révulsion faradique en séance énergique ramène rapidement la disparition de l'anesthésie. Le plus souvent, dès que la sensibilité est redevenue normale, le sujet retrouve l'usage de ses muscles; si au contraire l'impotence persiste, on fait, grâce à la faradisation pénétrante, contracter les muscles un à un, provoquant la rééducation des mouvements, en commençant par les plus simples.

Contre les contractures, la faradisation, soit en masse, soit portant plus particulièrement sur les antagonistes, donne également de bons résultats. Il est bon d'ailleurs de ne pas être trop exclusif; en raison des conditions psychiques, il est peut-être utile de varier la médication. On se trouvera bien, souvent, de l'usage de l'étincelle électrique statique, qui agit à la fois sur la sensibilité et la contractilité musculaires.

Hémiplégie hystéro-organique. — En neuropathologie, la maladie simple est l'exception et le plus souvent, sur une hémiplégie organique, se greffent des phénomènes hystériformes. Le traitement électrique sera alors complexe et l'on combinera avec prudence les méthodes préconisées dans les deux paragraphes précédents, en prenant soin de ne pas aggraver une contracture organique ou de ne pas occasionner des variations trop brusques de pression sanguine.

Pour les auteurs, jusqu'ici les cas publiés se rapportent probablement, lorsqu'il y a eu guérison totale, à l'hémiplégie hystérique, lorsqu'il y a eu seulement amélioration, à des hémiplégies hystéro-organiques dont les phénomènes hystériques ont disparu.

Quant à l'action de l'électricité dans l'hémiplégie organique pure, s'il leur semble difficile de lui accorder une valeur curative, il faut reconnaître que, combinée à la mobilisation des articulations, dont le but est d'empêcher l'ankylose, elle permet de maintenir dans un état convenable la circulation du côté malade, d'en augmenter la température; elle permet d'éviter l'atrophie musculaire. Un assez grand nombre d'hémiplégiques parviennent à récupérer à la longue une partie des mouvements : par cette méthode on en augmentera le nombre, en conservant l'intégrité des articulations et des muscles.

L. G.

Le bleu de méthylène dans les diarrhées. [Professeur Combemale et Maguin (de Lille). *Écho méd. du Nord*, 4 oct. 1903, p. 445.] — « Dans une communication à la Société de thérapeutique, séance du 27 mai 1903 (1), M. L. Rénon annonçait qu'il avait expérimenté le bleu de méthylène chez bon nombre de phtisiques atteints de diarrhée incoercible, et que dans les quatre cinquièmes des cas il en avait obtenu des résultats très favorables. Les selles diminuèrent très rapidement de fréquence, leur nombre tombant de quinze ou vingt à cinq ou six dès le premier jour; au bout de trois jours, on observait souvent un arrêt complet des matières, la constipation pouvant même remplacer la diarrhée.

La diarrhée des tuberculeux, celle qui dépend d'ulcérations intestinales, est particulièrement rebelle, nul ne l'ignore, aux efforts de la thérapeutique; le nombre des agents médicamenteux, à effets topiques, astringents, anosmotiques, que le médecin a à sa disposition contre cette diarrhée est considérable; et cependant le praticien, dans certaines diarrhées interminables, en arrive parfois à épuiser toutes les armes de son arsenal thérapeutique sans parvenir à en triompher. Fallait-il voir dans le bleu de méthylène, que signalait ainsi M. Rénon à l'attention des praticiens, un médicament, sans plus, à ajouter à cette liste déjà longue? ou bien le bleu de méthylène méritait-il une place d'honneur dans le traitement de l'entérite tuberculeuse?

M. Rénon, en s'efforçant d'expliquer ces effets du bleu de

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 72, p. 733.

méthylène par son action antiseptique, émettait déjà une idée éminemment suggestive. Dans la dysenterie (1) et dans l'entérite muco-membraneuse, en effet, les lavages de bleu de méthylène n'ont-ils pas donné des succès? M. Rénon n'affirme-t-il pas, d'autre part, qu'il a vu dans la dothiénentérie des doses de bleu de méthylème de 10 centigrammes abaisser la température de quelques dixièmes de degré? Rapprochant ces points de ce fait, qu'aux autopsies des tuberculeux à qui le bleu avait été donné, les ulcérations intestinales apparaissaient non point cicatrisées, mais moins tomenteuses toutefois et moins irrégulières que d'habitude, la conclusion ne pouvait-elle être que ce médicament tarit la diarrhée tuberculeuse, parce qu'il s'oppose au développement des agents d'infection secondaire? »

Telles sont les questions que M. Combemale se pose au début de son article.

Comme M. Rénon, il a donné le bleu de méthylène par la bouche en cachets, suivant la formule :

Bleu de méthylène...............	0g15
Lactose........................	0g60

Dans deux cas d'entérite tuberculeuse chez deux addisoniens, chez un tuberculeux au début avec hémoptysies et diarrhée, chez un dothiénentérique au dixième jour, M. Combemale a obtenu des exemples d'arrêt de la diarrhée, absolument typiques.

Non moins intéressant est le fait suivant que M. Combemale rapporte sans essai d'explication, en le plaçant ici simplement parce qu'il s'occupe du bleu de méthylène :

« Un jeune typographe de dix-sept ans présente une paralysie du muscle droit supérieur de l'œil gauche et un tremblement des deux membres supérieurs; comme on se demande si ces symptômes doivent être attribués à l'hystérie ou à la dégénérescence mentale, on lui donne du bleu de méthylène, à titre de sédatif nerveux. Tremblement et paralysie oculaire ne sont point modifiés, mais il survient une constipation telle qu'on est obligé, quelques jours après, d'administrer un purgatif.

Que conclure? ajoute M. Combemale. Ne concluons pas que le bleu de méthylène vaut pour toutes les diarrhées, mais souvenons-nous que les diarrhées infectieuses par microbes banaux peuvent être améliorées par ce moyen et laissons au temps et à l'expérience clinique le soin de préciser les conditions particulières favorables pour obtenir de ce médicament, dont les avatars sont nombreux, l'effet qu'on lui soupçonne aujourd'hui.

Les légers inconvénients du bleu de méthylène, saveur styptique, coloration des urines, etc., connus de tous les praticiens, ne sont pas contre-indications valables; aussi nous ne les signalons que pour mémoire. » L. GAYARD.

PRATIQUE MÉDICALE

Un nouveau pain.

La question du pain est à l'ordre du jour. Attaqué par les hygiénistes et par les thérapeutes, il semble en effet établi que le pain tel qu'il est fabriqué et consommé de nos jours ne constitue pas un produit à l'abri des critiques. On lui reproche d'une part d'être d'une digestibilité d'autant plus difficile qu'il est consommé plus près de sa fabrication, l'on doit le retrancher du régime de certains dyspeptiques; d'autre part on l'incrimine ne pas constituer une matière alimentaire aussi riche qu'elle devrait l'être.

Il est bien certain que la manière dont le pain, depuis les temps les plus reculés, est fabriqué, n'a guère fait de progrès; seuls les procédés de mouture ou de blutage se sont perfectionnés et justement ces améliorations, loin de rendre le produit plus profitable, l'ont appauvri dans de très réelles proportions. D'un autre côté on ne peut nier que l'addition de levure à la pâte de blé constitue une adultération qui peut revendiquer sa part dans la non-digestibilité fréquente du pain frais.

C'est pourquoi une tendance qui ne s'est pas encore fait sentir chez nous, mais qui est très active en Amérique, a poussé les praticiens à réclamer de l'industrie une fabrication moins tourmentée et le retour à la consommation du blé à un état plus proche de la nature. Pour y parvenir, les ingénieurs américains ont fait table rase de ce qui existait déjà et ont supprimé d'un même coup mouture et fermentation. Avec de la pâte de blé débarrassée soigneusement des sons et issues, ils ont fabriqué des gâteaux spéciaux destinés à remplacer le pain non seulement chez les dyspeptiques, mais encore dans la consommation courante.

Ce produit qui, passant par trois fois aux chaleurs intenses des fours électriques, a pris, de ce fait, le nom de *Triscuit*, est formé de froment pur sans addition d'aucune sorte, ni levure ni graisse. Les Américains mettent même une certaine coquetterie à n'y pas ajouter de sel, ce qui le rend un peu fade pour notre goût. C'est, disent-ils, le produit pur de la nature; la main de l'homme ne lui a rien enlevé, rien ajouté. En effet, dans des usines immenses, qui occupent des centaines d'ouvriers et qui empruntent leurs forces motrices tout simplement aux chutes du Niagara, le froment entier à l'état de grain sort à l'état de Triscuit sans que la main d'un ouvrier l'ait seulement touché. Débarrassé à la vapeur humide de ses sons et enveloppes ligneuses, stérilisé, puis amolli à un certain degré, le blé est non pas écrasé et moulu, mais étiré par des machines qui le peignent pour ainsi dire et le réduisent en écheveaux de filaments vermiculaires. Mécaniquement aussi ces filaments sont distribués en gaufrettes et celles-ci portées à des températures énormes sont cuites à l'électricité. Les gaufrettes ainsi formées sont fort goûtées des Américains du Nord. Ils les consomment en guise de pain, comme rôties pour le thé, comme potages pour les enfants, ils en préparent de nombreuses cuisines.

Ce qui nous importe à nous, c'est de savoir qu'ils ont créé là une nourriture éminemment nouvelle et qui, maintenant que le Triscuit est importé en France, peut nous rendre de grands services dans les régimes alimentaires. A une grande aptitude à la digestion, le Triscuit joint la propriété, tout en étant rafraîchissant, de constituer une nourriture très riche. A volume égal il est beaucoup plus nourrissant que le pain et demande cependant à l'estomac moins de travail. Il est particulièrement riche en sels minéraux, en phosphates notamment, et les analyses qui en ont été faites aussi bien en Amérique qu'en Angleterre, en Hollande, pays où il jouit d'une grande vogue également, concordent avec celles qui ont été faites chez nous au laboratoire municipal et au laboratoire de M. Villejean.

Le Triscuit a donc passé les mers et fait son apparition chez nous. Nous ne saurions lui prédire à l'avance le même succès que dans son pays d'origine, mais ce qui est certain c'est qu'il constitue un essai intéressant. A l'occasion il peut être d'une grande utilité aux médecins tant chez les dyspeptiques que chez les constipés, les débilités et dans les cures de suralimentation.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

(1) BERTHIER. Traitement de la dysenterie par le bleu de méthylène, *Écho méd. du Nord*, 1900, p. 467.

QUESTION D'INTERNAT

Complications de la blennorragie.

GÉNÉRALITÉS. — Au cours ou à la suite de la blennorragie, infection spécifique ordinairement *localisée et temporaire*, peuvent survenir de multiples complications : les unes, *locales*, par propagation : leur pronostic est grave, car elles tendent à faire de l'homme un urinaire, de la femme une infirme et une stérile ; les autres *générales*, par passage des microbes ou de ses toxines dans la circulation sanguine.

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE. — Les *causes prédisposantes* peuvent tenir : *a.* à *l'individu* lui-même (débilité, arthritisme, scrofule, etc.,) ou *b.* au *gonocoque* (augmentation de virulence).

Parmi les *causes occasionnelles*, citer les fatigues, les écarts de régime, les erreurs thérapeutiques, les traumatismes. Les *causes déterminantes* sont encore assez connues et il est actuellement impossible de dire, en présence de la plupart des complications de la blennorragie, si elles sont dues au gonocoque, — à ses toxines, — aux agents d'infection secondaire.

DESCRIPTION CLINIQUE. — I. Complications locales, par propagation. — A. HOMME. — 1° *Complications aiguës.* — 1. Lorsque la blennorragie est encore localisée à *l'urètre antérieur*, elle peut donner lieu à : *a.* de la *balanite*, qui peut elle-même se compliquer de *lymphangite*, d'*adénite*, de *phlébite dorsale de la verge ; b.* de la *folliculite*, siégeant au niveau de la fosse naviculaire, et aboutissant à la formation d'un ou deux petits abcès sur les côtés du frein, abcès qui peuvent se fistuliser. Ultérieurement on reconnaît la folliculite à l'existence de petits noyaux indurés le long des parois de l'urètre; *c.* La *péri-urétrite*, due à la propagation de l'infection au corps spongieux, plus rarement aux corps caverneux, se traduit par des érections douloureuses et de la tuméfaction de la verge ; elle se termine ordinairement par résolution ; quelquefois elle aboutit à la suppuration ou à la sclérose.— 2. Des complications autrement importantes s'observent quand l'*urètre postérieur* est pris et s'expliquent par la propagation de l'infection blennorragique aux différents organes dont la muqueuse se continue avec celle de l'urètre postérieur : vésicules séminales, canal déférent et testicule, prostate.

L'URÉTRITE POSTÉRIEURE étant la condition *sine qua non* de ces complications, rappeler brièvement ses symptômes, symptômes *fonctionnels :* abondance de l'écoulement, fréquence des mictions, ténesme urétro-vésical, hématuries légères, terminales, pollutions fréquentes; et *physiques :* examen des urines au moyen du *procédé des deux verres ;* (l'urine du dernier verre est trouble, sanguinolente dans le cas d'urétrite postérieure), et exploration du canal avec une bougie à boule, après lavage de l'urètre antérieur.

A. ORCHI-ÉPIDIDYMITE. — Très fréquente, l'orchi-épididymite ne se développe que *vers la troisième ou quatrième semaine* de la blennorragie. Exceptionnellement elle peut apparaître *très tôt* (quatrième jour) ou *très tard*, des mois après la guérison de la blennorragie.

Annoncée par des symptômes *locaux* (*a. déférentite* : douleurs et gonflement du canal déférent; partielle ou totale, et alors, fréquemment étendue au cordon [*funiculite*]; *b.* sensation de lourdeur dans le testicule, et *généraux* : fièvre, malaise, embarras gastrique, l'épididymite arrive rapidement à la période d'état.

S. fonctionnels et généraux : *Douleur* très vive, *pongitive* (Verneuil) exaspérée par les mouvements, la marche, la station debout, l'exploration du testicule, irradiant aux troncs nerveux voisins; *fièvre* oscillant de 38°5 à 40 degrés, durant quatre à cinq jours ; *troubles gastro-intestinaux nerveux* (faiblesse, céphalée); *rénaux*, albuminurie, etc.

S. physiques : Induration de l'épididyme, commençant par la partie inférieure, puis s'étendant au corps et à la tête et donnant en vingt-quatre à trente-six heures à l'organe la forme d'un *cimier de casque* coiffant le testicule ; — induration fréquente du canal déférent; tuméfaction du testicule ; — épanchement séreux de la vaginale ; — parfois, inflammation du scrotum lui-même, qui devient rouge, chaud, douloureux. En somme, *c'est surtout l'épididyme qui est atteint.*

Evolution. Terminaisons. — Après une *période d'accroissement* qui dure de trois à six jours et un *état stationnaire* qui dure une semaine environ, l'orchite entre en *résolution.* Elle peut aussi frapper l'autre testicule (*orchite double*, suivie neuf fois sur dix de stérilité), il se fait souvent alors des poussées successives sur chacun des testicules (*orchite à bascule*). Exceptionnellement, elle se complique de *suppuration du testicule*, de *péritonite* localisée ou généralisée ; elle semble favoriser le développement ultérieur de la *tuberculose génitale.*

L'épididymite a été attribuée à la métastase, à une action réflexe, etc.; en réalité, elle relève d'une infection ascendante partie du l'urètre postérieur. Pour son *anatomie pathologique*, v. Balzer (*Traité Brouardel-Gilbert*, t. II).

b. PROSTATITE AIGUE : α. *légère*, pesanteur rectale, légères douleurs à la défécation et à l'émission de l'urine [congestion simple de la prostate (?)]; β. *moyenne*, douleurs périnéales vives, irradiant aux organes voisins ; troubles de la miction (rétention d'urine, ténesme urétro-vésical); γ. *grave*, mêmes signes fonctionnels, plus accusés; symptômes généraux sévères, toucher rectal : la prostate est dure, tendue, douloureuse. Ces troubles aboutissent à la formation d'une collection purulente qui s'ouvre dans l'urètre (terminaison fréquente et relativement favorable), dans le rectum, au périnée, etc., (v. Th. Segond). La guérison est la terminaison habituelle, mais elle peut être lente (fistules); comme complications, citer la périprostatite, la thrombose des sinus périprostatiques, etc.

c. SPERMATOCYSTITE AIGUE : douleurs périnéales, éjaculations sanglantes, érections douloureuses; au toucher rectal, les vésicules terminales sont tuméfiées, sensibles.

d. COWPÉRITE : généralement unilatérale ; se manifeste par une tumeur inflammatoire qui se développe au périnée, en arrière du rectum ; d'abord tendue, elle se ramollit et s'ouvre, au périnée, dans l'urètre, dans le rectum.

e. La CYSTITE AIGUE, très fréquente, se caractérise par les signes fonctionnels de toute cystite : douleurs, fréquence, pyurie. Très vives, les *douleurs* siègent à l'hypogastre et irradient dans les régions voisines ; elles s'exagèrent après chaque miction ; la *fréquence* peut aller jusqu'à cinquante, soixante-quinze et même cent mictions par jour; les mictions sont impérieuses, irrésistibles ; les *urines* sont *troubles*, opaques, muco-purulentes, sanglantes; elles se décomposent rapidement. Les signes généraux sont variables. Les signes physiques (toucher rectal, palper hypogastrique, exploration vésicale) indiquent la sensibilité de la vessie. Le procédé des deux verres montre que l'urine de la fin de la miction est toujours trouble. Habituellement la cystite finit par s'atténuer et, au bout d'un temps variable, aboutit à la guérison. Il existe une forme subaiguë d'emblée qui passe facilement à l'état chronique, surtout lorsqu'il existe une lésion chronique du canal (rétrécissement, prostatite).

2° *Complications chroniques.* — Chacune des complications précédentes peut passer à l'état chronique. *a.* L'*urétrite*, d'aiguë, peut devenir *chronique* (blennorrhée, goutte militaire). Cette transformation est accomplie quand les phénomènes inflammatoires se sont apaisés et que l'écoulement est devenu plus fluide (Guyon). Les symptômes varient suivant que les lésions sont localisées à l'urètre antérieur ou à l'urètre postérieur. Rappeler les signes fonctionnels (troubles de la miction), physiques (exploration du canal), généraux (neurasthénie, tendance à la mélancolie), la longue durée de l'affection (v. classiques et Pousson, *Précis des maladies des voies urinaires*).

De l'urétrite chronique, rapprocher les *rétrécissements* qui débutent longtemps après la blennorragie et se caractérisent par des troubles multiples de la miction, des troubles généraux (tardifs) et des signes physiques spéciaux (examen du canal avec l'explorateur à boules (v. classiques). Ce rétrécissement à marche essentiellement chronique, progressive, expose à une série de complications (infiltration, rétention d'urine, abcès urineux, etc.).

b. La *prostatite chronique* accompagne l'urétrite postérieure; elle se manifeste par des douleurs périnéales, des troubles multiples de la miction et de l'éjaculation (*prostatorrhée*). Au toucher rectal, la glande est grosse, douloureuse, semée de nodosités.

c. La *cystite chronique*, encore appelée *catarrhe de la vessie*, est tantôt primitive, tantôt consécutive à une cystite aiguë ou subaiguë. Les signes fonctionnels : douleur, fréquence sont peu marqués; les symptômes généraux manquent longtemps et, ce qui domine, ce sont les modifications des urines (urines troubles, purulentes, *abondantes*) (v. Tuffier, *Traité Duplay-Reclus*, 1re éd., t. VII). La marche est essentiellement chronique.

d. La *pyélonéphrite* « est le plus souvent chronique d'emblée et les symptômes d'acuité subite qu'elle présente ne sont que des épisodes passagers ou terminaux survenus au cours de sa lente évolution » (Pousson). Elle revêt deux formes : *pyélonéphrite sans distension* et *pyélonéphrite avec distension* (pyonéphrose). Pour ses symptômes et ses lésions, v. Pousson, *loco citato*, p. 705. (*A suivre.*)

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Fichet, du port de Lorient, est désigné pour aller servir en sous-ordre à l'école de pyrotechnie à Lyon.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Fochier (de Lyon) et de M. le docteur Lacombe, sénateur de la Charente.

Études médicales sur les Eaux-Bonnes, par le docteur Léon Leriche. Broch. de 119 p. — Prix : 1 fr. 50. — Barcelone-Paris, Richardin, P. Lamm et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Des essais de bactériologie et de sérothérapie dans la syphilis.

Par Ch. FOUQUET, interne de l'hôpital Saint-Louis.

Au moment où les expériences de Roux et Metchnikoff semblent enfin avoir rendu possible l'inoculation de la syphilis aux animaux, ou du moins au singe anthropoïde, il nous a semblé intéressant de jeter un regard en arrière et de rappeler les très nombreuses tentatives faites depuis des siècles pour trouver l'agent pathogène de cette affection, pour essayer de transmettre la maladie aux animaux enfin pour découvrir un sérum préventif ou curateur.

On peut dire que depuis que la syphilis a été importée en Europe (quelle que soit du reste l'opinion que l'on ait de sa provenance), on a jugé la syphilis comme une affection, n'ayant pas d'origine spontanée, mais résultant toujours d'une contagion. Il était donc tout naturel que les médecins dirigeassent leurs efforts dans le but de découvrir l'agent pathogène de la syphilis et les travaux n'ont pas manqué.

La bactériologie de la syphilis comprend trois grands points :

1° La recherche de l'agent pathogène dans les produits syphilitiques de l'homme ;

2° Les essais d'inoculation aux animaux ;

3° La découverte d'un sérum préventif ou curateur, c'est-à-dire la sérothérapie de la syphilis.

Nous envisagerons en même temps les deux premiers points, les recherches qu'ils concernent ayant souvent été menées de front par les expérimentateurs; nous réserverons pour la fin de ce travail la sérothérapie qui est d'origine beaucoup plus récente.

I

Recherches de l'agent pathogène. — Essais d'inoculation. — Les travaux qu'ont suscité ces questions ont été très nombreux, mais chaque auteur décrivait dans son travail un nouveau bacille ou un nouveau coccus, ayant une forme, des affinités tinctoriales et des méthodes de culture chaque fois nouvelles — et l'histoire de la bactériologie de la syphilis montre avec chaque microbe nouveau un nouvel insuccès.

Il est nécessaire pour se faire une juste idée de la question et juger sainement de la valeur de ces nombreuses recherches, de diviser l'histoire des essais bactériologiques dans la syphilis en deux grandes époques.

La première naît avec l'apparition de la syphilis en Europe, c'est-à-dire la fin du XVe siècle, et va jusqu'à Bassereau, qui en 1852 sépare définitivement le chancre syphilitique du chancre mou.

La deuxième va de Bassereau (1852) jusqu'à nos jours.

C'est qu'en effet, si primitivement on ne regardait pas le chancre syphilitique et le chancre mou comme ayant une même origine (le chancre mou ayant été connu bien avant la vérole), Hunter (1728-1793) en affirmant l'unicité des deux lésions vénériennes avait en quelque sorte fait faire un pas en arrière. Tous les expérimentateurs de la période huntérienne publient des expériences positives d'inoculation de la syphilis aux animaux, mais on remarque que s'ils ont pu inoculer des chancres, dans aucun cas ceux-ci ne furent suivis d'accidents secondaires, d'accidents véritablement syphilitiques; ils inoculaient des chancres mous.

Bassereau, entraînant à sa suite son maître Ricord, montre enfin en 1852 qu'il existe deux chancres d'origine et de nature différentes : le chancre mou, affection facilement inoculable ne conférant aucune immunité, et le chancre syphilitique conférant l'immunité et auquel les animaux semblent être réfractaires.

A. DE LA FIN DU XVe SIÈCLE A 1852. — Dès 1496, Ulsenius signale l'origine vénérienne du mal français. C. Gilinus, en 1497, écrit : « Il est une chose entre toutes que j'affirme, c'est que ce mal est contagieux. » Ce qui n'empêchait pas que les médecins, soucieux de conserver leur place auprès des grands qu'ils soignaient de cette affection considérée comme honteuse, faisaient, suivant le conseil d'Almenar, « pieusement » intervenir une influence sidérale pour expliquer l'éclosion de la syphilis. C'était, en effet, à cette époque un brevet d'impudicité que d'être syphilitique et le chroniqueur Muralto dit quelque part : « Par là se faisaient reconnaître au mieux les hommes de mœurs pures et les impudiques. »

J. Benedictus (1508), Massa (1536) établissent que la contagion ne résulte pas toujours d'un contact vénérien di-

rect, mais peut se faire par l'intermédiaire de linges ou d'instruments souillés au contact de syphilitiques.

Quant à l'agent pathogène, il n'y fallait pas encore songer, le microscope n'existait pas. Les médecins d'alors se contentaient d'émettre des théories sur la nature du virus syphilitique. C'était, pour quelques-uns, une humeur corrompue ou la semence altérée dans les voies génitales de la femme. Paracelse (1493-1541) attribue la contagion à un miasme vénérien. Avec Fernel (1556), médecin de Henri II, la notion d'un virus comparable à celui des animaux venimeux entre dans la science et en dépit des hypothèses humorales de Varandal (1587-1617), de l'iatrochimie de N. de Blégny (1678) et du physiologisme de Broussais (1814), elle nous est transmise par Boerhave (1668-1738) et par Van Swieten (1725).

Si pour Boerhave et Van Swieten l'infection syphilitique se fait par le tissu adipeux, si pour Bourru (1770) elle se fait par le tissu nerveux, Astruc, dès 1750 pensa, qu'elle se faisait par le sang. Swediaur (1817) explique la contagion de la façon suivante : « Il me paraît probable que le virus syphilitique appliqué à un corps sain se multiplie par une espèce de fermentation et d'assimilation, et qu'après avoir ainsi causé des ulcères aux parties génitales ou à la surface du corps, il est absorbé en partie par les vaisseaux lymphatiques et porté dans les glandes lymphatiques les plus voisines. »

C'est à peu près à cette époque, c'est-à-dire au commencement du XIX[e] siècle, que les recherches bactériologiques remplacent les simples hypothèses. Cullerier (1845) croyait à l'existence d'animalcules particuliers dans les ulcères syphilitiques. Donné fait la description d'un parasite rencontré souvent par lui, signalé par Muller : le vibrio lineola ou vibrio virgula, mais sans le considérer comme syphilitique. Hunter avait enseigné que la syphilis était une maladie propre à l'homme et qu'aucun animal ne pouvait en être infecté. En effet les expériences d'inoculation faites par Turnbull, Velpeau et Bretonneau, Babington, Ricord, Castelnau, furent négatives. C'est à cette époque que Rayer démontra que la morve, considérée jusqu'alors comme une affection spéciale aux animaux, pouvait être transmise à l'homme. Auzias-Turenne jugea qu'il ne pouvait en être autrement pour la syphilis, que cette affection qui avait l'évolution d'une maladie infectieuse devait rentrer logiquement dans le cadre général et que c'était un contre-sens que de croire les animaux réfractaires à la syphilis. Il entreprit des expériences, sur des singes d'abord, puis sur d'autres animaux, et il présenta le 5 novembre 1844, à l'Académie de médecine, un mémoire, dans lequel il relatait tout au long le résultat de ses expériences.

Cette communication fit grand bruit et, en 1851, Auzias-Turenne publie un second mémoire dans les *Archives générales de médecine*, mémoire dont les conclusions étaient, comme il l'écrit lui-même, « de nature à éclairer bien des doutes et à produire une véritable révolution dans l'étude de la syphilis. » C'est qu'en effet, Auzias-Turenne prétendait non seulement avoir transmis la syphilis à des animaux, mais, ce qui avait un intérêt pratique beaucoup plus grand, avoir réussi, par des inoculations successives, à immuniser contre la syphilis ses animaux inoculés. Par analogie avec la vaccination qui préserve de la variole, il créa le mot de syphilisation qui devait préserver de la syphilis.

Ces résultats qu'il annonçait ne manquèrent pas d'impressionner vivement un grand nombre de médecins et d'étudiants ; il y eut même à cette époque beaucoup d'entre eux qui demandèrent à être syphilisés, immunisés contre la syphilis et qui reçurent le vaccin ; tels furent Robert de Welz, professeur agrégé à Wurtzbourg, Laval, étudiant en médecine. Auzias-Turenne avait du reste commencé ses expériences de syphilisation sur lui-même. « Je suis le plus ancien syphilisé du monde, » écrit-il dans son testament. Comme tout novateur, il eut des partisans convaincus et aussi des ennemis acharnés. Le professeur Sperino en Italie, Hagen à Strasbourg, le professeur Boeck à Christiania se firent les apôtres de la syphilisation. Parmi ses adversaires, il faut surtout citer Ricord et son élève Cullerier.

Si étrange que nous paraisse actuellement la foi qu'eurent ces médecins dans la syphilisation, on peut dire pour leur défense qu'ils étaient convaincus et c'est grâce à Ricord qu'on ne donna pas un service d'hôpital à Auzias, pour expérimenter sa nouvelle méthode. Sperino, à Turin, avait la direction d'un hôpital, le syphilicôme, où il syphilisait à outrance, et il suffit de lire ce passage du livre de Sperino pour se faire une idée de la confiance qu'avaient les syphilisateurs dans leur méthode. « M. Pages s'inocula plusieurs fois le pus chancreux et quoique M. Ricord fût le premier et le plus acharné adversaire de la syphilisation, il n'hésita pas à lui faire plus de quarante inoculations. Ayant suspendu la syphilisation pendant quelque temps, il fut atteint de vérole constitutionnelle. Je ne parlerai pas des lettres échangées à ce sujet, mais tout ce que j'en veux conclure (c'est Malgaigne qui parle), c'est que, « si ce sujet a eu la vérole, c'est qu'il a voulu l'avoir, comme il le déclare lui-même ; et, chose assez singulière, il prend parti contre M. Ricord pour M. Auzias ! Quant à son déplorable état, je suis en mesure de rassurer l'Académie, M. P... sort de chez moi il n'y a pas une heure et il se porte à merveille. Et comment s'est-il guéri ? Je lui laisse la responsabilité de son dire : par la syphilisation. »

Malheureusement, le fait que les inoculations d'Auzias-Turenne produisaient à chaque fois un chancre (Lindmann, un syphilisé d'Auzias, reçut plus de deux mille chancres d'inoculation) nous montre que ce n'était pas la syphilis qu'on inoculait, mais seulement des chancres simples. La méthode d'Auzias-Turenne ne tarda du reste pas à être jugée : « La syphilisation, dit Langlebert, est l'art de donner la vérole à ceux qui ne l'ont pas, de la réveiller chez ceux qui l'ont eue, sans en guérir ceux qui en sont atteints. »

B. De 1852 a nos jours. — Les polémiques entre Ricord, Cullerier, Diday d'une part, et Auzias-Turenne, Sperino, Boeck et Hagen d'autre part, en étaient là lorsque en 1852, Bassereau émit l'opinion que tous les chancres n'étaient pas syphilitiques et qu'il fallait séparer le chancre mou, simple, non suivi d'accidents secondaires, du chancre induré, syphilitique, suivi d'accidents secondaires. Ricord n'accepta d'abord pas la nouvelle théorie de son élève Bassereau. Ce ne fut que plus tard qu'il se rendit à l'évidence, et ses leçons sur le chancre rédigées par A. Fournier commencent ainsi :

« L'homme absurde est celui qui ne change jamais — c'est-à-dire celui qui place la fidélité de ses opinions au-dessus de la vérité même. »

La découverte de Bassereau est le commencement d'une ère nouvelle dans l'histoire de la bactériologie de la syphilis.

Les expériences d'inoculation, la recherche du microbe de la syphilis continuent.

En 1864, Viennois parle d'un chat de l'hôpital du Midi qui léchait les pièces de pansement imprégnées de produits syphilitiques et qui eut des ulcérations aux lèvres et à la gueule. A l'autopsie on trouva des lésions osseuses multiples (périostoses, exostoses et carie). La valeur de ce fait a été sérieusement contestée par Ricord et Velpeau.

En 1867, Ch. Legros présenta à la Société de biologie un cochon d'Inde, auquel il avait inséré sous la peau de la cuisse un fragment de chancre syphilitique. Quinze jours après, apparut une ulcération sèche à bords indurés et quelques ganglions devinrent gros et durs. Plus tard l'animal maigrit, perdit son poil et eut des ulcérations superficielles aux pattes. Lancereaux fit l'autopsie cinq mois après l'inoculation. Un grand nombre de ganglions étaient tuméfiés et durs. Au niveau des flancs et près de l'anus, on trouva dans le tissu cellulaire sous-cutané trois masses grisâtres, ramollies au centre, comparables à des gommes. Un des épididymes renfermait un noyau caséeux et le foie présentait de petites tumeurs jaunâtres. « Lancereaux semble à cette époque n'avoir eu aucun doute sur le résultat positif de l'inoculation, » dit Rollet en 1884.

Hallier, en 1869, examine le sang des syphilitiques, il y signale la présence en grand nombre de micrococci, qui pénètrent les globules rouges s'y développent, et forment des vacuoles. Hallier cultive et décrit ce micrococcus sous le nom de corniothecium syphiliticum. Kotsch, en 1870, rencontre des spores dans le sang des syphilitiques.

Messenger Bradley (en 1871) communique, à la *British medical Association*, les résultats le plus souvent négatifs d'inoculation aux animaux. « Deux fois, dit-il pourtant, chez un cochon d'Inde et un jeune chat, j'ai vu deux ou trois semaines après l'inoculation se produire un épaississement au point inoculé et plus tard sont survenus des symptômes constitutionnels. Le cochon est mort un mois après l'induration avec perte d'un œil, et des ulcérations étendues de la bouche et du voile du palais. J'ai tué le chat à la fin de la huitième semaine et j'ai trouvé des gommes des reins et du foie. »

Les recherches de Lostorfer (en 1872) firent plus de bruit. En examinant le sang conservé dans une chambre humide, il vit, au troisième ou quatrième jour, apparaître de petits corpuscules brillants et mobiles, qui, le jour suivant, se creusaient de vacuoles et bourgeonnaient. Il les décrivit sous le nom de corpuscules de la syphilis. Mais les auteurs qui suivirent ne donnèrent pas aux corpuscules de Lostorfer l'importance que ce dernier leur attribuait. Biesiadecki les regarde comme des granules de paraglobuline, Vadja comme des débris de substance albuminoïde sans relation avec les parasites végétaux.

M. Carenji (1874) tente d'inoculer sa syphilis à une génisse. Au quarante-neuvième jour, petites taches rouges auxquelles succèdent des papules cuivrées, plus tard nouvelle éruption papuleuse et chute des poils. Au cent trente-et-unième jour une inoculation est faite à une jeune fille avec le détritus des papules de la première éruption. Au bout de huit jours, se produisent deux élevures papuleuses, mais le professeur Gaucherini (de Bologne) prétend que le malade qui a fourni le pus de la première inoculation n'avait que des chancres mous.

En 1878-79 s'ouvre une nouvelle période de travaux plus sérieux. Klebs publie dans deux mémoires le résultat de ses expériences. Il trouve, dans le liquide du chancre, des granulations à mouvements rapides et de courts bâtonnets dont les mouvements sont suspendus par l'action du chloroforme et reprennent à l'air pur. Il voit se développer, dans des cultures de ce liquide sur gélatine, des bâtonnets serrés et des éléments particuliers, ayant la forme de grandes masses spirales formées par des agglomérations de petits bâtonnets et qu'il appelle hélicomonades. Klebs fait ensuite des inoculations. Il insère d'abord, sous la peau d'une guenon, un fragment de chancre induré, opération qui n'est suivie que d'une légère tuméfaction des ganglions inguinaux. Six semaines après l'inoculation, l'animal est alors pris de fièvre, de diarrhée, une éruption bleuâtre se montre à la face. Les jours suivants, l'éruption devient papuleuse sur le front et la muqueuse des lèvres. Quelques mois plus tard, l'animal meurt. A l'autopsie, on trouve des ganglions inguinaux et axillaires indurés, tuméfiés, des ganglions intrathoraciques caséeux, les poumons hépatisés avec adhérences pleurales. Au niveau des arcades sus-orbitaires, existaient des hyperostoses, ainsi que sur le frontal, le vomer, l'unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Klebs inocule ensuite une culture des bâtonnets qu'ils a décrits : il provoque ainsi à des singes des ulcérations buccales circonscrites comparables aux plaques muqueuses. De ces travaux, Klebs conclut : Que la syphilis est inoculable à certains animaux ; que les néoformations syphilitiques de l'homme renferment des organismes végétaux inférieurs de nature spéciale qui, par culture, prennent les caractères des hélicomonades ; que les microbes inoculés à certains animaux reproduisent des altérations semblables à celles de la syphilis humaine ou de la syphilis inoculée directement à ces mêmes animaux. Le malheur, c'est que les résultats n'étaient pas tout à fait conformes aux conclusions de Klebs.

Entre temps, Cutter (de Boston) signalait la présence d'un mycélium dans les chancres indurés. En 1880, Bermann (de Baltimore) publie ses recherches faites sur cent cas de chancres indurés. Il décrit des cocci qui siégeraient dans les lymphatiques, et des bactéries qu'on trouverait dans les artères.

En 1881, Aufrecht (de Magdebourg) scarifie des papules syphilitiques, examine la sérosité après étalement sur lame et coloration par solution aqueuse de fuchsine (0gr05 p. 100) et trouve des cocci volumineux souvent accouplés. Birch-Hirschfeld aurait remontré l'année suivante les cocci décrits par Aufrecht.

Obraszow constate, dans les ganglions lymphatiques satellites des chancres indurés, la présence de colonies de microcoques.

En 1882, Martineau et son interne Hamonic présentent le 5 septembre à l'Académie de médecine le résultat de leurs expériences. Ils décrivent une bactérie syphilitique et tentent d'inoculer des porcs et des singes. Ils ont laissé séjourner vingt-quatre heures un chancre induré excisé, dans un liquide de culture préparé sur les indications de Pasteur, et, au bout de ce temps, ils ont pu constater dans le milieu de culture la présence de nombreuses bactéries. Le liquide de culture est inoculé dans le tissu sous-cellulaire de la région pénienne d'un jeune porc ; le lendemain le sang de l'animal renfermait les mêmes bactéries, un mois plus tard apparut sur l'abdomen une éruption rappelant les syphilides papulo-squameuses.

Dans une deuxième expérience, Martineau et Hamonic inoculent un jeune porc de quatre semaines dans la région pénienne avec la sérosité d'un chancre induré. Quatre jours après, présence de bactéries dans le sang; quatorze jours après l'inoculation, manifestations cutanées rappelant les syphilides papuleuses. Les bactéries du sang de ce jeune porc cultivées et inoculées à un jeune chevreau ne donnèrent pas de résultat.

La communication de ces deux auteurs parut assez intéressante pour être renvoyée devant une commission spéciale composée de Pasteur, Bouley, Lancereaux et Fournier.

Enfin en novembre 1882, Martineau et Hamonic inoculent un singe au prépuce. Vingt-huit jours après, apparition de deux chancres préputiaux suivis d'accidents secondaires, et un an après (septembre 1883), apparition de lésions ulcéreuses du voile du palais, regardées par les auteurs comme des syphilides. Enfin en octobre 1883, accès épileptiformes, en décembre apparition d'éléments papulo-hypertrophiques sur la moitié droite du scrotum et en janvier 1884, nouvelle éruption papuleuse au palais, disparue en quatorze jours.

A la même époque, Rebatel, puis Zeissl inoculent l'un une chienne, l'autre des lapins dans le but d'observer comment serait leur descendance; la chienne eut douze petits tous sains, les lapins produisirent une portée indemne de toute maladie.

Hänsell, médecin allemand, inocule dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, le pus d'une gomme non ouverte, quelques mois après apparition d'une iritis subaiguë avec formation de papules vasculaires de l'iris et de petites tumeurs qu'il considéra comme des gommes du corps ciliaire.

En 1883 Neumann, puis Letnick font des tentatives d'inoculation aux animaux et publient leurs résultats négatifs.

En 1884 Horand et Cornevin essaient de transmettre la syphilis au porc. Leur conclusion est que le porc est réfractaire à la syphilis et que l'animal doué d'une réceptivité franche est encore à trouver.

Marcus et de Tornéry, dans le laboratoire de Vulpian, retrouvent les bâtonnets décrits par Birch-Hirschfeld, par Martineau, ils les cultivent, mais les considèrent en fin de compte comme constitués par des amas de coccus d'origine banale sans rapport avec la syphilis.

Cognard, dans le laboratoire de Chauveau, inocule à un singe un fragment de plaque muqueuse, pris sur un sujet dont la vérole datait de trois mois et n'avait pas été soignée. Il survint une induration au point inoculé, puis des ulcérations plantaires ressemblant à des papules de psoriasis dont l'épiderme aurait été macéré et arraché. Le singe fut examiné par Dron, Horand, Rollet, qui émirent des doutes sur la nature syphilitique des lésions. Diday était porté à voir là des accidents véritablement spécifiques; Dron plus sceptique mit fin à la discussion en disant à Cognard : « Donnez-nous des plaques muqueuses et nous croirons à l'existence de la syphilis. Jusque-là nous conserverons des doutes. »

A la même époque, à la Société nationale de médecine de Lyon, Diday émit la proposition suivante relative à la syphilisation. Le singe reçoit bien la syphilis, mais une syphilis atténuée; « cet animal n'est-il pas comme prédestiné à être l'atténuation de la syphilis humaine? En conséquence la vaccination contre la syphilis, possible grâce à lui, pourra être appliquée : 1° préventivement, aux prostituées, à certaines nourrices, à quelques individus qui, peu après le coït, ont découvert ou appris que leur conjoint avait des lésions syphilitiques contagieuses; 2° semi-préventivement; au début du chancre et cela avec ou sans l'auxiliaire de l'excision. » Ne croirait-on pas que le problème est enfin résolu? Cependant A. Seweke par ses inoculations au porc, Leistikow et Bardujzi par leurs examens bactériologiques n'arrivent à aucun résultat.

Nous sommes en 1884, au lendemain de la découverte du bacille de la tuberculose par Koch. Les deux maladies se ressemblent par plusieurs de leurs lésions, pourquoi leurs agents pathogènes n'auraient-ils pas aussi des caractères de ressemblance? Schütz observe dans la sérosité des chancres des bacilles semblables au bacille de Koch, mais plus difficiles à colorer. Lustgarten dans des gommes et des scléroses syphilitiques observe de grandes cellules pâles, dans lesquelles se trouvaient des bacilles entrelacés, isolés ou groupés, ressemblant au bacille de Koch, très difficiles à colorer. Ces bacilles présentent à leur intérieur quelques points ovoïdes qui prennent mal les colorants et qui seraient des spores. Lustgarten colore ces bacilles par le mélange suivant :

Solution alcoolique de violet de gentiane....................	11	parties.
Solution d'huile d'aniline......	100	—

Les coupes y restent d'abord douze à vingt-quatre heures à la température ordinaire, puis deux heures à 60 degrés centigrades. Elles sont mises alors quelques minutes dans l'alcool absolu, puis pendant dix secondes dans une solution de permanganate de potasse à 1 1/2 p. 100. On place ensuite les coupes un instant dans une solution concentrée et pure d'acide sulfureux jusqu'à complète décoloration. On déshydrate par l'alcool, on éclaircit à l'essence de girofle et on monte au baume. Les bactéries de Lustgarten se distinguent des bacilles de Koch et de Hansen en ce qu'elles ne se colorent pas par la méthode d'Ehrlich. Dans 16 cas, Lustgarten a trouvé son bacille dans le chancre induré, jamais il ne l'a vu dans les chancres mous, mais les tentatives de culture et d'inoculation ont toujours été négatives.

Babes, en 1885, a trouvé aussi les bacilles décrits par Lustgarten. « Il nous semble bien probable, dit-il, que ces bacilles sont tout à fait caractéristiques de la syphilis par leur siège, leur réaction, leur forme et qu'ils pourront servir pour le diagnostic de cette maladie dans les cas douteux. »

E. L. Sperk, en 1886, essaie d'inoculer la syphilis aux animaux. Les expériences portent dans une première série sur 36 animaux (28 singes d'espèces différentes, 2 chèvres, 2 brebis, 3 lapins, 1 génisse), dans une deuxième série, sur 21 animaux (18 singes, 1 génisse et 2 cochons de lait). Aucune me donna de résultat positif.

En 1886, Kassowitz et Hochsinger décrivent un microorganisme qu'ils ont trouvé dans les principaux organes à l'autopsie de cinq enfants atteints de syphilis héréditaire.

Le professeur Primo Ferrari (de Catane) recherche l'agent pathogène de la syphilis dans divers produits humains. Dans les lésions cutanées ou muqueuses, il ne trouve rien. Dans le sang, il observe des bactéries dont les cultures sur gélatine rappellent d'assez près, sauf l'odeur, le bacterium termo. Dans le sperme le professeur Ferrari a vu souvent une ou deux bactéries attachées à la tête ou à la queue des spermatozoïdes. Dans le placenta, il dit avoir trouvé de véritables foyers de bactéries disposées en diplocoques dans les cellules lymphatiques. Pour lui le sperme syphilitique con-

tient le streptococcus syphiliticus; et c'est par le passage de la circulation fœtale à la circulation maternelle placentaire, des leucocytes microbophores, que s'expliquerait pour Ferrari la contagion in utero du fœtus à la mère.

En 1887, le professeur Doutrelepont, en examinant des fragments de gomme durcis à l'alcool, voit de nombreux bacilles isolés ou groupés. Il les colore par un bain de quarante-huit heures dans une solution aqueuse de violet de méthyle qu'il fait suivre d'une décoloration par la liqueur de sesquichlorure de fer et l'alcool d'après la méthode de Giacomi. Fürth et Mannaberg ont trouvé dans dix cas de syphilis le bacille décrit par Doutrelepont. Mais à cette époque, Cornil rappelle à l'Académie qu'Alvarez et Tavel ont décrit dans le smegma préputial des bacilles qui ressemblent à ceux de Doutrelepont. Ce dernier du reste convint que son bacille n'a rien de spécifique et qu'on le trouve dans les sécrétions des muqueuses des organes génitaux d'individus non atteints de syphilis.

Bitter identifie d'une façon complète tous les bacilles prétendus syphilitiques par Lustgarten, Doutrelepont, au bacille du smegma dont il décrit huit formes.

En Italie, Carmelo Andronico cultive dans la glycérine des bactéries qu'il a trouvées dans des coupes de condylome plat et qu'il colore par la méthode d'Ehrlich et de Koch. Il inocule sa culture à un lapin et lui donne une lésion qui rappelle le chancre. Il inocule ensuite une chatte avec le liquide d'une syphilide bulbeuse développée dans un cas de syphilis congénitale et obtient le même résultat; mais il n'est pas parlé d'accidents secondaires.

Mossé, le 25 avril et le 19 mai 1887, inocule une jeune guenon avec la sécrétion d'un chancre induré et celle d'une plaque muqueuse, mais n'obtient aucun résultat.

En 1892, Sabouraud, dans le laboratoire de Tapret, examine cinquante et une pièces de lésions syphilitiques dans le but de trouver le bacille de Lustgarten, mais sans résultat. « Même en admettant pour vraie, dit-il, la découverte de Lutsgarten, on ne peut reproduire à volonté les résultats qu'il a obtenus en se servant des procédés qu'il a donnés. Une méthode sûre pour déceler le microbe de la syphilis est encore à découvrir. »

En 1896, Niessen croit avoir enfin découvert le bacille de la syphilis, qu'il décrit sous le nom de bacillus veneris. Il insiste sur son pléomorphisme; tandis que l'individu isolé correspond plutôt à un coccus allongé très étroit, on trouve en général une forme grêle de bâtonnet qui consiste en un couple avec sillon transversal clair, ressemblant, quant à la forme et à la longueur, au bacille de la tuberculose, mais un peu plus court.

Niessen donne aussi le résultat de ses cultures et de ses inoculations. Pour lui, au point de vue de la réceptivité des animaux vis-à-vis de la syphilis, les porcs se placent au premier rang, puis certaines espèces de singes; les rongeurs seraient réfractaires.

Ses inoculations ont été faites à quatre espèces de singes, le grand singe de Java, le macaque, l'hamadrias et le singe de la Couronne. Niessen prétend avoir pu obtenir chez douze singes des signes évidents de syphilis constitutionnelle. Il a procédé par injections sous-cutanées ou sous-muqueuses de quantités plus ou moins grandes de culture pure de son bacillus veneris. Dans tous les cas, l'incubation a été de trois à six semaines.

Parmi les nombreuses expériences publiées par Niessen, il en est quelques-unes qui méritent d'être rappelées.

Expérience III. — Hamadrias. Inoculation préputiale sous-muqueuse de culture pure. Phimosis et induration. Paraplégie des deux membres inférieurs. Cécité au bout de quelques semaines. Des injections de salicylate de mercure faites pendant quatre semaines lui rendent l'usage de ses membres et la vue. Mort quelque temps après par céphalhématome interne. Pendant les deux jours qui précèdent sa mort l'animal ne cesse de tenir sa tête entre ses mains.

Expérience V. — Petit singe de la Couronne. Mort trois semaines après l'inoculation. A l'autopsie : hépatite aiguë avec périhépatite. Volumineuses et multiples adénopathies dans le mésentère. Ulcération de la peau de la queue. L'examen histologique montre des lésions d'endartérite oblitérante surtout dans le foie. On peut obtenir un nouveau contage par la culture de l'extrait du foie.

Expérience VI. — Macaque tombe malade quelques semaines après une injection sous-muqueuse et présente, quelques jours après l'éruption, des accidents convulsifs spéciaux, comme dans l'épilepsie corticale, après quelques prodromes (secousses dans le territoire du facial et dans les fléchisseurs des doigts). Convulsions cloniques, localisées au côté gauche, cris expiratoires rythmiques et involontaires. Les attaques ne durent que quelques minutes et sont toujours suivies de perte de connaissance. Mort. A l'autopsie : pachyméningite circonscrite au niveau du sinus transversal droit avec coagulations sanguines. Histologiquement, artérite oblitérante typique.

« Après mes recherches multiples qui ont porté, dit Niessen, sur plusieurs centaines de cas de syphilis à toutes les périodes et de toutes les origines, après mes cultures de sang au moyen des méthodes les plus variées, je me crois autorisé à poser cette affirmation décisive. Le contage spécifique non seulement peut être rencontré dans le sang à toutes les périodes, mais encore extrait de ce sang par culture. Il est toujours le même, quel que soit le pays d'où nous viennent ses hôtes; le bacille de la syphilis ne connaît pas de distinction de race, de sang ou de nationalité. »

On aurait pu croire la question définitivement jugée, il n'en fut rien et les expériences, la découverte de Niessen, au moins en France, passèrent à peu près inaperçues.

En 1900, Mazyck Ravenel en Amérique, L. Lévi en Italie, tentent d'inoculer la syphilis aux animaux, mais n'obtiennent aucun résultat.

La même année Hügel et Holzhauser, en Allemagne, inoculent à une truie le sang d'un malade atteint de syphilis secondaire. Au bout de quatorze jours adénopathie inguinale; au bout d'un mois, roséole; après six semaines, éruption maculo-papuleuse.

En 1901, Paulsen décrit un diplocoque blanc qu'il a trouvé dans le sang de syphilitiques et qu'il croit être le diplocoque décrit par Niessen.

La même année, en France, Justin de Lislé et L. Jullien présentent le 2 juillet, à l'Académie, le résultat de leurs recherches. Le sang des syphilitiques devient inoffensif quand il est coagulé, ce qui, pour ces auteurs, peut être expliqué par l'existence dans le sang après sa coagulation d'une alexine fortement bactéricide. Aussi poursuivent-ils leurs recherches dans la sérosité des vésicatoires. Ils ont trouvé un micro-organisme polymorphe de forme bacillaire. Ce bâtonnet plus ou moins court est mobile, facile à colorer par les réactifs usuels, mais ne prend pas le gram. Il cultive facilement dans les milieux de culture ordinairement em-

ployés, il liquéfie la gélatine. Inoculé dans le péritoine d'un cobaye, ce microorganisme détermine des paralysies, de l'amaigrissement, l'avortement et la mort en dix à quinze jours. L'inoculation sous-cutanée provoque l'apparition d'une plaque indurée, puis ulcérée, avec engorgement des ganglions voisins. A l'autopsie le sang est toujours stérile.

Deux faits démontrent pour ces auteurs la spécéficité de cet agent pathogène : 1° l'agglutination de ces bacilles par le sérum de syphilitiques en puissance d'accidents, agglutination que ne provoque pas le sérum d'individus sains; 2° la propriété qu'ont ces bacilles de fixer l'alexine contenue dans le sérum des animaux vaccinés avec les produits syphilitiques, ce qui prouverait l'existence d'une sensibilisatrice particulière.

La question de la bactériologie de la syphilis et de l'inoculation aux animaux en était restée là, comptant pour ainsi dire autant d'échecs que de tentatives, et l'on pouvait encore dire comme Meuret en 1888 : « La question du microbe de la syphilis ne fera pas un pas en avant tant que l'animal réactif n'aura pas été trouvé. »

Le 28 juillet 1903, Roux et Metchnikoff présentèrent, à l'Académie de médecine, le résultat de leurs expériences. Pour eux, si jusqu'à ce jour les tentatives d'inoculation ont échoué, c'est parce qu'on a pris des animaux trop éloignés de l'homme. Roux et Metchnikoff font leurs expériences sur un singe anthropoïde. Une jeune femelle de chimpanzé est inoculée à deux reprises : la première fois par scarification épidermique dans le pli du prépuce clitoridien au moyen du virus provenant d'un chancre induré âgé d'un mois. Le même jour, seconde inoculation sur le rebord sourcillier droit avec sérosité de plaques muqueuses de la verge. Cinq jours après, troisième inoculation dans le pli du prépuce clitoridien avec le raclage d'un chancre induré datant de trois jours.

Les trois inoculations n'ont donné lieu à aucune lésion immédiate. Le vingt-sixième jour après l'inoculation, est apparue près du clitoris une petite vésicule transparente entourée d'une zone rougeâtre. Cette vésicule se transforme en ulcération enfoncée au milieu d'un tissu nettement induré; en même temps pléiade ganglionaire inguinale indolente. L'animal fut examiné par le professeur Fournier, par Hallopeau, Du Castel, Bureau, Marc Sée, tous pensèrent que le doute n'était pas possible, qu'il s'agissait bien là d'un chancre syphilitique.

Le professeur Fournier rappela à cette occasion les essais d'inoculation, tous négatifs, qu'il fit en 1882 avec Krishaber et Barthélemy. Depuis la communication de Roux et Metchnikoff, le chimpanzé en expérience a présenté une éruption papuleuse de syphilis secondaire. A-t-on enfin trouvé l'animal réactif? A-t-on réussi à inoculer la syphilis au singe? Ce résultat si gros de conséquences est anxieusement attendu par tous ceux qui s'intéressent à la syphilis.

II

Essais de sérothérapie. — Quoique, malgré toutes les recherches, l'agent pathogène de la syphilis restât introuvable, il était tout naturel, après la nouvelle direction donnée par les beaux travaux de Pasteur, que les recherches se dirigeassent d'un autre côté. On a d'abord pensé que les animaux que les nombreuses tentatives d'inoculation avaient prouvé être réfractaires à la syphilis pourraient peut-être conférer cette immunité à l'homme. Mais pourquoi les animaux jouissent-ils de ce privilège? Dans quelle partie de leur économie devait-on chercher la substance, qui, inoculée à l'homme, pouvait le préserver lui aussi de la syphilis? On était en droit de penser que l'agent pathogène de la syphilis, comparable à ceux des autres maladies infectieuses, sécrète comme eux des toxines qui peuvent conférer l'immunité et l'on pouvait se demander si les animaux ne tiennent pas leur immunité de ce que leur sang contient des substances chimiques ou autres au contact desquelles les microbes ou leurs produits de sécrétion sont annihilés.

En 1888, Ch. Richet, Héricourt, puis Triboulet, comme Picq et Bertin l'avaient essayé pour la tuberculose, font les premières expérimentations d'hématothérapie dans la syphilis. En 1889, Ogata et Jasahura font les mêmes essais pour le charbon. Bouchard et Charrin remplacent pour le pyocyaneus le sang total par le sérum. En 1890, Behring et Kitasato traitent par la sérothérapie le tétanos et la diphtérie. Malheureusement, les succès furent moins rapides pour ce qui est de la syphilis.

En 1891, Richet et Héricourt, secondés par Feulard, essaient la serothérapie dans le service du professeur Fournier à Saint-Louis. Feulard communique à la Société de dermatologie les résultats obtenus avec le sérum de chien. Les auteurs ont fait tous les deux jours une injection de 2 centimètres cubes. Ils ont pratiqué ainsi deux cent quarante injections. « Dans le traitement de la syphilis, elles nous paraissent peu faciles à pouvoir être employées en tant que médication spécifique, mais comme adjuvant, elles constituent une médication précieuse par ses bons effets nutritifs et toniques. »

En 1892, Tommasoli fait des essais de sérothérapie syphilitique. Il prend du sérum de veau et de mouton et injecte dans la région fessière de malades atteints de syphilis de 2 à 8 centimètres cubes de sérum. Les effets curatifs furent plus rapides et plus soutenus qu'avec les autres méthodes de traitement. Mais les injections furent douloureuses, s'accompagnèrent d'induration et de tuméfaction au niveau de la piqûre, de céphalalgie, de fièvre, de malaise général et accidentellement d'érythèmes que Tommasoli n'hésita pas à attribuer au sérum.

La même année, Celso Pellizzari (de Pise) publie ses expériences. « Le système que j'ai suivi, dit-il, diffère essentiellement de celui qui a été exposé par mon collègue le professeur Tommasoli, car tandis qu'il caresse l'idée de pouvoir conférer à l'homme une résistance spéciale en injectant du sérum sanguin d'animaux réfractaires à la syphilis, j'ai pour objectif de combattre l'agent virulent au moyen de ses produits chimiques : syphilotoxine ou antitoxine. » L'immunité des syphilitiques peut s'expliquer par l'antagonisme entre les toxines sécrétées par l'agent virulent de la syphilis et cet agent lui-même. Le fait que cette immunité existe déjà peu de jours après le début du chancre permet de croire qu'il suffit d'une petite quantité de cette substance chimique pour produire cette action antagoniste. Le peu d'intensité des manifestations spécifiques chez les femmes devenues syphilitiques par conception, opposé à l'intensité de ces manifestations chez les femmes syphilitiques avant leur grossesse, semble prouver que le passage des substances solubles dans la circulation, précédant celui du germe spécifique, atténue la virulence de ce dernier. C. Pellizzari, partant de cette idée, inocule à des syphilitiques récents le sérum du sang de sujets parvenus à la période gommeuse. Ce sérum est injecté dans le tissu cellulaire à la

dose de 1/2 à 1 centimètre cube. L'auteur croit avoir tiré quelque bénéfice de sa méthode, mais se réserve de donner plus tard des conclusions plus précises.

En 1893, Giuseppe Mazza (de Cagliari) injecte à des brebis du sang de syphilitiques et inocule après quelques jours le sérum de ces brebis à ses malades. Il publie quatre observations dont les résultats sont encourageants. Bonaduce emploie du sérum de nouveau-né syphilitique. Il recueille, sur trois enfants, 35 centimètres cubes de sérum, ajoute 100 grammes d'eau et porte le mélange à 100 degrés pendant dix minutes. Il fait douze injections de ce sérum à un malade récemment atteint de syphilis. Le chancre se cicatrise rapidement, les ganglions diminuent de volume et sept mois se sont écoulés sans nouveaux accidents au moment où Bonaduce publie cet essai.

En 1894, à la Société médicale du Caucase, Istomanoff rend compte de ses expériences. Comme Tommasoli il emploie le sérum d'un animal sans préparation. Chez treize malades, les manifestations secondaires ont complètement disparu et en peu de temps. Dans plusieurs cas le sérum n'a eu aucune action. Les injections quotidiennes étaient de 2 à 6 centimètres cubes; elles étaient douloureuses et s'accompagnaient d'une légère élévation thermique. En 1895, Rochon, médecin à Saint-Ouen, fit l'expérience suivante. Chez un jeune homme qui avait eu des rapports avec une femme notoirement syphilitique, il tenta de prévenir le chancre en injectant le troisième jour de l'infection supposée, mais non certaine, du sérum d'un syphilitique de neuf ans, d'un syphilitique de cinq ans et d'un troisième de dix-huit mois. Le jeune homme n'eut pas de chancre; mais rien ne prouve qu'il ait été contaminé.

Le professeur Gilbert et Louis Fournier, en France, répètent d'abord les expériences de Pellizzari, mais en usant de doses beaucoup plus élevées. Ils prennent le sérum d'un malade atteint d'un tabès d'origine syphilitique. Ils font journellement des injections de 30 à 45 centimètres cubes; un malade reçut en vingt jours 304 centimètres cubes de sérum. Aucune injection ne fut suivie d'accidents locaux ni généraux et l'amélioration du malade fut très notable.

Dans une deuxième série d'essais, Gilbert et L. Fournier tentent d'immuniser des animaux ou plutôt d'augmenter leur immunisation naturelle.

Une chèvre et un chien reçoivent en injections sous-cutanées le sang d'un syphilitique en pleine période secondaire.

Une chèvre reçoit neuf chancres syphilitiques en insertion sous-cutanée.

Un chien reçoit quatre chancres, deux papules et 120 grammes de sang syphilitique dont 60 grammes dans le péritoine.

Les trois sérums de provenance différente donnèrent des résultats sensiblement égaux. Dix-sept malades furent traités avec ces trois sérums.

« En résumé, disent les auteurs, l'action des sérums que nous avons employés s'est manifestée dans un certain nombre de cas par une amélioration de l'état général, une reprise des forces, la disparition de la céphalalgie, des douleurs osseuses et articulaires, par l'atténuation ou la disparition des éruptions cutanées et même des lésions des muqueuses. »

En 1896, Müller Kannberg, dans le service du professeur Lewin à la Charité de Berlin, emploie le sérum de cheval. Le sérum était stérilisé avec addition de 4 à 5 p. 100 de tricrésol. Douze malades ont été traités par cette méthode, mais l'apparition de phénomènes généraux graves, d'éruptions urticariennes forcèrent d'interrompre la médication, sans avoir observé une influence spéciale sur la syphilis.

La même année, Tommasoli rend compte d'expériences nouvelles. Il injecte chez sept syphilitiques le liquide d'une ascite symptomatique de syphilis hépatique. Les manifestations syphilitiques n'ont été nullement modifiées.

Il soumet ensuite sept syphilitiques à des injections de lait provenant de femmes syphilitiques. Un malade présenta une amélioration sensible, les autres n'en tirèrent aucun bénéfice.

C. Bœck ayant traité un malade syphilitique depuis six ans, atteint d'une épididymite spécifique du côté droit avec hydrocèle, emploie le liquide de l'épanchement en injection à d'autres syphilitiques.

La dose quotidienne fut de 1 à 7 grammes, la dose totale fut de 32 à 300 grammes. Les accidents primaires se sont plus rapidement résorbés sous l'influence des injections de sérum qu'avec le traitement par expectation.

La période secondaire est très notablement abrégée.

Pour C. Bœck le sérum de syphilitiques tertiaires serait plus efficace que le sérum de syphilitiques secondaires, mais leur action ne vaut toutefois pas celle du mercure.

En 1897, S. di Giovanni a fait sur sept malades du service de Tommasoli des injections intra-musculaires de sérosité d'une ascite symptomatique d'hépatite syphilitique, à la dose quotidienne de 4 à 16 centimètres cubes. L'auteur n'a observé aucune action nette et définitive des manifestations syphilitiques, mais une amélioration de l'état général.

Du reste, l'action tonique du sérum, observée déjà par Richet, Héricourt et Feulard, fut démontrée par un travail de Wiewiorowsky sur les modifications du sang pendant le traitement par le sérum. Il nota une augmentation manifeste du nombre des globules rouges et de l'hémoglobine.

En 1901, Piccardi, pensant que l'immunité de la mère, exprimée par la loi de Colles, pouvait s'expliquer par la présence dans son sang de substances immunisantes traversant le placenta, injecta à des syphilitiques une période secondaires, la sérosité du sang d'une femme qui n'avait jamais eu aucune manifestation syphilitique, mais dont le mari était syphilitique et qui était accouchée depuis trois mois d'un enfant manifestement syphilitique. Quatre malades reçurent de quinze à vingt injections de sérum à la dose quotidienne de 5 à 10 centimètres cubes. Piccardi n'observa aucun résultat positif.

Moore fit des essais avec le liquide amniotique. Pour Moore, le liquide amniotique d'une femme immunisée par un enfant né d'un père syphilitique avec des symptômes spécifiques formerait à un haut degré le liquide capable de syphiliser un organe sain quelconque. On fit à une femme de quarante ans, atteinte d'un cancer inopérable de l'utérus, une injection de 1 gramme de liquide amniotique d'une femme affectée de syphilis tertiaire. Ce liquide était mélangé à un volume égal d'eau phéniquée à 5 p. 100. Le lendemain, on injecta la même quantité, mais mélangée avec de l'eau phéniquée à 1 p. 100. Les injections suivantes furent de moins en moins diluées jusqu'au liquide amniotique pur. On éleva la dose jusqu'à 10 centimètres cubes. Au bout de quelque temps on inocula à la malade le plasma du sang d'une personne atteinte de syphilis tertiaire, plus tard des plaques muqueuses et un chancre dur infectant, trituré avec de la glycérine stérilisée. Jamais cette malade

n'a présenté le plus léger symptôme de syphilis, l'état général se releva même et cette femme vécut encore six mois.

Moore emploie maintenant comme sérum la sérosité que lui donnent les vésicatoires posés à des syphilitiques, sérosité qu'il recueille dans des tubes de verre stérilisés. Ce sérum modifie favorablement le chancre, les plaques muqueuses, les engorgements ganglionnaires. Les hématies augmentent et l'anémie disparaît, mais les tumeurs et les rupices semblent être rebelles.

III

Comme on a pu le voir par cet exposé historique des principales tentatives de sérothérapie syphilitique, trois méthodes principales ont été essayées.

1. On a d'abord fait emploi d'un sérum d'animal naturellement réfractaire à la syphilis. Richet et Héricourt essayèrent le sérum de chien, Tommasoli celui d'agneau, Kollmann, Istomanoff celui de veau, Müller Kannberg celui de cheval.

2. On a cherché ensuite à renforcer l'immunité d'animaux en les injectant avec du sérum humain provenant de sujets syphilitiques. En effet, quoique les animaux soient réfractaires à la syphilis, il ne serait pas impossible qu'on leur conférât un pouvoir immunisateur plus grand. La poule est réfractaire au tétanos, cependant après injection d'une certaine quantité de cultures du bacille de Nicolaier et des toxines qu'il sécrète, elle fournit un sérum préventif et curatif.

G. Mazza injecte du sang de syphilitique aux animaux qui devaient lui fournir le sérum. Gilbert et Fournier injectent du sang syphilitique dans la peau, dans le péritoine, et insèrent des chancres syphilitiques dans le tissu cellulaire.

3. Enfin la troisième méthode qui semble avoir réuni le plus de partisans et qui semble appelée à un plus grand avenir, consiste à employer le sérum ou un liquide organique recueillis chez des syphilitiques avérés et par conséquent immunisés du fait de leur maladie.

Pellizzari et Rochon injectent du sérum de syphilitique à la période secondaire ou tertiaire; Bonaduce essaie le sérum de nouveau-né syphilitique; Piccardi le sérum d'accouchée syphilitique; Tommasoli et di Giovanni injectent le liquide d'ascite symptomatique d'une hépatite spécifique; Moore, le liquide amniotique d'une grossesse syphilitique et C. Bœck le liquide d'hydrocèle accompagnant une épididymite spécifique.

Malheureusement tous ces essais n'ont pas encore donné un sérum sur lequel on puisse compter et qui soit appelé à remplacer le classique mercure.

Les sérums ont bien donné quelques succès, mais ils agissent surtout par leurs propriétés toniques et régénératrices — et le mercure reste malgré tout le spécifique de la syphilis.

BIBLIOGRAPHIE

Bactériologie. Inoculations. — SWIEDAUR. *Traité complet des maladies vénériennes*, 1817, t. I, p. 79. — DONNÉ. *Recherches microscopiques sur la nature du mucus et de divers écoulements des organes génito-urinaires*, 1837. — AUZIAS-TURENNE. Cours de syphilisation, *Gaz. méd de Toulouse*, fév.-avril-juillet 1852; — *La syphilisation*, Paris 1878. — SPERINO. *La syphilisation comme méthode curative et comme moyen prophylactique*, traduct. de A. Trésal, 1853. — BASSEREAU. *Traité des maladies de la peau symptomatiques de la syphilis*, Paris 1852. — RICORD. *Leçons sur le chancre*, 1858. — HOMOLLE. Art. SYPHILIS, *Dict. de Jaccoud.* — HALLIER. Die Parasiten der Infections Krankheiten, *Zeits. f. Parasit.*, 1869, B. 1, p. 180. — KLOTSCH. Untersuchungen über die Natur der Gahrungserscheinungen, *Zeits. f. Parasit.*, 1870, B. 1, p. 274. — LOSTORFER. Ueber die specifische Unterscheidbarkeit des Blutes, syphilischer, *Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1872, 1, p. 115-134. — BIESADECKI. Ueber die Lostorfer'schen Korperschen, *Wien. med. Wochens.*, 1872, n° 8. — VAJDA. Lostofer'sche Syphilis Köperschen, *Wien. med. Wochens.*, 1872, n°s 8 et 9. — KLEBS. De l'inocul. de la syph. aux animaux, *Prag. med. Wochens.*, 1878, II, p. 41; — Sur l'agent contagieux de la syphilis, *Arch. der experim. Pathol.*, 25 fév. 1879, t. X, H. 3 et 4, p. 161-221. — CUTTER. Report of Lecture on the morphology of the blood in syphilis, *The Chicago med. Journ. and Examiner*, 1878, t. XXXVII, p. 67. — BERMANN. The Fungus of Syphil., *Arch. of Med.*, 1880, t. IV, p. 263-269. — AUFRECHT. Ueber den Befund von Syphil. Mikrokokken, *Centralbl. f. med. Wissens.*, 26 mars 1881, p. 228. — OBRASZOW. Veränderung der Lymphdrüsen beim Weichen und harten Schanker, *St-Petersb. Wochens.*, 1881, n° 30. — BIRCH-HIRSCHFELD. Bacterien in Syphilit. Neubildungen, *Centralbl. f. der med. Wochens.*, 1882, n°s 33-34. — MARTINEAU et HAMONIC. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1882, p. 1007; — Soc. méd. des hôpit., 16-26 janv. 1883. — LEISTIKOW. *Charité Annalen*, 1882, VII, p. 750. — HÆNSELL. *Graef's Arch. f. Ophtalm.*, 1882, XXVII, 3, p. 43. — NEUMANN. Ueber die Uebertragbarkeit der Syph. auf Thiere, *Wien. med. Wochens.*, 1883, n°s 8 et 9. — LETNICK. *Wien. med. Wochens.*, 1883, n° 35. — HORAND et CORNEVIN. Essais de transmission de la syphilis aux porcs, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1884, n° 6, p. 323. — MARCUS et DE TORNERY. Recherches du microbe de la syphilis, Soc. de biol., 12 juillet 1884. — COGNARD. *Lyon méd.*, juin 1884, p. 181. — DIDAY. *Lyon méd.*, juillet 1884, p. 320. — A. SEWEKE. Versuche die Syph. auf Ferkel Neberzuimpfen, *Wratsch*, 1884, n°s 21 et 22, anal. dans *Centralbl. f. Chir.*, 13 sept. 1884, n° 37, p. 611. — BARDUZZI. Il microbio de la sifilide, *Gaz. degli Ospit.*, 10 fév. 1884, n° 12, p. 89; — *Giorn. ital. delle malat. vener. e della pelle*, mars-avril 1884, p. 79. — LUSTGARTEN. Soc. impér. de méd. de Vienne, 12 nov. 1884; — *Wien. med. Jahrb.*, 1885, I; — *Wien. Gesells. Ærtze*, 27 mars 1885. — — CORNIL et BABES. *Les bactéries*, 1885, p. 666. — SPERK. *Œuvres complètes*, traduct. Œlnitz et de Kervilly, 1896, t. II, p. 613. — KASSOWITZ et HOCHSINGER. *Wien. med. Blätter*, 1886, 1-6. — PRIMO FERRARI. Présentation à l'Acad. de Catane, *Ann. franç. de dermat. et de syphil.*, 1886, p. 474. — DOUTRELEPONT. Note sur les bacilles dans la syphilis, *Viertelj. f. Dermat. u. Syphil.*, 1887, n° 1. — FURTH et MANNABERG. Cong. méd. de Strasbourg, sept. 1886. — BITTER. Contribution à l'étude des bacilles de la syphilis et du smegma préputial, *Virchow's Archiv*, 1886, t. CVI, n° 2. — CARMELO ANDVRONICO. Sur la genèse parasit. de la syphilis, *Giorn. ital. delle malat. vener. e della pelle*, mars-avril 1886. — MOSSÉ. La syphilis est-elle une affection exclusivem. spéciale à l'homme? Nouveaux essais d'inoculation au singe, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, 1887, n° 45. — SABOURAUD. Quelques faits relatifs à la méthode de coloration de Lustgarten, *Ann. de l'Instit. Pasteur*, 1892. — NIESSEN. *Le bacille de la syphilis*, Wiesbaden 1896. — MAZYCK RAVENEL. Essais de transmission de la syphilis aux animaux, *Amer. Journ. of med. Sc.*, août 1900, p. 420. — L. LEVI. Inoculation de la syphilis aux animaux, *Giorn. ital. delle malat. vener. e della pelle*, 1900, fasc. 3, p. 296. — HUGEL et HOLZHAUSER. Communication préliminaire sur les inoculations de la syphilis aux animaux, *Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1900, t. LI, p. 225; — Inoculation de la syphilis aux animaux, *Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1901, t. LV, p. 200. — PAULSEN. Diplocoque blanc dans le sang syphilitique, *Dermat. Zeits.*, 1901, p. 134. — JUSTIN DE LILLE et L. JULLIEN. Recherches bactériologiques sur la syphilis, communic. à l'Acad. de

méd., 2 juillet 1901. — Roux et Metchnikoff. Recherches expérimentales sur les singes anthropoïdes avec le virus syphilitique, communicat. à l'Acad. de méd., 28 juillet 1903.

Sérothérapie. — Mauriac. *Traitement de la syphilis*, Paris 1896. — Richet et Héricourt. *Bull. de la Soc. de biol.*, janv. 1895. — C. Pellizzari. Tentati di attenuazione nella sifilide, *Giorn. ital. dell. malat. vener. e della pelle*, sept. 1892, p. 333; — *Della sieroterapianella sifilide*, Milano 1894; — Della sieroterapia nella sifilide, *Giorn. ital. delle malat. vener. e della pelle*, 1894, p. 399. — Tommasoli. Sulla azione del siero di sangue di agnello contra la sifilide, *Gaz. degli ospit.*, 1892, n° 28; — *Giorn. ital. delle malat. vener. e della pelle*, 1896, fasc. I, p. 35. — G. Mazza. A proposito della sieroterapia nella sifilide, *Giorn. ital. dell. malat. ven. e della pelle*, 1893, p. 165. — Bonaduce. *Monats. für prakt. Dermat.*, août 1893. — Kollmann. Blutserum Injectionen gegen Syph., *Deutsch. med. Wochens.*, 1892, n° 36; — *Mercredi méd.*, 1894, n° 167. — Istomanoff. *Ann. dermat. franç.*, 1895, p. 68. — Rochon. *Méd. moderne*, 22 mai 1895. — Paul Raymond. La sérothérapie dans la syphilis, *Progrès méd.*, avril 1895, n° 15, p. 245. — Gilbert et L. Fournier. Essais de sérothérapie dans la syphilis, *Semaine méd.*, 1895, n° 22, p. 181. — Muller Kannberg. *Arch. für Dermat. u. Syph.*, 1896, t. XXXV, p. 189. — C. Bœck. Sérum de syphilitiques tertiaires, *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1896, t. XXXV, p. 387. — Di Giovanni. *Giorn. ital. delle malat. vener. e della pelle*, 1897, fasc. II, p. 181. — Wiéwiorowsky. Modifications du sang pendant le traitement de la syphilis par le sérum, *Arch. russes de pathol., de méd. clin. et de bactériol.*, 31 mars 1897, p. 279. — Piccardi. *Giorn. ital. delle malat. vener. e della pelle*, 1901, fasc. I, p. 21. — Moore. *Dermat. Zeit.*, 1901, t. VIII, p. 116.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(7 octobre 1903)

La Société de chirurgie a repris le cours de ses travaux mercredi. Cette première séance se ressent un peu des vacances. Cela manque d'entraînement et sans le dévouement de quelques orateurs toujours prêts, l'ordre du jour risquait d'être vite épuisé.

Au mois de juillet dernier M. Picqué a communiqué, avec M. Toubert, une observation de **phlegmon parotidien** qu'il considérait comme consécutif à une otite moyenne. A propos de cette observation, M. Picqué avait présenté quelques considérations générales sur les rapports qui, selon lui, devaient, dans ces cas, exister entre l'affection de l'oreille moyenne et la parotidite suppurée, il avait aussi formulé le traitement qui lui paraissait rationnel et décrit, en détails, le mode d'intervention, la technique opératoire auxquels il avait eu recours.

Dans une séance suivante, M. Sébileau avait émis de grandes réserves et même formulé de vives critiques sur les considérations diagnostiques ainsi que sur le traitement proposé, dans ce cas particulier, par M. Picqué qui se trouvait absent à cette séance. C'est à ces critiques de M. Sébileau que répond aujourd'hui M. Picqué.

Si tout le monde est d'accord sur les rapports qui existent entre l'otite et les troubles cérébraux, il est loin d'en être de même sur les relations de l'otite avec les suppurations parotidiennes et M. Sébileau, reprenant l'observation de M. Picqué, n'y voyait aucune raison d'admettre ces relations, l'otite n'ayant, en effet, été diagnostiquée qu'après coup.

M. Sébileau avait aussi critiqué l'opération de M. Picqué, l'incision derrière le pavillon de l'oreille.

M. Picqué répond de point en point à l'argumentation un peu sévère de M. Sébileau et il termine en maintenant ses premières conclusions.

A son tour, M. Sébileau répond à la réponse de M. Picqué; de même que celui-ci maintient ses conclusions, M. Sébileau maintient ses objections et ses critiques. Pour lui les suppurations parotidiennes consécutives à des otites moyennes sont des faits tout à fait exceptionnels. Quant au curetage de la caisse à travers une incision pratiquée derrière l'oreille, opération pratiquée par M. Picqué dans le cas dont il s'agit, M. Sébileau la juge très sévèrement et la considère comme de la chirurgie aveugle.

Suivent deux rapports de M. Bazy, l'un sur une observation de M. Lafourcade (de Bayonne), l'autre sur une observation de M. Giroux (d'Aurillac).

Dans l'observation de M. Lafourcade il s'agit d'une **double fistule du bassin avec perforation de la vessie**, survenue chez un homme de trente-deux ans qui a été pris dans un éboulement; de violentes douleurs abdominales, du ténesme vésical avec de l'hématurie permettent d'établir le diagnostic; le malade est arrivé à la clinique de M. Lafourcade, après avoir fait 75 kilomètres en voiture. M. Lafourcade intervient donc cinquante-six heures après l'accident, il fait la laparotomie, trouve une perforation de la vessie d'une longueur de 6 centimètres, la ferme, par deux surjets, en appliquant le péritoine par-dessus, et draine par une sonde. On a fait consécutivement des injections de sérum et le malade a parfaitement guéri.

M. Bazy fait remarquer combien sont rares ces ruptures intra-péritonéales de la vessie et insiste sur l'indication formelle de la suture complète avec drainage par une sonde, conduite très heureusement suivie dans ce cas par M. Lafourcade.

M. Reynier fait observer avec raison que, dans ces cas de double fracture du bassin avec soupçon de perforation vésicale, le premier soin doit être d'appliquer une sonde à demeure dans la vessie.

Dans un second rapport, M. Bazy analyse une observation de M. Giroux (d'Aurillac) sur un cas de **luxation interne du genou**, habilement réduite par notre confrère.

Nous revenons, avec M. Hartmann, à une discussion encore pendante sur le **traitement des fistules vésico-vaginales** difficilement accessibles. A l'exemple de M. Reclus, M. Hartmann, dans trois cas, a eu recours au débridement vulvo-vaginal proposé par M. Chaput. Ce débridement lui a permis d'arriver facilement sur la fistule haut située et de la fermer en faisant l'avivement par dédoublement. C'est là, ajoute M. Hartmann, une très bonne méthode.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Reclus, Richelot, Bazy et Chaput. Sauf M. Bazy, qui a pu fermer des fistules vésico-vaginales haut situées sans recourir au débridement, tout le monde est d'accord pour reconnaître que c'est là une méthode qui facilite singulièrement l'opération.

M. Picqué présente un **appendice gangrené** qu'il a enlevé trente heures après le début des accidents sur un de ses internes. Il y avait déjà une péritonite généralisée, les anses intestinales flottaient dans du pus infect, l'appendice était

perforé et gangrené. Le malade a guéri. Il a eu une éventration qui a nécessité une seconde intervention.

MM. Tuffier et Quénu font observer que l'éventration est pour ainsi dire la règle à la suite de ces interventions dans les cas de sppuration.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Sadisme et masochisme (1), par le docteur Émile LAURENT.

Volupté et cruauté, volupté et souffrance, telles sont les questions qu'étudie le docteur Emile Laurent sous les noms de sadisme et masochisme. Il en recherche les origines dans le plaisir de la conquête d'un côté, dans la servitude sexuelle de l'autre. Puis c'est le sinistre défilé des éventreurs de femmes depuis Jack l'Éventreur jusqu'à Vacher, les déterreurs de cadavres, depuis le sergent Bertrand jusqu'à Ardisson, le vampire du Muy. Le sujet est traité avec autant d'érudition que d'élévation philosophique. On peut dire sans crainte que c'est la première fois que ces questions scabreuses ont été analysées avec une telle sagacité psychologique et en même temps avec des idées aussi larges et aussi élevées. C'est là un livre d'une haute valeur morale et d'une grande importance au point de vue social.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 7 octobre 1903, ont été affectés, savoir :

En Indo-Chine. — Médecin-major de première classe : au 21e d'infanterie coloniale, M. Salanoue-Ipin.

Médecin-major de deuxième classe : au 4e d'infanterie coloniale, M. Jacquin.

Médecins aides-majors de première classe : au 8e d'infanterie coloniale, M. Imbert; au 22e d'infanterie coloniale, M. Sambuc; en service au Tonkin, M. Brochard, pour servir au consulat de France à Hankéou (Chine).

En France. — Médecins-majors de première classe : au 6e d'infanterie coloniale à Brest, M. Clouard; au 22e d'infanterie coloniale à Hyères, M. Roques.

Médecins-majors de deuxième classe : au 24e d'infanterie coloniale à Perpignan, M. Lanteaume; au 5e d'infanterie coloniale à Cherbourg, M. Rigollet; au 1er d'artillerie coloniale à Lorient, M. Henric; au 24e d'infanterie coloniale à Perpignan, M. Gautier.

Médecins aides-majors de première classe : au corps disciplinaire d'Oléron, M. Sorel; au 6e d'infanterie coloniale à Brest, M. Letonturier; au 7e d'infanterie coloniale à Rochefort, M. Clavet.

— Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies :

En Afrique occidentale. — M. le médecin-major de première classe Conan, au 1er territoire militaire.

M. le médecin aide-major de première classe Cavazza, au poste médical de Ouagadougou.

A Madagascar. — M. le médecin principal de deuxième classe Lafage, à l'hôpital de Tananarive.

M. le médecin-major de première classe Tréguier, à Diégo-Suarez (chef du service de santé).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Ferris, à l'hôpital de Tamatave; — Hutre, au groupe des batteries de l'Emyrne.

MM. les médecins aides-majors de première classe Régnier, au 3e tirailleurs sénégalais; — Jauneau, au 2e tirailleurs malgaches; — Bireau, à l'hôpital de Tananarive; — Le Pape, à l'hôpital de Majunga.

Marine. — Par décision ministérielle du 7 octobre 1903, les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine, à l'école de Bordeaux :

MM. Pellé, Coulomb, Kernéis, Combes, Chatenay, Baril, Mathieu, Mirguet, Salomon, Leprêtre, Ferrer, Le Bunetel, Stevenel, Gouillon, Thibaudet, Valleteau de Mouillac, Benoît-Gonin, Sébileau, Guillen, Daniel, Fonquernie, Lautier, Muraz, Gravellat, Ceillier, Gouriou, Lalanne, Nogue, Dubarry, Le Fers, Laurès, Huber, Hudellet, Saujeon, Violle, Giudice, Maret, Chabardès, Le Camus, Blanchet, Hermann, Soing, Marcandier, Bodet, Joubert, Colombani, Mariotte, Georgelin, Pouliquen, Jandot dit Danjou.

XVIe Congrès de l'Association française de chirurgie. — Nous rappelons que ce Congrès s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 19 octobre 1903, sous la présidence de M. Ch. Périer, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Deux questions sont mises à l'ordre de jour de ce Congrès :

1° Tumeurs de l'encéphale; rapporteur : M. Duret (de Lille);

2° Exclusion de l'intestin; rapporteur : M. Hartmann (de Paris).

Statistique — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-neuvième semaine, 759 décès, au lieu de 756 pendant la semaine précédente (moyenne 803).

La fièvre typhoïde a causé 9 décès (moyenne 14).

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 2 décès (moyenne 4); la scarlatine, 2 décès (moyenne 1); la coqueluche, 0 décès (moyenne 7); la diphtérie, 5 décès (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 48, au lieu de 30 pendant la précédente semaine (moyenne 43).

La diarrhée infantile a causé 45 décès de 0 à 1 an, au lieu de 56 pendant la semaine précédente (moyenne 75).

En outre, 32 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 86 décès au lieu de 76 pendant la semaine précédente (moyenne 83). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 16 (moyenne 13); pneumonie, 17 (moyenne 18); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 49 (moyenne 46), dont 25 sont dus à la congestion pulmonaire et 16 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 160 décès; la méningite tuberculeuse, 20; la méningite simple, 10; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 8 décès.

(1) In-18 jésus. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LIBRAIRIE MASSON ET Cᶦᵉ

120, boulevard St-Germain.

Entre aveugles : conseils à l'usage des personnes qui viennent de perdre la vue, par le docteur Emile JAVAL, directeur honoraire du laboratoire d'ophtalmologie de l'École des hautes-études, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 avec frontispice. — Prix : 2 fr. 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ÉTAT DE LA LANGUE DANS LES MALADIES DU TUBE DIGESTIF (1)

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

III. LA LANGUE DANS LES MALADIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN. — Nous avons cherché à établir que la muqueuse linguale est en réalité une fausse muqueuse dont la structure et les réactions se rapprochent plus de celles de la peau que de celles de la muqueuse gastro-intestinale ; nous avons montré que sa blancheur et son état saburral s'expliquent principalement par la longueur et l'abondance du revêtement épithélial des papilles filiformes et par leur desquamation plus ou moins rapide, sous l'influence de poussées de dermite linguale superficielle. Nous devons nous demander maintenant comment se comporte la langue dans les maladies de l'estomac et de l'intestin.

Son état a-t-il une valeur séméiologique positive dans le diagnostic des états dyspeptiques et gastropathiques? Les auteurs, dont l'opinion fait autorité en fait de pathologie digestive, sont loin d'être d'accord sur ce point de séméiologie en apparence si facile à trancher.

Prenons les traités les plus récemment publiés en France sur les maladies de l'estomac, nous trouverons sur ce point les opinions les plus variées. D'après Bouveret, les malades atteints de catarrhe ou de dyspepsie nerveuse gardent toujours une langue plus ou moins chargée, quelque soin qu'ils mettent à se nettoyer la bouche. Par contre, les affections gastriques avec excès de sécrétion, telles que l'hyperchlohydrie, l'hypersécrétion et l'ulcère, ne provoquent point l'état saburral (2).

Albert Robin soutient à peu de chose près la même opinion. La langue, nette et rouge dans la dyspepsie hypersthénique, c'est-à-dire dans l'hyperchlorhydrie, est couverte d'un enduit plus ou moins épais, plus ou moins étendu dans la dyspepsie hyposthénique. La langue n'est normale que dans 15 p. 100 de ces cas, dans la dyspepsie hyposthénique latente. Lorsqu'il existe des fermentations gastriques, la langue est toujours saburrale, sous forme d'enduit uniformément réparti ou de plaques allongées irrégulières (1).

Au contraire, dans l'article du *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert consacré aux maladies de l'estomac, MM. Hayem et Lion ne signalent presque jamais l'état de la langue et ne paraissent lui accorder aucune importance.

Les auteurs étrangers sont, eux aussi, très loin d'avoir des opinions concordantes sur la valeur séméiologique de l'état de la langue.

Voici résumée, d'après J. Müller, l'opinion d'un certain nombre d'entre eux (2).

Riegel déclare que l'éclat de la langue ne reflète nullement l'état de la muqueuse gastrique. Il ajoute cependant que la langue est beaucoup moins souvent chargée dans les cas où il y a hypersécrétion chlorhydrique que dans ceux dans lesquels la sécrétion de cet acide est diminuée.

Boas admet également qu'il n'y a aucun parallélisme entre les maladies de l'estomac et l'enduit lingual. Il attribue surtout cet enduit à des irritations locales : carie dentaire, gingivite, pharyngite, modifications de la salive, etc. Il considère donc l'enduit saburral de la langue comme la conséquence d'une inflammation superficielle. Rosenheim, dans le même sens, va même jusqu'à parler de glossite. On voit que l'idée de ces deux auteurs ne s'éloigne pas sensiblement de celle que nous avons soutenue et développée antérieurement et de l'opinion que l'un de nous expose couramment dans son service d'hôpital depuis près de dix ans.

Pour Henoch encore, l'enduit morbide de la langue est la conséquence d'un catarrhe buccal qui peut tout aussi bien résulter d'irritations locales que succéder à des lésions de la muqueuse gastro-intestinale.

Leube déclare lui aussi qu'on ne peut pas déduire l'état de l'estomac de l'état de la langue ; il admet cépendant que les maladies de l'estomac peuvent par voie réflexe agir sur la production et l'évolution de l'enduit saburral de la langue.

Ewald pense, comme Leube, que les affections gastro-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 115, p. 1137.
(2) BOUVERET. *Traité des maladies de l'estomac*, 1893, p. 27.

(1) Albert ROBIN. *Les maladies de l'estomac*, 1900.
(2) J. MULLER. *Münch. medic. Wochens.*, 11 août 1900.

intestinales peuvent amener par voie réflexe des modifications de la langue. Fleischer, bien qu'il reconnaisse une relation entre les maladies gastriques et l'enduit lingual, déclare qu'à son avis ces relations sont encore mal déterminées. Il lui semble difficile d'admettre une propagation ascendante du catarrhe stomacal. L'hypothèse d'une action réflexe ne le satisfait guère mieux.

Beaucoup de médecins seront sans doute surpris de cette divergence d'opinions et plus peut-être encore de voir des auteurs, d'une compétence reconnue, nier délibérément qu'on puisse tirer de l'examen de la langue des inductions de quelque valeur pour le diagnostic des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Nous pensons également que l'examen de la langue ne sert en aucune façon pour le diagnostic des lésions ou du chimisme.

Recherchons en clinique quels sont les cas dans lesquels on trouve au maximum l'état saburral de la langue.

C'est, tout d'abord, dans des cas où il existe une inflammation de la bouche, une stomatite généralisée, ou de la gorge, comme dans l'amygdalite, et dans tous ceux où il y a des phénomènes d'embarras gastrique.

L'embarras gastrique n'est certainement pas une maladie définie; c'est un état général et local qui paraît résulter surtout soit d'une infection, soit d'une intoxication, et plus particulièrement encore d'une infection ou d'une intoxication à détermination gastro-intestinale prédominante. Dans l'amygdalite, se superposent l'état infectieux et l'inflammation locale, de là l'intensité de l'état saburral.

L'état saburral de la langue chez les *urinaires* est aussi souvent des plus marqués; chez eux, non seulement la stomatite linguale produit l'épais enduit crémeux de la langue, mais la langue incrustée de détritus jaunâtres est sèche et fendillée. La dénudation par desquamation au moment des phases d'amélioration témoigne de la réalité de la dermite linguale.

En somme, en faisant la part des causes locales d'irritation, l'état saburral de la langue paraît témoigner surtout de l'existence d'une intoxication d'origine digestive ou d'une infection à localisation gastro-intestinale prédominante.

On ne peut bien apprécier la valeur du phénomène qu'en connaissant bien sa nature intime. On comprend que la dermite demande un certain temps pour évoluer et qu'elle survive à la cause qui lui a donné naissance.

Si l'on veut apprécier convenablement sa signification, il faut savoir aussi que l'état saburral de dermite linguale superficielle est entretenu par certaines conditions, entre autres l'inanition ou l'alimentation insuffisante.

Nous l'avons indiqué déjà, mais nous ne saurions trop y insister. L'état saburral de la langue chez des malades insuffisamment nourris les amène souvent et amène leurs médecins eux-mêmes à restreindre encore la ration alimentaire. Or, il suffirait, au contraire, de ramener l'alimentation à son taux normal pour voir la langue se nettoyer en quelques jours et reprendre son aspect physiologique, non quelquefois sans subir une desquamation marquée, qui la dépouille momentanément de tout le gazon de ses papilles filiformes.

Il existe, nous l'avons dit aussi, des langues pileuses blanches tout à fait analogues à la langue pileuse noire.

Ces notions sont indispensables pour juger convenablement la signification séméiologique de la langue blanche et de la dermite saburrale.

Grâce à elles, il sera peut-être possible, dans l'avenir, d'aller plus loin que ne l'ont fait nos prédécesseurs et de faire servir la constatation de l'existence, de la marche, de l'évolution de la dermite linguale à la connaissance, à la détermination des états infectieux et des intoxications qui, le plus souvent, en amènent la production et en provoquent les poussées.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par A. Demmler, correspondant de la Société de chirurgie.

Traiter par une intervention opératoire la tuberculose du poumon, combattre ses manifestations sur le parenchyme aérien comme on les détruit dans le système osseux, peut sembler, *à priori*, une tentative téméraire. Toutefois, quand on réfléchit, que cette affection est, au début, très souvent localisée, qu'elle peut rester telle pendant longtemps grâce à une hygiène bien entendue, on comprend que l'idée de la cure radicale, par une intervention opératoire, ait tenté l'esprit de quelques chirurgiens audacieux. A vrai dire, on peut toujours objecter qu'il est difficile cliniquement de limiter l'étendue du mal; que, par conséquent, en enlevant un foyer morbide qu'on croit nettement circonscrit, on n'est jamais sûr d'atteindre les limites de la lésion, de ne pas laisser dans les poumons quelques tubercules disséminés, qui deviendront le point de départ d'un ensemencement nouveau, rendu encore plus rapide par le fait du traumatisme opératoire. Je crois que cette manière de voir, cette crainte de faire une opération incomplète, par conséquent inutile et dans bien des cas dangereuse, a dû frapper beaucoup de bons esprits : car le traitement opératoire de la tuberculose pulmonaire n'a jamais rencontré de chauds partisans; et les tentatives du début ne paraissent pas avoir eu dans la suite de nombreux imitateurs.

La thérapeutique chirurgicale de la tuberculose pulmonaire ne commence qu'avec Mösler, qui en 1873 ouvre une caverne du poumon chez un tuberculeux de cinquante-neuf ans. Dans son remarquable rapport au Congrès de chirurgie de 1895, Reclus nous a donné le tableau des pneumotomies pratiquées de 1885 à 1895. Nous y relevons les opérations faites pour lésions tuberculeuses. Elles sont au nombre de 9, se répartissant ainsi :

Résultat nul	1
Améliorations	2
Guérisons	4
Morts	2

L'intervention a consisté en incision de la paroi avec le plus souvent résection des côtes, ouverture du foyer au thermo-cautère, drainage. Les morts ont eu lieu par gangrène, pneumothorax, ou hémoptysie foudroyante. Il faut ajouter à ces observations le cas de Tuffier datant du 2 juillet 1891 et celui de D. Lawson publié dans le *British medical Journal* du 3 juin 1895. Ils se rapportent à des malades opérés pour tuberculose localisée, sans fonte du poumon. Il ne s'agit plus d'une simple ouverture de cavité, mais d'une véritable résection de toute la partie malade, d'une pneumectomie et non plus d'une pneumotomie. Dans le cas de Tuffier, l'opéré, présenté à la Société de chirurgie le 16 novembre 1892, était en bonne santé; dans le cas de Lawson la guérison était obtenue au bout de trois mois, mais avec fistule persistante.

La discussion qui suivit le rapport de Reclus vint apporter de nouveaux faits à l'appui de l'intervention chirurgicale dans les cas de tuberculose pulmonaire. Doyen est intervenu deux fois. Dans un cas, il dut ouvrir une vaste caverne sanieuse adhérente au péricarde. Mort au bout de vingt-quatre heures. Dans un second cas, il extirpa, chez un enfant d'une dizaine d'années, une certaine étendue d'un lobe pulmonaire. L'enfant, guéri depuis plus de deux ans, ne présentait aucune autre lésion tuberculeuse.

Michaux rapporte également deux cas d'intervention pour cavernes de la base du poumon. Mort deux mois après l'intervention.

Péan rappelle qu'il a eu plusieurs fois l'occasion d'aborder chirurgicalement des foyers tuberculeux qui s'étaient propagés des poumons à la paroi thoracique ou inversement; et il ajoute dans ses conclusions « qu'il est avantageux d'ouvrir, de gratter, de drainer, de cautériser même des abcès tuberculeux du poumon quand ils causent de vives douleurs ou des fistules, et qu'ils ont contracté des adhérences avec la plèvre; mais qu'il est rarement utile d'exciser les fragments du poumon qui entourent les cavernes tuberculeuses, parce que le bacille de Koch s'est déjà propagé aux tissus et aux vaisseaux qui entourent les limites apparentes du foyer ».

En France, depuis cette époque, le traitement opératoire de la tuberculose pulmonaire ne semble pas avoir fait l'objet de recherches et de tentatives nouvelles. En revanche à l'étranger et plus spécialement en Allemagne, plusieurs travaux ont été publiés sur cette question. Riegners, dans une communication faite au Congrès des sciences naturelles tenu à Carlsbad le 22 septembre 1902, a donné le résultat de sa pratique à l'hôpital d'Urban. Safvert, dans un mémoire, déclare que l'intervention n'est indiquée que dans les cas de cavernes bien encapsulées. Jordan, dans le *Deutsche med. Wochenschrift* (1902, n° 27), se basant sur les résultats obtenus à la clinique d'Heidelberg, pense que les suites de l'opération sont peu favorables. Enfin, dans un travail publié le 25 novembre 1902, dans le *Münchener medicin Wochenschrift*, Landerer (de Stuttgart) donne les observations de neuf cas d'intervention opératoire. Celle-ci a consisté en drainage de la caverne après trépanation ou résection de la côte correspondante. Malheureusement, l'auteur ne nous donne les résultats que pour trois de ces cas, et ils n'ont rien d'encourageant :

Un cas avec amélioration de la toux et de l'expectoration, mais avec fistule et suppuration persistant deux ans après;

Un cas de mort au bout de dix jours;

Un cas de mort pendant l'opération.

En résumé, l'impression que nous laissent soit la discussion au Congrès de chirurgie de 1895, soit la lecture des travaux des chirurgiens allemands, est peu favorable à l'idée d'une intervention directe sur le processus tuberculeux dans les poumons.

Et tout d'abord, pour ce qui concerne le procédé radical consistant à réséquer des parties malades dans les cas de tuberculose au début, comme l'ont fait Tuffier et Doyen en France, comme Freund et Schmorl l'ont récemment proposé en Allemagne, on peut dire que ces audaces opératoires ne paraissent pas justifiées. Autre chose est d'intervenir dans un cas de rein tuberculeux, d'ostéite tuberculeuse, que dans un cas de tuberculose pulmonaire. Dans le premier cas, on est autorisé à l'opération, parce qu'elle s'adressera au mal dans toute son étendue, tandis que dans le second rien n'est parfaitement délimité. Si l'on réfléchit, en outre, que dans les cas de tuberculose au début le traitement médical donne souvent des résultats très positifs, on ne peut s'empêcher de croire qu'il vaut mieux chercher ces résultats que de faire courir aux malades les chances d'une guérison hypothétique au prix de dangers réels et fréquemment observés.

En revanche, il paraît, *à priori*, très rationnel de traiter une caverne pulmonaire comme un simple abcès tuberculeux, surtout quand on se trouve en présence d'une tumeur prête à s'ouvrir au dehors. Mais dans ce cas même, la comparaison ne peut être complète entre une caverne suppurante et un abcès dû à une infection banale. Tous les chirurgiens, même ceux qui se sont déclarés partisans de l'intervention, reconnaissent qu'on n'est jamais fixé sur l'étendue et les ramifications d'une caverne tuberculeuse; que, par conséquent, on risquera souvent de faire une opération incomplète avec fistule purulente. Même dans les cas d'encapsulement bien net de la caverne, on ne peut être certain que les tissus avoisinants ne sont pas ensemencés par des tubercules, dont l'intervention viendra activer la germination dans les terrains avoisinants. Ajoutez le danger d'une infection miliaire, puisqu'on opère sur des tissus en pleine évolution tuberculeuse; d'hémoptysies foudroyantes, de syncopes mortelles, et vous reconnaîtrez qu'on peut hésiter à faire courir au malade des dangers aussi manifestes pour ne lui offrir que les aléas d'une amélioration souvent précaire et d'une fistule par laquelle s'écoulent sur la poitrine les crachats et le pus mélangés.

Les considérations précédentes ne parlent pas en faveur de l'intervention opératoire, si réduite soit-elle, faite directement sur les processus tuberculeux; et l'on peut dire, sans crainte d'être démenti, que la résection pulmonaire pour lésions au début, pas plus que l'ouverture des cavernes, ne deviendront des opérations habituelles. Seul, l'empyème pourra nécessiter une intervention d'urgence. Doit-on conclure que la tuberculose pulmonaire ne relève aucunement de la chirurgie et que la thérapeutique de cette affection ne peut, en aucun cas, bénéficier d'un traitement opératoire? L'expérience de quelques chirurgiens semble prouver le contraire. Déjà, au Congrès de 1895, Walther a rapporté le cas d'une grande cavité pulmonaire qui fut comblée au bout d'un temps assez long, il est vrai, grâce à une large résection, non seulement des côtes, mais de la paroi costale tout entière, suivant le procédé de Schede. Cette cavité offrait des caractères insolites; et bien que Walther ait posé le diagnostic de « dilatation bronchique », il déclare qu'elle était de nature indéterminée. La question est, du reste, de peu d'importance pour la discussion qui va suivre. Il faut surtout retenir le fait du mode de processus curatif obtenu par une intervention dirigée, non plus sur la lésion elle-même, mais sur les parois osseuses, et retenir ce que disait notre confrère en terminant sa communication : « Même dans les plus mauvaises conditions, alors que les conditions insolites de la cavité, la sclérose complète du parenchyme pulmonaire correspondant, la dilatation de toutes les bronches du poumon correspondant, quand tout semble s'opposer à cette réparation, cette réparation peut cependant être obtenue dans de bonnes conditions et rapidement, grâce à une large intervention. »

Quelques années plus tard, Landerer (de Stuttgart) publiait, dans le *Münchener med. Wochenschrift* (1902, n° 47), un travail dans lequel il préconisait, pour le traitement des cavernes

pulmonaires, l'intervention opératoire adoptée par Walther. Son opinion est basée sur les considérations suivantes. Quand on examine le mode de guérison des cavernes du sommet chez les tuberculeux, on remarque que le premier et le deuxième espace intercostaux se sont fortement rétractés en dedans. Si l'on compare ce fait aux phénomènes qui se produisent dans les cas d'empyème pleural ou d'ostéomyélite traités par une large résection costale ou un évidement osseux, on voit que le processus curatif suit la même marche : les tissus cutanés attirés par la cicatrice vers la profondeur viennent combler la cavité osseuse ou pleurale. Enfin, l'étude du mode de guérison avec ou sans intervention dans la plupart des lésions tuberculeuses confirme la valeur, à ce point de vue, du tissu cicatriciel. Il suffit de considérer comment il agit dans les cas de coxalgie avec luxation ou décollement épiphysaire, dans les résections du genou après ablation de plusieurs centimètres des os. On peut donc croire, en bonne logique, que les mêmes procédés donneront les mêmes résultats dans les cavernes tuberculeuses, et qu'il est également possible de combler ces cavités en utilisant les propriétés rétractiles du tissu cicatriciel. On connaît déjà la très intéressante observation de Walther. Les six cas cités par Landerer ne sont pas moins suggestifs. En voici le résumé :

1° Jeune fille, vingt-cinq ans. — Cavernes du sommet droit, des lobes supérieur et inférieur gauches. Bacilles très nombreux. Expectoration très abondante. Résection comprenant 4 à 15 centimètres de la deuxième à la huitième côte. Suites opératoires : dans les premiers jours, palpitations violentes, dues au déplacement de la pointe du cœur qui bat sous l'aisselle. Diminution de l'expectoration. Augmentation de 25 livres.

Revue un an après, persistance de l'amélioration.

2° Jeune fille, quinze ans. — Tubercules disséminés et ramollis dans les deux poumons. Bacilles nombreux. Amaigrissement notable. Résection de 3cm5 de la première côte; 5cm5 de la deuxième; 7cm5 de la troisième. Suites opératoires à la sortie, c'est-à-dire cinq mois après : augmentation du poids de 28 livres. Expectoration nulle. Disparition des râles en grande partie.

3° Homme, vingt-trois ans. — Début depuis trois ans. Infiltration généralisée dans le poumon droit avec râles métalliques. Résection de 7 centimètres environ de la neuvième jusqu'à la quatrième côte. Etat à la sortie deux mois après : augmentation de 26 livres. Diminution des râles humides. Cessation de l'expectoration. Revu trois mois après dans le même état.

4° Jeune fille, vingt-deux ans. — Infiltration des deux sommets avec râles humides et métalliques. Expectoration très abondante (1 litre). Résection étendue de la neuvième à la cinquième côtes gauches, jusqu'à la ligne axillaire postérieure. Aucune amélioration dans la toux et l'expectoration. On juge nécessaire d'ouvrir le poumon au thermo-cautère, et de placer deux drains dans la caverne. Cette nouvelle intervention modifie considérablement la toux et l'expectoration; et la malade sort un mois après considérablement améliorée.

5° Homme, vingt-huit ans, bien constitué. — Fistule consécutive à une plaie contuse de la poitrine à gauche. Râles secs disséminés dans tout le poumon. Respiration forte et matité. Bacilles dans l'expectoration (250 grammes) purulente. Diagnostic : caverne tuberculeuse ouverte au dehors. Résection étendue de la neuvième à la cinquième côtes, sans ouverture de la cavité. Etat du malade quatre mois après : disparition des râles; diminution de l'expectoration (20 centimètres cubes sans bacilles).

6° Jeune femme de vingt-six ans, malade depuis cinq ans. — A gauche, signes manifestes d'une grosse caverne dans le lobe supérieur. Râles secs et humides disséminés dans le lobe supérieur droit. Incision postérieure partant de l'épine de l'omoplate parallèlement aux fibres du trapèze jusqu'à l'apophyse épineuse de la deuxième dorsale. Résection de 4cm5 de la première côte, 5 centimètres de la deuxième, 6 centimètres des troisième et quatrième. Etat quatre mois après : bonne santé générale, très légère expectoration avec très peu de bacilles.

En résumé, tous ces malades ont très bien supporté la chloroformisation et l'intervention. L'amélioration a été manifeste non seulement dans l'état général, mais aussi pour les signes locaux; la toux et l'expectoration notamment.

Quelques mots sur le procédé opératoire.

« La résection, dit Landerer, doit porter sur toutes les côtes situées au niveau de la caverne, et en dépasser les limites. La réunion est inutile puisque la proximité de la cavité en rend l'asepsie illusoire. » Comme incision, il conseille l'incision à angle droit en forme de L. Quand il s'agit des trois premières côtes, elle comprendra les fibres du trapèze depuis l'apophyse épineuse de la deuxième dorsale jusqu'à l'épine de l'omoplate. On peut ainsi séparer sans les couper les muscles de l'épaule, chose importante pour les mouvements du bras. Du reste, il est difficile de donner une technique réglée. Elle dépend des lésions et de leur siège. On peut se demander s'il est nécessaire d'ouvrir et de drainer la caverne. Les chances de fistulisation sont diminuées par suite de l'étendue donnée à la résection.

Examinons quelle peut être la valeur de l'intervention proposée par Landerer. Si, comme l'a fait Walther, on a pour but, par une large résection de la paroi costale, de combler une cavité suppurante bien délimitée, sans généralisation dans les tissus avoisinants, sans infection générale, on peut dire que pareille intervention est chose rationnelle, parce qu'elle ne fait pas courir au malade les dangers d'une ouverture directe de la cavité, parce qu'elle est basée sur une conception chirurgicale très nette et sur un mode de processus curatif dont les résultats ont été maintes fois prouvés. En est-il de même quand il s'agit de cavités tuberculeuses, comme le propose le chirurgien allemand? Et tout d'abord, y a-t-il dans cette intervention une indication bien nette? On dit avec raison que la présence d'une caverne chez un tuberculeux est pour lui une cause continuelle d'infection; que les produits putrides élaborés sont absorbés et empoisonnent un terrain dont la vitalité est déjà fortement compromise. J'ajouterai que cette sécrétion, quelquefois très abondante, est une cause de déchets organiques amenant une déperdition constante dans les phénomènes de nutrition. Or, l'intégrité de cette fonction est primordiale pour la tuberculose.

On doit donc admettre que chercher à tarir le foyer putride, quand les conditions locales et générales le permettent, est une indication très nette. Mais ces conditions se présentent-elles en clinique? Pour si rares qu'elles soient, on ne peut nier qu'on les rencontre chez certains tuberculeux à lésions bien délimitées, ne donnant à l'auscultation que des phénomènes cavitaires, tandis que dans les zones environnantes la respiration est saine, entrecoupée de quelques râles fins et humides, qu'il est rationnel d'attribuer à une excitation

réflexe du voisinage, entraînant un certain degré d'hyperémie et de catarrhe dans les lobules avoisinants. Il est certain qu'un tuberculeux, dans de telles conditions, bénéficiera de l'intervention opératoire, qui supprimera le foyer continuel d'infection et permettra au traitement hygiénique de relever la vitalité du terrain.

Jusqu'ici, dans des cas semblables, les chirurgiens ont hésité à faire bénéficier ces malades d'une intervention opératoire, parce que cette intervention directe sur la caverne ne semblait pas, par ses avantages, compenser les risques très grands qu'on faisait courir aux malades. L'opération proposée par Landerer, la thoracoplastie, remplit la même indication avec des aléas beaucoup moindres, puisqu'on n'opère que sur des tissus sains.

Je sais bien que l'on pourra objecter que cette catégorie de malades est précisément celle qui bénéficiera le plus d'un traitement médical et hygiénique bien compris. Je concède encore ce point; mais on doit néanmoins reconnaître que cette amélioration ne sera toujours que passagère, qu'à la moindre cause elle disparaîtra, et enfin que, pour beaucoup de malades, le traitement médical est difficile à suivre, long, entrecoupé d'alternatives décourageantes, et que, dans ces conditions, on est autorisé à tenter une intervention qui, en supprimant cette cause, placera les tuberculeux dans une situation plus favorable à la guérison.

En résumé, la thoracoplastie, qui donne de si brillants résultats dans certains cas de cavités du poumon, peut également être employée comme traitement des cavernes tuberculeuses à marche stationnaire, sans complications des autres lobes, dans l'espoir non plus d'amener une guérison radicale de la tuberculose, qui jusqu'à présent reste hypothétique, mais tout au moins pour faire disparaître une cause permanente d'infection et de dénutrition qui s'oppose à la guérison. Malheureusement, les cas observés jusqu'ici n'ont pas permis de suivre assez longtemps les opérés pour dire quelle a été la valeur de cette intervention sur le processus tuberculeux lui-même.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(9 octobre 1903)

Pour la **recherche de l'existence de la rétention des chlorures dans l'organisme**, M. Achard dit que « le procédé de choix consiste à faire ingérer 10 grammes de sel marin et à doser ce qui passe dans l'urine. On peut encore, à défaut de cette épreuve, déterminer exactement la quantité de sel absorbé avec les aliments. De toute façon, il y a lieu d'établir pour les chlorures le bilan des entrées et des sorties.

L'augmentation de la concentration du sérum n'est pas une preuve de la rétention, même quand on trouve des chiffres cryoscopiques excessifs, comme celui qu'a rapporté M. Widal (— 1°07). En effet, les chiffres forts s'obtiennent d'ordinaire avec des sérums plus ou moins teintés et troubles, et il y a lieu de penser que cet état est dû à l'issue hors des globules de certaines substances au moment de la coagulation, de sorte que la concentration du sérum, liquide cadavérique, ne répond peut-être pas à celle du plasma vivant. De plus, l'augmentation de la concentration du sérum ne prouve pas que la rétention porte sur les chlorures, et d'ailleurs, dans ces cas même, le taux des chlorures dans le sang peut rester normal : c'est ce qu'on observe chez les brightiques et dans les expériences. Enfin la concentration élevée du sang n'indique nullement une rétention dans les tissus, car elle peut montrer quand cesse la rétention.

L'hypochlorurie n'est pas davantage une preuve de rétention, quand on ne met pas en parallèle la quantité de chlorures ingérés. C'est pourquoi les expériences de M. Widal sur des lapins atteints de néphrites parenchymateuses toxiques, et chez lesquels l'excrétion chlorurée était généralement faible, ne permettent pas de conclure qu'il y ait rétention. Je me suis assuré avec M. Lœper que, dans ces cas, les animaux pouvaient manger moins que les lapins bien portants, ce qui explique l'hypochlorurie, et que l'épreuve de l'injection des chlorures, pratiquée chez eux, pouvait montrer qu'en réalité la rétention faisait défaut.

C'est en nous fondant sur l'épreuve de l'ingestion que nous avons signalé dans l'urémie la rétention des chlorures. Peu après, Marischler l'a constatée de la même manière dans les néphrites parenchymateuses. Puis sont venues les recherches de Steyrer, Claude et Manté, Strauss, et celles de M. Widal et de ses collaborateurs, faites cette fois en comparant les chlorures introduits aux chlorures excrétés.

Avec la balance, on ne peut guère que suivre les variations de la rétention chez les malades. Mais dans les expériences, comme on peut partir de l'état normal, les pesées successives permettent d'établir l'existence même de la rétention. Ainsi, dans mes expériences avec M. Lœper, les lapins rendus anuriques par ligature du pédicule rénal et privés de toute ingestion de solide et de liquide, perdaient moins de leur poids que des lapins témoins soumis en même temps au même jeûne. S'ils perdaient moins, c'est donc qu'ils retenaient davantage. En outre, de deux lapins ligaturés et à qui nous avions injecté des doses inégales de chlorures dans un même volume d'eau, c'est le plus chloruré qui perdait le moins et, par conséquent, avait la rétention la plus forte.

Pour le dire en passant, ces expériences ne montrent pas que la ligature des reins ait bouleversé les échanges et produit une perte de poids par excès de déshydratation pulmonaire, suivant l'opinion qu'a exprimée M. Widal à leur sujet; car nous avons observé, au contraire, que chez les animaux ligaturés le sang et les tissus étaient plus riches en eau que chez les témoins.

Enfin, un moyen qui pourrait sembler à première vue très bon pour reconnaître la rétention, mais qui n'a pourtant qu'une valeur médiocre, c'est le dosage des chlorures dans le sang et les sérosités. En effet, rapidement, lorsque le taux des chlorures s'élève, survient un acte régulateur, consistant en un afflux d'eau qui les dilue. Le dosage permet seulement de saisir pendant quelques heures dans le sang et quelques jours dans les sérosités l'augmentation légère que subit la proportion des chlorures, à la suite d'une chloruration brusque de l'organisme.

En somme, la chlorurie alimentaire est le moyen le plus propre à faire reconnaître la rétention. Les accidents qu'elle détermine parfois, surtout lorsqu'on la répète plusieurs jours de suite, doivent néanmoins engager le clinicien à n'user qu'à bon escient de ce procédé, destiné à mettre en évidence la rétention des chlorures, mais non à la provoquer ».

M. Widal répond à cette nouvelle communication de M. Achard que ce sont ses travaux, faits en collaboration avec le docteur Lesné et publiés dès 1902, qui ont été le point de départ de toutes les recherches sur la rétention des chlorures et sur la cure de déchloruration, aujourd'hui à l'ordre du jour.

MM. Emile Sergent et Henri Lemaire rapportent une observation dans laquelle le **diagnostic différentiel** était impossible à faire **entre la cirrhose atrophique et la péritonite tuberculeuse**. Grâce à l'inoscopie positive, cette hésitation fut tranchée.

Chez un homme de quarante ans, alcoolique et ancien paludéen, après deux mois d'alternatives de diarrhée et de constipation accompagnées de ballonnement du ventre et de douleurs abdominales, apparaît une ascite rapidement progressive; la circulation veineuse collatérale, l'œdème malléolaire, l'oligurie avec hypoazoturie notable achèvent de compléter le tableau classique d'une cirrhose du foie. Cependant, des signes d'induration des sommets, l'amaigrissement rapide, l'apparition d'adénopathies périphériques indolores et d'un épanchement pleural gauche, contribuent successivement à autoriser des doutes sur le diagnostic porté au début et à faire admettre la possibilité d'une tuberculose péritonéale. L'examen du liquide ascitique paraît seul capable de trancher la difficulté; une ponction, nécessitée par la gêne douloureuse éprouvée par le malade, donne issue à huit litres de liquide limpide, jaune-citron; quelques centaines de grammes, recueillis aseptiquement, sont envoyés à M. Jousset, qui veut bien se charger de pratiquer l'inoscopie et trouve des bacilles tuberculeux. Dès lors, le diagnostic est confirmé; la mort survient dans la consomption quinze jours après, et l'autopsie montre des lésions caractéristiques de péritonite tuberculeuse avec envahissement de proche en proche des ganglions profonds et périphériques. Il s'agit, en somme, d'une véritable tuberculisation systématisée lymphatique, ayant respecté les viscères.

Une des particularités intéressantes de cette observation est que le liquide d'une seconde ponction, faite dix jours après la première, inoculé au cobaye, ne donna pas la tuberculose. Sans diminuer en aucune façon la valeur de l'inoculation comme procédé de diagnostic de la tuberculose, ce fait n'en montre pas moins, sinon la supériorité, du moins la grande importance pratique de l'inoscopie; celle-ci, en effet, outre qu'elle fournit un renseignement beaucoup plus rapide, n'exige pas la conservation de la virulence du bacille dans le liquide examiné; aussi peut-elle donner un résultat positif là où aurait échoué l'inoculation, comme ce fut le cas dans la présente observation.

M. J.-A. Sicard rapporte **trois cas de tétanos traités par l'injection sous-arachnoïdienne d'antitoxine tétanique et suivis de guérison**.

L'auteur, en rappelant la communication récente faite par M. Walther à la Société de chirurgie, insiste sur l'utilité d'utiliser parallèlement les injections de sérum, non pas sous-cutanées, mais réparties profondément au niveau des troncs nerveux périphériques (injections para-nerveuses périphériques) et s'appuie, pour croire à l'efficacité thérapeutique de ce dernier procédé, sur les faits expérimentaux obtenus par MM. A. Marie et Morax.

MM. Thibierge et Ravaut ont étudié le **liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire**. L'examen cytologique a porté sur 118 syphilitiques et a montré que sur 54 sans accidents actuels ou atteints de roséole, de plaques muqueuses ou cutanées, 7 seulement présentaient une réaction lymphocytique nette du côté du système nerveux; alors que sur 54 atteints de syphilides pigmentaires, de syphilides papuleuses, miliaires ou psoriasiformes, 41 présentent des réactions parfois très intenses. Dans deux cas d'alopécie syphilitique et deux cas de paralysie faciale survenues en pleine période secondaire, on constate aussi des réactions très nettes. Il résulte de ces faits que, chez les syphilitiques en période secondaire, il existe des réactions nerveuses décelables par la ponction lombaire. Il faut en tenir grand compte au point de vue thérapeutique et les regarder comme la manifestation d'une syphilis en pleine activité et à manifestations multiples dont le traitement devra être d'autant plus énergique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 19 AU 24 OCTOBRE 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 19 OCTOBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Tuffier, Walther et Gosset; — (2e partie) : MM. Hayem, Roger et Legry; — M. Teissier, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Broca (André), suppléant.

MARDI 20 OCTOBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Poirier et Hartmann.

1er (sages-femmes) : MM. Pozzi, Bonnaire et Thiéry; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Albarran et Marion; — (2e série), MM. de Lapersonne, Schwartz et Faure; — M. Langlois, suppléant.

MERCREDI 21 OCTOBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique, École pratique* : MM. Gautier, Blanchard et Widal; — (1re partie, oral, nouveau régime) : MM. Mauclaire, Retterer et Lepage.

4e : MM. Landouzy, Gaucher et Wurtz; — M. Teissier, suppléant.

2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Wallich; — M. Gley, suppléant.

JEUDI 22 OCTOBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Chassevant et Renon.

2e (nouveau régime) : MM. Launois, Langlois et Richaud.

4e : MM. Pouchet, Dupré et Wurtz; — M. Thiroloix, suppléant.

VENDREDI 23 OCTOBRE, à une heure. — 3e (2e partie, oral, nouveau régime) : MM. Brissaud, Roger et Legry; — M. Retterer, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Kirmisson, Reclus et Gosset; — M. Gley, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Thoinot, suppléant.

SAMEDI 24 OCTOBRE, à une heure. — 4e : MM. Proust, Gilbert et Dupré; — M. Achard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Chantemesse, Ballet et Thiroloix; — (2e série) : MM. Troisier, Vaquez et Jeanselme; — M. Widal, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Guiard, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — M. le médecin-inspecteur Gentil, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, est promu au grade de médecin-inspecteur général.

M. le médecin principal de première classe Vaillard, médecin-

chef de l'hôpital Bégin, est promu au grade de médecin-inspecteur.

Enseignement pratique de la chirurgie dentaire. — M. le docteur Siffre, professeur à l'Ecole dentaire, reprend son cours privé de chirurgie dentaire, réservé aux étudiants en médecine et aux docteurs désirant se spécialiser en art dentaire.

Ce cours, complet en trois mois, comporte trois parties :

A. Travaux pratiques de dentisterie sur mannequin;

B. Clinique, opérations sur malades;

C. Travaux pratiques de prothèse et applications cliniques.

L'enseignement étant individuel, le cours commence à la volonté de l'élève.

S'adresser au docteur Siffre, 97, boulevard Saint-Michel, Paris.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur la psycho-physiologie des monstres humains, par N. Vaschide et Cl. Vurpas. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Rudeval.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 119. — JEUDI 15 OCTOBRE 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 15 OCTOBRE 1903. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HERPÈS GÉNITAUX

ÉTUDE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Par MM. P. RAVAUT et DARRÉ.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment, dans le service de notre maître M. Thibierge, deux cas consécutifs d'herpès génital survenus chez deux jeunes femmes; par leur mode d'apparition, par les symptômes généraux qui les accompagnèrent, par leur topographie et par leur évolution ces deux observations sont tout à fait superposables. Dans ces deux cas, il y avait un ensemble symptomatique rappelant celui du zona et n'était la bilatéralité des lésions, ce diagnostic eût pu s'imposer au premier abord. En effet, nos malades ressentirent dans les jours qui précédèrent l'éruption dans toute la région périnéale, anale et, dans un cas, jusque sur la face interne des cuisses, des douleurs vives, lancinantes, comparables à celles qui précèdent les éruptions de zona; en même temps, l'une d'elles surtout, présenta de la fièvre, de la céphalalgie très vive, de la courbature, de la rachialgie, de l'anorexie et un état saburral de la langue; ces symptômes persistèrent pendant une huitaine de jours pendant lesquels l'éruption apparut, puis tous ces phénomènes disparurent assez rapidement et les vésicules s'effacèrent au bout d'une vingtaine de jours laissant des dépressions qui tendent de plus en plus à disparaître. Cette éruption dans les deux cas était formée de vésicules confluentes qui recouvraient une grande partie du périnée, la région périnéale, la moitié postérieure de la région péri-vulvaire et s'arrêtait au niveau de la muqueuse de la vulve; l'on constatait également quelques vésicules isolées sur les grandes lèvres et sur la région supérieure de la face interne des cuisses. C'était en somme le syndrome névralgiforme qui est bien connu comme l'attribut d'une variété d'herpès génital.

L'analogie de quelques-uns de ces symptômes avec ceux que l'on rencontre dans le zona attira notre attention du côté du système nerveux et nous conduisit à pratiquer chez ces malades une ponction lombaire.

Chez la première malade, qui fut ponctionnée quatre jours après l'apparition des premières vésicules, au moment où elle présentait encore de la fièvre et les phénomènes généraux précédemment signalés, nous fûmes étonnés de voir s'écouler un liquide céphalo-rachidien absolument trouble.

Après centrifugation, on constata un culot très net et l'examen sur lames montra qu'il était formé de lymphocytes en nombre considérable au milieu desquels se trouvaient quelques rares polynucléaires; sur lames, l'on ne constatait aucun microbe; d'ailleurs, des ensemencements faits sur gélose et bouillon restèrent stériles. Enfin, le liquide contenait plus d'albumine qu'à l'état normal. Un nouvel examen, pratiqué cinq jours après, montra un liquide clair beaucoup moins riche en éléments cellulaires, puisque l'on ne retrouvait plus après centrifugation que 20 à 25 éléments par champ d'objectif à inversion. La ponction lombaire eut, en outre, l'avantage de faire disparaître la céphalée que présentait la malade.

Dans le second cas, la ponction fut pratiquée plus tardivement, huit jours environ après le début de l'éruption : le liquide était clair, mais présentait une réaction cellulaire évidente, puisque l'on pouvait compter jusqu'à 25 ou 30 leucocytes par champ d'objectif à inversion. Vingt jours après, cette malade présentait encore une réaction de 10 à 15 éléments par champ.

Au double point de vue clinique et cytologique, ces deux cas sont donc tout à fait comparables.

Depuis, nous avons eu l'occasion de pratiquer le même examen chez douze autres malades atteints de différentes variétés d'herpès génital, à diverses phases de leur évolution, et nous avons constaté dans la plupart des cas la présence de nombreux éléments dans le liquide céphalo-rachidien.

Nous publierons ultérieurement les résultats de recherches plus complètes sur l'herpès en général (1), mais un fait semble acquis dès maintenant et c'est sur ce point que nous avons voulu insister. Dans l'herpès génital, la présence dans le liquide céphalo-rachidien d'éléments cellulaires en nombre d'autant plus considérable que l'herpès est plus étendu et que l'examen est pratiqué à une date plus rapprochée du

(1) Dans un cas d'angine dite herpétique, observé par MM. Widal et Lemierre, le liquide céphalo-rachidien ne contenait pas de lymphocytes.

début, est un argument de plus en faveur de la participation du système nerveux dans la production de certains herpès génitaux.

Nous ne saurions cependant, dès maintenant, accorder une valeur à la lymphocytose dans le diagnostic parfois embarrassant entre l'herpès et les lésions ulcéreuses des organes génitaux; c'est seulement après l'étude de nombreux cas et des examens répétés que nous pourrons déterminer ce point dont on devine sans peine l'importance.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(13 octobre 1903)

M. Henri de Rothschild a fait, à l'Académie, une intéressante communication sur le **traitement de la gastro-entérite des nourrissons**. On sait que c'est là une affection contagieuse, épidémique et des plus meurtrières pour les enfants en bas âge. Dans les années 1898 et 1899, en particulier, elle a fait des ravages considérables, puisqu'on a relevé jusqu'à 280 décès dans une seule semaine. M. de Rothschild qui, comme on sait, s'occupe spécialement de médecine infantile et qui a fondé un établissement important, mettant en œuvre toutes les précautions hygiéniques et tous les traitements les plus rationnels, avait encore une mortalité de 50 p. 100. Après des expériences et sur les conseils de MM. Roux et Metchnikoff, il eut recours au lait pur, écrémé, acidifié. Il commença ses recherches sur ce mode de traitement à l'exclusion de tout autre médicament, au début de l'été dernier. Du 1er juin au 1er octobre de cette année il eut à traiter 14 cas, dont plusieurs fort graves, et il obtint 14 guérisons.

Par quel moyen merveilleux M. de Rothschild a-t-il obtenu ce beau résultat? Tout simplement par l'emploi du lait pur, écrémé, acidifié par l'addition de 10 p. 100 d'acide lactique; le lait acidifié n'est pas seulement ici un aliment, c'est un véritable agent thérapeutique.

M. de Rothschild fait passer sous les yeux de l'Académie un certain nombre de tableaux et de courbes à l'aide desquels on se rend aisément compte des effets très rapides de cette médication sur les troubles les plus graves de la gastro-entérite. Les vomissements s'arrêtent, les selles cessent d'être anormales, le poids augmente, etc.

Ce qui nous semble le plus nouveau dans cette communication, c'est l'idée de mélanger directement l'acide lactique au lait. Mais quant à l'emploi de l'acide lactique dans les cas de gastro-entérite des enfants, il y a déjà bien longtemps, croyons-nous, que M. Hayem l'a recommandé.

On se rappelle la présentation sensationnelle du chimpanzé si bien syphilisé par MM. Roux et Metchnikoff. Ce n'est pas la première fois qu'on parvient à inoculer la syphilis à un singe et nous nous souvenons très bien d'avoir vu Martineau présenter à la Société médicale des hôpitaux, en 1882, un singe auquel il était parvenu à inoculer un chancre syphilitique. M. Hamonic, qui était alors l'interne de Martineau, est venu rappeler ce fait à l'Académie et défendre, en fort bons termes, la mémoire de son ancien maître.

Voici les conclusions du rapport de M. Kermorgant sur **l'œuvre hygiénique du général Galliéni à Madagascar** :

« Le général Galliéni a eu le grand mérite d'avoir su tirer parti des moyens qu'il avait à sa disposition, et d'avoir compris le grand rôle que sont appelés à jouer les médecins, non seulement dans la colonisation, mais encore dans la pacification d'un pays neuf.

La nature des services que les médecins rendent chaque jour aux populations indigènes, en pansant leurs plaies, en les délivrant des maux qui les accablent, en leur rendant parfois la vue à la suite d'opérations heureuses, font qu'ils arrivent à exercer sur elles un ascendant qui leur permet de les pénétrer. Dans le sud de Madagascar, me disait le colonel Liautey, un des meilleurs lieutenants du général Galliéni, ils ont puissamment aidé à la pénétration, en pratiquant des opérations qui ont fort étonné les indigènes et les ont comblés d'enthousiasme; aussi écrivait-il à son chef : *Envoyez-moi des médecins, je vous renverrai des compagnies.*

Les Malgaches sont, d'ailleurs, unanimes à rendre hommage à la sollicitude dont ils sont l'objet, et pour donner un témoignage éclatant de leur reconnaissance envers la France, ils ont décerné à son distingué représentant le nom flatteur de : « Ray Amandreny, » ce qui veut dire « à la fois père et mère ».

Comme conclusion, votre Commission vous propose d'adresser des félicitations au général Galliéni pour l'impulsion qu'il a donnée à l'assistance médicale indigène, seul moyen de travailler utilement au développement de la race malgache, sans laquelle le nouveau fleuron de notre Empire colonial risquerait de demeurer improductif, faute de main-d'œuvre, et deviendrait, par suite, une lourde charge pour le pays; on ne saurait donc trop l'encourager à persévérer dans cette voie.

Le gouverneur général ayant prié l'Académie de lui faire connaître son avis sur le point de savoir si le principe de la non-cohabitation des époux lépreux doit être acceptée, votre Commission vous propose de lui répondre qu'il serait, certes, préférable de ne pas favoriser la procréation dans ce milieu, sous cette réserve que la séparation des époux ne soit pas un obstacle à l'entrée des lépreux dans les établissements spéciaux.

Elle croit devoir rappeler, en outre, que le fait de la propagation du paludisme par les moustiques est aujourd'hui *scientifiquement démontrée*, et que, par conséquent, la prophylaxie du paludisme, si importante à Madagascar, doit désormais avoir pour base cette notion étiologique qui n'est pas suffisamment mise en relief dans l'instruction communiquée à l'Académie.

Votre Commission vous propose, en outre, de réserver à ce rapport une place très honorable dans vos Archives. »

Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées.

L'Académie a déclaré une place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie par suite du décès de notre regretté collègue Laborde.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Un cas d'intoxication par le lysol. (Pagès. *Nouv. Montpellier méd.*, 1903, p. 304.) — M. Pagès a observé un cas d'intoxication par le lysol qui est intéressant à rapporter.

Une infirmière, voulant administrer un lavement à une malade, mit par mégarde dans les 500 grammes d'eau du lavement une cuillerée de lysol au lieu d'une cuillerée de glycérine. *Deux* ou *trois minutes après* la malade accusa une sensation de défaillance très prononcée et perçut dans la bouche le goût d'acide phénique.

Quand M. Pagès arriva auprès de la malade, il la trouva dans un état syncopal, présentant tous les signes de l'intoxication par l'acide phénique. On sait, en effet, que le lysol, qui est aujourd'hui entré dans la pratique courante de la chirurgie, est obtenu en traitant par la potasse, en présence de corps gras et résineux, le crésylol qui est lui-même un homologue supérieur du phénol. D'après Duclaux, le lysol contient 47 p. 100 de phénol.

Dans l'observation de M. Pagès, aux signes ordinaires de l'intoxication phéniquée : dépression, sentiment d'ivresse, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, perte de connaissance, mélanurie, nous relevons quelques particularités : l'existence de fièvre (38°2 le premier soir, 37 le lendemain) alors que l'acide phénique donne de l'hypothermie, d'autre part l'accélération du pouls au lieu du ralentissement que signalent les auteurs.

M. Pagès termine par quelques considérations thérapeutiques.

Se laissant guider par les indications, il fit administrer des lavements d'eau bouillie, il fit de la stimulation et soutint le myocarde par la caféine et l'éther. Il tenta de réchauffer la malade avec des boules d'eau chaude, enfin il essaya de soustraire le poison du sang par des injections de sérum, et il tenta de neutraliser le lysol par le sulfate de soude, qui est l'antidote de l'acide phénique.

Ce traitement très judicieux eut un plein succès.

M. Pagès rapproche enfin son cas de celui de Marshall, que nous rapportions récemment (voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 67), et qui, dans un cas analogue, traita avec succès le malade en lui faisant administrer en lavement un mélange d'eau et d'alcool.

L. GAYARD.

Causes et pronostic de la cécité subite. (M. BENSCHOTEN. *Provid. med. Journ.*, juillet 1903, n° 4.) — Au point de vue étiologique, la cécité survenant d'une façon brusque relève d'un certain nombre d'états pathologiques que l'auteur passe en revue. C'est d'abord l'embolie de l'artère centrale de la rétine ou la thrombose d'un rameau veineux. Dans ce cas, la cécité est monoculaire et elle peut être absolue si l'embolie obstrue totalement le vaisseau; au contraire, si l'artère centrale n'est pas envahie dans sa totalité, mais seulement dans une de ses branches, la perte de la vision peut n'être que temporaire. L'examen du fond de l'œil permet de constater l'anémie de la rétine avec des artérioles affaissées et vides. La thrombose veineuse présente des signes opposés.

L'hémorragie siégeant soit dans la rétine, soit dans le corps vitré, constitue la cause la plus habituelle de la cécité partielle survenant subitement. Le trouble visuel est en rapport avec la localisation du caillot. L'ophtalmoscope révèle souvent un état trouble du corps vitré, ce qui aggrave le pronostic.

Une hémorragie cérébrale peut entraîner une cécité complète et celle-ci peut-être permanente. Le pronostic est relativement meilleur quand la perte de la vision suit immédiatement l'hémorragie. Si, au contraire, elle ne survient qu'au bout de quelques heures ou d'une journée, on peut craindre une atrophie papillaire. L'urémie détermine quelquefois une cécité subite : celle-ci est habituellement bilatérale. Le décollement de la rétine peut déterminer le même accident, soit d'emblée, soit au cours d'une poussée secondaire dans un œil déjà atteint.

La cécité hystérique est rare : elle se développe progressivement et d'une façon concentrique, le champ visuel se rétrécissant jusqu'à devenir nul. Toutefois, la forme soudaine peut s'observer.

Enfin, il faut signaler la possibilité d'une cécité brusque au cours d'une maladie infectieuse, ce qui d'ailleurs est très rare, et on doit toujours rechercher s'il existe une néphrite et ne pas perdre de vue l'hypothèse d'une intoxication médicamenteuse.

A. HOUSQUAINS.

OBSTÉTRIQUE

Les exostoses du bassin au point de vue obstétrical (exostoses ostéogéniques). [Constantin DANIEL. *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, août, sept. 1903.] — Par exostoses du bassin, l'auteur n'entend que les exostoses vraies, c'est-à-dire les exostoses ostéogéniques, appelées encore exostoses de croissance. Ces productions osseuses constituent une véritable anomalie, une monstruosité de développement du squelette, se formant parallèlement à l'évolution des os et s'arrêtant lorsque celle-ci est finie. Les exostoses siègent surtout dans la portion épiphysaire des os longs, mais elles peuvent aussi intéresser les os larges. Le développement des exostoses ostéogéniques du bassin se fait en général parallèlement à l'altération des os des membres; d'autres fois, les exostoses se forment indépendamment sur les parois de l'excavation pelvienne (exostoses solitaires), et c'est dans ces cas qu'elles peuvent être le point de départ d'erreurs de diagnostic.

Après avoir passé en revue les différents traités et publications importantes concernant cette question, M. Daniel essaie de dégager et de critiquer les observations répondant aux vraies exostoses du bassin.

Cet aperçu bibliographique lui permet d'isoler de tous les faits qu'il a pu analyser quatre cas répondant à des observations authentiques de bassin exostosique. Ce sont : les cas de Birnbaum et de Hirst (exostoses multiples) et ceux de Marchand et de Kumpe (exostoses solitaires). A ces observations, l'auteur ajoute un cinquième cas qu'il a observé en 1903 à la Maternité, avec le docteur Porak. La répartition des exostoses sur les os du bassin s'explique par le développement des os en général. Ces exostoses se développent toujours dans les régions épiphysaires des os larges et sur les os plats (os iliaques) au point d'union des portions constituantes de chaque os (ilion, ischion, pubis), de même qu'au niveau de leurs points d'ossification primitifs et complémentaires. C'est ainsi que dans le cas observé par MM. Daniel et Porak, les saillies osseuses symétriques répondaient à peu près au point où se réunissent primitivement les trois segments constituants de chaque os iliaque. A la suite d'un trouble de développement du squelette, d'une exagération du travail d'ossification, le cartilage de conjugaison ou les travées *cartilagineuses* qui séparent primitivement les différentes parties des os larges s'hypertrophient et s'ossifient.

Le diagnostic différentiel de ces tumeurs est surtout difficile lorsqu'elles sont *solitaires*, limitées aux os du bassin. Elles seront distinguées des : 1° épines osseuses du bassin; 2° fractures du bassin; 3° ostéites hypertrophiques; 4° ossification des cartilages; 5° saillies exagérées de l'articulation sacro-vertébrale; 6° tumeurs malignes des os du bassin, etc.

C'est de la connaissance du siège précis des exostoses qu'on déduira le pronostic à porter sur la possibilité ou l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles. La conduite à tenir dans les bassins à exostoses, faisant obstacle à l'accouchement, se confond presque avec le traitement des autres viciations pelviennes. Il n'y aura aucune intervention spéciale pendant la grossesse : il faut laisser celle-ci suivre son cours. On doit rejeter toute intervention ayant pour but l'interruption de la grossesse. Lorsque la femme entrera en travail, on aura, suivant les cas, affaire soit : *a.* à un accouchement spontané; *b.* soit à une symphyséotomie; *c.* soit à l'hystérotomie. Enfin, si l'enfant est mort, on pratiquera l'embryotomie.

E.-G. RENAUT.

THÉRAPEUTIQUE

Le sérum de Trunecek : son emploi dans le rhumatisme chronique et le rhumatisme blennorragique. (F. ALAYRAC. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 octobre 1903, p. 735.) — M. F. Alayrac, dans une intéressante thèse de Paris, à laquelle le *Journal de médecine et de chirurgie pratique* consacre

une longue analyse, attire à nouveau l'attention sur l'emploi du sérum de Trunecek dans différentes affections et notamment dans le rhumatisme chronique et le rhumatisme blennorragique.

Il n'est pas inutile de rappeler la composition de ce sérum :

Sulfate de soude.....	$0^{g}44$	centigrammes.
Chlorure de sodium..	$4^{g}92$	—
Phosphate de soude..	$0^{g}15$	—
Carbonate de soude..	$0^{g}21$	—
Sulfate de potasse...	$0^{g}40$	—
Eau distillée.. Q. s. p.	100	grammes.

La solution doit être faite avec de l'eau distillée, puis stérilisée non par l'autoclave, mais par stérilisation sur bougie de porcelaine.

Lévi, qui a préconisé ce traitement en France, commence généralement par injecter 2 centimètres cubes et augmente de 1 centimètre cube tous les deux jours; il se tient alors à 5 centimètres cubes, sauf dans les cas où la douleur est trop forte; dans des cas particuliers il a injecté en deux endroits jusqu'à 12 centimètres cubes et il pense que ces doses peuvent être dépassées même en les faisant pénétrer sous la peau.

L'expérience a montré qu'on pouvait remplacer souvent les injections par les lavements.

Le sérum est donné pur, sans mélange d'eau, à l'aide d'une seringue en caoutchouc de 30 centimètres cubes; on commence par la dose de 5 centimètres cubes tous les deux jours pour arriver à 30 ou 40 centimètres cubes.

Les lavements sont en général bien supportés, très rarement ils donnent lieu à quelques coliques; dans ce dernier cas il faut revenir aux doses précédemment employées.

Un bon procédé consiste à alterner une série de 10 lavements avec une série de 10 injections sous-cutanées.

Enfin Lévi a proposé, pour l'emploi du sérum par la voie buccale, des cachets ainsi formulés sous le nom de poudre minérale :

Chlorure de sodium........	10	grammes.
Sulfate de soude...........	1	gramme.
Phosphate de chaux ...... / Phosphate de magnésie....	$0^{g}75$	centigr.
Carbonate de soude........	$0^{g}40$	—
Phosphate de soude.......	$0^{g}30$	—

à diviser en 13 cachets contenant sensiblement 1 gramme du mélange.

Chaque cachet de Lévi correspond au moins à 15 centimètres cubes du sérum liquide et à la teneur en sels de plus de 150 centimètres cubes de sérum sanguin.

Lévi fait prendre ces cachets à jeun avec une cuillerée à soupe d'eau, une heure avant l'ingestion du premier déjeuner. Parfois, il en fait ingérer deux, le premier à six heures du matin et le deuxième à onze heures, le malade ayant fait son premier repas à sept heures. Dans certains cas, il croit qu'il est possible de dépasser ces doses; dans d'autres, au contraire, il conseille de les diminuer et de n'user que de cachets de $0^{g}50$ centigrammes.

On sait que le sérum a été utilisé principalement dans les lésions athéromateuses des gros vaisseaux, dans les manifestations différentes de l'artério-sclérose cérébrale, dans les paroxysmes dyspnéiques des artério-scléreux, dans certaines crises névralgiques angineuses, dans l'otite scléreuse et dans certains phénomènes congestifs prostatiques.

M. Alayrac passe en revue un bon nombre d'observations se rapportant à ces diverses applications dans lesquelles le sérum a fourni des résultats variables. Mais, de plus, il cite un certain nombre de cas recueillis dans le service de M. Florand et relatifs à des malades atteints de rhumatisme blennorragique dans lesquels les injections du sérum ont amené rapidement une amélioration considérable.

Le rhumatisme chronique progressif a souvent aussi été l'objet de semblables tentatives thérapeutiques, et les succès obtenus sont assez nets pour qu'il y ait lieu d'essayer cette médication dans cette maladie si rebelle.

QUESTION D'INTERNAT

Complications de la blennorragie (1).

B. Chez la FEMME, la *blennorragie aiguë* peut frapper d'emblée l'urètre, la vulve et le vagin (*B. aiguë généralisée*), ou se cantonner à l'une de ces parties. 1. Les *complications locales aiguës* sont, ici encore, des complications par propagation, par voie muqueuse. *a.* Rappeler la *bartholinite aiguë*, localisée au canal excréteur ou atteignant toute la glande (v. classiques); *b.* Insister beaucoup plus sur la *métrite aiguë* : début par phénomènes locaux (douleurs dans le bas-ventre, les lombes) et généraux (fièvre, frissons). A la période d'état, troubles fonctionnels, les douleurs s'apaisent (quand elles persistent, c'est qu'il existe une complication surajoutée); écoulement purulent d'origine utérine; troubles menstruels; signes physiques : tuméfaction de l'utérus, écoulement utérin, sensibilité du col qui est tuméfié, ramolli, exulcéré; troubles généraux variables. La métrite aiguë peut guérir; plus souvent elle passe à l'état chronique et se complique de lésions également chroniques des enveloppes et des annexes (v. Balzer, *loco citato*, et P. Delbet, in *Duplay-Reclus*). *c.* La *cystite aiguë* est assez rare, précoce, quand elle se localise au col, tardive quand elle atteint le corps de l'organe.

2. *Complications chroniques.* Citer la *bartholinite*, la *vaginite*, l'*urétrite chronique* (v. Balzer) et s'arrêter longuement aux *métro-salpingo-ovarites chroniques*, qui tantôt succèdent à une métrite aiguë, tantôt s'installent d'emblée et sont alors consécutives à la B. chronique de l'homme. Rappeler comment, dans ce dernier cas, les choses se passent (apparition des premiers accidents au début du mariage, pendant le voyage de noces). Donc : début insidieux; signes fonctionnels : douleurs dans le ventre et les lombes, augmentées par la marche, la fatigne, les règles; troubles menstruels : métrorragies, leucorrhée; troubles généraux : digestifs, nerveux (neurasthénie); anémie (facies utérin); pour les signes physiques, v. Delbet, Pozzi. Marche essentiellement chronique, avec des poussées aiguës (pelvi-péritonite). La métrite chronique est une des causes les plus importantes de stérilité. Pour ses formes, v. Balzer.

Terminer en insistant sur les rapports de la *blennorragie avec la grossesse et la puerpéralité.* La B. exerce une influence fâcheuse sur la grossesse (avortement, accouchement prématuré, etc.), laquelle provoque à son tour une recrudescence de l'affection; sur l'accouchement : rupture prématurée des membranes, rigidité du col (?): sur la puerpéralité : accidents précoces (métrite aiguë, réveil d'anciennes collections purulentes du petit bassin); tardifs : oophoro-salpingites, périmétrites, salpingites, etc. Pour tout cet important chapitre des. *accidents puerpéro-gonococciques*, v. Fruhinsholz, Th. de Paris, 1902 (2).

C. Chez la PETITE FILLE, la vulvo-vaginite blennorragique peut se compliquer : de cystite (surtout lorsque avec la vulvo-vaginite coïncide la colite [Hutinel]); d'hémorragies vulvaires; de réactions péritonéales d'intensité variable, mais se terminant le plus souvent par résolution [v. Epstein, in *Traité Grancher-Comby*, t. III; Comby, *Arch. de méd. des enfants*, 1901, et Guillaumont, Th. de Paris, 1901 (3)]. Ces

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 116, p. 1150.
(2) Analysée in *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 110.
(3) Analysée in *Gaz des hôpit.*, 1901, n° 101.

complications retentissent peut-être sur le développement ultérieur de l'utérus (arrêts de développement, déformations, déviations utérines) [Currier].

II. **Complications générales.** — A. Rhumatisme blennorragique. Après quelques mots d'*historique* (v. Lagrange, in *Duplay-Reclus* et Fournier, art. Blennorragie, *Dict. Jaccoud*), étudier l'*étiologie* (fréquence plus considérable chez l'homme que chez la femme, influence du froid, du traumatisme [Duplay et Brun], influence diversement comprise de l'abondance de l'écoulement [v. classiques]). Au point de vue *symptomatique*, le rhumatisme blennorragique peut frapper : *a.* les articulations; *b.* les synoviales tendineuses et les bourses séreuses.

I. *Rhumatisme articulaire*, frappe de préférence certaines jointures (genou, a. tibio-tarsienne, a. sterno-claviculaire, doigts, orteils); reste mono ou oligo-articulaire, ne se généralise pas, reste relativement fixe, tend vers l'ankylose (v. Fournier, *loco citato*, p. 232 et 239). *Formes* : *a. hydarthrose*, fréquente, localisée au genou : début insidieux, distension de l'article par une quantité assez considérable de liquide, indolence absolue, absence de troubles généraux. *Marche désespérément chronique* avec, quelquefois, des poussées aiguës: *b. arthralgie* : douleurs articulaires persistantes, rebelles à tout traitement; *c. arthrite subaiguë*, affecte les allures du rhumatisme vrai, mais s'en distingue par certains symptômes généraux : α. pas de sueurs; β. pas de modifications des urines ni γ. du sang; δ. intégrité des grandes séreuses (v. Fournier, *loco citato*, p. 233); *d. arthrite aiguë* souvent précédée de douleurs articulaires, se caractérise par des symptômes locaux : tuméfaction d'une jointure, due à l'infiltration du tissu cellulaire et au gonflement des extrémités osseuses; douleurs vives; élévation de la température locale; rougeur des téguments (v. Duplay et Brun) et généraux (fièvre, état gastrique, malaise) souvent aussi accusés que dans le rhumatisme vrai. Cette forme peut aboutir à la résolution ou à la destruction; plus souvent, elle devient *plastique ankylosante*; des brides péri-articulaires se développent et limitent les mouvements de la jointure qui s'ankylose progressivement (Gosselin). Insister sur cette terminaison. D'autres fois, après une ou plusieurs récidives (Pelisse), le rhumatisme passe à l'état chronique, prend peu à peu le type du *rhumatisme noueux déformant* (Fournier, do Amaral) (tuméfaction péri-articulaire, déformations multiples et symétriques, évolution chronique); *e. arthrite suppurée* : rare, mono-articulaire, très grave. — II. *Rhumatisme extra-articulaire*, *a. synovial*, accompagne l'arthrite; *b.* de *bourses séreuses* : hygroma rétro-calcanéen, prérotulien, etc.; *c. périostique* et *d. musculaire* (v. Fournier). — III. Le *rhumatisme puerpéral* n'est, le plus souvent, qu'un rhumatisme blennorragique (Bar, Bégouin, etc.).

Pour la *pathogénie*, rappeler les opinions classiques (v. Duplay-Reclus) et conclure en disant que le rhumatisme blennorragique est le type des pseudo-rhumatismes infectieux [Bouchard, Bourcy, de Lapersonne (1)].

B. *Complications vasculaires.* — *a.* L'*endocardite* vient souvent compliquer le rhumatisme blennorragique. Elle frappe surtout l'orifice aortique; le plus souvent bénigne, elle peut aussi affecter la forme ulcéro-végétante et déterminer la mort. Cette forme d'endocardite n'est pas exceptionnelle dans la *septicémie puerpéro-blennorragique* et paraît relever d'une infection mixte; *b.* La *péricardite*, la *myocardite*, la *phlébite* ont été quelquefois signalées.

C. Complications rénales. — La *néphrite* est presque constante dans les blennorragies graves ou compliquées. Ordinairement légère, transitoire, elle peut s'accompagner d'anasarque, de troubles urémiques et revêtir une certaine gravité.

(1) Voir aussi Vaquez et Laubry. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 21 nov. 1902.

D. Complications nerveuses divisées par Delamare (1) en *a. névroses* (neurasthénie); *b. accidents cérébro-méningés* (α. délires fugaces); β. méningites; γ. ramollissement cérébral); *c. accidents médullaires* (méningo-myélites aiguës et surtout chroniques); *d. névrites* (α. sensorielles [optique]; β. sensitives : névralgies sciatique, intercostales, etc.; γ. sensitivo-motrices) [v. Adeline, Th. de Paris, 1901 (2)].

Rapprocher de ces complications la *conjonctivite* coïncidant avec le rhumatisme ou indépendante de lui, d'abord unilatérale, puis bientôt double. Evolution en trois périodes : *a.* signes d'une violente inflammation catarrhale; *b.* sécrétion d'une quantité considérable de pus; *c.* altérations de la cornée. La maladie peut guérir; elle peut aussi passer à l'état chronique (v. Kirmisson, in *4 agrégés*).

E. Complications cutanées. — *a. Erythèmes* variés apparaissant surtout à la phase aiguë; *b. Purpura*, fréquent dans les cas graves (v. Balzer).

Diagnostic. — Le diagnostic de toutes ces complications est facile lorsqu'on sait l'existence d'une blennorragie antérieure. Passer en revue le diagnostic différentiel des principales complications : urétrite postérieure, orchite, cystite aiguë et chronique, métrite aiguë et chronique, rhumatisme blennorragique (v. classiques et Fournier, *loco citato*). Indiquer la nécessité de penser à la blennorragie dans tous les cas douteux.

Pronostic. — A. **Homme.** L'orchite double est une cause fréquente de stérilité; l'orchite simple prédispose à la tuberculose génitale. La B. chronique assombrit l'existence des malades et les expose à une série de complications graves. — B. **Femme.** La plupart des inflammations utéro-annexielles sont dues à la B. ou à l'infection puerpérale, ou à ces deux causes réunies. Leur existence est une cause fréquente de stérilité; elle oblige les malades à un repos indéfiniment prolongé et les expose à des accidents multiples; elles comportent donc un pronostic grave. — C. Dire un mot du pronostic de la vulvo-vaginite de la **petite fille.** — D. Pour les **complications communes aux deux sexes**, indiquer surtout le pronostic du rhumatisme et des troubles nerveux. Terminer en montrant combien l'éventualité de tous ces accidents doit faire apporter de réserves à l'opinion courante pour laquelle la blennorragie aiguë est une affection légère et sans conséquences.

Traitement général. — A. **Préventif** : soigner la localisation initiale de la B.; éviter les erreurs de régime ou de thérapeutique. — B. **Symptomatique** : quelques mots sur chacune des principales complications; indiquer la difficulté de soigner le rhumatisme, car ou bien on intervient de bonne heure (massage, mobilisation) pour empêcher le développement de l'ankylose, et alors on risque de réveiller les phénomènes inflammatoires, ou on attend, et alors les exsudats fibro-plastiques s'organisent et immobilisent de plus en plus l'articulation malade. Aux traitements classiques du rhumatisme blennorragique, ajouter l'*électrisation* (Mathieu et Delherm).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Orléans.* — Un concours pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire s'ouvrira le mardi 15 décembre prochain, à deux heures et demie.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

Guerre. — Corps de santé militaire. — Par décret en date du 12 octobre 1903, ont été nommés aux grades et emplois ci-après,

(1) Revue générale, *Gaz des hôpit.*, 1901, p. 549.
(2) Analysée in *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1149.

et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Martin, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nice; — Gérbault, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Toul.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Véron, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen; — Bergounioux, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de première classe en non-activité Baudisson, désigné pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Arnaud, maintenu à la direction du service de santé du gouvernement de Paris; — Auger, désigné pour le 80e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin-major de deuxième classe en non-activité Lang, désigné pour le 70e d'infanfanterie; — MM. les médecins aides-majors de première classe David, désigné pour le 39e d'artillerie; — Doumeng, maintenu à l'école militaire d'infanterie de Saint-Maixent; — Dickson, désigné pour le 27e d'artillerie; — Wagon, désigné pour le 16e d'infanterie.

MM. les médecins principaux de première classe Moine, nommé directeur du service de santé du 2e corps d'armée; — Calmette, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé.

Mutations. — Ont été désignés ou nommés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Sockeel, placé pour ordre à l'hôpital militaire de Lille; — Dulery, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Constantine; — Polin, nommé médecin-chef de l'Ecole polytechnique; — Lambert, désigné pour l'école militaire de Toulouse; — Troussaint, nommé à l'hôpital militaire de Nancy.

MM. les [médecins-majors de première classe Collin, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vannes; — Debrie, nommé médecin-chef à l'école d'application de l'artillerie et du génie de Fontainebleau; — Briot, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; — Silice, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Gauthier, pour l'hôpital militaire de Briançon; — Bouchereau, pour l'hôpital militaire Villemanzy à Lyon; — Batut, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; — Piussan, pour le 14e d'artillerie; — Simonin, pour l'hôpital militaire de Marseille (bactériologie).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pruvost, désigné pour le 15e d'artillerie; — Renaud, pour le 36e d'infanterie; — Maison, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Augias, pour le 25e bataillon de chasseurs à pied; — Vitoux, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Cavalier-Benezet, pour le 2e cuirassiers; — Vigerie, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Constantine; — Mialaret, pour le 28e de dragons; — Bouffandeau, pour le 1er bataillon d'artillerie à pied; — Bailby, pour le 34e d'artillerie; — Rieux, pour le 41e d'artillerie; — Foley, pour le 2e zouaves; — Mouly, pour le 16e d'artillerie; — Baumelou, pour le 2e dragons; — Cadiot, pour le 25e dragons; — Henriot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de première classe Angué, désigné pour le 25e d'infanterie; — Gabrielle, pour le 111e d'infanterie; — Raoult-Deslongchamps, pour le 151e d'infanterie; — Peltier, pour l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye; — Boullier, pour le 12e chasseurs à cheval; — Fischer, pour le 158e d'infanterie; — Lambroschini, pour le 119e de même arme; — Cousergue, pour la direction du service de santé du 13e corps d'armée; — Bouchart, pour le 66e d'infanterie; — Blot, pour le 22e dragons; — Lexa, pour le 74e d'infanterie; — Boppe, pour le 94e d'infanterie; — Marcombes, pour le 92e d'infanterie; — Do, pour le 23e d'artillerie; — Lajoanio, pour le 9e d'infanterie; — Schnaebele, pour le 2e d'artillerie; — Randon, pour le 7e d'infanterie; — Pierre, pour le 27e d'infanterie; — Gavard, pour le 30e dragons; — Dugrais, pour le 8e bataillon de chasseurs à pied; — Tranchant, pour le 3e spahis; — Cornet, pour l'hôpital militaire de Constantine (bactériologie); — Lajoux, pour le 16e dragons; — Nicolle, pour le 21e dragons; — Cahuzac, pour le 143e d'infanterie; — Roudie, pour le 34e d'infanterie; — Fontagne, pour le 4e hussards; — Feldmuller, pour le 96e d'infanterie; — Demanneville, pour le 3e hussards.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Casteret, désigné pour le 9e chasseurs à cheval; — Orticoni, pour le 142e d'infanterie; — Brun, pour le 50e d'infanterie; — Rebierre, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — de Saint-Vincent de Parois, pour le 11e chasseurs à cheval; — Paon, pour le 23e dragons; — Frecus, pour le 19e dragons.

Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 7 octobre 1903, M. le médecin-major de première classe Devaux, a été affecté au 21e d'infanterie coloniale, à Paris.

XVIe Congrès de l'Association française de chirurgie. — Voici l'ordre du jour des séances de ce Congrès :

Lundi 19 octobre, à deux heures : séance d'inauguration dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine; discours de M. Ch. Périer, président du Congrès; compte rendu du secrétaire général; — à trois heures : première question mise à l'ordre du jour : « De l'exclusion de l'intestin; » M. Hartmann (de Paris), rapporteur.

Mardi 20 octobre, à deux heures : questions diverses; chirurgie générale, oreille, tête et cou.

Mercredi 21 octobre, à deux heures : questions diverses, mamelle, paroi abdominale et péritoine, œsophage, estomac, cæcum, rate, intestin.

Vendredi 23 octobre, à deux heures : assemblée générale; rapport du trésorier; nomination du vice-président du Congrès pour 1904, d'un membre du conseil d'administration et des secrétaires; questions diverses — A deux heures et demie : deuxième question mise à l'ordre du jour : « Tumeurs de l'encéphale; » M. Duret (de Lille), rapporteur; questions diverses, foie, intestin (suite), rectum, appendice.

Samedi 24 octobre, à neuf heures du matin : séance supplémentaire; moelle épinière, bassin, organes génito-urinaires de l'homme, organes génitaux de la femme; — à deux heures : chirurgie des membres; — à quatre heures : présentation d'instruments. Ces présentations auront lieu dans la salle de correspondance.

Banquet. — Les membres du Congrès qui désireront prendre part au banquet qui aura lieu le jeudi 22 octobre, à sept heures et demie, hôtel Terminus, quai d'Orsay, sont priés de s'inscrire au secrétariat du Congrès (salle de correspondance), à la Faculté de médecine, avant le mardi soir.

Tout ce qui concerne les cotisations doit être adressé à M. A. Broca, 5, rue de l'Université.

Tout ce qui concerne la partie scientifique et la publication doit être adressé à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 81, rue Saint-Lazare.

Carte. — Prière à MM. les membres du Congrès de retirer leur carte à la salle de correspondance. Elle servira à visiter divers établissements.

L'hygiène à l'école. — Le lauréat du concours sur l'Hygiène à l'école, organisé par M. Capmartin, pharmacien à Blaye, avec l'aide des plus hautes personnalités politiques et médicales, est M. le docteur Armaignac (de Bordeaux).

Son mémoire, choisi parmi soixante-dix manuscrits, s'est fait remarquer par ses vues pratiques et la clarté de sa vulgarisation : il sera imprimé et distribué gratuitement à une grande partie du corps enseignant.

L'initiative de M. Capmartin a déjà suscité de fécondes innovations et donné une impulsion nouvelle à l'étude si précieuse de l'hygiène scolaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Analyse chimique et bactériologique des eaux potables et minérales. Épuration des eaux. Législation, par F. Baucher, pharmacien principal de la marine en retraite. In-18 avec 16 fig. — Prix : 7 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LIBRAIRIE VIGOT FRÈRES
23, Place de l'École-de-Médecine, 23.

Des droits de timbre et d'enregistrement en matière de certificats médicaux, par MM. les docteurs Etienne Ginestous, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, lauréat des hôpitaux et de la Faculté, médecin oculiste, et Gaston Ginestous, docteur en droit, receveur de l'enregistrement et des domaines. In-8°. — Prix : 1 fr. 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

L'épithélioma primitif de l'urètre chez l'homme.

Par M. Paul SOUBEYRAN,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

Chez l'homme, l'urètre peut être envahi par des néoplasmes venus de la vessie, de la prostate, de la verge ou des glandes de Cooper ; nous les éliminerons dès à présent pour nous occuper exclusivement de l'épithélioma qui prend naissance dans le canal urétral.

I

Historique. — L'épithélioma frappe si rarement l'urètre, que pendant longtemps on a cru que ce conduit était à l'abri de ses atteintes, si bien que Demarquay, dans son livre sur *Les maladies chirurgicales du pénis* (1877), ne fait aucunement mention de cette affection.

L'étude de cet épithélioma est donc de date récente, et des travaux assez nombreux parus sur la question ont permis à nos ouvrages classiques d'établir brièvement son histoire clinique. Cependant, avant les études d'ensemble, auxquelles nous faisons allusion, des observations isolées avaient été publiées. Thiaudière publia la première en 1834 dans le *Bulletin général de thérapeutique*, sous le nom de tumeur carcinomateuse ; Thiersch, Hutchinson, Albert, Poncet, Guyon et Guiard... et bien d'autres dont on trouvera l'indication à notre index bibliographique en ont publié des cas, le plus souvent accompagnés d'un examen histologique.

Déjà en 1889 Griffiths disait qu' « il se pourrait que cette affection ne fût pas aussi rare que nos classiques voudraient nous le faire supposer » et vers cette époque, en Allemagne Kaufmann, puis Witzenhausen publiaient de courts mémoires sur la question.

Au Congrès de chirurgie de 1894, Albarran communique une observation d'émasculation totale pour épithélioma primitif de l'urètre et avoue en connaître seulement huit cas ; depuis lors d'importantes thèses ont paru, celle de Carcy (Paris 1895) réunit dix-sept observations, dont une de Bazy, la même année paraît celle de Melville Wassermann ; cette dernière renferme vingt observations d'épithélioma chez l'homme et vingt-quatre chez la femme ; mais cet auteur ajoute, comme ses devanciers, trois observations de carcinome de la glande de Cooper que nous croyons devoir rejeter du cadre que nous nous sommes tracé.

Signalons encore la thèse de Bosse sur le cancer primitif de l'urètre chez l'homme et chez la femme (Göttingue 1898), dans laquelle l'auteur rapporte 17 cas seulement, car il ne tient pas compte des observations de Thiaudière, Billroth, Albert, Grünfeld et Poncet, alléguant qu'il y manque l'examen histologique ; cependant cet examen fut fait dans les cas d'Albert et de Poncet, pour les autres le diagnostic ne paraît pas douteux ; mais il ajoute trois nouvelles observations.

Enfin nous citerons la récente observation d'Oberlœnder (1900), qui montre les bons résultats des résections partielles et celle que nous avons présentée à la Société anatomique (due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat) où il s'agissait d'un épithélioma de la portion pénienne de l'urètre.

II

Étiologie. — Elle est obscure comme celle de tous les néoplasmes.

La fréquence de l'épithélioma primitif de l'urètre est peu considérable ; c'est ce que montre la grande statistique des hôpitaux de Vienne (*Arch. de Langenbeck*, vol. XXV) : sur 101401 malades, 16687 étaient porteurs de tumeurs ; l'urètre ne figure dans ce grand nombre de tumeurs que 16 fois. Il était le siège de 1 fibrome, 3 papillomes, 3 polypes, 1 sarcome et 8 carcinomes, s'étant propagés probablement par contiguité ; jamais l'urètre ne fut atteint d'épithélioma dans cette statistique. Wassermann a rassemblé 20 observations, Bosse en ajoute 3 nouvelles, ce qui avec la nôtre porte le nombre à 24.

L'influence de l'*âge* se fait sentir assez nettement ; cette affection se rencontre d'ordinaire dans la deuxième moitié de la vie ; cependant il est possible de l'observer chez des malades plus jeunes, puisque le malade de Hutchinson avait vingt-deux ans ; celui de Bosse vingt-cinq ; en général, le maximum de fréquence s'observe aux environs de soixante ans.

Le *traumatisme* joue peut-être le rôle de cause prédisposante, surtout si l'on considère le rétrécissement qui lui fait suite ; dans quelques observations il est parlé de chute sur le périnée, en particulier dans celle de Trzebicki.

A côté de ces causes banales, il en existe d'autres qui offrent un plus grand intérêt et qui agissent par le mécanisme de l'*irritation chronique*.

C'est surtout la blennorragie et le rétrécissement qui lui fait suite, qu'il faut incriminer; ce qui fait dire à Melville Wassermann que « le rétrécissement blennorragique est souvent la première étape de l'épithélioma »; à son niveau, en effet, se rencontrent des irritations persistantes; le rétrécissement existait dans onze de nos observations. Ces irritations continues sont comparables à celles que produit le phimosis dans les cancers du gland par suite de la stagnation de l'urine sous le prépuce, et peut-être faut-il voir dans les habitudes de certains malades comme le nôtre (masturbation à l'aide d'objets tels que des pailles, des tiges, etc., introduits dans l'urètre) une cause d'irritation chronique du canal urétral.

III

Anatomie pathologique. — Siège. — Tandis que chez la femme, l'épithélioma de l'urètre naît le plus souvent au niveau du méat, chez l'homme il siège beaucoup plus profondément et son début passe inaperçu.

Nous conformant à la division topographique de l'urètre en *urètre pénien* et *urètre périnéal*, séparés par l'insertion inférieure du ligament suspenseur de la verge, nous étudierons l'épithélioma de l'urètre pénien et celui de l'urètre périnéal; la localisation de l'épithélioma bien tranchée dans ces deux parties, les rapports étroits de l'épithélioma de l'urètre périnéal avec le rétrécissement blennorragique et surtout les indications thérapeutiques spéciales, autorisent cette distinction.

L'épithélioma de l'urètre pénien est le plus rare (cinq observations), c'est le plus souvent près de la base du gland qu'il siège; deux fois c'était au milieu du pénis, dans l'observation de Füller il siégeait dans la fosse naviculaire, dans la nôtre c'était à 1 centimètre et demi du méat.

L'urètre périnéal est bien plus fréquemment atteint (19 obs.). Deux fois l'épithélioma siégeait au niveau de la région scrotale, une fois dans la portion prostatique (Grünfeld) et quinze fois au niveau du bulbe; nous connaissons les raisons de cette dernière localisation.

Lésions macroscopiques. — Les lésions du début ont été très rarement observées, seuls Oberlœnder et Grünfeld les ont signalées, grâce à l'endoscopie.

Si l'on fend l'*urètre*, la tumeur se présente sous la forme d'une masse bourgeonnante et ulcérée qui a envahi et détruit une partie plus ou moins étendue de la circonférence du canal sur une longueur toujours assez considérable, 4 à 7 centimètres en général, parfois beaucoup plus; la paroi inférieure est la plus atteinte.

En avant, le canal reprend son calibre, en arrière il présente une dilatation très marquée dont les parois anfractueuses sont incrustées de sels calcaires et qui est due à la stagnation de l'urine en arrière d'un point rétréci. L'épithélioma de l'urètre s'accompagne très fréquemment de la formation de *fistules*; elles existent dans 17 observations et peuvent être uniques ou multiples (quatre dans le cas de Fuller); le plus souvent elles s'ouvrent au périnée (9 fois) et peuvent aller jusqu'à l'ischion (Thiersch), puis viennent le scrotum (3 fois), le pénis (2 fois sur la face supérieure et 2 fois sur la face inférieure), enfin le pubis (Albarran) et le rectum (Schulstler).

Comment se forment ces fistules? L'urine devenue septique, retenue en arrière de l'obstacle formé par le néoplasme, produit une inflammation péri-urétrale, les tissus sont détruits peu à peu, des trajets se forment où la tumeur va pousser des prolongements et les téguments criblés de clapiers s'indurent. Ces fistules comprennent deux orifices et un trajet.

L'*orifice interne*, unique, est situé en arrière du point rétréci, le bulbe en général; l'*externe*, souvent multiple, s'ouvre sur une peau épaissie, indurée, irritée par l'urine.

Le *trajet* contourne souvent le bulbe en le respectant, quelquefois deux fistules latérales s'unissant au-dessus et au-dessous, le dissèquent et l'isolent. Ce trajet est tapissé fréquemment par une paroi épithéliale (épithélium pavimenteux stratifié), se continuant du côté du canal et souvent du côté de la peau, avec les revêtements correspondants; cet épithélium, qui émet des bourgeons pleins s'enfonçant dans les tissus voisins, tire très vraisemblablement son origine de l'épithélium urétral irrité qui a proliféré dans le trajet.

Lésions microscopiques. — L'examen histologique fait presque toujours par les auteurs montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux stratifié et l'on voit sur les coupes des boyaux s'enfonçant dans le stroma du derme et se propageant au loin.

Le cancer de l'urètre survient fréquemment, nous le savons, sur un urètre anciennement lésé, rétréci et parfois fistuleux, c'est-à-dire à un endroit où s'exercent deux irritations concomitantes : la stagnation de l'urine et l'irritation continue d'une vieille cicatrice. Hallé et Wassermann ont signalé à ce niveau l'épidermisation de la muqueuse et la kératinisation de l'épithélium, véritable leucoplasie, et ils ont montré comment l'épithélioma prenait naissance de plaques de leucoplasie (*Annales génito-urinaires*, 1897).

Tissus voisins. — Le corps spongieux et le corps caverneux sont très souvent infiltrés sur une étendue assez grande autour de la tumeur, leur tissu, dur, dense, blanchâtre, est envahi de cellules embryonnaires noyant les faisceaux conjonctifs et musculaires. Le tissu cellulaire et la peau sont épaissis, indurés et fibreux.

IV

Symptomatologie. — Suivant les différentes périodes de son évolution, les signes de l'épithélioma de l'urètre présentent un aspect variable. Nous les rangerons en trois périodes : période de début, souvent insidieuse; période d'état; période de terminaison, fistulisation.

1° Période de début. — L'épithélioma, chez l'homme, reste longtemps caché, surtout lorsqu'il se développe chez un rétréci. Le début est variable; tantôt il se fait par une tuméfaction de la verge, sans aucun trouble de la miction comme pour le malade d'Albarran, chez lequel dix mois après apparaissait une fistule située sous le pubis.

Le plus habituellement, chez un ancien blennorragique, rétréci, il se forme un abcès périurétral; cet abcès s'ouvre spontanément, ou grâce à une intervention. C'est seulement après son ouverture, quand la fistule est constituée depuis plus ou moins de temps, que l'on voit les bords changer d'aspect, devenir bourgeonnants, saignants.

D'autres fois, le début se fait par des troubles vagues de la miction, une légère douleur, un simple picotement au

passage de l'urine, une sécrétion légère dans le premier jet d'urine, quelques gouttes de sang au début ou à la fin, mais cette hématurie est plus fréquente chez la femme; tous ces symptômes sont rapportés au rétrécissement ou à l'urétrite chronique.

Il n'existe que deux observations, celles d'Oberländer et de Grünfeld, où l'endoscopie a permis de voir les premières phases du développement du mal.

Oberländer a vu sur la muqueuse urétrale une cicatrice semi-lunaire, blanchâtre, entourée d'une muqueuse grisâtre, sèche. Le reste de la muqueuse avait la même couleur terne et était sillonnée de plusieurs anciennes cicatrices. La tumeur apparaissait derrière la cicatrice, elle avait la forme d'une framboise, pédiculée, rouge, irrégulièrement mamelonnée et saignant facilement.

Chez le malade de Grünfeld il existait deux petites tumeurs polypiformes, de la grosseur d'un grain de chènevis, dont une, implantée avec un petit pédicule sur la muqueuse bleuâtre, était d'une couleur blanc jaunâtre. Une troisième petite tumeur siégeait dans la région du verumontanum, rose pâle, grisâtre et sillonnée de vaisseaux sanguins; la muqueuse urétrale tout autour du néoplasme était de couleur foncée, livide, et saignait facilement.

2° Période d'état. — Les symptômes deviennent plus nets; nous examinerons les signes fonctionnels, puis les signes tirés de l'examen du malade.

Parmi les *signes fonctionnels*, il faut citer en première ligne la *douleur*; localisée d'abord dans le canal, elle peut irradier vers le pubis, vers l'anus et vers la racine des cuisses; parfois violente, elle est cependant moins accentuée que chez la femme; la pression l'exagère. L'*éjaculation* est quelquefois douloureuse; il n'y a cependant pas de cas dans lesquels on mentionne que l'érection fût suivie de douleurs. La *miction* est en général douloureuse car l'urine passe sur une plaie; le jet est déformé, son volume a fort diminué, ainsi que sa force de projection, la durée de la miction a augmenté, tous symptômes que l'on retrouve dans les rétrécissements simples; enfin la miction peut être supprimée, puisque six fois nous avons noté la *rétention*.

L'*urétrorragie* est fort inconstante; elle existait quatre fois et ne présentait rien de caractéristique; chez le malade de Grünfeld l'écoulement du sang qui avait lieu à la fin de la miction dura huit mois. L'*écoulement séro-purulent*, qui est habituel, est fort important puisque sous le microscope on peut y rencontrer des éléments histologiques, des cellules épithéliales caractéristiques.

L'*inspection* des parties malades donne des résultats différents, suivant que l'épithélioma siège dans l'urètre pénien ou périnéal. Dans le premier cas la verge est tuméfiée, fusiforme ou en battant de cloche; il existe assez fréquemment du phimosis (5 fois). Dans le second, le périnée ou la région scrotale sont le siège de la tuméfaction.

A la *palpation* on s'aperçoit que la région est indurée, et l'on sent surtout à la paroi inférieure une masse dure, allongée; chez le malade de Billroth, on trouvait au milieu du pénis une induration qui « produisait l'effet d'un bout de bougie long de 3 centimètres et demi, qui serait resté dans l'urètre; une deuxième induration péri-urétrale pareille se trouvait un peu plus en arrière ». La palpation est mal supportée.

Bien plus intéressante est l'*exploration* du canal; si l'on introduit l'explorateur à boule de M. Guyon, on constate que, à une profondeur variable, l'instrument est arrêté par un point rétréci qui ne correspond pas, en général, au siège habituel du rétrécissement blennorragique; le point rétréci franchi, la boule se dégage dans une cavité plus large que celle qui existe en amont du rétrécissement ordinaire et dont les parois sont irrégulières et friables.

Si, pendant cette exploration, on essaye en palpant l'urètre avec le doigt de percevoir la boule à travers la paroi du canal, on s'aperçoit qu'on ne le peut, à cause de l'induration néoplasique. Parfois le cathétérisme est impossible, car l'extrémité s'engage en plein tissu cancéreux. Enfin l'exploration du canal provoque presque toujours une hémorragie qui amène aussitôt l'idée de néoplasme malin.

Le *toucher rectal* indique jusqu'à quelle profondeur s'étend le néoplasme, et renseigne sur l'état des glandes de Cooper et de la prostate.

L'*examen endoscopique* est fort important dans les premières phases de l'affection, nous avons vu quels renseignements il avait fournis à Grünfeld et Oberländer; plus tard il devient moins utile et même impraticable en raison de la dureté de l'urètre et des hémorragies qu'il provoque.

L'*adénopathie* n'est pas constante et ce ne serait que dans un tiers des cas (Wassermann) qu'on la rencontrerait; nous avons trouvé qu'elle existait dans la moitié des cas environ; elle est signalée en effet 12 fois, et n'est jamais précoce; s'il y a récidive les ganglions sont toujours pris. Dans l'observation de Bosse les ganglions inguinaux et rétropéritonéaux formaient une masse continue. Les ganglions, en général peu volumineux, siègent dans l'aine, quelquefois de deux côtés, mais plus fréquemment à gauche.

3° Période de fistulisation. — La tuméfaction péri-urétrale s'abcède et une fistule lui succède. Nous connaissons leur fréquence, leur siège, en rapport avec celui de la tumeur, l'orifice externe se présente entouré de bourgeons exubérants dont on peut faire l'examen histologique, il laisse suinter un liquide ichoreux et de l'urine pendant la miction; les tissus ambiants sont durs et lardacés, l'exploration de ces trajets au stylet donne des renseignements sur leur direction, sur leur communication entre eux; elle est quelquefois suivie d'une légère hémorragie. Dans l'observation de Grünfeld, l'épithélioma né dans l'urètre avait gagné la prostate.

Complications. — Elles ne diffèrent pas de celles qui accompagnent les destructions urétrales ordinaires. La rétention d'urine n'est pas rare; l'incontinence n'est pas signalée. Les accidents septiques sont plus importants; nous avons vu l'évolution des abcès nés autour de la région rétrécie; à leur suite survient l'infection urinaire avec ses terribles conséquences (cystite, pyélonéphrite, fièvre urineuse); le malade a de la fièvre, il se cachectise et s'épuise lentement.

Marche. — La marche de la maladie est très variable; en général, elle évolue assez rapidement et dure de quelques mois à un ou deux ans; il nous est difficile de fixer des données plus précises en raison du manque de renseignements de la plupart des observations.

La mort survient, tantôt par cachexie cancéreuse, tantôt par suite de l'infection urinaire; nous verrons plus loin le sort de ceux qui sont opérés.

V

Diagnostic. — Le diagnostic est difficile, car il existe des affections assez voisines. Le plus souvent le malade est un rétréci et le diagnostic reste méconnu, jusqu'au jour où

l'hémorragie, l'induration, et l'adénopathie inguinale apparaissent.

Il faut tout d'abord distinguer l'épithélioma urétral du *rétrécissement* ordinaire ; le passé urétral du malade sera interrogé avec soin, afin de noter l'absence d'un traumatisme de la verge ou du périnée et surtout d'une blennorragie ; le rétrécissement blennorragique ne présente pas une induration aussi nette et aussi étendue, il est multiple habituellement et occupe un siège bien déterminé ; il ne donne pas lieu à des hémorragies, si on l'explore, l'instrument ne tombe pas, après l'avoir franchi, dans une cavité à parois irrégulières et friables. L'examen urétroscopique, au début, la recherche, à l'aide du microscope, de cellules épithéliales dans l'écoulement urétral, ou dans des fragments obtenus par le râclage, fourniront de précieux renseignements. C'est à ces mêmes signes que l'on reconnaîtra un épithélioma greffé sur un rétrécissement de l'urètre.

Dans l'épithélioma de la portion pénienne de l'urètre, lorsque la verge est tuméfiée et indurée, l'affection revêt l'aspect du *cancer du pénis* ; il sera facile d'éviter cette erreur à cause de l'absence des troubles fonctionnels et de l'intégrité du canal à l'exploration. Mais lorsque les lésions sont très avancées, on peut se demander si l'urètre n'a pas été envahi par un cancer pénien. Tous les auteurs reconnaissent que l'urètre reste longtemps intact au cours du cancer du pénis, même dans les cas où la verge est désorganisée ; les troubles de la miction résultent alors, non de l'envahissement, mais du refoulement de la paroi urétrale ; le cancer du pénis gagne plus en surface qu'en profondeur et respecte l'urètre. Dans les 134 observations relevées par Demarquay 2 fois seulement il était pris : « Le canal de l'urètre, dit cet auteur, comprimé par le tissu cancéreux, est rétréci ; la membrane muqueuse forme des plis longitudinaux plus prononcés que dans l'état normal, tandis qu'au delà du point rétréci, le canal éprouve une légère dilatation ; mais, chose remarquable, bien que le cancer ait envahi le gland, qu'il ait même détruit en partie cet organe, presque constamment l'urètre reste sain ; je dis presque constamment, parce que j'ai vu dans le musée de Hunter une pièce, dans laquelle les aréoles du bulbe et une grande partie du corps caverneux, sont infiltrés par la matière encéphaloïde. »

Dans le cancer du pénis, l'adénopathie manque rarement et est précoce ; elle est plus rare et tardive dans l'épithélioma de l'urètre. L'absence du phimosis sera également un bon signe, car sa fréquence est extrême dans le cancer du pénis (8 fois sur 10, Hey, Demarquay).

Mais le mode de début et l'évolution de la lésion nous fourniront encore les plus importants renseignements : le cancer de la verge débute, soit sur le gland, soit sur le prépuce par des lésions très apparentes, tandis que le cancer de l'urètre a un début profond et insidieux ; la douleur, la gêne à la miction, l'hémorragie, enfin la constatation des signes tirés de l'examen du canal, trancheront le diagnostic.

Le diagnostic de l'épithélioma de la portion périnéale et du *cancer des glandes de Cooper* est facile ; il existe une tuméfaction périnéale, gênant la marche et la position assise, et déterminant de la difficulté d'uriner qui peut aller jusqu'à la rétention ; la défécation est aussi entravée. La tumeur est nettement circonscrite, tandis que dans l'épithélioma urétral il y a une infiltration diffuse des parois du canal ; elle est latérale et perceptible par le toucher rectal ; le cathétérisme de l'urètre est presque toujours possible, surtout si l'on a soin d'éloigner la tumeur du canal.

A la période de *fistulisation*, on peut se demander s'il s'agit d'une fistule urinaire simple ou d'une transformation épithéliomateuse d'un trajet fistuleux. La fistule cancéreuse, parfois assez précoce, ne présente pas toujours un caractère spécial et souvent on croit à une *fistule urinaire*. Si une fistule se forme chez un malade non blennorragien et n'ayant pas subi de traumatisme du canal, il faudra exciser un petit fragment de sa paroi pour le soumettre à l'examen microscopique ; l'absence d'éléments épithéliaux fera le diagnostic de simple fistule.

Mais il est des cas plus difficiles ; chez un rétréci, il se forme un abcès péri-urétral qui aboutit à une fistule ; quelque temps après les bords de cette fistule changent d'aspect, ils deviennent bourgeonnants, saignants, et ce n'est qu'à ce moment que le cancer se manifeste. « De telle sorte que l'on peut se demander, dit Guiard, s'il s'agit d'un cancer primitif de l'urètre ou d'un cancer développé sur une plaie plus ou moins irritée par le passage de l'urine. » En un mot l'épithélioma a-t-il débuté sur l'urètre ou sur le trajet fistuleux ?

Il n'est évidemment pas douteux qu'un trajet fistuleux puisse devenir épithéliomateux (observations de Poncet) ; mais dans ce cas, les fistules, de date ancienne, sont irritées depuis longtemps par l'urine ; la recherche de symptômes fonctionnels (douleur, troubles de la miction, écoulements), l'endoscopie, l'exploration du canal, l'examen microscopique d'une parcelle de tumeur enlevée dans l'urètre, pourront faire le diagnostic.

Diagnostic du siège. — Ce diagnostic est facile ; la palpation et l'introduction de l'explorateur dans l'urètre ne permettront aucune hésitation.

V

Pronostic. — L'épithélioma de l'urètre est une maladie très grave ; la mort survient par un mécanisme qui nous est déjà connu ; si le malade est opéré la récidive n'est pas rare ; cependant la guérison peut survenir après l'opération, mais la statistique est entachée d'erreurs, car des malades perdus de vue de bonne heure y figurent comme guéris.

Dans les observations que nous avons rassemblées, nous trouvons 4 malades *non opérés*, qui sont morts cachectiques ; d'autres, au nombre de 12, *opérés incomplètement* puisqu'on s'est contenté de leur pratiquer la taille périnéale, sont morts plus ou moins rapidement cachectiques ou infectés. Huit ont subi l'*ablation complète ;* chez trois d'entre eux la *récidive* survint ; ce fut dans les ganglions, quatre mois après, chez le malade de Trzebicki ; chez celui d'Albarran, qui avait subi l'émasculation totale, ce fut neuf mois après et elle s'étendait jusqu'à la paroi abdominale ; le malade d'Hutchinson avait subi l'amputation du pénis, la récidive fut opérée et il était guéri huit mois après. Des cinq autres l'un était *guéri* trois ans après (Thiaudière), le second vingt et un mois après (Oberländer), le troisième guérit (Buday), mais l'observation ne dit rien des suites éloignées ; le quatrième qui subit l'émasculation totale, n'avait pas de récidive dix mois après (Bazy-Carcy), le cinquième est guéri depuis huit mois (Tédenat-Soubeyran). En somme six guérisons.

Le pronostic dépend d'ailleurs du *siège* de l'épithélioma ; au niveau de l'urètre pénien, l'ablation est facile et complète ; nous n'en voulons pour preuve que les quatre malades qui ont subi l'amputation du pénis et qui ont tous guéri.

Enfin le *moment* de l'intervention n'est pas indifférent; quand la tumeur a envahi les tissus profonds ou les ganglions, le succès opératoire sera plus incertain. Il est donc nécessaire de faire un diagnostic précoce, l'endoscopie pourra y contribuer; l'observation d'Oberländer et de Rupprecht en est la preuve : « Après résection de l'urètre il n'y avait pas de récidive après vingt et un mois, » dit Wassermann. Mais la guérison devait être encore plus durable puisque, quatre ans après seulement, la récidive survenait; l'observation mérite d'ailleurs d'être résumée :

« Un homme âgé de soixante-huit ans subit la résection d'une portion de l'urètre atteinte de carcinome en 1893. Rupprecht incise le périnée et l'urètre ; ayant trouvé que la tumeur était bien un carcinome, il introduisit une soude molle dans le canal jusque dans la vessie, et réséqua un bout de 8 centimètres et demi de l'urètre, se tenant à 2 centimètres en avant et à autant en arrière de la tumeur. La réunion du canal sectionné fut facile et le malade a très bien guéri de son affection. Les ganglions inguinaux furent également extirpés. En 1897, ce malade se présente et l'on voit à l'urétroscope des papillomes sur l'urètre prostatique. On fend l'urètre par la voie périnéale et on enlève les papillomes. En même temps on extirpe dans l'aine droite un ganglion gros comme une prune. Le malade succombe au bout de dix jours à une pneumonie. »

VI

Traitement. — Livré à lui-même, le cancer de l'urètre aboutit fatalement à la mort; il importe donc de l'arrêter le plus tôt possible dans son évolution et pour cela l'extirpation est le seul traitement rationnel. Tous les auteurs s'accordent à dire que les résultats de l'intervention sont peu encourageants, et que la récidive est rapide, cela tient, sans aucun doute, à ce que l'opération est faite trop tardivement et qu'elle est alors incomplète; il faudra donc s'efforcer d'opérer d'aussi bonne heure que possible.

Si l'on est assez heureux pour opérer *au début* de l'affection, on peut imiter la conduite d'Oberländer et de Rupprecht, faire *la résection* de toute la portion de l'urètre dégénérée et réunir les deux segments par une urétrorraphie; la guérison se maintint pendant quatre ans; cette opération aura de bien rares indications, car il faut des lésions très limitées pour qu'elle soit suffisante.

Quand les lésions sont peu avancées, il est nécessaire d'employer des procédés plus complets ; ces procédés diffèrent suivant qu'il s'agit d'un épithélioma de la portion pénienne ou d'un épithélioma de la portion périnéale.

Épithélioma de l'urètre pénien. — Lorsque la tumeur a envahi les tissus juxta-urétraux, et lorsqu'elle n'a pas dépassé l'étendue de la portion pénienne, il conviendra de faire l'*amputation* de la verge. Les téguments tendus seront incisés circulairement ou en raquette, les corps caverneux sectionnés et liés avec du catgut, l'urètre divisé en deux lèvres sera suturé à la peau. Nous avons vu les bons résultats que donnait cette méthode.

Épithélioma de l'urètre périnéal. — Le bulbe est toujours pris, les corps caverneux sont infiltrés jusque dans leurs racines, bien au delà des lésions urétrales. Les diverses opérations proposées pour le cancer du pénis sont pour la plupart insuffisantes; celle de Delpech-Bouisson met l'urètre entre les deux bourses; celle de Wedemeyer-Thierah le transporte derrière le scrotum, celle de Pearce-Gould extirpe les racines bulbaires caverneuses, mais laisse les bourses au-devant d'un méat périnéal.

Ces opérations sont inapplicables ici, la plupart laissent les racines des corps caverneux, les autres conservent le scrotum, si fréquemment envahi et siège de fistules, si bien que l'opération de choix nous paraît être, pour ces cas étendus, l'*émasculation totale*.

Cette opération sera indiquée, non seulement quand l'urètre périnéal est le siège du néoplasme et qu'il existe des fistules périnéales et scrotales, mais aussi lorsque le cancer de la portion pénienne a pris une grande extension, et que les racines caverneuses, le scrotum, le cordon seront atteints, de telle sorte que l'on peut appliquer ici le principe que Moritani et Paci appliquent au cancer du pénis : l'émasculation convient au cas où le cancer s'arrête près du pubis.

Cette opération supprime l'urètre dans sa plus grande partie, les corps caverneux, le scrotum ; en voici les divers temps (Chalot) :

1° Section des cordons spermatiques et ligature isolée de leurs vaisseaux ;

2° Ablation en bloc des bourses et de la verge ;

3° Dissection des racines des corps caverneux, du bulbe et urétrostomie périnéale ;

4° Evidement ganglionnaire des deux aines systématiques même si les ganglions paraissent indemmes.

L'*extirpation des ganglions* est le complément indispensable de l'opération, car la récidive est fréquente à leur niveau.

L'émasculation totale a été pratiquée deux fois ; le malade de Bazy n'avait pas de récidive dix mois après l'opération ; celui d'Albarran récidiva après neuf mois.

Lorsque le néoplasme est *inopérable*, lorsque le périnée est criblé de fistules, et qu'il y a rétention d'urine, il faut s'occuper de l'infection qui est imminente et dériver les urines, c'est donc à la cystotomie hypogastrique qu'il faut avoir recours pour prolonger la vie des malades.

OBSERVATIONS

Albarran. — Age : quarante-trois ans; siège : région scrotale; renseignements cliniques : adénopathie bilatérale; deux fistules (sous le pubis et sur la verge) ; date du début : quatre ans; traitement : émasculation totale, ablation des ganglions; résultats : récidive neuf mois après étendue à la paroi abdominale; inopérable.

Albert. — Age : cinquante-cinq ans; siège : région scrotale; renseignements cliniques : phimosis; deux fistules scrotales; date du début : douze ans; traitement : résection; résultats : mort de septicémie quelques jours après.

Bazy-Carcy. — Age : soixante-deux ans; siège : région périnéo-scrotale; renseignements cliniques : blennorragie ancienne, fistules scrotales, adénopathie bilatérale; date du début : cinq mois; traitement : émasculation totale; résultats : pas de récidive dix mois après.

Beck. — Age : soixante et un ans; siège : bulbe; renseignements cliniques : blennorragie à dix-huit ans, symptômes de rétrécissement; date du début : six mois; traitement : taille périnéale; résultats : se cachectise et sort.

Billroth. — Age : cinquante ans ; siège : milieu du pénis; renseignements cliniques : adénopathie, rétention d'urine; date du début : sept mois ; résultats : mort dans le marasme, pas d'examen histologique.

Bosse. — Age : vingt-cinq ans; siège : région membraneuse; renseignements cliniques : blennorragie, phimosis,

adénopathie inguinale; traitement : taille périnéale; résultats : malade déjà cachectique, mort vingt-deux jours après.

BUDAY. — Age : soixante-sept ans; siège : partie antérieure du pénis; renseignements cliniques : adénopathie légère, fistule à la face inférieure du pénis; date du début : douze mois; traitement : amputation de la verge; résultats : guérison.

CABOT. — Age : vieillard; siège : portion périnéale; renseignements cliniques : blennorragie depuis trente-cinq ans, rétrécissement depuis neuf ans, deux fistules périnéo scrotales; date du début : plusieurs années; traitement : taille périnéale, ablation totale impossible.

CZERNY-WITZENHAUSEN. — Age : quarante-huit ans; siège : bulbe; renseignements cliniques : blennorragie probable, deux fistules périnéales, phimosis; date du début : trois mois; traitement : taille périnéale; résultats : mort après six mois.

CZERNY-WITZENHAUSEN. — Age. : cinquante-cinq ans; siège : bulbe; renseignements cliniques : blennorragie il y a dix ans, fistules périnéales et scrotales, adénopathie; date du début : six mois; traitement : taille périnéale, excision incomplète; résultats : mort par cachexie cinq mois après.

FULLER. — Age : vieillard; siège : extrémité antérieure de l'urètre; renseignements cliniques : quatre fistules sur le gland; autopsie.

GRIFFITHS. — Age : soixante-dix ans; siège : bulbe; renseignements cliniques : fistules périnéales; date du début : six mois; traitement : amputation du pénis; résultats : mort d'une hémiplégie dix-sept jours après.

GRUNFELD. — Age : cinquante-neuf ans; siège : portion prostatique; renseignements cliniques : urétrorragie à la fin de la miction, diagnostic fait par l'endoscope; date du début : huit mois; résultats : mort après trois mois.

GUYON-GUIARD. — Age : cinquante-deux ans; siège : bulbe; renseignements cliniques : blennorragie ancienne, hématurie, rétrécissement, urétrotomie interne, fistules périnéales. adénopathie à gauche; date du début : quinze mois; traitement : urétrotomie externe; résultats : mort quatre mois après.

GUYON-GUIARD. — Age : soixante ans; siège : bulbe; renseignements cliniques : blennorragie, rétrécissement depuis dix ans, fistules nombreuses criblant le périnée et le scrotum; traitement : urétrotomie externe; résultats : mort quelques mois après.

HUTCHINSON. — Age : vingt-deux ans; siège : derrière le gland; renseignements cliniques : phimosis, fistule pénienne; adénopathie; date du début : trois semaines; traitement : amputation du pénis, taille périnéale; résultats : récidive aprés trois mois, opérée, guérison huit mois après.

OBERLANDER. — Age : soixante-neuf ans; siège : bulbe; renseignements cliniques : blennorragie ancienne avec rétrécissement, hématuries, adénopathie après la récidive, diagnostic endoscopique; date du début : 4 mois; traitement : résection de l'urètre; résultats : récidive quatre ans après.

PONCET. — Age : quarante-six ans; siège : portion périnéale; renseignements cliniques : blennorragie et rétrécissements anciens, urétrotomie interne, fistules périnéales, adénopathie; date du début : vingt ans.

PONCET. — Age : soixante ans; siège : portion périnéale; renseignements cliniques : blennorragie et rétrécissement anciens, adénopathie volumineuse; traitement : incision; résultats : mort neuf mois après.

SCHULSTER. — Age : soixante-douze ans; siège : bulbe; renseignements cliniques : rétention d'urine, fistules scrotales et rectales; date du début : six mois; traitement : incision; résultats : cachexie rapide.

TÉDENAT-SOUBEYRAN. — Age : soixante-quatre ans; siège : derrière le gland; renseignements cliniques : phimosis, masturbation avec objets introduits dans l'urètre, hématuries, adénopathie légère; date du début : deux ans; traitement : amputation du pénis; résultats : guérison.

THIAUDIÈRE. — Age : jeune homme; siège : un pouce et demi de profondeur; renseignements cliniques : rétention d'urine; date du début : plusieurs mois; traitement : excision; résultats : récidive opérée, guérison.

THIERSCH. — Age : soixante ans; siège : bulbe; renseignements cliniques : hématurie, fistule s'ouvrant près de l'ischion; date du début : plusieurs années; traitement : taille périnéale; résultats : mort trois semaines après (pyohémie).

TRZEBICKI. — Age : soixante-huit ans; siège : bulbe; renseignements cliniques : chute sur le périnée dix ans auparavant, signes de rétrécissement, fistules scrotales; date du début : six mois; traitement : ablation de l'urètre périnéal et des corps caverneux; résultats : récidive dans les ganglions inguinaux cinq mois après.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. (Les observations sont marquées d'une astérisque.) — *ALBARRAN. Epithélioma primitif de l'urètre. Emasculation totale, *Gaz. des hôpit.*, 1894; — Congr. de chir., 1894. — *ALBERT. *Lehrbuch der Chir. u. Oper.*, 1895, t. IV, p. 231. — *BAZY et CARCY. — *BECK. A case of prim. squamons carc., *Intern. clin.*, sér. 2, vol. II, p. 256. — *BILROTH. *Chir. klin.*, 1860-1867, p. 344. — *BOSSE. *Du cancer primitif de l'urètre chez l'homme et chez la femme*, thèse de Göttingue, 1897. — *BUDAY. Beitr. z. kenntniss der Penisg, *Lang. Arch.*, vol. IL, p. 101. — *CABOT. Cancer of the urethra, *News York med. Surg.*, 31 août 1895, p. 278. — *CARCY. *De l'épithélioma primitif de l'urètre prémembraneux*, Th. de Paris 1895. — CHALOT. *Huitième congr. de chir.*, 1894. — CHEVEREAU. Un cas d'épithélioma primitif de l'urètre. Emasculation totale, *Gaz. des hôpit.*, 25 juillet 1895. — **CZERNI et WITZENHAUSEN. Das prim. Carc. der Ur, *Beitz. z. klin. Chir.*, 1891, p. 571. — DEMARQUAY, *Maladies chirurgicales du pénis*, Paris 1877. — *FULLER. A case of cancer of the uretra, *Journ. of cut. and gen. ur. Dis.*, avril 1895. — *GRIFFITHS. Epith. of the male uretra, *Trans. of the Path. Soc. of London*, 1888-89. — *GRUNFELD. Die Endoscopie der Hanröhre und Blase, *Deuts. Chir.*, 1885, p. 193. — ** GUYON et GUIARD. Transformation en épithélioma des trajets fistuleux, *Ann. gén. ur.*, 1883. — *HUHCHINSON. Epith. canc. of the mucous membrane of the urethra, *Trans. of the Path. Soc. of London*, 1861-62. — KAUFMANN. Krankh. der männl. Harnröhe and des Penis, *Deuts. Chir.*, livr. 50 *A*. — LWOW. De l'épithélioma primitif de l'urètre, *Wratch*, 1889, p. 745. — *OBERLÆNDER. Beitr. zur Lehre von prim. Carc. ur., *Internat. Centralbl. f. H. u. S.*, 1893; — Weitere Beitr. zum Carc. ur., *Centralbl. f. d. Kr. des H. u. S.*, 1900, t. XI, p. 453. — **PONCET. Du cancer profond de la verge, *Gaz. hebd.*, 6 mai 1881; — RUPPRECHT. Heilb. der frühz. erkanuten Harnröhr, *Centralbl. f. Chir.*, 1894, n° 46, p. 1119. — *SCHULSTLER. Ueber einen fall von Epith. der männl Harnr., *Wien. Wochens.*, 1881. — *SOUBEYRAN. Soc. anat., 1902. — *THIAUDIÈRE. Nouvelle espèce de rétrécissement de l'urètre, *Bull. gén. de thér.*, 1834, t. VII. — *THIERSCH. *Der Epith. nam. der Haut.*, Leipzig 1865, p. 283. — *TRZEBICKI. Ein Falle von Prim. Krebs der männ Harnr., *Wien. Wochens.*, 1884, p. 606. — WASSERMANN. *Epithélioma primitif de l'urètre*, Th. de Paris, 1895, n° 430.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(14 OCTOBRE 1903)

M. Potherat présente un fait rare et intéressant de **kyste dermoïde du mésentère** pris pour un kyste hydatique du foie. Toutefois, il est un signe que M. Potherat a toujours constaté dans les kystes hydatiques pédiculés du foie et qui n'existent pas dans ce fait, c'est la présence de pigments biliaires dans les urines.

M. Hartmann ne croit pas que l'absence de pigments biliaires dans les urines autorise à affirmer qu'il ne s'agit pas d'un kyste du foie.

M. Reynier revient sur la présentation faite dans la dernière séance par M. Picqué d'un **appendice gangrené** opéré trente heures après le début des accidents. M. Reynier relève dans l'intéressante observation de M. Picqué ce fait, qu'il a lui-même constaté nombre de fois, de la discordance qui existe, dans ces cas, entre les symptômes locaux et les symptômes généraux et de la marche insidieuse de la maladie. Cette même discordance et cette marche insidieuse se retrouvent également dans l'observation de M. Quénu qui a servi de point de départ à une discussion sur ce sujet. On se rappelle cette observation.

Un enfant est pris de douleurs vives, spontanées, sans ballonnement du ventre; le pouls est à 106, la température est à 38 degrés. Malgré la diète et la glace, les douleurs persistent, le facies devient septicémique. C'est sur ces seuls symptômes que M. Quénu se décida à opérer. Dans deux cas de M. Mignon, mêmes symptômes, même marche. Chez le malade de M. Picqué, le diagnostic a été hésitant au début. Il n'y avait pas de tension abdominale, pas de ballonnement; les accidents locaux étaient relativement bénins. Cependant il y eut un grand frisson dès le début, la température monta à 40 et le pouls à 130. La température se maintenait élevée et montrait la courbe irrégulière de la septicémie. M. Reynier pense, avec raison, qu'il y a lieu d'insister sur cette discordance entre les symptômes locaux et les symptômes généraux. Car on pourrait y trouver un signe important au point de vue de l'indication de l'intervention précoce que tous les chirurgiens sont d'accord pour recommander dans d'appendicite gangréneuse. Dans bien des cas, en effet, cette discordance peut devenir un signe spécial permettant le diagnostic d'appendicite gangréneuse.

M. Reynier communique, à l'appui, une observation qui lui est personnelle. Voici le résumé de cette observation : un homme de vingt-huit ans, gros, bien portant bien que syphilitique depuis un an, présenta pendant quelques jours des symptômes prémonitoires, tels que troubles gastriques, douleurs. Le 24 juillet, il est pris d'une douleur vive et de coliques dans le ventre; il est pris de vomissements; il consulta successivement trois pharmaciens et comme cela n'allait pas mieux, il se décida à entrer à l'hôpital. La température est à 38,2, le pouls à 87. On diagnostique une appendicite et on le met à la diète et à la glace sur le ventre; le lendemain, le ventre est souple, la douleur est moins vive, mais le pouls est à 104 et la température à 38,5. Le soir la température atteint 39 et le pouls 112. M. Reynier prévient ses internes que, si le soir la température s'élève encore, on l'avertisse pour qu'il opère ce malade. La température et le pouls s'étant encore élevés le soir, M. Reynier vient voir le malade, cherche un abcès qu'il ne trouve pas, diagnostique une appendicite gangréneuse et opère. Il trouve, en effet, une appendicite gangréneuse. Les suites furent bonnes et le malade guérit.

En terminant, M. Reynier fait observer que c'est sur cette discordance des phénomènes locaux avec les troubles généraux qu'il porta le diagnostic d'appendicite gangréneuse. L'opération, qui dès lors se trouvait indiquée, montra l'exactitude de ce diagnostic.

M. Quénu, tout en reconnaissant la justesse des réflexions de M. Reynier sur cette discordance entre les symptômes locaux et les symptômes généraux dans certains cas d'appendicite gangréneuse, fait toutefois observer qu'il n'en est pas ainsi dans toutes les appendicites gangréneuses et qu'il en est qui présentent des symptômes très variables. Il cite, par exemple, l'observation d'une fillette qui présenta une appendicite modérée, laquelle céda assez facilement à la diète et à la glace; la défervescence fut très rapide; tout paraissait terminé quand, le sixième jour, la température remonta; M. Quénu, aussitôt rappelé, conseilla l'opération immédiate et trouva, en effet, un appendice gangréné. Dans le cas de M. Picqué, il y eut une diarrhée précoce. L'appendicite gangréneuse peut donc se présenter sous des aspects très variés.

M. Reynier est tout à fait de l'avis de M. Quénu; mais il insiste sur ce fait que la discordance entre les symptômes locaux et les symptômes généraux constitue un des signes de l'appendicite gangréneuse.

M. Richelot appelle l'attention de ses collègues sur un petit fait qui a bien son intérêt : il s'agit d'un **kyste de l'épididyme à pédicule tordu.** Il s'agit d'un garçon de treize ans qui lui fut présenté une première fois avec une petite tumeur arrondie à parois minces. M. Richelot porta le diagnostic de kyste du cordon. Huit jours après, toute la moitié droite du scrotum est gonflée, douloureuse; on ne sentait plus de kyste; celui-ci était englobé et perdu dans la masse inflammatoire; quinze jours après, l'inflammation était tombée; on retrouva alors le petit kyste fixé à l'épididyme et ne s'en détachant plus. M. Richelot fait alors une incision, détache le kyste de ses adhérences et le trouve relié à la tête de l'épididyme par un pédicule tordu trois fois sur lui-même. Tout s'expliqua alors, et le kyste de l'épididyme à pédicule tordu s'est comporté comme les kystes de l'ovaire avec torsion du pédicule, en déterminant des phénomènes inflammatoires qui pouvaient donner le change. En effet, si M. Richelot n'avait vu ce malade pour la première fois qu'au moment de l'apparition de ces symptômes inflammatoires, il eût probablement diagnostiqué une tuberculose épididymaire et aurait institué une thérapeutique tout autre que celle qui était vraiment indiquée.

M. Richelot croit pouvoir rapprocher de ce fait bien des exemples où cette erreur de diagnostic est souvent commise; de là une thérapeutique qui peut avoir les plus grands inconvénients, telle que la suralimentation, le gavage, l'huile de foie de morue, etc., qui n'ont pour conséquences que d'amener des troubles digestifs et de la dilatation de l'estomac. Il s'applaudit donc, dans l'espèce, de n'avoir pas cru à une lésion tuberculeuse.

M. Routier présente la radiographie d'une jeune fille de vingt-deux ans qui a une **fracture spontanée du tibia** datant de deux mois et qui ne se consolide pas. Aucune diathèse, aucune maladie infectieuse ne peut, chez cette jeune fille, expliquer cette fracture spontanée.

M. Routier présente un énorme sein caractérisé par une **hypertrophie glandulaire**, qu'il a enlevé chez une jeune fille de vingt-deux ans.

M. Albarran présente un **calcul vésical** développé autour d'une épingle à cheveu qu'il a extraite de la vessie d'une fillette de quatre ans et demi.

M. Albarran a questionné la mère de cette enfant et on a appris qu'elle avait des habitudes d'onanisme.

M. Auguste Reverdin (de Genève) a enlevé un **goître** pesant 1k800 chez une femme de cinquante-deux ans. Elle a très bien guéri et a pu se lever le troisième jour.

REVUE DES THÈSES

Essai sur le thiocol et ses applications thérapeutiques, par le docteur J.-B. Gripon. (Th. de Paris, 1903.)

La cure hygiéno-diététique de la tuberculose, toujours indispensable, n'est pas suffisante, soit parce qu'elle n'est pas praticable à cause de la situation sociale du malade, soit parce que les lésions sont trop avancées pour qu'elle apporte la guérison; le traitement médicamenteux doit donc lui venir en aide.

Parmi les médicaments préconisés dans cette affection, le seul qui ait une action directe est la créosote, dont l'efficacité a été reconnue par de nombreux expérimentateurs, mais elle a des inconvénients qui tiennent à ses propriétés chimiques et physiques.

Ces inconvénients sont plus ou moins atténués quand on utilise ses composants ou ses dérivés : gaïacol, carbonates de créosote, de gaïacol, phosphate et phosphite de créosote, etc.

Le sulfo-gaïacolate de potasse ou thiocol est, de tous ces dérivés, le plus avantageux, tant par sa facile solubilité dans l'eau que par l'absence d'odeur et de saveur, qui permet de l'administrer sous les formes communes de sirop, de cachets, etc., même chez les enfants.

Le thiocol provoque l'élimination des acides sulfo-conjugués; il n'a aucune action directe, ni sur la bile, ni sur le sang, il est assimilé dans la proportion de 72 à 75 p. 100; sous l'influence de son administration, le sang se trouve dans des conditions plus favorables pour lutter contre le processus tuberculeux.

Le thiocol est un stomachique remarquable : par le relèvement de l'appétit, il provoque l'augmentation du poids corporel, dans des proportions parfois considérables.

Le thiocol a une action antifébrile très marquée dans la tuberculose; la fièvre diminue dès les premiers jours du traitement; il en est de même des sueurs nocturnes.

Le thiocol est encore susceptible d'être utilisé avec succès dans des affections non tuberculeuses, particulièrement dans les entérites aiguës ou chroniques, où les résultats obtenus ont été satisfaisants, et aussi dans les bronchites chroniques et la fièvre typhoïde.

Contribution à l'étude clinique de la cryogénine, par le docteur Albert Masseguin. (Th. de Montpellier, 1903.)

Sur les conseils du professeur Carrière, M. Masseguin a pris comme sujet de thèse inaugurale l'étude clinique de la cryogénine. Les nombreuses observations qu'il rapporte, et qu'il a recueillies dans les services de MM. les professeurs Carrière, Grasset, Baumel et Vedel, montrent que la cryogénine répond définitivement bien à la définition de Schmitt : « Un bon antithermique doit avoir sur la température du fébricitant une action sûre, prolongée et exempte de toute manifestation accessoire locale ou générale. »

L'auteur conclut qu'elle est indiquée :

a. Dans la dothiénentérie, quand il y a contre-indication aux bains dans les formes prolongées;

b. Dans la fièvre de la bacillose aux première et deuxième périodes.

Au dernier stade enfin, M. Masseguin pense qu'il vaut mieux s'abstenir. L. Gayard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Une « clinique des maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx de l'hôpital Saint-Joseph » est créée rue Sainte-Hélène, 3. Les consultations gratuites y auront lieu les lundis, mercredis et vendredi, de neuf heures à onze heures. Elles commenceront le lundi 26 octobre.

M. le docteur Chavanne est nommé médecin de ladite clinique.

— *Nîmes.* — Un concours pour des places d'élèves internes sera ouvert le mercredi 2 décembre prochain.

Guerre. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret en date du 12 octobre 1903, ont été nommés aux grades et emplois ci-après, et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Cassagnou, maintenu chef du service de santé à la Guadeloupe jusqu'à l'arrivée de son successeur; — Marchoux, maintenu en mission au Brésil; — Le Moine, maintenu en service en Afrique occidentale française.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Rigollet, maintenu au 5e d'infanterie coloniale; — Logerais, maintenu au 2e d'infanterie coloniale; — Onimus, maintenu détaché à la légation de France à Pékin; — Galbruner et Bonneau, maintenus en service à Madagascar; — Huot, maintenu en service à la brigade de réserve du corps d'occupation de Chine, au Tonkin; — Allain, maintenu en service en Afrique occidentale française.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Couderc, maintenu en service à la brigade de réserve du corps d'occupation de Chine, au Tonkin; — Jouvenceau, maintenu en service à la Guyane (hors cadres); — Féray, maintenu détaché au consulat de France à Haïnan (hors cadres); — Mayer, maintenu au 22e d'infanterie coloniale; — Le Moal, maintenu au 6e d'infanterie coloniale; — Gibert, maintenu en service à la Guyane; — Germain, maintenu en service à Madagascar; — Sambuc, maintenu au 22e d'infanterie coloniale; — Fraissinet, maintenu au 3e d'artillerie coloniale; — Régnier, maintenu en service à Madagascar; — Barot, maintenu en service en Afrique occidentale française; — Quesseveur, maintenu au cadre de l'Afrique occidentale française; — Bireaud, maintenu en service à Madagascar; — Vivie, maintenu en service au 24e d'infanterie coloniale.

— Par décision ministérielle du 14 octobre 1903, M. le médecin-inspecteur Gentit, nouvellement promu, est désigné pour présider en 1903 le comité technique de santé.

Faculté de médecine de Paris. — Grades exigés pour le doctorat en médecine. Programme des examens probatoires. Jugement des épreuves. Délais d'ajournement (Décret du 24 juillet 1899). — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre la première inscription :

Soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Soit, avec dispense du baccalauréat (lettres, philosophie), les quatre certificats d'études supérieures ci-après désignés, délivrés par une faculté des sciences : physique, chimie, botanique, zoologie ou physiologie générale ou embryologie générale.

Les examens en vue du doctorat en médecine portent sur les matières suivantes :

Premier examen : épreuve pratique (dissection), épreuve orale (anatomie moins l'anatomie topographique).

Deuxième examen : épreuve orale (histologie, physiologie, y compris la physquie biologique et la chimie biologique).

Troisième examen : Première partie, épreuve pratique (médecine opératoire et anatomie topographique), épreuve orale (anatomie topographique, pathologie externe, accouchements); — Deuxième partie, épreuve pratique (anatomie pathologique, parasitologie, chimie pathologique, etc.), épreuve orale (pathologie générale, parasites animaux, végétaux, microbes; pathologie interne).

Quatrième examen : épreuve orale (thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie avec les applications des sciences physiques et naturelles).

Cinquième examen : Première partie, clinique externe, clinique obstétricale ; — deuxième partie, clinique interne.

Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Les épreuves pratiques sont éliminatoires.

En cas d'échec à l'épreuve orale consécutive à l'épreuve pratique, le bénéfice de l'épreuve pratique reste acquis.

A chaque épreuve, la durée du délai d'ajournement est de trois mois au premier échec. A chaque nouvel échec, à la même épreuve, cette durée est augmentée de trois mois. Il ne peut être accordé d'abréviation du délai d'ajournement qu'au premier échec à une épreuve.

Ces dispositions ne sont pas applicables à l'épreuve pratique de médecine opératoire (première partie du troisième examen) pour laquelle la durée du délai d'ajournement est fixée à six semaines.

Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes : boule blanche, très bien; boule blanche rouge, bien; boule rouge, assez bien; boule rouge-noire, médiocre; boule noire, mal.

Pour les examens à matière unique (premier examen, deuxième partie du troisième examen, et cinquième examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité deux boules noires. Deux rouges-noires équivalent à une boule noire.

Pour les examens à matières multiples (deuxième examen, première partie du troisième examen, et quatrième examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité une boule noire pour une des matières de l'examen.

L'ajournement ne porte que sur cette matière et, dans ce cas, il est d'une durée de six semaines.

Immatriculation. Inscriptions. Cartes. Travaux pratiques réglementaires. Travaux de laboratoire, travaux pratiques facultatifs. — I. *Immatriculation.* — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (cours, bibliothèque, travaux pratiques, laboratoires, cliniques, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897).

L'immatriculation a lieu soit d'office, soit sur demande :

L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle est immatriculé d'office; il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Doivent se faire immatriculer : 1° les étudiants pourvus de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les étudiants dont la scolarité est interrompue; 3° les docteurs français et étrangers; 4° les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté. — La seizième inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. — A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 30 francs.

Les immatriculations d'office auront lieu aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles. — Les immatriculations sur demande seront effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers.

II. *Inscriptions.* — Les inscriptions seront délivrées, pendant l'année scolaire 1903-1904, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à trois heures :

Premier trimestre 1903-1904 : 1° inscriptions de première année (voir l'affiche); 2° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années, du 21 octobre au 14 novembre 1903 (lundis et mardis exceptés).

Deuxième trimestre 1903-1904 : les inscriptions des quatre années seront délivrées du 6 au 23 janvier 1904 inclus (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre 1903-1904 : les inscriptions des quatre années seront délivrées du 13 au 30 avril inclus (excepté les lundis et mardis).

Quatrième trimestre 1903-1904 : les inscriptions des quatre années seront délivrés du 1er au 15 juillet 1904.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles, aux dates ci-dessus indiquées.

Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur feuille d'inscriptions, qu'ils déposent deux jours à l'avance chez le concierge de la Faculté, un certificat émanant de ou des chefs de service, auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

III. *Cartes.* — Cartes d'immatriculation. — Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. Elle ne vaut que pour l'année scolaire et doit être renouvelée chaque année contre la remise de la carte précédente. En cas de perte, il peut en être délivré un duplicata. Les cartes sont rigoureusement personnelles et ne doivent pas être prêtées.

Pour l'année scolaire 1903-1904, les cartes d'immatriculation seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté, au moment de l'immatriculation, qu'il s'agisse d'une immatriculation d'office, ou d'une immatriculation sur demande.

MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie, feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 5, les lundis et mardis, de midi à trois heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches recevront une carte d'entrée dans ces laboratoires. Elle sera délivrée au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures, sur la présentation de la quittance du versement des droits réglementaires.

IV. *Travaux pratiques réglementaires.* — Les travaux pratiques sont réglementaires ou facultatifs et sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre (MM. les étudiants sont priés de consulter ces affiches, qui paraissent vers le 15 octobre et le 15 février).

Les droits afférents aux travaux pratiques réglementaires sont

acquittés trimestriellement en prenant l'inscription correspondante.

MM. les étudiants immatriculés, mais dont la scolarité est interrompue, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours de scolarité.

V. *Travaux de laboratoire, travaux pratiques facultatifs.* — Peuvent y être admis, à condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite et après immatriculation : 1° tous les étudiants de la Faculté ; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers, etc. L'autorisation est valable pour un trimestre.

Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est fixé de 50 à 150 francs.

Des affiches spéciales annonceront l'ouverture des travaux pratiques réglementaires et facultatifs, ainsi que les travaux de laboratoire.

Scolarité médicale. — Conditions requises pour la délivrance des inscriptions trimestrielles :

Première année. — I. Inscription : première, trimestre de novembre; deuxième, trimestre de janvier; troisième, trimestre d'avril; quatrième, trimestre de juillet.

II. Travaux pratiques : hiver, dissection (premier et deuxième trimestres) ; été, histologie, chimie biologique, physique, physiologie.

III. Observations. — La deuxième inscription est délivrée en janvier si les notes du premier trimestre de dissection sont sont satisfaisantes; la troisième inscription est délivrée en avril si les notes du deuxième trimestre de dissection sont satisfaisantes; la quatrième inscription n'est délivrée qu'après accomplissement de tous les travaux pratiques de première année et si les notes sont satisfaisantes.

Deuxième année. — I. Inscriptions : cinquième, trimestre de novembre; sixième, trimestre de janvier; septième, trimestre d'avril; huitième, trimestre de juillet.

II. Examens : le premier examen se passe entre la sixième et la huitième inscription, c'est-à-dire après quatre trimestres de dissection. — Premier examen : épreuve pratique de dissection; épreuve orale (anatomie, moins l'anatomie topographique).

III. Travaux pratiques : été, dissection (premier et deuxième trimestres) ; hiver, physique, histologie, physiologie.

IV. Stage hospitalier : hiver, médecine ou chirurgie (services généraux) ; été, médecine ou chirurgie (services généraux).

V. Observations. — La sixième inscription est délivrée en janvier si les notes du troisième trimestre de dissection sont satisfaisantes et si l'élève est stagiaire régulier; la septième inscription est délivrée en avril si les notes du premier trimestre de stage et du quatrième trimestre de dissection sont satisfaisantes.

Dans tous les cas, un élève n'est admis à subir le premier examen que s'il a accompli régulièrement quatre trimestres de dissection.

Pour prendre la huitième inscription en juillet, il faut : 1° avoir subi le premier examen avec succès; 2° avoir obtenu des notes satisfaisantes pour tous les travaux pratiques de deuxième année et les deux premiers trimestres du stage.

Troisième année. — Inscriptions : neuvième, trimestre de novembre; dixième, trimestre de janvier; onzième, trimestre d'avril; douzième, trimestre de juillet.

II. Examens : le premier se passe entre la huitième et la dixième inscription. — Deuxième examen : histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

III. Travaux pratiques : hiver, parasitologie, anatomie pathologique; été, médecine opératoire, chimie pathologique.

IV. Stage hospitalier : hiver, médecine ou chirurgie (services généraux); été, médecine ou chirurgie (services généraux).

V. Observations. — La dixième inscription est délivrée en janvier si le deuxième examen est subi avec succès et si l'élève est stagiaire régulier.

Pour prendre la onzième inscription en avril, il faut : 1° avoir obtenu des notes satisfaisantes pour les travaux pratiques de parasitologie et d'anatomie pathologique ; 2° avoir accompli régulièrement le troisième trimestre de stage.

Pour prendre la douzième inscription en juillet, il faut : 1° avoir obtenu des notes satisfaisantes pour les travaux pratiques de médecine opératoire et de chimie pathologique; 2° avoir accompli régulièrement le quatrième trimestre de stage.

Quatrième année. — I. Inscriptions : treizième, trimestre de novembre; quatorzième, trimestre de janvier; quinzième, trimestre d'avril; seizième, trimestre de juillet.

II. Examens : le troisième examen se passe entre la treizième et la seizième inscription. — Troisième examen : première partie, épreuve pratique de médecine opératoire, épreuve orale (médecine opératoire et anatomie topographique, pathologie externe, accouchements); deuxième partie, épreuve pratique d'anatomie pathologique, épreuve orale (pathologie générale, parasites animaux et végétaux, microbes, pathologie interne).

III. Travaux pratiques : pas de travaux pratiques obligatoires en quatrième année.

IV. Stage hospitalier : hiver, spécialité ou accouchement, au choix de l'élève ; été, spécialité (si le stage d'accouchement a été fait en hiver), accouchement (si le stage de spécialité a été fait en hiver).

V. Observations. — Pour prendre la quatorzième inscription en janvier, il faut être stagiaire régulier.

La quinzième inscription est délivrée en avril, si le premier trimestre de stage est satisfaisant (spécialité ou accouchement).

Pour prendee la seizième inscription en juillet, il faut : 1° avoir subi avec succès toutes les épreuves du troisième examen ; 2° avoir accompli régulièrement les deux derniers trimestres de stage (spécialité ou accouchement).

Le Congrès d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique organisé par la Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles s'ouvrira le 1er novembre à Paris, à une heure et demie, à l'École de médecine. Il durera deux jours.

Il y sera lu et discuté des rapports sur les questions suivantes :

Rôle du médecin scolaire ;

Inspection médicale des écoles primaires;

Valeur comparative du travail du matin et du travail de l'après-midi; repos prolongé de l'après-midi ;

Répartition des heures de travail scolaire.

Des communications sont de plus annoncées sur un certain nombre d'autres questions :

Prophylaxie de la tuberculose dans les écoles ;

Relations entre les professeurs et les parents ;

Nécessité d'un enseignement pédagogique;

Travail manuel dans les lycées, etc., etc.

Pour les renseignements et les inscriptions, s'adresser au docteur J.-Ch. Roux, rue de Grenelle, 46.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarantième semaine, 710 décès, au lieu de 759 pendant la semaine précédente (moyenne 890).

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 11).

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 1 décès (moyenne 2) ; la scarlatine, 1 décès (moyenne 2) ; la coqueluche, 1 décès (moyenne 5); la diphtérie, 1 décès (moyenne 7); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 38, au lieu de 48 pendant la précédente semaine (moyenne 55).

La diarrhée infantile a causé 49 décès de 0 à 1 an, au lieu de 45 pendant la semaine précédente (moyenne 90).

En outre, 15 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 76 décès au lieu de 86 pendant la semaine précédente (moyenne 122). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (moyenne 9); bronchite chronique, 10 (moyenne 20); pneumonie, 20 (moyenne 28); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 42 (moyenne 65), dont 18 dus à la congestion pulmonaire et 15 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 164 décès; la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 9; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 8 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur E. Rascal, ancien médecin sanitaire maritime.

HÉMOGLOBINE DESCHIENS — *Opothérapie hématique.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comment on se défend de l'albuminurie, par le docteur E. Monin, médecin spécialiste de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, etc. In-8°. — Prix : 1 fr. — Paris, édition médicale, 29, rue de Seine.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

POSTE A CÉDER POUR RAISON DE SANTÉ dans l'Orléanais, à trois heures de Paris. Fixe important. Rapport annuel, 10 000 francs, susceptible d'augmentation. — S'adresser au journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 121. — MARDI 20 OCTOBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 20 OCTOBRE 1903. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

DE L'ANESTHÉSIE LOCALISÉE A LA COCAINE DANS LA CURE OPÉRATOIRE DE LA HERNIE INGUINALE

Par le docteur Reboud,

Médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Belfort.

Ces lignes n'ont aucune prétention, elles ne contiennent rien de nouveau, rien d'inédit, mais elles prouvent qu'un praticien ordinaire peut, sans danger, faire profiter ses opérés de l'anesthésie à la cocaïne en suivant la technique de P. Reclus.

Nous croyons fermement que les accidents de la première heure pèsent trop lourdement encore sur l'anesthésie cocaïnique. L'imprudence de quelques-uns, l'inexpérience de tous ont grevé de charges injustes l'histoire de ce précieux alcaloïde.

Nous devons avouer que c'est la nécessité qui nous a tout d'abord conduit à son emploi. Le chloroforme et l'éther demandent un aide médical et souvent cet aide fait défaut.

Avant le mois de janvier 1903 nous avons bien fait quelques petites opérations avec cet anesthésique mais sans conviction profonde; nous l'appliquions un peu « à la reine », comme on dit du chloroforme, et l'anesthésie était toute relative.

Bien résolu à obtenir ce que d'autres avaient réalisé avant nous, nous relûmes les publications sur ce sujet, le *pour* et le *contre*; et nous sommes facilement arrivé à manier la cocaïne d'une façon satisfaisante. Aussi lorsque dernièrement parut le deuxième ouvrage de P. Reclus sur cette question qui lui tient tant au cœur, nous avions, sans nous en douter, parcouru une partie du chemin qu'il nous trace et tous les jours, avec ce guide sûr, nous essayons d'avancer un peu.

Nous opérons maintenant à la cocaïne : l'hydrocèle (renversement de la vaginale), le varicocèle (résection du scrotum); nous faisons l'épididymectomie, la castration, la fistule anale; toutes les interventions sur les doigts et les orteils, l'ablation des ganglions mobiles du cou, toutes les tumeurs de la peau et sous-cutanées, les ténotomies, l'empyème avec ou sans résection, la hernie crurale.

Mais l'opération pour laquelle la cocaïne nous rend chaque jour les plus grands services, opération qui devient de plus en plus fréquente dans le milieu militaire, c'est la cure opératoire de la hernie inguinale. Il nous serait pénible de nous en passer aujourd'hui.

N'oublions pas que cette intervention n'est pas indispensable et que les retentissantes discussions de ces dernières années sur les accidents chloroformiques ont fait, comme toutes les questions médicales aujourd'hui d'ailleurs, le tour de la presse et ont laissé chez les malades et beaucoup de médecins une arrière-pensée troublante.

Voici comment nous procédons.

Sur la future ligne d'incision, injection intradermique de 6 centimètres cubes de solution de cocaïne à 1/200 fraîchement préparée et stérilisée. Sur la même ligne, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané et la débordant dans tous les sens, 4 centimètres cubes. Avec cette quantité de liquide nous avons toujours pu insensibiliser un trajet de 8 à 10 centimètres. Ce n'est qu'après sept minutes à partir de la première injection, que nous faisons l'incision de la peau jusqu'à la partie inférieure de la couche graisseuse.

A ce moment nous faisons généralement, surtout sur les sujets pusillanimes, une injection de 2 centimètres cubes dans les couches cellulaires qui recouvrent l'aponévrose du grand oblique et qui renferment les filets nerveux. Dénudation de l'aponévrose à la sonde cannelée ou au bistouri; puis 2 à 4 centimètres cubes sont distribués sous l'aponévrose, en haut un peu au-dessus de l'orifice interne du canal, en bas dans le cordon au-dessous du crémaster et de la fibreuse.

Après la section de l'aponévrose du grand oblique, 2 centimètres cubes dans la partie intra-canaliculaire du cordon surtout vers sa face postérieure, ce qui permet de le détacher sans douleur et de le charger sur une compresse.

Après l'ablation du sac et avant la suture de la couche musculaire (petit oblique, transverse, tendon conjoint) avec le bord postérieur de l'arcade de Fallope, car nous faisons toujours le Bassini, cordon postérieur, nous injectons de 2 à 4 centimètres cubes dans ces divers points.

Et dans cette énumération nous comptons des maxima, car le plus souvent nous n'atteignons pas 10 centigrammes, comme on peut s'en convaincre par le tableau ci-dessous. Sur les 97 hernies inguinales opérées depuis le 1er janvier

1903, 94 l'ont été à la cocaïne. Les quantités employées ont été les suivantes :

0g045	1
0g060	3
0g065	2
0g070	10
0g075	4
0g080	7
0g085	6
0g090	17
0g095	16
0g100	12
0g105	5
0g110	4
0g115	4
0g120	1
0g130	2

Ces deux derniers chiffres ont été atteints avec une solution à 1/100. Dans quatre cas de hernies doubles opérées dans la même séance, il a été employé 0g070 pour la première et pour la seconde, deux fois la même quantité et deux fois 0g060 seulement.

On peut nous faire bien des objections, qui n'ont d'ailleurs pas manqué à des affirmations plus autorisées que les nôtres; on peut nous dire que nous opérons dans un milieu spécial, que nos malades n'osent pas manifester pour des raisons diverses. Le raisonnement est enfantin, car de tous les impôts que supporte notre pauvre humanité, le plus lourd et le plus également réparti est bien celui de la douleur. Nous affirmons que nos malades ne souffrent pas. Ils ont la sensation de contact, se plaignent de coliques, souvent de sensation de poids sur le ventre, et ce qui les émotionne le plus est la peur d'avoir mal.

Si le milieu militaire se spécialisait en l'espèce, ce serait peut-être par un peu d'amour-propre, de crânerie. On veut faire comme son camarade, soit par raison, soit par crainte de la raillerie. Ce petit travers nous a servi bien certainement au début à la propagande pour la cocaïne. A ceux qui demandaient à être opérés, nous avons d'abord laissé le choix entre cet anesthésique et le chloroforme, en faisant ressortir les avantages et les inconvénients de chaque méthode. Puis, très rapidement, l'amour-propre et surtout les exemples ont opéré la conversion générale, et maintenant nous ne posons plus la question et les clients sont de plus en plus nombreux.

Nous ne dirons rien des objections opératoires, c'est-à-dire des contre-indications; il suffit de lire *L'anesthésie localisée par la cocaïne* pour les connaître. Les hernies volumineuses et irréductibles ne sont évidemment pas des cas à choisir, mais une résection d'épiploon, même considérable, n'est pas une complication.

Quant aux accidents, ils ont été nuls. Nous ne comptons pas comme tels un peu d'excitation, de loquacité, d'ébriété cocaïnique. Plus rarement, il existe une dilatation passagère de la pupille, de la pâleur de la face avec légère dyspnée. Peut-on comparer ces inconvénients à ceux du chloroforme ?

La cocaïne est sans danger; elle supprime au moins un aide, et un aide important (nous faisons la cure opératoire avec deux infirmiers, l'un servant d'aide). Elle peut être employée à toute heure de la journée. Quelle est donc la raison qui a limité son emploi jusqu'à ce jour? L'application en est facile, puisqu'il ne faut en somme que de la méthode; l'injection doit précéder les diverses phases de l'opération réglée. Elle est commode pour le malade, puisqu'elle évite les vomissements, les malaises souvent longs, toujours pénibles du chloroforme ou de l'éther, sans compter les dangers plus graves.

Il est évident que ce mode d'anesthésie a deux petits défauts qui, dans certaines circonstances, peuvent devenir rédhibitoires : étant appliqué successivement, il interrompt l'acte opératoire; donnant une analgésie localisée, il est un obstacle aux évolutions capricieuses des bistouris habiles. Il est incontestable que la durée de l'intervention est un peu prolongée (nous mettons une petite heure pour une cure radicale), et le chirurgien est obligé de compter avec son patient.

La bonne installation de nos grands hôpitaux, le personnel nombreux et instruit qui entoure nos maîtres expliquent jusqu'à un certain point le peu d'enthousiasme que l'on y professe pour la cocaïne. Mais à côté de ces centres privilégiés, combien est-il d'hôpitaux civils ou militaires où le personnel est restreint, trop souvent renouvelé, d'une instruction relative! Combien de praticiens de la campagne qui n'ont dans leur rayon que des confrères peu empressés, lorsqu'ils ne sont pas hostiles, car la lutte est âpre en ce moment, qui doivent trouver dans la cocaïne les moyens de surmonter une partie des difficultés journalières!

C'est pour eux que nous écrivons ces lignes qui, nous le répétons, ne disent rien de nouveau, mais apportent, croyons-nous, leur contingent d'efforts à la vulgarisation de l'anesthésie cocaïnique.

Nous ne pouvons que leur dire : Essayez, procédez par étapes, soyez méthodiques et, surtout au début, soyez patients, car il faut faire la propagande, la tache d'huile; ne demandez à cet analgésique que ce qu'il peut vous donner, et, dans quelques mois, vous vous demanderez pourquoi vous n'avez pas commencé plus tôt.

Oui, la méthode est délicate; mais l'est-elle davantage que la plus minime des interventions proprement conduite? Certainement non. C'est faire injure au plus distrait, au plus pressé des chirurgiens que de le croire incapable de suivre une technique aussi simple et dont les règles sont si bien acquises.

Nous savons que dans la médecine militaire beaucoup de nos camarades emploient la cocaïne; nous serions heureux d'avoir là-dessus leur opinion et le résultat de leur pratique.

Nous terminons en adressant à M. le professeur P. Reclus nos respectueux remerciements pour les services de tous tous les jours, que ses travaux sur ce sujet nous ont rendus ainsi qu'à nos malades.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(16 octobre 1903)

MM. Emile Sergent et Henri Lemaire communiquent un cas de **trachéo-bronchite pseudo-membraneuse diphtérique primitive.** Les auteurs classiques n'admettent l'existence d'une bronchite pseudo-membraneuse diphtérique primitive qu'avec les plus grandes réserves.

Les observations en sont d'ailleurs exceptionnelles; aussi est-il du plus grand intérêt de les conserver.

Une jeune fille de vingt et un ans entre à l'hôpital en proie à une dyspnée intense, s'accompagnant de tirage sus et

sous-sternal. Elle n'a pas d'angine, pas de coryza, pas d'adénopathie. L'examen laryngoscopique montre les signes d'une compression récurrentielle double, il n'y a pas de croup. La trachéotomie faite d'urgence provoque le rejet de fausses membranes blanchâtres et amène un soulagement immédiat.

L'examen bactériologique établit la nature diphtérique des fausses membranes. La malade reçoit 70 centimètres cubes de sérum en quatre jours. Le troisième jour elle rejette par la canule un moule trachéo-bronchique canaliculé d'une longueur de 15 centimètres. Cependant elle succombe le sixième jour après la trachéotomie, emportée par l'urémie. L'autopsie confirme le diagnostic de compression récurrentielle par deux gros ganglions péri-trachéaux et montre des lésions étendues à tout l'arbre bronchique avec foyers de pneumonie lobulaire. Une ponction exploratrice pratiquée en plein parenchyme pulmonaire aussitôt après la mort avait permis de recueillir quelques centimètres cubes de sérosité sanguinolente qui donnèrent des cultures pures de Löffler. Des coupes du poumon et des bronches montrèrent l'existence du bacille de Löffler jusque dans les alvéoles.

La maladie avait commencé huit jours avant l'entrée à l'hôpital. Le médecin n'avait jamais trouvé d'angine et constaté seulement des signes de bronchite. En présence de ces diverses constatations il paraît difficile de ne pas accepter l'étiquette de bronchite diphtérique primitive.

MM. Josué et Salomon rappellent un cas de **rhumatisme cérébral avec examen anatomo-pathologique**. A l'autopsie d'un malade qui avait présenté le tableau classique du rhumatisme cérébral, les auteurs ont trouvé le cerveau et les méninges congestionnés. Mais il y a un contraste évident entre la banalité des lésions macroscopiques et l'étendue des altérations des cellules nerveuses de la corticalité.

Les grains chromatophiles ont partout disparu, le protoplasma présente un aspect homogène, des fissures entourent le noyau ou fragmentent le protoplasma qui finit par disparaître complètement. Le noyau est mal limité, se colore de façon anormale et contient des fragments de substances chromatophiles; quelques rares cellules ne contiennent plus de noyau. Il y a de nombreuses figures de neuronophagie. Les lésions de nécrose cellulaire sont plus marquées dans le lobe frontal que dans les zones motrices.

Les altérations si profondes de la substance cérébrale avec intégrité presque complète des méninges justifient absolument le terme classique de rhumatisme cérébral.

Ajoutons que, dans le cas actuel, le foie est profondément lésé; presque toutes les cellules ont subi la dégénérescence graisseuse. On peut se demander si les altérations du foie et du cerveau sont indépendantes les unes des autres, ou si, au contraire, les lésions hépatiques ne joueraient pas un rôle dans la genèse des accidents cérébraux. N'y aurait-il pas lieu d'incriminer, pour une certaine part au moins, l'auto-intoxication déterminée par la destruction des cellules du foie?

MM. Galliard et H. d'Œlsnitz présentent l'intestin d'un malade mort après avoir présenté des symptômes cholériformes; diarrhée fétide et vomissements incoercibles, puis hématémèses et hémorragies intestinales; le facies était abdominal, le ventre rétracté et douloureux, la peau sèche, les extrémités refroidies et cyanosées; la température oscillait durant huit jours entre 34 et 35 degrés pour tomber le jour de la mort à 31 degrés.

A l'autopsie on constate que le péritoine ne présente aucune altération récente ou ancienne, le foie et la rate sont sains, l'estomac et l'intestin grêle ont un aspect normal, leur muqueuse ne présente pas trace d'ulcération. Quant au gros intestin normal dans sa première moitié, il affecte dans le reste de son trajet l'aspect d'un tube cylindrique rigide et de volume réduit de moitié. Sa paroi est extrêmement épaissie et cet épaississement est dû à la production d'un tissu blanc nacré développé entre les tuniques musculaires et muqueuses intactes. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une **sclérose diffuse sous-muqueuse**.

M. Rouget (du Val-de-Grâce) présente un malade porteur d'une **cypho-scoliose avec double courbure de compensation consécutive à une sciatique ancienne**.

Cette déformation complexe du rachis est rare au cours de la sciatique, où les types classiques sont, on le sait, la scoliose croisée (Charcot-Babinski) et la scoliose homologue (Brissaud). Il explique son développement par l'existence d'une hystérie concomitante.

Passant en revue les diverses théories émises sur cette complication, il montre que toutes ont cherché à en interpréter le mécanisme pathogénique, sans se soucier en quelque sorte de la cause première de sa manifestation. La déviation du rachis est un symptôme inconstant de la sciatique; on ignore pourquoi elle apparaît dans tels cas, et pas dans tel autre en apparence identique. La douleur est certainement la cause provocatrice de la déformation, mais elle ne suffit pas à tout expliquer, en effet, elle ne permet pas d'interpréter son inconstance, l'époque si variable de son développement, ses formes alternantes, et les cas où elle persiste alors que la douleur a disparu.

S'appuyant sur l'observation du malade présenté et sur un autre cas analogue, il émet l'hypothèse que les déformations du tronc au cours de la sciatique, quelle que soit la cause première de celle-ci, sont un épiphénomène de nature hystérique.

Les paroxysmes douloureux de la névralgie agiraient comme un traumatisme interne; ils frapperaient l'imagination des malades et provoqueraient des troubles moteurs (paralysie ou contracture). Ces troubles musculaires, si fréquents d'ailleurs au cours de la grande névrose, entraîneraient à leur tour la déviation du rachis et les attitudes vicieuses que l'on connaît.

Cette théorie édifiée sur deux faits personnels a besoin — l'auteur le reconnaît — d'être contrôlée par l'observation clinique ultérieure; elle est, du moins, apparemment plausible et a le mérite de simplifier le mécanisme de ces accidents et de pouvoir expliquer tous les faits cliniques observés. Disons, de plus, que cette hypothèse semble confirmée par un certain nombre d'observations anciennes.

M. Joseph Belin communique, à l'occasion du procès-verbal, un **cas de tétanos subaigu traité et guéri par le chloral à l'intérieur et les injections sous-cutanées de sérum antitétanique**. Ce tétanos, dont l'incubation avait eu une durée de neuf jours environ, était consécutif à une plaie faite avec un tesson de bouteille à la face dorsale de l'avant-bras. Les crises ont été particulièrement violentes et ont pu faire craindre un dénouement fatal.

Deux faits ont rendu ce tétanos assez particulier : le ma-

lade a présenté de la rétention d'urine rebelle; vers le décours de l'affection, il est survenu un érythème rubéoliforme qui peut être aussi bien attribué au sérum qu'au chloral.

A cette occasion, M. Belin indique les raisons qui lui ont fait préférer les injections sous-cutanées à tout autre mode d'injection et à tout autre mode de traitement. L'association du chloral aux injections sous-cutanées de sérum antitétanique, entre autres mérites, a celui d'être inoffensif, ce qui ne paraît pas toujours le cas pour les injections intracérébrales et pour les injections sous-arachnoïdiennes.

MM. Sicard et Touchard rapportent deux nouvelles observations de **syphilides tertiaires disposées en forme de zona thoracique**, suivant le type Gaucher et Barbe. L'un de ces cas s'est montré chez un tabétique, et le fait de voir évoluer des accidents cutanés au cours du tabes est assez rare pour être signalé. L'autre cas a évolué chez un malade ne présentant aucun symptôme clinique d'une affection des centres nerveux. La ponction lombaire a pourtant révélé une lymphocytose accusée. Il est intéressant de voir dans cette lymphocytose la preuve d'une lésion du système nerveux central qui aurait pour ainsi dire conditionné la lésion cutanée, extériorisant l'éruption suivant une topographie zoniforme. C'est là un fait à rapprocher de la lymphocytose rachidienne que l'on rencontre dans le zona ordinaire, comme l'ont montré MM. Brissaud et Sicard.

MM. Sicard et Roussy communiquent deux cas **d'adipose douloureuse** consécutifs à l'ovariotomie. Le syndrome de Dercum s'affirmait chez ces deux femmes, encore jeunes (trente et un et trente-trois ans), par la tétrade symptomatique : l'adipose localisée, l'asthénie, les troubles moteurs et les douleurs. Les auteurs insistent, à propos de ces deux cas, sur la pathogénie ovarienne de ce syndrome.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

[BRUXELLES, SEPTEMBRE 1903 (1)]

VI

La **sixième section** était surtout chargée des questions d'*hygiène* proprement dite : hygiène infantile, hygiène administrative, salubrité des maisons ouvrières, etc. M. le professeur Budin (de Paris) est venu exposer les règles à suivre dans l'*alimentation des enfants du premier âge*. Voici ses conclusions :

« I. ALIMENTATION DANS LA PREMIÈRE ANNÉE. — Le nouveau-né devra être nourri au sein, et dans l'ordre naturel des choses, au sein de la mère. Si le sein est insuffisant, on pourra recourir à l'allaitement mixte. Ce n'est que quand il sera impossible de faire autrement qu'on emploiera l'allaitement artificiel. On bannira d'une façon absolue l'alimentation solide.

a. *Allaitement au sein*. — Pendant le jour, l'enfant doit être mis au sein régulièrement toutes les deux heures, toutes les deux heures et demie, ou toutes les trois heures, suivant son âge; il y sera mis aussi une ou deux fois pendant la nuit, au début. La durée de la tétée sera de dix à quinze minutes en moyenne.

L'allaitement au sein peut être défectueux parce que l'enfant prend trop, ou parce qu'il ne prend pas assez.

Dans le premier cas, il y a suralimentation; les garde-robes deviennent plus fréquentes, liquides, verdâtres et quelquefois glaireuses. Des régurgitations et des vomissements apparaissent également. Dans la suralimentation, l'enfant commence d'abord par augmenter beaucoup de poids, puis il s'arrête et diminue rapidement. Les pesées, faites avant et après chaque tétée, montrent qu'il absorbe des quantités considérables de lait, et cela parfois en quelques minutes.

Il faut, dans ces conditions, tout en insistant sur la régularité des tétées, en diminuer la durée qui ne doit plus être que de cinq minutes, de trois minutes, quelquefois même de deux minutes. Tout rentre alors peu à peu dans l'ordre, les souffrances de l'enfant cessent, ses garde-robes reprennent leurs caractères normaux, et il recommence à augmenter de poids.

Dans d'autres cas, au contraire, l'enfant n'est pas suffisamment alimenté, sa mère n'a pas assez de lait ou son lait n'est pas assez nourrissant. Les garde-robes sont alors rares, peu abondantes; la balance permet de constater et la diminution quotidienne du poids de l'enfant, et la faible quantité de lait produite à chaque tétée par les seins. Il faut, dans ces conditions, donner une autre nourrice ou recourir à l'allaitement mixte.

b. *Allaitement mixte*. — Quand la mère n'a pas assez de lait, nous complétons avec 20 ou 30 grammes de lait stérilisé et de bonne qualité les tétées qui sont insuffisantes. L'enfant digère très bien ce mélange des deux laits, et la mère étant plus souvent tétée, il n'est pas rare de la voir bientôt capable de nourrir seule son enfant. Ce qui guide le médecin, c'est l'augmentation considérable parfois du poids du nourrisson, et l'augmentation du lait produit à chaque tétée que la balance permet de constater. Dans les cas où, au contraire, la mère reste insuffisante, on peut être obligé de donner progressivement plus de lait de vache à l'enfant. La courbe du nourrisson, comparée à la courbe normale de la première année, permet, avec d'autres caractères, de juger de son bon état de santé. L'allaitement mixte ainsi méthodiquement pratiqué rend les plus grands services.

c. *Allaitement artificiel*. — C'est quelquefois une nécessité qui s'impose. Le mieux, alors, est d'administrer du lait d'ânesse pendant les premières semaines, puis de recourir progressivement au lait de vache. L'allaitement au lait de chèvre rend aussi quelques services dans certains pays.

Pour les enfants âgés de plus de trois à quatre mois, nous prescrivons environ 100 grammes par kilogramme de leur poids d'un lait pur, stérilisé, qui contient de 37 à 38 grammes de beurre, et nos résultats sont bons.

Dans les deux ou trois derniers mois de la première année, nous recommandons d'ajouter au lait un peu de farine pour faire des soupes légères.

II. ALIMENTATION PENDANT LA DEUXIÈME ANNÉE. — L'allaitement au sein doit être continué le plus longtemps possible : on y ajoute quelques soupes faites avec des farines et du lait; il en est de même pour l'allaitement mixte. On arrive parfois ainsi à pratiquer le sevrage progressif.

Si l'enfant est soumis à l'allaitement artificiel, on le continue comme à la fin de la première année, en augmentant le nombre des potages qui, légers d'abord, sont faits ensuite plus épais. La fréquence des repas diminue, bien entendu. Quant aux quantités de lait, elles ne dépassent guère

---

(1) Suite.—Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 107, p. 1061, et nº 115, p. 1137.

1000 à 1050 grammes pour des enfants qui pèsent 10, 11 et 12 kilogrammes; sur ces 1000 et 1050 grammes est, bien entendu, prélevée la quantité nécessaire pour faire des soupes avec des farines.

III. Moyens a employer pour faire entrer dans la pratique les préceptes de l'alimentation des nourrissons. — Tout le monde paraît aujourd'hui d'accord : il est nécessaire d'établir partout des consultations où l'on pèse les enfants et où l'on conseille les mères. Ces consultations ne doivent pas être des écoles d'allaitement au biberon, car nous ne connaissons pas encore les moyens d'élever les enfants artificiellement sans leur faire courir de grands risques, tout au moins dans les premiers mois. La meilleure goutte de lait, en effet, est toujours celle que l'enfant trouve dans le sein de sa mère, ce qui ne veut pas dire que les autres ne puissent être utiles, nécessaires même dans un certain nombre de cas. »

M. Heubner (de Berlin), rapporteur, estime que les progrès réalisés par la science au sujet de l'alimentation des nourrissons doivent être vulgarisés de la façon la plus large possible; cet enseignement doit surtout s'adresser aux classes populaires; les médecins, les directeurs d'instituts, les policliniques, les ligues pour l'hygiène populaire doivent s'y appliquer.

En tête des enseignements qui seront répandus, doit figurer ce précepte que jamais l'allaitement artificiel ne vaut l'allaitement naturel. Il faut donc amener les mères à faire tous leurs efforts pour allaiter elles-mêmes leurs enfants.

M. le docteur Clerfayt (de Mons), rapporteur, aboutit aux mêmes conclusions. Il est de la plus haute importance pour les pouvoirs publics de mettre en œuvre tous les moyens propres à faire connaître et à appliquer les préceptes de l'hygiène infantile et spécialement de l'alimentation du nourrisson.

En conséquence, il y a lieu :

1° D'instituer des leçons spéciales sur ces matières dans les écoles de filles à tous les degrés, et plus particulièrement, dans les écoles ménagères;

2° D'exiger dans toutes les communes la remise d'une notice sur l'allaitement et l'hygiène du nouveau-né au moment de la déclaration de naissance;

3° D'engager les administrations publiques ou charitables des localités importantes à établir des consultations pour nourrissons;

4° De prendre les mesures nécessaires pour exiger que les sages-femmes deviennent, au point de vue hygiénique, les éducatrices principales des mères de famille.

M. Knœpfel (de Vienne), rapporteur, entre dans des considérations très intéressantes sur la chimie du lait et, remarquant que la meilleure méthode d'allaitement est celle qui convient au plus grand nombre de nourrissons, conseille, pour les premiers mois de l'enfance, une nourriture contenant la même quantité d'albuminoïdes, de sucre, de graisse et de sels que le lait de la femme.

Les conclusions du rapporteur sont discutées par la section. M. de Wurst rappelle que les ligues dont M. Heubner demande la formation existent déjà en Belgique et donnent les meilleurs résultats; M. Ausset (de Lille) pense que le lait de vache pur pasteurisé est habituellement bien toléré par les enfants et recommande la création de gouttes de lait; M. Maurel (de Toulouse) se range à l'avis de M. Budin. M. Heubner reprend la parole pour déclarer qu'il est, presque sur tous les points, d'accord avec le professeur Budin.

L'assemblée vote les conclusions suivantes :

La section est d'avis que l'alimentation des nourrissons doit faire l'objet de la sollicitude constante des pouvoirs publics et exprime le vœu :

1° Que les administrations publiques charitables cherchent, par tous les moyens possibles, à instituer des consultations pour nourrissons, dirigées par des médecins;

2° Que, pour les jeunes filles, depuis l'école moyenne jusqu'à l'école normale, et spécialement dans les écoles ménagères, il soit institué des leçons pratiques d'hygiène infantile, notamment en leur faisant suivre des consultations de nourrissons;

3° Que, dans toutes les communes, des notices sur l'allaitement et l'hygiène des nouveau-nés, en tête desquelles figure ce précepte que *jamais l'allaitement artificiel ne vaut l'allaitement naturel*, soient délivrées au moment du mariage et de la déclaration de naissance.

La section s'est encore occupée de la *pasteurisation du lait* et a adopté à ce sujet les conclusions du rapport de MM. Henseval et Maillié :

1° Un lait dont on ne connaît pas l'origine doit être considéré comme dangereux pour l'alimentation publique, et il est nécessaire de le soumettre à l'action de la chaleur avant de le consommer;

2° Le chauffage, opéré dans des conditions spéciales, peut lui enlever son pouvoir pathogène éventuel sans nuire à sa valeur alimentaire.

A. *Consommation publique.* — *a.* L'ébullition simple détruit sûrement les microbes tuberculeux qui sont les plus résistants parmi les germes pathogènes ordinaires du lait; il est utile de laisser refroidir le lait dans le récipient de chauffage et d'enlever la pellicule qui se forme à la surface. *b.* La méthode Soxhlet et la pasteurisation industrielle assurent la destruction des microbes tuberculeux du lait, mais elles ne le stérilisent pas. Il est nécessaire de consommer ce lait dans les vingt-quatre à quarante-huit heures qui suivent l'opération. *c.* La stérilisation du lait, relativement rare en pratique, donne toutes les garanties hygiéniques.

B. *Laiteries.* — *a.* Plusieurs appareils permettent, sans inconvénients graves, de tuer les germes pathogènes du lait entier, du lait écrémé et de la crème par la pasteurisation à 85, à 90 degrés. Toutefois, pour la crème, il serait désirable de soumettre la question à de nouvelles expériences.

b. La pasteurisation en laiterie est une opération nécessaire et indispensable pour éviter la contagion de certaines affections communes à l'homme et aux animaux.

(A suivre.)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Dans le *Montpellier médical* du 20 septembre 1903, le docteur Ardin Delteil publie quelques observations qui démontrent l'action très favorable de l'Aspirine dans le rhumatisme dit infectieux. Voici comment l'auteur conclut son travail : « L'aspirine est un médicament précieux dont nous devons attendre les meilleurs résultats : 1° Dans le rhumatisme franc, elle se montre sensiblement supérieur au salicylate de soude, sur lequel elle a d'autres avantages (tolérance parfaite) signalés par d'autres auteurs; 2° Dans les pseudo-rhumatismes infectieux, elle a une action manifeste. Alors que le salol et le salicylate de soude se montrent absolument inactifs, l'aspirine agit rapidement et sûrement. Elle

amène la chute prompte de la fièvre, la sédation des phénomènes douloureux, la disparition des phénomènes généraux inquiétants; 3° L'aspirine paraît même agir avec une plus grande rapidité et une plus grande énergie dans les pseudo-rhumatismes que dans le rhumatisme vrai, amenant une chute thermique plus aisée, plus complète et plus persistante dans les premiers que dans le dernier. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 26 AU 31 OCTOBRE 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 26 OCTOBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Tuffier, Walther et Gosset; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Gaucher et Teissier; — (2e série) : MM. Brissaud, Roger et Legry; — M. Gley, suppléant.

MARDI 27 OCTOBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Hartmann; — (2e série) : MM. Pozzi, Schwartz et Faure; — M. Auvray, suppléant.

MERCREDI 28 OCTOBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Roger et Widal.

1er (oral, nouveau régime) : MM. Tuffier, Retterer et Walther; — M. Cunéo, suppléant.

JEUDI 29 OCTOBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime) : Launois, Langlois et Richaud.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Chassevant; — M. Guiard, suppléant.

VENDREDI 30 OCTOBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Terrier, Reclus et Gosset; — (3e série) : MM. Kirmisson, Walther et Legueu; — M. Retterer, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — Teissier, suppléant.

SAMEDI 31 OCTOBRE, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Gilbert, Vaquez et Renon; — (2e série) : MM. Troisier, Thiroloix et Jeanselme; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Broca (André), suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour une place d'agrégé au Val-de-Grâce. — Nous sommes heureux d'annoncer que ce concours vient de se terminer par la nomination de notre excellent collaborateur et ami le médecin-major Dopter.

Hôpitaux de province. — *Lille.* — Le 3 novembre aura lieu l'ouverture des concours publics pour la nomination de cinq élèves internes et de vingt élèves externes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie de la Faculté de l'État dans les hôpitaux de Lille.

Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de quinze internes titulaires, dont voici les noms :

Mlle Monod, MM. Essard, Coste, Cotte, Perretière, Nordmann, Grandclément Faisant, Trouillard, Chabanon, Jacod, Jouffray, Duteil, Bourret, Bosquette.

Rouen. — M. Florion, interne à l'Hospice-Général, a reçu la médaille des épidémies (diphtérie).

MM. Dumesnil, interne, Née et Beaurain, externes, ont reçu des lettres de félicitations pour leur conduite dans les salles des typhoïdes, à l'Hôtel-Dieu.

Écoles de médecine. — *Poitiers.* — M. Alban de la Garde, professeur de pathologie interne, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. Petit, suppléant, est chargé, pour l'année scolaire 1903-1904, du cours d'histologie.

Marine. — M. le médecin de première classe Lecœur, du port de Cherbourg, est désigné pour aller servir sur le *Marigot*, à Dakar (Sénégal).

M. le médecin de deuxième classe Ratelier, du port de Toulon, est désigné pour aller servir sur l'*Alcyon*.

M. le médecin de deuxième classe Oudard du port de Cherbourg, a été nommé, après concours, à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Toulon.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Ansaloni (de Romorantin), Bastié (de Graulhet), Racanière (de Dions), Remy (de Dombasle-sur-Meurthe), Roblot (de Paris), Teulon (d'Aigues-vives).

Société professionnelle et scientifique des anciens internes et des internes des hôpitaux de Paris. — Pendant la durée du Congrès de chirurgie, le 22 octobre, à deux heures précises de l'après-midi, il sera tenu dans le petit amphithéâtre de la Faculté une séance générale pour décider s'il y a lieu de constituer cette société professionnelle et scientifique.

Tous les anciens internes et les internes en médecine sont instamment priés d'assister à cette séance.

Nouvelle publication scientifique. — Nous recevons le premier numéro des *Archives latines de médecine et de biologie*. Ce nouveau recueil, mensuel, paraît à Madrid, sous la direction scientifique de MM. Albert Robin et Raphael Blanchard (de Paris), Carlos, Maria Cortezo et Ramon y Cajal (de Madrid), Maragliano (de Gênes) et Grassi (de Rome). Nos meilleurs vœux à notre nouveau confrère.

Faculté de médecine de Paris. — MM. les candidats ajournés avant le 1er juin 1904 pourront renouveler leurs épreuves, savoir : 1° l'épreuve pratique de dissection, à partir du 6 juin 1904; 2° l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 25 avril et à partir du 6 juin. Les épreuves orales seront renouvelées : 1° à partir du 6 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 8 mai; à partir du 20 juin, pour les candidats ayant échoué après le 8 mai et avant le 1er juin.

Les candidats admis à renouveler l'épreuve pratique de médecine opératoire à partir du 25 avril, consigneront les 11 et 12 avril. Les candidats qui ne pourront renouveler cette épreuve qu'à partir du 6 juin, consigneront les 16, 17 et 24 mai, inclusivement, dernier délai. Pour les épreuves autres que la médecine opératoire, les candidats ajournés avant le 8 mai consigneront les 16, 17 et 24 mai, inclusivement, dernier délai, pour passer à partir du 6 juin. Les candidats ajournés après le 8 mai et avant le 1er juin consigneront les 6 et 7 juin, inclusivement, pour passer à partir du 20 juin. Ils seront tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Les élèves ajournés après le 1er juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

N. B. — Les sessions extraordinaires de juin et juillet 1904 ne seront ouvertes qu'en tenant compte des dispositions de l'article 4 du décret du 24 juillet 1899 et de l'article 1er du décret du 20 mai 1902.

Service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière. — M. le docteur P. Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, assisté de M. le docteur E. Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, commencera, le lundi 23 novembre, un cours pratique de diagnostic et thérapeutique cliniques.

Ce cours aura lieu tous les jours, à neuf heures du matin, et sera complet en vingt leçons.

Les élèves seront exercés individuellement à la technique spéciale. Le nombre des élèves étant limité, les docteurs et

étudiants qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire à l'avance, à partir du 19 octobre, à l'hôpital Lariboisière, auprès de M. le docteur E. Lombard.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des pays chauds, par Patrick MANSON, traduit de l'anglais par MM. M. GUIBAUD et J. BRONGUES. 1 vol. in-8° cavalier de 776 p. avec 113 fig. en noir. — Prix, broché : 12 fr. — Paris, C. Naud.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, Paris.

Précis de gynécologie pratique à l'usage des étudiants et praticiens, par le docteur Camille FOURNIER, professeur à l'École de médecine d'Amiens. 2e édit. revue et augmentée. 1 vol. in-16 de 392 p. avec 149 fig. cart. — Prix : 5 francs.

La goutte et son traitement, par le docteur APERT, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 96 p., cart. (Actualités médicales.) — Prix : 1 fr. 50.

LIBRAIRIE MASSON ET Cie
120, boulevard St-Germain.

Entre aveugles : conseils à l'usage des personnes qui viennent de perdre la vue par le docteur Emile JAVAL, directeur honoraire du laboratoire d'ophtalmologie de l'École des hautes-études, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 avec frontispice. — Prix : 2 fr. 50.

Le ganglion lymphatique, par le docteur H. DOMINICI. Monographie de l'Œuvre médico-chirurgical (Dr Critzman, directeur). Prix : 1 fr. 50.

LIBRAIRIE O. DOIN
8, place de l'Odéon.

Revue critique sur les lois de la formation des sexes, par le docteur F.-P. GUIARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut, de l'Académie de médecine et des hôpitaux. In-8°. de 100 p. — Prix : 2 francs.

N° 122 — JEUDI 22 OCTOBRE 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 22 OCTOBRE 1903. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LE PRONOSTIC APRÈS LES ACCIDENTS

Par M. Ch. PERIER (1),

Membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Paris,
Président du XVIe Congrès de l'Association française de chirurgie.

Messieurs,

Notre première pensée va d'elle-même à ceux de nous qui ont disparu depuis notre dernier Congrès.

Panas, qui a tenu l'un des premiers rangs dans la chirurgie générale, puis le premier dans la chirurgie oculaire.

Bouilly, désigné pour lui succéder à l'Académie de médecine; l'un des plus brillants représentants de la gynécologie.

Tous deux ont vu la mort approcher lentement, pas à pas, ils ont compté ses étapes, ils l'ont attendue avec la sérénité du sage.

Gérard Marchant, frappé brusquement dans la force de l'âge, la maturité du talent, la pleine activité professionnelle, dans le rêve légitime d'un avenir encore largement ouvert;

Bouglé, suivant de près dans la tombe son maître Bouilly qu'il avait soigné avec tout le dévouement que sait inspirer l'affection la plus vive; il meurt jeune, au moment de réaliser les plus belles espérances;

Gallet (de l'Université de Bruxelles), l'un des membres les plus assidus de nos Congrès. Aujourd'hui même il devait prendre une part active à nos débats;

Fochier, dont la mort foudroyante vient de mettre en deuil l'Université de Lyon;

Chalot (de Toulouse);

Crimail (de Pontoise);

Gevaert (de Middelkerke);

Nepveu (de Marseille);

Zaepffel (de Vannes).

(1) Discours prononcé à l'ouverture du XVIe Congrès de l'Association française de chirurgie, le 19 octobre 1903.

Chacun d'eux a donné, dans sa sphère d'action, les exemples d'honneur, de savoir, de dévouement, dont notre but invariable est de maintenir la tradition.

Dans d'autres assemblées, en leur rendant hommage, on a dit et l'on redira leur labeur, leurs succès, leurs services rendus à la science, tout le bien qu'ils ont fait, celui qu'ils auraient pu faire encore.

Ici je ne puis qu'exprimer l'amertume que nous ressentons, en voyant à jamais rompus des liens que par une indéracinable illusion, nous imaginons devoir durer toujours.

Les noms de ceux que nous regrettons ainsi resteront fixés dans nos Annales et leur souvenir vivra dans notre pensée fidèle.

Après m'être acquitté d'un triste devoir, que le destin n'a épargné à aucun de mes prédécesseurs, j'ai celui plus doux de vous dire, mes chers collègues, qu'en ajoutant mon nom à la liste des hommes éminents qui se sont succédé dans la présidence de nos Congrès, vous m'avez fait un honneur dont je sens tout le prix, et dont je vous remercie du fond du cœur. Un si haut témoignage d'estime et de sympathie sera le charme des quelques années si rapides qu'il me reste à vivre.

Témoin actif et passionné de la rénovation de notre art, je ne saurais me lasser d'en admirer les merveilleux progrès et d'en entrevoir de plus merveilleux encore.

Si Montaigne pouvait revivre parmi nous, il est probable qu'il marquerait davantage sa prédilection pour la chirurgie.

Il avait pour la médecine une antipathie héréditaire, que toutefois il n'étendait pas aux médecins. « Au demeurant, dit-il, j'honore les médecins, non pas, suivant le précepte, pour la nécessité, mais pour l'amour d'eux-mêmes, en ayant vu beaucoup d'honnêtes hommes et dignes d'être aimés. Ce n'est pas à eux que j'en veux, c'est à leur art. » Précédemment il avait dit : « Aux maux que j'ai eus, pour peu qu'il y eut de difficulté, je n'en ai jamais trouvé trois d'accord. Je remarque plus volontiers les exemples qui me touchent. » Un peu plus loin il ajoute : « La chirurgie me semble beaucoup plus certaine parce qu'elle voit et manie ce qu'elle fait; il y a moins à conjecturer et à deviner. » Cette distinction qui n'est certes pas pour nous déplaire, Montaigne la fait au moment où Ambroise Paré, plus âgé de seize ans, crée la chirurgie française.

Le public, qui de tout temps s'est constitué grand juge de la médecine et des médecins, et qui a sur nous l'incomparable avantage de n'être jamais embarrassé dans ses juge-

ments par l'étendue de ses connaissances en anatomie et en physiologie, est resté de l'avis de Montaigne. Ne voyant que la surface, le public est certainement de bonne foi, nous qui voyons plus au fond, nous devons être comme lui de bonne foi.

Nous savons que sous l'impulsion donnée par les découvertes de Pasteur, médecine et chirurgie, entraînées par les doctrines microbiennes, se sont élancées d'un commun essor vers des destinées nouvelles, et que l'on peut dire de la médecine ce que Montaigne disait de la chirurgie : « Elle voit et manie ce qu'elle fait ; elle a moins à conjecturer et à deviner. »

Ne voyons-nous pas la médecine et la chirurgie empiéter chacune sur le terrain de sa voisine ? Il semble que la barrière qui les séparait va disparaître, et qu'elles sont sur le point de se confondre.

La chirurgie est aujourd'hui la plus envahissante, il est à peine une parcelle du domaine de la pathologie interne sur laquelle elle n'étende la main.

N'êtes vous pas encore sous l'impression du rapport magistral de mon ami Terrier et de son élève le docteur Reymond qui vous en a donné lecture ici l'an dernier ? Autant dire hier ! On voyait le chirurgien mettant le cœur à découvert, le faisant saillir hors de sa loge, le palpant de toutes parts, faisant courir à sa surface et dans son tissu l'aiguille et le fil, le replaçant dans sa loge, l'y renfermant sous le couvercle de paroi qu'il avait taillé tout d'abord, et l'opéré survivre !

Récemment n'a-t-on pas essayé d'arrêter l'évolution de la fièvre typhoïde en ouvrant l'abdomen pour extirper la source du mal dès son début ?

Mais pourquoi insisterais-je n'ayant pas à vous convaincre ?

Si toute action appelle une réaction, faut-il s'attendre à voir la médecine envahir à son tour le domaine de la chirurgie dans lequel elle commence à prendre pied ?

A considérer la multiplicité de ses procédés d'exploration, d'une précision jusqu'alors inconnue, la haute valeur des séro-diagnostics, l'efficacité des sérums vaccins, des sérums antitoxiques, des sucs extraits des organes les plus divers des animaux, on comprend que l'avenir se présente à certains prophètes sous les couleurs les plus séduisantes. Ils nous annoncent la disparition des épidémies, des endémies, de toutes les maladies infectieuses, de la tuberculose, du cancer et de bien d'autres. Ce beau rêve réalisé, le médecin n'aurait plus pour fonction que de veiller à l'observation des règles de l'hygiène. L'âge d'or cesserait d'être un mythe.

S'il est parfois charmant de s'égarer dans les sphères éthérées de l'utopie, il faut ne pas s'y attarder sous peine de s'y perdre. Candide, à qui Pangloss, après toutes les déceptions, vantait encore l'harmonie universelle et les beautés des causes finales, lui répondit : « C'est bien, mais cultivons notre jardin. » A son exemple quittons des hauteurs dont nous n'atteindrons pas de sitôt le sommet, et maintenons-nous sagement dans la réalité présente. D'ailleurs à supposer même la paix universelle, l'extinction du crime, la chirurgie aurait toujours à secourir les victimes d'accidents.

C'est par les blessés qu'elle a débuté, c'est à eux qu'elle arriverait à consacrer ses soins exclusifs.

Par une ironie singulière, les hommes de loi chargés de régler le sort des victimes, dès que l'intervention thérapeutique a cessé d'être utile, n'ont pu jusqu'à ce jour donner de l'accident une définition sans appel. La loi récente s'est prudemment abstenue d'en donner une, faisons de même, cela ne nous empêche pas de nous entendre.

Nous pouvons nous vanter, sans fausse honte, de savoir déterminer la nature et l'étendue d'un traumatisme, en saisir les indications, les remplir vite et bien. Mais il est un point sur lequel nous n'avons pas encore le droit d'être aussi fiers ; c'est sur lui que je voudrais retenir un instant votre attention : il s'agit du pronostic.

Les éléments du pronostic sont divers et surtout complexes.

Il y a naturellement les conditions du traumatisme, puis la constitution du blessé, son état moral, le milieu dans lequel il est soigné.

Il y a aussi son intérêt, car si l'intérêt se trouve en jeu, on voit trop souvent surgir l'exagération, la simulation, la fraude !

Si le chirurgien n'y prend pas garde, il s'expose à laisser mettre en doute son savoir ou sa sincérité !

A cet égard, les fleurs dont messieurs du Barreau savent émailler leurs plaidoiries ne sont pas toujours sans épines parfois assez blessantes.

Il y a vingt ans, en 1883, à la Société de chirurgie de Paris, s'est ouverte le 14 février une discussion dont l'écho se faisait encore entendre dans la dernière séance de la même année.

Il s'agissait de : « L'action aggravante du traumatisme sur les propathies, ou états pathologiques antérieurs, » suivant les termes mêmes du promoteur, le professeur Verneuil.

Pour lui, les chirurgiens ne tenaient pas assez compte de cette action, l'asepsie des blessures tendant à devenir le but exclusif à atteindre pour le repos de leur conscience. Le professeur Trélat, prenant la parole, retourna les termes de la proposition en la forme suivante : « Les états pathologiques préexistants chez les opérés ou les blessés, aggravent de façons diverses et dans des mesures variées le pronostic des blessures ; il faut donc rechercher avec le plus grand soin ces importants éléments de pronostic ou de détermination opératoire. »

Tel fut le point de départ de cette discussion dans laquelle on entendit MM. Berger, Richelot, Polaillon, Després, Chauvel, Terrier, Nicaise, mais qui fut surtout une joûte oratoire mémorable entre Verneuil et Trélat.

Tous apportèrent à l'appui de leur thèse de nombreuses observations.

Les unes démontraient l'aggravation, d'autres, la non-influence. Enfin, il en était de non moins probantes en faveur d'une amélioration.

La plus curieuse et la plus suggestive fut apportée par M. Richelot : celle d'un homme à la fois arthritique, paludique, diabétique et alcoolique !

L'homme aux quatre diathèses !

Il subit une opération grave dont les suites furent des plus bénignes.

« Il a guéri mieux et plus vite que ne l'auraient fait à sa place des hommes plus jeunes et sans trace de lésion antérieure. » C'est M. Richelot qui parle !! Il se demandait s'il ne fallait pas voir en cet ensemble une sorte de système compensateur.

En tout cas, ayant trouvé à son opéré de bons tissus, il émit cette idée, fort juste à mon avis, que le degré de déchéance de l'organisme, bien plus que la diathèse elle-

même, doit être considérée comme l'élément principal du pronostic.

Malgré l'éclat de cette joûte brillante, la lumière n'a pas percé les nuages qui obscurcissaient la question.

Vingt années sont écoulées, le même problème se dresse devant nous exigeant une solution : un critérium nous est devenu nécessaire.

Sommes-nous mieux éclairés?

Une loi d'un automatisme précis et que nous n'avons pas à discuter, veut que les compensations du moindre accident arrêtant le travail, ne fût-ce que quelques jours, soient fixées par le magistrat. Le point d'appui nécessaire de la décision du magistrat est donc le dire du chirurgien.

Ce point d'appui est-il devenu si solide que tout effort pour l'ébranler reste impuissant et vain?

Il nous faut reconnaître que, depuis la mise en vigueur de la loi, les discordances d'il y a vingt ans, restées les mêmes, ont pris un relief qu'accentue la diversité des arrêts de justice.

Que faire?

Dans son *Introductian à l'étude de la médecine expérimentale*, Claude Bernard nous dit :

« Nos idées nous viennent à la vue de faits qui ont été préalablement observés et que nous interprétons ensuite. Or des causes d'erreur sans nombre peuvent se glisser dans nos observations, et malgré toute notre attention et notre sagacité nous ne sommes jamais sûrs d'avoir tout vu parce que souvent les moyens de constatation nous manquent ou sont trop imparfaits...

Nous devons avoir conscience de l'incertitude de nos raisonnements à cause de l'obscurité de leur point de départ. Ce point de départ repose toujours au fond sur des hypothèses ou sur des théories plus ou moins imparfaites, suivant l'état d'avancement des sciences. »

L'obscurité du point de départ de nos raisonnements! Mais l'énumération, que j'ai faite, des éléments complexes du pronostic suffit pour convaincre. Ces éléments, le mathématicien le plus prestigieux est incapable de les mettre en équation. Lui, peut « raisonner sur les phénomènes, tels qu'il les fait dans son esprit, mais non tels qu'ils sont dans la nature ». A nous, on nous demande d'évaluer en quantités chiffrées, au centième près, des phénomènes biologiques anormaux, de fixer numériquement le sens et les limites de leurs variations dans la forme et dans le temps. On demande l'impossible! Est-ce à dire que nous ne devons pas répondre? Loin de là! Ce qu'il nous faut, c'est de ne pas être plus affirmatifs que nous n'avons droit de l'être, sous peine d'être classés dans la catégorie de ces médecins que Claude Bernard appelle des systématiques, ceux qui, « partant d'une idée fondée plus ou moins sur l'observation, et qu'ils considèrent comme une vérité absolue, arrivent à construire un système qui est logique, mais qui n'a aucune réalité scientifique... Leur foi aveugle dans les théories n'est au fond qu'une superstition scientifique. ».

En effet, pénétrons-nous bien de ce que tout blessé, tout malade soumis à notre investigation nous place devant un problème qui diffère de tous ceux que nous avons eu et que nous aurons à résoudre. Vouloir résoudre un tel problème à l'aide d'une formule établie et tirée d'un classeur supposé complet, c'est marcher à l'erreur où mènent sûrement le systématisme et la superstition scientifique.

Celui qui affirme, *ex cathedra*, qu'une tuberculose, apparaissant après un traumatisme, ne se serait pas manifestée sans le concours de ce traumatisme, donne un exemple très net de superstition scientifique. On conçoit que la tuberculose reçoive d'un traumatisme une impulsion plus ou moins fâcheuse! Cette action est-elle constante? S'exerce-t-elle toujours dans la même mesure? Évidemment non. Il est donc nécessaire de considérer toujours chaque fait nouveau comme spécial; de l'examiner sans idée préconçue « en conservant sa liberté d'esprit assise sur le doute philosophique ».

On parle du réveil des diathèses! Leur sommeil est comme le nôtre. Sommes-nous inquiets? un frôlement nous éveille; avons-nous bien digéré et pris un exercice salutaire, il faut que l'on nous secoue bien fort pour nous tirer d'un sommeil dans lequel nous ne demandons qu'à retomber.

Le traumatisme agit de même, il ne parvient pas toujours, malgré sa violence, à réveiller une diathèse.

Notre collègue Richelot avait bien raison de dire : c'est le degré de déchéance de l'organisme bien plus que la diathèse elle-même qui est l'élément principal du pronostic. Oui certes! Mais voyez quelle sagacité doit être la nôtre pour obtenir, sur l'état d'un organisme, avant l'accident qui a pu l'ébranler, une notion que l'intéressé aidé de son entourage n'ait pas réussi à fausser.

Si nous entrons dans le domaine des névroses traumatiques, c'est bien une autre affaire! Nous nous engageons dans un labyrinthe dont nous trouvons rarement l'issue sans un sérieux labeur. Aux prises avec l'exagération et la simulation qui s'y donnent libre carrière nous en sortons plus d'une fois dupés.

Hystérie, neurasthénie, paralysies, contractures, névralgies, insomnies, troubles des sens, fatigue cérébrale, impotences de tout genre à tous les degrés s'affirment à nous, chargés du contrôle, et cherchent à forcer notre conviction.

Tout d'abord, c'est la douleur. A défaut d'une lésion apparente qui la puisse expliquer, elle échappe à tout contrôle. Admettre alors sa réalité, c'est simplement faire acte de foi. On est tenu de se borner à dire : je crois; croire c'est ignorer. Elle est pourtant le premier sinon l'unique point de départ de nos raisonnements. C'est notre fil d'Ariane!

Ce qui n'est pas moins troublant, c'est que la simulation consciente ou inconsciente est un des éléments de l'hystérie. Elles font corps ensemble, elles ne s'excluent pas. D'autre part rien ne ressemble davantage à la simulation que l'hystérie, ni que l'hystérie à la simulation.

On a dit que le traumatisme pouvait créer l'hystérie. Est-ce parce que la première crise a suivi de près un accident? Pourquoi un accident encore plus grave n'a-t-il pas eu même influence sur une autre victime? Est-ce parce que l'hystérie était en germe chez la première et ne l'était chez la seconde? De nouvelles crises survenues longtemps après la première sont-elles nécessairement liées au même accident primordial?

A toutes les réponses, moins l'aveu d'ignorance, on peut dire : Hypothèse! Hypothèse!

S'il semble logique d'admettre que tout hystérique était en puissance d'hystérie avant la première manifestation, il n'en est est pas toujours de même pour la neurasthénie dont la relation avec le traumatisme est parfois évidente, soit qu'il l'ait créée, soit qu'il l'ait augmentée.

La rapidité de la guérison d'un neurasthénique après le règlement définitif et satisfaisant de ses intérêts est, sinon constante, au moins d'une fréquence qui a fixé l'attention.

Cette rapidité si opportune est l'effet, tantôt de la détente

morale très naturelle chez le neurasthénique vrai, tantôt de l'inutilité pour un simulateur de simuler plus longtemps. La simulation de la neurasthénie est d'autant plus difficile à dépister qu'il s'est fondé un véritable enseignement de neurasthénie pratique à l'usage des victimes d'accidents, et dont les lauréats passent maîtres à leur tour.

Il est une autre catégorie non moins dangereuse pour nous. Certains personnages plus intelligents que scrupuleux savent exprimer une impotence cérébrale ruineuse pour leur carrière avec un réalisme si apitoyant qu'ils parviennent à inspirer confiance. Laissez-moi vous en citer un exemple entre mille.

Un monsieur, d'allure distinguée, déjà grassement indemnisé pour inaptitude définitive à tout travail, inaptitude attestée par des experts et non des moindres, est victime, quelques années plus tard, d'un nouvel accident. Après avoir vanté aux experts et aux juges la vigueur d'esprit et la santé florissante que venait de lui faire perdre à jamais ce récent accident, il obtient cette fois encore une forte somme, puis comme Antée touchant la terre, il récupère ses forces.

Qui de vous n'a connu de ces faux incurables brevetés qui après encaissement ont vite cessé toute feinte pour jouir le plus tôt de leur gain frauduleux?

Vous les croyez peut-être à l'index, oui, mais si on les montre du doigt c'est pour vanter l'habile homme qui s'est si élégamment moqué des savants et des juges. On lui porte envie, au besoin on le consulterait.

Les plus astucieux, dès qu'ils sont munis du certificat judiciaire de leur incurabilité, saisissent le bourdon du pèlerin. Ils se mettent en route avec de très visibles efforts. Arrivés au but, sans se reposer d'une fatigue pourtant si apparente, ils se livrent aux invocations les plus ferventes et surtout les plus ostensibles, puis, soudain, donnent aux spectateurs éblouis la preuve d'une guérison subite qu'il serait vain de discuter. Ces habiles tirent double profit de leur double supercherie.

Il est peu de découvertes qui ne traînent à leur suite la fraude et la contrefaçon, la radiographie n'a pas échappé à cette fatalité.

Retoucher un cliché, effacer ou mettre une ombre au bon endroit est œuvre facile, il suffit de respecter la vraisemblance.

D'ailleurs qu'à cela ne tienne, on n'hésite pas à substituer à un cliché muet un cliché parlant.

Nous pensions tenir un bon élément de certitude, sa valeur est déjà faussée.

Si je poussais plus à fond cette esquisse incomplète, je lasserais sans profit votre patience.

Je m'arrête!

Maintenant que conclure?

Où trouver notre critérium, notre guide sûr?

Pour etablir un pronostic, ce ne sont pas les éléments qui nous manquent, c'est la possibilité de les mettre en valeur avec certitude, et d'après une règle fixe.

En classant les faits nous pouvons arriver de degré en degré à constituer des espèces, mais parmi les faits individuels d'une même espèce s'en trouve-t-il jamais deux identiques? Il serait funeste de le croire.

La plus belle, la plus magistrale description d'une espèce nosologique n'est qu'un magnifique schéma, ce n'est jamais l'image exacte d'un cas particulier, ce n'est jamais le portrait fidèle de l'une quelconque des observations qui ont servi à le tracer. Celui qui l'oublie est un systématique, il ne connaît qu'une mesure dont l'usage en ses mains, si habiles soient-elles, sera certainement plus d'une fois néfaste.

Dans la pratique de notre art, la règle à suivre c'est à nous de la trouver pour chacun des problèmes dont nous cherchons la solution.

Nous n'avons d'autre guide que notre science et notre conscience.

Notre conscience, nous en sommes les maîtres absolus, mais notre science a des bornes. Elle devrait être universelle, intégrale, nous devrions tout savoir, connaître le fond des choses.

Hélas! « Nous ne savons le tout de rien, » dit le philosophe Izoulet. « Si je savais le fond d'une chose je saurais tout, » dit Claude Bernard. Mais écoutons son appel aux savants :

« L'esprit vraiment scientifique devrait nous rendre modestes et bienveillants. Nous savons tous bien peu de chose, en réalité, nous sommes tous faillibles en face des difficultés immenses que nous offre l'investigation dans les phénomènes naturels. Nous n'aurions donc rien de mieux à faire que de réunir nos efforts au lieu de les diviser et de les neutraliser par des disputes personnelles. En un mot le savant qui veut trouver la vérité doit conserver son esprit libre, calme, et si c'était possible, ne jamais avoir, comme dit Bacon, l'œil humecté par les passions humaines. »

Ces sages conseils, nous n'avons cessé de les mettre en pratique et nous saurons garder la tradition.

En ce Congrès qui s'ouvre, unissons-nous comme toujours, pour la vérité, dans le calme et la liberté.

Pour nous, voués au culte d'un art sublime entre tous, le Palladium est encore, et sera toujours, le serment d'Hippocrate dont je détache ces simples mots qui le résument :

« Je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. »

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(20 OCTOBRE 1903)

Lorsque M. le président, à trois heures et quart, déclare la séance ouverte, il y a trois membres dans la salle des séances, tout autant de journalistes et un auditeur dans la partie réservée au public. Plusieurs orateurs inscrits pour prendre la parole ne répondent pas à l'appel de leur nom; il semble qu'ils aient pressenti qu'ils parleraient devant des banquettes vides ou à peu près. Cependant, peu à peu, les fauteuils se garnissent et, lorsque M. Poncet monte à la tribune pour communiquer son intéressant travail sur le nanisme, il trouve devant lui quelques auditeurs.

Nains d'aujourd'hui et nains d'autrefois, le nanisme ancestral et l'achondroplasie ethnique, tel est le titre de la remarquable communication qu'il apporte en collaboration avec M. Leriche et que nous regrettons de ne pouvoir, faute de place, donner in extenso.

D'une façon générale on peut « diviser le nanisme en deux grandes catégories, représentées, l'une par le *nanisme essentiel*, avec une conformation normale, avec simple diminution de longueur d'un squelette sain, tels les anciens pygmées; et l'autre par le *nanisme pathologique*, relevant de lésions plus ou moins bien définies du squelette : rachitisme, ostéomalacie, achondroplasie, etc., celles-ci pouvant

être primitives ou symptomatiques de lésions glandulaires, viscérales, telles que certaines affections du corps thyroïde ».

Dans leur communication, MM. Poncet et Leriche n'ont en vue qu'une variété de nains, ceux qu'on a réunis, à tort, suivant eux, « dans le terme générique de nains *achondroplases*, et qui n'ont certainement rien à voir non plus avec les autres causes pathologiques d'arrêt de croissance. »

Le but des auteurs, en rapportant deux fort curieuses observations de nanisme dans une même famille (le frère et la sœur), est de rechercher si, dans la classe des *achondroplases*, n'a pas été englobée une catégorie importante de nains, qui mérite d'être distincte, parce qu'ils n'appartiennent en rien à la pathologie, et parce qu'ils ne sont que des hommes très petits, reliquats d'une race ancienne qui s'est continuée dans certaines contrées pour disparaître complètement dans d'autres où elle a autrefois existé.

C'est donc sur un nanisme essentiel, que M. Poncet attire à nouveau l'attention, mais sur un nanisme « offrant cette particularité capitale, d'être un attribut ethnique, par cela même héréditaire; tandis que les seuls nains considérés dans la littérature médicale, comme atteints de nanisme essentiel, parce que sans cause connue ils sont réduits dans toutes leurs proportions, ont pour caractère fondamental d'être inaptes à la reproduction ».

L'expression de *nanisme ancestral*, dit M. Poncet, vise donc une variété bien distincte, et s'il ajoute à ce titre : *achondroplasie ethnique*, c'est afin d'être mieux compris, car il pense qu'à côté de l'achondroplasie décrite jusqu'à ce jour, dont la pathogénie est mal connue, il existe une achondroplasie physiologique. Cette dernière est constituée par le rappel atavique d'un type de pygmées, type qui aurait disparu dans nos régions depuis le milieu environ de l'ère chrétienne.

Très intéressante la relation que nous a faite M. Blanchard du voyage de son chef de laboratoire, M. Brumpt, dans le centre de l'Afrique, où il est allé étudier sur place cette affection singulière qu'on appelle la **maladie du sommeil**. M. Brumpt, de retour le matin même, a ramené trois nègres du Congo atteints de cette maladie et nous les a présentés. Cette maladie est très fréquente dans certaines parties du Congo et cause de véritables désastres, car elle est toujours mortelle. Elle est déterminée par la présence dans le liquide céphalo-rachidien d'un parasite particulier, le trypanosome, qui est introduit dans l'économie par la piqûre d'une mouche spéciale, la glossina. La présence de cette mouche dans les régions où règne cette maladie est un fait constant. M. Brumpt a observé 58 sujets atteints de la maladie du sommeil et 32 fois il a trouvé le parasite dans le liquide céphalo-rachidien. Il a fait de nombreuses inoculations sur divers animaux, sur un singe, sur des rats, sur des cochons d'Inde, etc. Ces inoculations ont été jusqu'ici négatives, sauf sur le singe, qui est mort après avoir présenté des symptômes analogues à ceux que l'on observe sur les noirs atteints de la maladie du sommeil. Les recherches seront poursuivies.

M. Chantemesse fait observer que cette maladie a été très longuement décrite par plusieurs auteurs, entre autres par M. Castellani (de Londres). On est parvenu à l'inoculer à des rats, à des chiens, à des singes.

M. Laveran fait également remarquer qu'il existe une autre maladie qu'on observe dans les mêmes régions africaines et qui ne donne pas de somnolence, mais où l'on trouve dans le corps des trypanosomes identiques aux premiers; c'est la maladie de Dutton. Tandis que la maladie du sommeil est spéciale à la race noire, la maladie de Dutton atteint les noirs et les blancs. Elle est due à la piqûre de la mouche tsé-tsé, qui s'attaque aussi au bétail en lui donnant le nagana qui foudroie un bœuf ou un cheval en quelques heures.

Quelle relation y a-t-il entre la maladie du sommeil et la maladie de Dutton? M. Laveran ne serait pas éloigné de croire qu'elles sont identiques, car le trypanosome est le même dans les deux maladies. Il n'y a que la symptomatologie qui diffère.

Tous ces points intéressants sont à l'étude et grâce aux recherches actuellement entreprises, il y a lieu d'espérer qu'elles seront bientôt élucidées.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

[BRUXELLES, SEPTEMBRE 1903 (1)]

VII

M. Pranwitz (de Gratz) s'occupe de la *protection légale et administrative des nouveau-nés*. Il fait l'étude statistique de la mortalité des nouveau-nés en Europe, et montre que cette mortalité provient en grande partie de la fréquence des maladies du tube digestif. La statistique devrait s'occuper de rechercher les conditions dans lesquelles ont vécu les nourrissons morts de maladies digestives; les résultats ainsi observés permettraient de déterminer la véritable cause de ces maladies et de pouvoir mieux les combattre.

Chargé d'un rapport sur le *but de l'inspection médicale et hygiénique des écoles publiques et privées* et sur l'organisation de cette inspection, M. Mosny arrive aux conclusions suivantes :

A. L'école, ayant pour but d'accroître la valeur sociale de l'individu par la culture raisonnée des facultés physiques, intellectuelles et morales de l'enfant, on doit comprendre sous la dénomination d'inspection médicale et hygiénique des écoles, tout ce qui concerne la santé des écoliers, non pas seulement au sens étroit de leur préservation contre les maladies transmissibles, mais au sens beaucoup plus large de leur culture physique intégrale et de l'adaptation de leur culture intellectuelle à la capacité physique de chacun d'eux.

B. L'inspection médicale et hygiénique des écoles acquiert, dans la science de l'éducation, une importance capitale; elle en constitue la base même, puisqu'elle est la condition primordiale et nécessaire de l'efficacité de la culture intellectuelle de l'enfant.

C. L'inspection médicale et hygiénique des écoles doit donc comporter : 1° la surveillance de la salubrité des locaux scolaires; 2° la prophylaxie des maladies transmissibles; 3° le contrôle périodique et fréquent du fonctionnement normal des organes et de la croissance régulière de l'organisme physique et des facultés intellectuelles de l'enfant; 4° la culture rationnelle de son organisme physique; 5° l'adaptation de la culture des facultés intellectuelles à la capacité physique individuelle; 6° l'instruction et l'éducation sanitaires de l'enfant.

D. La compétence du personnel chargé de la surveillance

(1) Suite.—Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 107, p. 1061; n° 115, p. 1137, et n° 121, p. 1196.

sanitaire des écoles est la condition capitale de l'efficacité de son institution.

Cette surveillance sanitaire doit donc être, en principe, confiée au médecin.

Ce médecin devra posséder une compétence spéciale sur toutes les questions ou les sciences afférentes à la surveillance sanitaire des écoles et, en particulier, sur tout ce qui concerne la culture physique de l'enfant et ses rapports avec la culture intellectuelle.

M. Chauvin recommande l'étude statistique des maladies transmissibles dans les milieux scolaires. Pour lui, les médecins-inspecteurs des écoles doivent pouvoir correspondre directement avec les autorités compétentes en matière d'hygiène. Ils établiront un dossier médical sur chacun de leurs élèves et s'occuperont, d'une façon générale, de tout ce qui touche l'hygiène scolaire (épidémies, vaccinations, programmes d'études, etc.). M. Axel Host (de Christiania) propose la création de médecins scolaires. M. Loquer (de Francfort-sur-Mein) arrive à des conclusions analogues.

Le Congrès adopte la plupart des conclusions de M. Mosny.

M. Herman (de Mons) étudie, dans son rapport, la *pratique de la désinfection des habitations*. Pour lui, les agents physiques ou chimiques appliqués à la désinfection des habitations doivent être aussi peu coûteux que possible.

Parmi les agents physiques, le feu et la vapeur; parmi les produits chimiques, le sublimé, la chaux, la soude, un corps de la série aromatique (crésol, par exemple) et la formaldéhyde répondent à toutes les éventualités.

L'éducation hygiénique devrait s'adresser non seulement aux médecins, mais encore à la foule : commencée à l'école, elle devrait se continuer dans les cours d'adultes; il serait utile également d'instituer des concours de maisons hygiéniques. En attendant, ce qu'on peut demander aux pouvoirs publics, c'est que toutes les habitations, et surtout les habitations ouvrières, soient construites de façon à permettre une désinfection facile et complète.

M. von Esmarch distingue la désinfection *continue*, que l'on pratique au lit du malade, de la désinfection *finale*, que l'on exécute lorsque la maladie est terminée. La désinfection continue est la plus importante, la plus difficile à réaliser. Pour en faciliter la pratique, il faut vulgariser les notions d'hygiène dans les familles, édicter des prescriptions relatives à la désinfection et veiller à ce que ces prescriptions soient observées.

A la suite de ces rapports, la section adopte à l'unanimité les vœux suivants, dus à MM. Martin, Kirchner, Cartejo :

1° La désinfection des habitations ne doit être faite que par des procédés autorisés à la suite d'expériences très précises de vérification.

La pratique de la désinfection des habitations en cas de maladies transmissibles doit être soumise à un contrôle administratif et technique dont il est urgent d'établir les conditions avec précision;

2° La désinfection doit être pratiquée par des agents compétents et expérimentés, instruits dans des écoles spéciales. Il est désirable que la désinfection soit gratuite;

3° Un concours ouvert en vue de décerner, au prochain Congrès, un prix à l'auteur du procédé le plus efficace et le plus simple afin de pratiquer la désinfection en cas de maladies infectieuses, dans les petites localités d'une population inférieure à 3000 habitants.

Il sera donné à ce concours la plus grande publicité et ses conditions seront établies par le Comité international permanent.

Enfin la section adopte un ordre du jour où, tout en reconnaissant l'importance des communications, elle reconnaît ne pouvoir formuler de conclusions et exprime le vœu que la question en discussion soit mise à l'ordre du jour d'un Congrès ultérieur. *(A suivre.)*

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Cystite coli-bacillaire par infection directe. (*Pediatrics*, mai 1903, p. 348.) — M. J. Leopold publie l'observation d'une cystite aiguë qui a la valeur d'un fait expérimental. Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans qui, brusquement, fut pris d'un frisson prolongé accompagné de douleurs dans les régions lombaire et supra-pubienne, avec ténesme vésical et mictions fréquentes. Les dernières gouttes de l'urine émise étaient teintées de sang. Bientôt l'urine devint purulente et on put y déceler la présence du coli-bacille en culture presque pure. On administra immédiatement du salol et de l'urotropine, et des lavages vésicaux furent pratiqués avec des solutions au protargol et à l'acide borique. La guérison survint dans l'espace d'un mois.

Quelques jours après le début de sa maladie, le patient avoua que, par curiosité, il s'était injecté de l'eau dans la vessie au moyen d'une seringue qui avait servi à administrer des lavements. On ne peut donc, dans l'espèce, mettre en doute la provenance et le rôle du bacterium coli.

A. HOUSQUAINS.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la stérilité par les eaux sulfureuses de Luchon. (*Arch. de méd.*, 1903.) — M. le docteur Le Juge de Segrais (de Luchon) a eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas de stérilité guérie après une ou plusieurs saisons à Luchon. C'est que la stérilité est liée souvent, soit à un trouble de la santé générale, tel qu'anémie, syphilis, neurasthénie, soit à une affection locale, utéro-annexielle. Les eaux de Luchon, par l'action reconstituante qu'elles exercent sur l'économie et par l'action locale qu'elles ont sur l'utérus, modifient heureusement ces facteurs étiologiques et guérissent ainsi la stérilité dans un grand nombre de cas, comme le prouvent les observations annexées au travail de M. Le Juge de Segrais. L. BABONNEIX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — Le concours de l'externat s'est ouvert lundi soir dans la nouvelle salle des concours de l'Assistance publique aménagée dans les anciens locaux de l'Académie de médecine.

L'ancienne salle des Pas-Perdus et la salle des séances ont été réunies en un immense vaisseau aux sonorités de gare de chemin de fer, dont il convient d'ailleurs de louer la confortable et luxueuse installation.

Le jury s'est divisé de la façon suivante : Anatomie, MM. Laffitte, Josué, Auvray et Cunéo, séances les lundis et mercredis à quatre heures et demie. — Pathologie, MM. Sicard, Demoulin, Lombard et Macé, séances les mardis et jeudis à quatre heures et demie.

Guerre. — M. le médecin-inspecteur Strauss, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, membre du comité technique de santé, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Gentit, promu médecin-inspecteur général. — Maintenu au comité technique de santé.

M. le médecin-inspecteur Vaillard, nouvellement promu, est maintenu dans ses fonctions de membre du comité technique de santé.

Société professionnelle et scientifique des anciens internes et des internes des hôpitaux de Paris. — La réunion, provoquée à ce sujet par le docteur Jayle, aura lieu demain jeudi à la Faculté de médecine à deux heures, dans l'*amphithéâtre de pharmacologie* et non dans le petit amphithéâtre, occupé ce jour-là par le Congrès d'urologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire index du praticien pour adultes et enfants, par le docteur P. Macrez, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18, interfolié de papier blanc, reliure souple. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 123 — SAMEDI 24 OCTOBRE 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 24 OCTOBRE 1903. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Des coefficients urinaires.

Par MM. Du Pasquier (du Havre), ancien interne des hôpitaux de Paris, et F.-X. Gouraud, chef de clinique adjoint à l'Hôtel-Dieu.

De tout temps l'examen des urines a été considéré comme une méthode de grande valeur pour l'étude des maladies de l'organisme ; Hippocrate déjà connaissait son importance et s'efforçait d'en tirer quelque clarté pour se guider au milieu des obscurités de la pathologie. L'urologie joua un rôle important dans la médecine du moyen âge et des siècles suivants, et les railleries de Rabelais, de Molière et d'autres auteurs satiriques contribuèrent à tourner en ridicule les médecins de leur temps qui prétendaient trouver la source de toutes les révélations dans l'examen de l'urine.

A cette époque l'examen se réduisait aux seules propriétés physiques, à l' « apparence » de l'urine. La quantité, la coloration, la transparence, la consistance étaient les seuls caractères pouvant renseigner le médecin.

Il faut attendre jusqu'à la fin du XVIIIe siècle pour arriver à quelque notion précise d'urologie. Enfin, ce n'est guère que de nos jours que les progrès de la chimie moderne ont permis de perfectionner l'analyse chimique des urines, et de chercher par cette méthode nouvelle à élucider les problèmes si obscurs de la nutrition.

« Avec une bonne analyse d'urine, on peut lire en quelque sorte dans la nutrition, nous dit Albert Robin (1), et dans ses actes si multiples ; et savoir comment le malade s'alimente, assimile et désassimile. On peut mesurer non seulement les actes généraux des échanges organiques, mais encore les activités particulières de la plupart des organes; de même qu'à l'inspection des cendres d'un foyer on juge de la nature du combustible et de l'intensité de la combustion. »

Mais encore faut-il que cette analyse soit faite dans certaines conditions, et que le médecin sache tirer parti des chiffres fournis par le chimiste.

Et d'abord, il est de première importance que l'analyse porte sur l'urine des vingt-quatre heures et non sur un échantillon prélevé à une heure quelconque de la journée.

On sait, en effet, que la sécrétion urinaire varie d'un moment à l'autre, et que l'urine, émise après le repos de la nuit par exemple, n'est nullement semblable à celle qui suit un exercice violent.

Dès longtemps les anciens avaient distingué l'urine dense colorée et acide du matin qu'ils appelaient « urina sanguinis » de celle qui suit les libations copieuses « urina potus », claire, abondante et peu chargée en matériaux solides.

De plus, les variations dans la quantité d'urine émise, faisant forcément varier les proportions de matières dissoutes par rapport au litre, il est important de rapporter à la totalité des urines de vingt-quatre heures les chiffres obtenus par litre; on se rend compte ainsi que la quantité des matériaux solides est beaucoup moins variable que la masse d'eau qui les tient en dissolution. Mais cette correction est encore insuffisante, car les chiffres absolus des vingt-quatre heures, s'ils fournissent à coup sûr d'utiles renseignements sur l'état de la nutrition, ne peuvent à eux seuls conduire qu'à des résultats assez vagues.

De nombreuses conditions en effet font varier la quantité absolue des matériaux solides éliminés en vingt-quatre heures, en dehors même de l'alimentation qui a une importance considérable. Un homme n'est jamais pareil à un autre homme; il en diffère par le poids, la taille, la corpulence. « L'homme n'est pas une unité toujours comparable à lui-même, » a dit Bouchard (1). Aussi a-t-on cherché depuis longtemps un point de comparaison, un étalon auquel on pût rapporter comme à un critérum les différents chiffres donnés par l'analyse chimique. La proportion des substances éliminées, au poids du corps, à la hauteur de la taille, a-t-on dit, pourrait conduire à quelque enseignement précis. Mais un kilogramme de matière humaine n'est nullement comparable chez deux individus différents. L'un surchargé de graisse, matière inerte au point de vue des échanges, ne possède qu'une faible quantité de substance vraiment vivante au sens chimique du mot, d'albumine produisant des déchets à éliminer. L'autre maigre, c'est-à-dire presque réduit à sa seule substance azotée, peut, quoique d'un poids moindre, éliminer une quantité de matériaux solides plus

(1) Albert Robin. *Bull. méd.*, 1902.

(1) Bouchard. *Traité de pathol. gén.*, t. III, p. 181.

forte que le précédent. Aussi Bouchard conclut-il nettement : « Le kilogramme corporel n'est pas une unité qu'on puisse adopter comme terme de comparaison pour l'estimation de l'intensité nutritive (1). »

Restait à déterminer la proportion d'albumine fixe, faisant vraiment partie constituante de nos tissus, indépendamment de l'albumine circulante, albumine du plasma sanguin ou du plasma lymphatique. Mais cette détermination reste quelque peu hypothétique; en outre, exigeant une longue série de calculs, elle est dépourvue des qualités de simplicité et de rapidité nécessaires pour entrer dans la pratique courante. Il en est de même de l'estimation de la surface totale du corps qu'on a voulu prendre encore comme terme de comparaison.

Beaucoup plus simple, plus instructive est la comparaison des chiffres obtenus entre eux, l'étude de leurs rapports respectifs, de leurs coefficients, qui a été introduite en 1884 en chimie biologique par M. Albert Robin sous le nom de rapports d'échange.

Le coefficient urinaire n'est autre, en effet, que le rapport arithmétique qui réunit entre eux deux éléments normaux ou anormaux de l'urine. L'utilité de ces rapports d'échange apparaît clairement à qui réfléchit un instant aux variations incessantes que font subir à l'organisme les conditions extérieures.

Les matériaux de l'urine proviennent en effet de deux sources distinctes : l'alimentation et l'usure régulière des tissus.

La première varie constamment d'un jour à l'autre, la seconde subit l'influence de la fatigue, de l'exercice, de la température, des impressions nerveuses, et de mille autres causes diverses. Toutes ces perturbations peuvent faire varier les chiffres absolus des déchets urinaires dans d'assez fortes proportions, mais tant que l'organisme est normal et que les transformations cellulaires se font régulièrement, leurs rapports respectifs restent fixes, les coefficients sont normaux.

Quelques exemples permettront de saisir plus nettement l'exactitude de ces notions récentes.

Un gros mangeur élimine forcément une forte quantité d'urée, mais en même temps les autres produits de destruction de l'albumine alimentaire passeront aussi dans l'urine.

On verra augmenter le chiffre des matières azotées moins complètement oxydées que l'urée : créatine, leucine, tyrosine, acide urique, etc. L'azote total augmentera donc dans les mêmes proportions que l'azote de l'urée et le rapport de ces deux chiffres ou coefficient azoturique restera invariable.

Si, au contraire, avec la même quantité d'urée excrétée, les matières extractives azotées et l'acide urique tombent à un chiffre inférieur, la proportion d'azote de l'urée par rapport à l'azote total se trouve augmentée, le rapport normal est modifié en plus, le coefficient azoturique est supérieur à la normale, et nous sommes en présence d'un trouble de nutrition par exagération de l'oxydation des albumines. Il y a trouble nutritif et non pas seulement surcharge alimentaire, le cas est tout différent.

La même alimentation surabondante augmente l'élimination des phosphates qui peut atteindre 5 grammes en vingt-quatre heures. Dira-t-on qu'il y a phosphaturie? Non, car les matériaux azotés passant aussi en abondance dans l'urine, l'azote total est augmenté et le rapport de l'acide phosphorique à l'azote reste à la normale.

Voici un malade au contraire qui avec le même taux de phosphate n'excrète que peu d'azote. Le rapport de l'acide phosphorique à l'azote est trop fort. Cette fois il y a phosphaturie et nous sommes en présence d'un trouble de nutrition qu'il importe de combattre.

On voit donc que l'étude de ces coefficients urinaires permet de pénétrer bien plus avant dans la connaissance des actes intimes de la nutrition. Au lieu de connaître seulement la quantité des matériaux mobilisés par les réactions chimiques dans l'organisme, nous pouvons apprécier la qualité de ces réactions et la perfection des produits qui en résultent. Nous jugeons à la fois de l'intensité de la désassimilation et de la valeur des phénomènes chimiques qui lui succèdent.

Il ne faut pas oublier cependant que tous ces coefficients n'ont rien d'absolu et ne représentent que des moyennes physiologiques, dépourvues de toute fixité mathématique. Pourtant leurs oscillations sont assez minimes pour qu'on ait pu établir une moyenne d'une approximation suffisante pour la pratique. On ne devra donc considérer comme pathologiques que les chiffres qui s'écarteront assez notablement de la normale pour sortir du cadre des oscillations physiologiques.

Pour exprimer la valeur des coefficients on pourrait se contenter d'une simple division comme le désigne la fraction $\frac{\text{Ph}}{\text{AzT}}$ par exemple. Mais, en général, on ramène le chiffre inférieur à 100 par une simple règle de trois. On dira donc que $\frac{\text{Ph}}{\text{AzT}} = 18$ p. 100 ou 18, ce qui signifie que pour 100 parties d'azote total l'urine contient 18 parties d'acide phosphorique.

Ces connaissances sur les rapports d'échange datent d'une époque encore récente et sont dues en grande partie aux travaux du docteur Albert Robin (1) qui a poussé l'analyse des urines et l'étude des coefficients urinaires à un haut degré de précision. Restée au début dans le domaine purement théorique, elle tend à entrer maintenant dans la pratique, et il n'est pas aujourd'hui d'analyse d'urine tant soit peu complète qui ne contienne la notation des rapports d'échange. Et cependant les médecins n'y attachent peut-être pas encore toute l'importance qu'ils méritent, faute sans doute d'apprécier nettement les indications qu'ils peuvent donner.

Aussi, nous a-t-il paru intéressant, ayant pu tous deux profiter de l'enseignement magistral du docteur Albert Robin, de réunir et de préciser, dans une revue d'ensemble, les notions qui ont cours actuellement sur ce sujet. Nous n'étudierons d'ailleurs qu'un certain nombre de coefficients dont la valeur semble établie et dont la recherche peut être utile au praticien.

Nous laisserons volontairement de côté tout ce qui a trait à l'acidité urinaire. Les récents travaux de Joulie ont donné lieu à de nombreuses controverses qui sont à peine closes, et, malgré son importance, l'acidité urinaire constitue encore un des chapitres les plus délicats et les plus obscurs de la chimie des urines.

(1) Bouchard. *Traité de pathol. gén.*, t. III, 1re partie, p. 182.

(1) Albert Robin. Essai de séméiologie des principaux éléments de l'urine et des rapports d'échange, Soc. méd. des hôpit., 10 juillet 1903.

I

Coefficient d'utilisation azotée ou coefficient azoturique. — On désigne ainsi le rapport de l'azote contenu dans l'urée à l'azote total (1). Normalement il est égal à 85 p. 100, c'est-à-dire que pour 100 parties d'azote total, il y a dans l'urine 85 parties d'azote complètement oxydé sous forme d'urée. Les 15 autres parties forment l'azote incomplètement oxydé qui entre dans la composition de l'acide urique et des matières extractives azotées, créatine, créatinine, leucine, tyrosine, etc.

La destruction de l'albumine dans l'organisme se fait par une série de réactions successives dont les premières sont des opérations de dédoublement et d'hydratation aboutissant à la formation des matières extractives peu solubles et toxiques qui encombrent l'organisme. L'oxydation les transforme ensuite en urée beaucoup plus soluble et moins toxique, qui est facilement éliminée.

L'urée est donc le produit de destruction le plus parfait des matières azotées, le stade ultime des transformations successives que subit l'albumine dans l'organisme; aussi conçoit-on facilement que le rapport de l'urée aux autres déchets azotés et à l'azote total permette d'apprécier l'intensité des combustions, la perfection de toutes ces transformations organiques qu'on désigne sous le terme général d'oxydations.

Mais s'il est exact que l'urée se forme dans l'intimité des tissus, partout où se détruit l'albumine, il n'en est pas moins vrai que son principal foyer de production est le foie, et nous savons, depuis les travaux de Brouardel, que la proportion de l'urée dans l'urine, toutes choses égales d'ailleurs, varie avec l'activité hépatique.

On peut donc dire que le coefficient azoturique, en même temps qu'il permet de mesurer l'intensité des combustions organiques, donne de précieux renseignements sur l'activité du foie.

Le poids de l'azote total par vingt-quatre heures étant égal normalement à 13g74, l'azote de l'urée montant d'ordinaire à 11g78, le coefficient d'utilisation azotée $\frac{AzU}{AzT}$ oscillera chez l'homme normal autour de 85 p. 100. Tel est du moins le chiffre cité par Albert Robin. Les chiffres différents donnés par nombre d'auteurs peuvent tenir sans doute à des différences de technique.

Les applications pratiques de ce coefficient sont nombreuses et variées. C'est ainsi que, dans la fièvre typhoïde (2), le coefficient azoturique reste voisin de la normale au cours des formes bénignes, il est abaissé aux environs de 78 p. 100 dans les formes graves, et descend encore plus bas jusqu'à 72 p. 100 dans les formes mortelles. On pourra donc en tirer un élément de pronostic important.

Une série d'expériences a montré à Albert Robin (3) que l'antipyrine, diminuant les oxydations organiques et l'activité hépatique, abaisse le coefficient d'utilisation azotée. Elle sera donc formellement contre-indiquée dans la fièvre typhoïde. De même dans la cirrhose atrophique de Laënnec, dans la lithiase biliaire $\frac{AzU}{AzT}$ est ordinairement au-dessous de la normale. Ce rapport est au contraire élevé dans le diabète, dans certaines cirrhoses hépatiques hypertrophiques. Dans le cancer son abaissement, sans être pathognomonique comme le voulait Rammelaere, est cependant un indice de déchéance organique.

(1) Il est très simple aujourd'hui de doser l'azote total par la méthode de Kjebdahl modifiée par Henninger.

(2) Albert Robin. *Essai d'urologie clinique. La fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1876.

(3) Albert Robin. *Bull. de l'Acad. de méd.*, décembre 1887.

II

Coefficient du carbone total à l'azote total. — Le rapport $\frac{CT}{AzT}$ a été proposé par Bouchard pour mesurer l'activité hépatique. En effet la molécule d'urée, riche en oxygène, est relativement pauvre en carbone; elle en contient une quantité beaucoup moindre que l'acide urique et surtout que les matières extractives azotées et il semble que l'abondance du carbone dans ces substances soit en rapport avec leur toxicité.

L'oxydation terminale des matières azotées toxiques pour la formation de l'urée s'accompagne donc de mise en liberté de carbone qui s'élimine surtout par le poumon à l'état d'acide carbonique et par l'intestin avec les éléments de la bile. Une petite partie seulement passe par l'urine. C'est le foie qui est chargé de ce dédoublement des matières extractives, de ce partage entre l'azote et le carbone. L'intensité de cette décarbonisation des déchets azotés est donc en raison directe de l'énergie hépatique.

Comme la proportion d'urée éliminée varie avec l'activité du foie et que la richesse de l'urine en urée commande sa pauvreté en carbone, il y a, quand le foie fonctionne bien, beaucoup d'azote éliminé et peu de carbone, le rapport $\frac{CT}{AzT}$ est faible, tandis que le coefficient azoturique $\frac{AzU}{AzT}$ est élevé. On peut donc conclure avec Bouchard (1) que $\frac{CT}{AzT}$ est fonction de l'activité hépatique, et qu'il varie en sens inverse de cette activité, tandis que $\frac{AzU}{AzT}$ varie dans le même sens.

Le chiffre normal du rapport $\frac{CT}{AzU}$ a été fixé à 87 p. 100 par Bouchard, il montera toutes les fois que le foie faiblira : dans certaines pyréxies mortelles, dans l'empoisonnement aigu par le phosphore, dans l'ictère grave, dans la cirrhose de Laënnec et s'abaissera au contraire dans tous les cas d'hyperactivité hépatique, dans la cirrhose hypertrophique biliaire, le diabète, la pneumonie franche.

En outre, comme l'urée est infiniment moins toxique que les extractifs azotés dont elle dérive, à une forte proportion de carbone urinaire, c'est-à-dire à une abondance de matières extractives azotées par rapport à l'urée, correspondra une forte toxicité urinaire; le coefficient $\frac{CT}{AzT}$ pourra donc, dans une certaine mesure, renseigner sur la toxicité de l'urine.

C'est au même résultat qu'arrive Albert Robin par son rapport de l'azote des extractifs à l'azote total $\frac{AzE}{AzT}$ qu'il intitule le *coefficient de toxicité urinaire* égal normalement à 14,5 p. 100.

III

Coefficients de l'acide urique. — L'acide urique, considéré autrefois comme un produit de destruction imparfait

(1) Bouchard. Loco citato, p. 227.

des albumines pouvant se transformer en urée par oxydation, est reconnu aujourd'hui comme un produit terminal, résultant de la désassimilation nucléaire et surtout leucocytaire, stade ultime de l'évolution des nucléines et des nucléo-albumines de l'organisme.

Il est peu toxique mais très peu soluble et difficilement éliminable, et on connaît les troubles que produit son accumulation dans l'organisme, chez les goutteux, les arthritiques, les lithiasiques. On comprend donc l'intérêt qui s'attache à son élimination.

Normalement son rapport à l'urée est de 1/45 ou de 2,2 p. 100, c'est-à-dire que pour 100 grammes d'urée, il y a 2gr2 d'acide urique $\frac{\text{Ac. ur.}}{\text{U}} = \frac{1}{45}$ ou 2,2 p. 100.

La diminution de ce coefficient doit faire supposer un obstacle à l'élimination de l'acide urique et faire craindre son accumulation dans les tissus.

Lorsqu'au contraire le rapport $\frac{\text{Ac. ur.}}{\text{U}}$ augmente, c'est l'indice d'un trouble de nutrition caractérisé par la formation exagérée d'acide urique dans l'économie et un utile renseignement pour le diagnostic du terrain arthritique.

On peut considérer encore le rapport de l'azote de l'acide urique à l'azote total $\frac{\text{Ac. ur.}}{\text{AzT}}$ normalement égal à 1,19 et qui est du même ordre que le précédent.

Un des facteurs les plus importants pour l'élimination de l'acide urique est sa plus ou moins grande solubilité dans l'urine, qui est en rapport direct avec la concentration et l'acidité urinaire. Il ne peut se dissoudre qu'à l'état d'urate de soude en empruntant aux phosphates alcalins un élément basique pour passer à l'état de sel.

C'est partant de ce principe qu'Albert Robin a établi son *coefficient de solubilité de l'acide urique* qui est représenté par le rapport entre l'acide urique et l'acide phosphorique lié aux alcalis $\frac{\text{Ac. ur.}}{\text{PhA}}$ normalement égal à 23,4 p. 100.

Avant de terminer l'étude de ces coefficients de l'azote, il nous paraît utile de faire remarquer qu'en cas d'albuminurie il sera toujours nécessaire de faire abstraction de l'albumine avant d'établir le chiffre de l'azote total; de même que dans le diabète, le sucre devra toujours être défalqué avant de fixer le total du carbone urinaire.

IV

Coefficient des matières ternaires $\frac{\text{MT}}{\text{RO}}$. — Les matières ternaires, graisses et hydrates de carbone aboutissent dans l'organisme pour la presque totalité de leur masse jusqu'aux produits ultimes de la combustion; l'acide carbonique et l'eau qui sont facilement éliminés. Néanmoins l'urine contient toujours une certaine quantité de matières ternaires incomplètement transformées qu'on ne peut guère doser actuellement que par la différence entre les matières azotées et les substances organiques totales.

Sucre, acide lactique, oxalique, acétone, acide oxybutyrique et diacétique, acides gras, graisses, peuvent se rencontrer dans l'urine en plus ou moins grande abondance, et sont par leur présence ou leur quantité anormale, l'indice d'états morbides spéciaux, caractérisés par l'évolution défectueuse incomplète des éléments ternaires dans l'économie.

On considère, pour juger de ces variations, le rapport des matières ternaires au total des substances organiques $\frac{\text{MT}}{\text{RO}}$ qui est égal normalement à 19 p. 100. Se basant sur ce fait que les matières ternaires de l'urine ont pour la plupart une fonction acide et ne peuvent s'éliminer qu'en empruntant des bases alcalines à l'organisme, Albert Robin appelle ce rapport : *coefficient de désalcalinisation*; leur abondance anormale coïncide en effet fréquemment avec ce que Bouchard a appelé la dyscrasie acide, caractérisée par l'hyperacidité des humeurs. Quoi qu'il en soit, on trouve fréquemment $\frac{\text{MT}}{\text{RO}}$ augmenté chez les dyspeptiques hypersthéniques, en particulier chez ceux qui présentent des fermentations gastriques anormales, chez les arthritiques, les goutteux, les obèses.

Albert Robin montre que la surabondance des matières ternaires est souvent un signe prémonitoire du diabète avant l'apparition de la glycosurie, et lui succède ordinairement, après qu'un traitement approprié a fait disparaître le sucre des urines.

Nous n'avons considéré jusqu'à présent dans l'urine que les éléments organiques, éléments spéciaux à la matière vivante. Mais nos tissus empruntent au règne minéral une partie de leurs molécules, ils ont besoin pour subsister d'une sorte de squelette minéral, et c'est à Gaube [du Gers] (1) que revient le mérite d'avoir mis en lumière l'importance primordiale de ce qu'il appelle le *sol minéral* de l'organisme. Les coefficients qu'il nous reste à étudier se rapportent justement à ce sol minéral, et nous renseignent sur sa richesse et sa composition.

V

Coefficient de déminéralisation $\frac{\text{RM}}{\text{RT}}$. — Le résidu urinaire total s'obtient en faisant simplement évaporer l'urine; il se compose de matières organiques, urée, acide urique, créatine, créatinine, tyrosine, leucine, matières ternaires, etc., constituant le résidu organique, et de sels minéraux : phosphates, sulfates, chlorures, potasse, soude, chaux, magnésie formant le résidu minéral. Lorsqu'on calcine au rouge sombre un résidu total, les matières organiques sont décomposées, le carbone se volatilise à l'état d'acide carbonique, l'azote s'échauffe sous forme d'ammoniaque, l'oxygène et l'hydrogène forment de la vapeur d'eau; il ne reste alors dans la capsule que les sels minéraux. C'est le rapport entre ce résidu minéral et le résidu total qui constitue le *coefficient de déminéralisation* d'Albert Robin. Il nous permet donc d'apprécier en bloc l'intensité des échanges inorganiques. Normalement $\frac{\text{RM}}{\text{RT}}$ est égal à 30 p. 100, c'est-à-dire que pour 100 parties du résidu total on doit en trouver 30 de matières minérales si l'organisme possède et garde sa richesse normale en sels minéraux. Mais s'il vient, par suite d'un trouble nutritif dont la pathogénie est encore inconnue, à perdre ces sels minéraux, à se déminéraliser, les matières minérales apparaîtront abondantes dans l'urine et le coefficient montera, pouvant atteindre 40 et 50 p. 100.

La tuberculose pulmonaire est le type des maladies où l'on peut observer pareille perturbation. Albert Robin (2) a

(1) *Cours de minéralogie biologique* et *Arch. gén. de méd.*, 1894.

(2) Albert Robin. Sur la nutrition dans la phtisie pulmonaire chronique, *Arch. gén. de méd.*, avril 1895.

montré en effet qu'au début de la tuberculose on trouvait en général le coefficient augmenté avec des chiffres de 36 à 48 p. 100, tandis qu'à la troisième période on le voyait s'abaisser au-dessous de la normale. C'est qu'à cette période, l'organisme a perdu tout ce qu'il pouvait perdre en minéral; il est appauvri en sels, et le coefficient tombe au-dessous de la normale. Au début le malade est en train de se déminéraliser, à la fin la déminéralisation est achevée; d'où la différence des résultats.

Le rhumatisme chronique nous offre un autre exemple de maladie déminéralisante où l'organisme est appauvri en substances inorganiques, où le coefficient peut tomber très bas.

Enfin, il existe un certain nombre d'états morbides, surtout fréquents chez les jeunes gens, états qui s'accompagnent d'amaigrissement et de polyurie, et qui se résument dans un processus intense de déminéralisation.

Ces faits sont encore mal connus et toute cette importante question de la minéralisation de l'organisme reste à l'étude. Néanmoins les quelques résultats déjà acquis, la possibilité, par une thérapeutique appropriée, de remédier à cette déperdition minérale, sont une raison suffisante pour engager le médecin à ne pas négliger le rapport $\frac{RM}{RT}$.

Albert Robin y a d'ailleurs apporté récemment, en retranchant les chlorures, une correction qui a son importance. En effet, dans l'ensemble des substances minérales, les chlorures urinaires tiennent une très grande place puisqu'ils représentent environ la moitié du résidu minéral. Mais ces chlorures sont essentiellement variables avec l'alimentation et, dès lors, suivant que les aliments sont plus ou moins salés, le coefficient $\frac{RM}{RT}$ pourrait présenter des variations tout à fait factices. Albert Robin a donc proposé de considérer le résidu minéral diminué du chiffre des chlorures, et de constituer ainsi un nouveau coefficient $\frac{RM-Cl}{RT}$ qu'on peut appeler coefficient protoplasmatique, puisqu'il n'atteint plus que les éléments qui font partie de la trame protoplasmatique et nucléaire. Ce nouveau coefficient est égal à 15 p. 100 chez l'homme sain.

Nous savons, depuis les travaux de Gaube (du Gers), que, dans la désassimilation des matières azotées, une certaine proportion de minéral est toujours nécessaire pour la mobilisation et l'élimination de l'azote. Normalement 1 gramme d'azote a besoin de 1g28 de matière minérale pour se mobiliser. Si cette proportion de minéral augmente, l'organisme marche vers sa déminéralisation, dans le cas contraire, il y a rétention minérale. Aussi Albert Robin a-t-il créé un coefficient de mobilisation azotée $\frac{RM}{AzT}$ qui est le rapport entre le résidu organique et l'azote total. Sa valeur marche de pair avec le coefficient de déminéralisation et lui sert de contrôle. Le coefficient de mobilisation azotée est augmenté chez les tuberculeux, diminué, au contraire, chez les arthritiques.

VI

Coefficient de l'acide phosphorique à l'azote total $\frac{Ph}{AzT}$. — Il est possible de pénétrer plus avant dans la nutrition minérale de l'organisme par l'étude des coefficients relatifs aux différents éléments du résidu inorganique. Parmi les plus importants de ces rapports d'échange, sont évidemment ceux qui ont trait au phosphore et au soufre.

Le phosphore est en effet le minéral noble par excellence, celui qui sert de substratum chimique aux parties les plus essentielles de l'économie. Il est l'élément caractéristique de la nucléine, et comme tel fait partie intégrante du noyau cellulaire. Or, le noyau, c'est la vie de la cellule, c'est le centre trophique; c'est lui qui préside aux phénomènes de division et de multiplication cellulaire, il joue en même temps son rôle dans les processus d'activité protoplasmique. D'un autre côté, le phosphore, prenant une part importante à la constitution du système nerveux, participe activement au fonctionnement de l'organisme entier.

Il y a donc un intérêt constant à étudier la désassimilation du phosphore dans l'économie. Parti des molécules complexes de nucléine, de neurine, passant par les stades intermédiaires de lécithine, d'acide glycérophosphorique, le phosphore quitte l'organisme presque uniquement à l'état de phosphate. Normalement, pour 100 parties d'azote total, il s'élimine par l'urine 18 parties de phosphore $\frac{Ph}{AzT} = 18$ p. 100.

Mais ce chiffre idéal subit de fréquentes variations; quelques-unes sont physiologiques et utiles à connaître; elles sont d'ailleurs minimes; la plupart sont pathologiques.

L'exercice prolongé et surtout l'alimentation carnée excessive, augmentent le coefficient parfois dans d'assez fortes proportions, ce qui s'explique facilement, la viande contenant une plus forte proportion de phosphore que le reste des substances alimentaires. Le végétarisme a l'effet contraire. Pour quelques auteurs le travail intellectuel produirait aussi une légère augmentation. Celle-ci est manifeste dans le jeûne, et devient de plus en plus forte à mesure que l'amaigrissement et l'inanition progressent : l'organisme réduit à l'autophagie est en somme soumis à une véritable alimentation carnée.

Parmi les causes pathologiques nous citerons en première ligne le diabète où la phosphaturie est fréquente; le coefficient $\frac{Ph}{AzT}$ y est souvent augmenté, surtout dans les formes graves à marche rapide, avec amaigrissement et cachexie; il peut dans ces cas monter à 30 et 40 p. 100.

La tuberculose pulmonaire, elle aussi, peut s'accompagner de décharges phosphatées, surtout au début. Il ne faut pas croire d'ailleurs que ce soit là un phénomène constant. D'autant plus qu'il y a chez ces malades une cause d'erreur importante : on ne saisit jamais leur nutrition qu'à un moment limité de leur longue maladie; toute l'évolution antérieure nous échappe et empêche de poser des règles absolues.

Les grandes dyspepsies hyperchlorhydriques augmentent le plus souvent le coefficient $\frac{Ph}{AzT}$; Albert Robin (1) insiste sur cette déphosphatisation qu'il donne comme la clef des retentissements nerveux de la dyspepsie, en particulier de la neurasthénie dyspeptique. Cette variété de neurasthénie n'est d'ailleurs pas la seule à présenter le même trouble urinaire; la neurasthénie primitive a bien souvent pour substratum chimique une déperdition antérieure ou actuelle de phosphates.

Enfin, on peut observer une phosphaturie essentielle, fréquente surtout chez les jeunes gens, et dont le cadre va en se rétrécissant de plus en plus à mesure que l'étiologie des phosphaturies se précise.

(1) Albert Robin. *Les maladies de l'estomac*, p. 665.

Très intéressant pour le diagnostic, ce coefficient ne l'est pas moins pour le traitement : il justifie l'emploi de la médication d'épargne s'adressant spécialement à l'élément phosphore, et l'usage des préparations phosphorées ou phosphatées.

VII

Coefficient des phosphates terreux $\frac{\text{Ph. terreux}}{\text{Ph. total}}$. — Nous avons jusqu'ici considéré les phosphates en bloc, mais leur importance biologique varie suivant la base qui entre dans leur composition. L'acide phosphorique se présente dans l'urine sous deux formes. Si l'on prend 3 grammes comme chiffre de l'acide phosphorique normal par vingt-quatre heures, 2gr30 en moyenne passent unis à des bases alcalines, potasse et soude, formant les phosphates alcalins; 0gr70 sont unis à des bases terreuses, chaux et magnésie, sous forme de phosphates terreux. Les premiers proviennent des globules rouges, et surtout du tissu musculaire et de l'alimentation; leur importance n'est que secondaire. Les seconds ont pour origine le tissu osseux et le système nerveux et comme tels ils acquièrent la première place.

Il y a donc grand intérêt à pouvoir dissocier l'élimination de ces deux variétés de sels. C'est dans ce but qu'on a créé le *coefficient des phosphates terreux*, ou formule des phosphates, dont le calcul ne demande d'ailleurs qu'une opération chimique fort simple (1).

Le chiffre normal du rapport $\frac{\text{Ph. terreux}}{\text{Ph. total}}$ est de 25 p. 100. D'après ce qui précède, il est évident que l'exercice musculaire, l'alimentation carnée doivent le diminuer. $\frac{\text{Ph. terreux}}{\text{Ph. total}}$ est également abaissé dans un grand nombre de pyrexies, et l'un de nous a montré que la diminution des phosphates que l'on observe au cours des maladies fébriles porte surtout sur les phosphates terreux; dans la fièvre typhoïde le coefficient peut tomber à 10 et même à 5 p. 100.

Les maladies osseuses et surtout l'ostéomalacie augmentent dans des proportions considérables le rapport $\frac{\text{Ph. terreux}}{\text{Ph. total}}$. L'hyperchlorhydrie est, elle aussi, un facteur de phosphaturie terreuse. Albert Robin a insisté (2) sur cette forme de fausse phosphaturie, assez spéciale et fort utile à connaître; elle peut en effet donner lieu à des crises de cystalgie avec mictions douloureuses qui tourmentent vivement les malades. On peut dire, en somme, que le plus souvent la phosphaturie totale s'accompagne d'augmentation du coefficient des phosphates terreux. Mais il ne faut pas voir là une règle générale qui conduirait à des conclusions trop hâtives. Les deux coefficients ne sont pas nécessairement solidaires l'un de l'autre; le second surtout peut être modifié alors que le premier reste normal. Le simple calcul du rapport $\frac{\text{Ph}}{\text{AzT}}$ ne suffit donc pas pour affirmer que le métabolisme phosphoré se fait régulièrement; les deux coefficients du phosphore s'ajoutent et se complètent l'un l'autre.

(1) Nous n'ignorons pas qu'on a reproché au coefficient des phosphates terreux de n'atteindre qu'une partie des bases terreuses, mais les oscillations de la totalité de ces bases sont suffisamment parallèles à celles des phosphates terreux pour que le coefficient garde son utilité pratique.

(2) Albert Robin. Acad. de méd., séance du 4 déc. 1900.

VIII

Coefficient des sulfates. — Si le phosphore entre plus spécialement dans la composition de la nucléine, le soufre fait partie intégrante de toute molécule albuminoïde; la désassimilation des albumines de l'organisme a donc pour conséquence nécessaire la présence de soufre dans les urines. Et pourtant on s'occupe en général fort peu de cet élément et sa recherche quantitative n'est guère entrée dans la pratique journalière. Ce dosage exige, il est vrai, des manipulations chimiques un peu plus compliquées que pour l'azote et les phosphates. Mais pour l'étude des fonctions du foie en particulier, il présente le plus vif intérêt.

C'est ainsi que la recherche des différentes formes sous lesquelles peut se trouver le soufre urinaire, et les calculs de leur valeur réciproque peuvent nous donner les plus utiles renseignements. Le soufre quitte la molécule albuminoïde à l'état de composé organique plus ou moins complexe; ce soufre organique est remanié par le foie, oxydé en grande partie et se présente dans l'urine sous trois états différents :

1° A l'état de sulfates, surtout unis à la potasse, à la soude et à la magnésie (soufre préformé);

2° Sous forme d'éthéro-sulfate, ou de corps sulfo-conjugués, l'acide sulfurique s'unissant aux corps de la série aromatique : indols, phénols, scatols, apportés au foie par la veine porte (soufre conjugué);

3° Enfin à l'état de soufre organique ou soufre neutre incomplètement oxydé, qui comprend surtout la cystine, la taurine et ses dérivés.

De ces notions bio-chimiques se dégage tout naturellement la signification des différents coefficients du soufre.

La quantité des éthers-sulfates est évidemment fonction de l'abondance des corps de la série aromatique puisés par la veine-porte dans l'intestin où ceux-ci sont engendrés par les fermentations intestinales, et d'autant plus abondants que ces fermentations sont plus intenses; exception faite, cependant, pour les cas où un foyer putride pathologique (gangrène pulmonaire, pleurésie putride ou autre) vient déverser dans l'organisme de nombreux produits de putréfaction qui se conjuguent avec l'acide sulfurique pour s'éliminer par l'urine. Le coefficient de l'acide sulfurique conjugué à l'acide sulfurique total sera donc le *coefficient des fermentations putrides* (Albert Robin); son chiffre normal est 5,5 : $\frac{SC}{ST} = 5{,}5$ p. 100. Il est augmenté dans les états si nombreux : diarrhées, coprostases, entérites, où l'intestin est le siège de fermentations exagérées. Le type en est la fièvre typhoïde dont les caractères urologiques ont été si bien étudiés par Albert Robin. Le rapport $\frac{SC}{ST}$ s'élève encore dans des proportions parfois considérables au cours de la gangrène pulmonaire et de la pleurésie putride, de la bronchite fétide et dans tous les états où peut se faire une résorption de produits putrides.

On pourrait encore apprécier l'intensité des putréfactions intestinales à l'aide du coefficient de Baumann qui n'est autre que le rapport de l'acide sulfurique des sulfates à l'acide sulfurique conjugué aux corps aromatiques.

Enfin tout dernièrement Combes (de Lausanne) a proposé de mesurer le degré d'auto-intoxication intestinale, fonction des putréfactions dans l'intestin, par le rapport des substances aromatiques exprimées en milligrammes, à

l'urée ou à l'azote total. Ce serait le *coefficient d'auto-intoxication*.

Encore plus intéressant est le *coefficient d'oxydation du soufre*, ou rapport du soufre complètement oxydé sous forme d'acide sulfurique au soufre total $\frac{SO}{ST}$. Nous venons de voir que le foie était l'agent de cette oxydation. Toute insuffisance de l'organe s'accompagne donc d'une diminution de l'oxydation du soufre, d'une augmentation du soufre neutre; $\frac{SO}{ST}$ est un coefficient d'activité hépatique.

Il est à noter pourtant que les auteurs varient quelque peu dans les chiffres qu'ils donnent comme physiologiques: Salhowski donne 83,5, Lépine 80, Albert Robin 88 p. 100. On ne peut donc jusqu'à présent tenir compte que de variations assez notables. Il faut penser aussi aux variations physiologiques et surtout médicamenteuses. Le pain diminue le coefficient, le lait l'augmente. Le chloroforme, le chloral, le sulfonal, la fleur de soufre à plus forte raison le diminuent.

Au point de vue pathologique, c'est surtout dans les maladies du foie qu'on l'a trouvé modifié. Lépine constate toujours une diminution du rapport $\frac{SO}{ST}$ dans l'ictère, les chiffres variant de 76 à 38 p. 100.

De même dans la cirrhose atrophique.

Dans la cystinurie les chiffres sont abaissés et un travail récent de Percival, où sont notés des chiffres de 42 p. 100, tend à prouver que la cystinurie reconnaît pour origine une altération du foie (1).

Il y a donc là un nouveau moyen d'interroger la cellule hépatique. A côté des procédés qualitatifs, tels que la glaucurie et la glycosurie expérimentale, le coefficient d'oxydation du soufre a le grand avantage de donner des résultats quantitatifs, la valeur des rapports étant proportionnelle à l'activité du foie.

Le foie étant un des principaux organes d'élimination du soufre par la sécrétion biliaire, il s'établit une sorte de compensation entre le soufre éliminé par l'urine et par la bile, la diminution de la sécrétion biliaire amenant une augmentation de soufre dans les urines. On peut donc considérer avec Albert Robin le rapport de l'acide sulfurique total à l'azote total comme le *coefficient de l'activité biliaire*. Le coefficient $\frac{ST}{AzT}$ normalement égal à 19 p. 100 varie en sens inverse de la sécrétion biliaire et peut donner la mesure de son activité.

IX

Coefficients des chlorures. — L'élimination des chlorures, autrefois quelque peu négligée dans l'étude de la nutrition, à cause de sa grande variabilité fonction, surtout de l'abondance variable des chlorures alimentaires, a pris tout récemment un intérêt considérable depuis les travaux de MM. Achard et Lœper, Widal, Javal et Lemierre.

Il semble, en effet, que l'étude des chlorures puisse donner des renseignements intéressants sur l'équilibre osmotique du plasma sanguin et de la lymphe interstitielle, et par suite un vif intérêt s'attache à la rétention ou à l'élimination de ces sels; mais les auteurs qui se sont occupés de cette question n'ont envisagé jusqu'ici que les quantités absolues de chlorures excrétées. Il semble cependant que l'étude des coefficients des chlorures peut donner quelques utiles indications.

Il en est ainsi pour le rapport des chlorures au résidu total $\frac{NaCl}{RT}$, appelé par M. A. Robin coefficient de *déminéralisation plasmatique* par opposition au coefficient de *déminéralisation protoplasmique* dont nous avons parlé.

Le coefficient des chlorures à l'azote total $\frac{NaCl}{AzT}$ doit également être pris en considération : un malade qui s'alimente peu et désassimile peu pourrait avoir un chiffre minime de chlorures sans pour cela être en état de rétention chlorurée.

Pour plus de précision, il est bon de soumettre le sujet, avant l'analyse d'urines, à un régime dont la richesse en chlorures soit facilement dosée. Le régime lacté absolu semble particulièrement indiqué pour atteindre ce but.

L'étude des coefficients des chlorures, au point de vue spécial que nous venons d'envisager, n'a pas encore été faite. C'est là une voie toute nouvelle que nous ne faisons qu'indiquer, et nous nous réservons de compléter par des recherches ultérieures ces données actuellement encore vagues.

Nous voudrions, en terminant, rendre ces notions plus concrètes par un exemple qui nous mette en présence d'une nutrition troublée et qui nous montre comment l'analyse d'urines complète conduit à un diagnostic précis et à une thérapeutique rationnelle.

Voici une analyse de dyspeptique :

Taille, 1m60. — Poids, 55 kilos. — Vol., 1100 grammes.

	Par litre.	Par 24 heures.	Coefficients.
Urée	18,18	19,99	$\frac{AzU}{AzT} = 88$
Acide urique	0,30	0,33	
Azote total	9,80	10,78	$\frac{Ac.\ ur.}{U} = 1,60$
Azote de l'urée	8,46	9,50	
Matières ternaires	8	8,8	$\frac{CT}{AzT} = 90$
Carbone total	8,92	9,31	$\frac{MT}{RO} = 26,6$
Phosphate total	2,50	2,75	
Phosphate terreux	0,75	0,82	$\frac{PhT}{AzT} = 25,5$
Soufre total	2	2,20	
Soufre neutre	0,16	0,17	$\frac{Ph.\ ter.}{Ph.\ tot.} = 29,9$
Soufre conjugué	0,15	0,16	$\frac{RM}{RT} = 37$
Résidu organique	30	33	
Résidu minéral	15	16,50	$\frac{SO}{ST} = 92$
Résidu total	45	49,50	$\frac{S\ conj.}{ST} = 7,5$

Cette analyse nous révèle :

1° Une déperdition minérale exagérée $\left(\frac{RM}{RT} = 37 \text{ p. } 100\right)$ portant surtout sur les phosphates $\left(\frac{Ph}{AzT} = 25,5\right)$ et en particulier sur les phosphates terreux $\left(\frac{Ph.\ terreux}{Ph.\ total} = 29,95\right)$;

(1) Percival. *Un caso di cistinuria*, Turin 1902.

2° Une utilisation défectueuse des matières ternaires $\left(\frac{MT}{RO} = 26{,}6 \text{ p. } 100\right)$;

3° La suractivité de la nutrition, en particulier au niveau du foie, comme en témoigne le coefficient azoturique $\left(\frac{AzU}{AzT} = 88\right)$, le coefficient du carbone total $\left(\frac{CT}{AzT} = 90\right)$ et le coefficient d'oxydation du soufre $\left(\frac{SO}{ST} = 92\right)$.

Les indications thérapeutiques sont donc avant tout de rendre à l'organisme les sels minéraux et surtout les phosphates qu'il a perdus; de diminuer dans l'alimentation les matières ternaires qui s'assimilent mal; enfin, par le traitement hygiénique et médicamenteux, de modérer la nutrition et surtout l'excitation de l'appareil gastro-hépatique.

L'étude des rapports d'échange a permis, dans ces dernières années, de jeter un jour nouveau sur les mystères de la nutrition. Mais la lumière est loin d'être faite, et combien de problèmes restent encore obscurs! Néanmoins, ces recherches ont ouvert une voie nouvelle qui semble féconde et nous avons voulu seulement mesurer le chemin parcouru et poser un jalon sur la route encore longue qu'il reste à faire pour pénétrer les phénomènes intimes de la vie.

Nous ne pouvons mieux faire, en terminant, que de citer comme conclusion ces paroles de Charles Robin : « En étudiant chacun des produits retirés de l'urine, le médecin doit pouvoir dans chaque cas remonter à l'acte normal ou troublé qui amène la formation du composé excrété en plus ou en moins, autant qu'au lieu dans lequel il se passe. Là est tout l'intérêt du liquide urinaire. »

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

[BRUXELLES, SEPTEMBRE 1903 (1)]

VIII

L'*hygiène des bâtiments armés* a été traitée par M. Auffret. M. Auffret étudie successivement les mesures générales d'hygiène individuelle, les mesures spéciales, la prophylaxie des affections contagieuses, et expose les presrciptions qui visent le combat et qui commencent à être en vigueur sur certains de nos cuirassés. Le *Suffren*, en particulier, est actuellement, par les mesures qui ont été adoptées au point de vue du combat, l'expression actuelle la plus complète du progrès.

La *prophylaxie de la peste* a fourni l'occasion de discussions très vives entre MM. Calmette, Franck, Freyberg, Nocht, Ringeling, Brouardel, Legrand, Borel, Wilde, Manolesco, Ruysch, Hahn, Langlois, Cortezo, Félix. Finalement, les conclusions de M. Calmette sont votées. Les voici :

« Prenant en considération :

D'une part, les données récentes actuellement incontestées sur le rôle des rats comme agents propagateurs de la peste par les navires, alors même que ceux-ci ne présentent aucun cas de peste humaine à bord ou qu'ils ne proviennent pas directement de pays contaminés;

D'autre part, la sécurité que procure l'inoculation préventive du sérum antipesteux aux équipages et aux passagers qui ont pu se trouver en contact avec des malades;

Le Congrès émet l'avis que les mesures quarantenaires actuellement appliquées soient modifiées ainsi qu'il suit :

1° Limitation, dans le sens du libéralisme le plus large, de l'internement dans les lazarets, et son remplacement, toutes les fois que les autorités sanitaires jugeront la chose possible, par une simple surveillance de dix jours au port de débarquement, cette surveillance pouvant être réduite à cinq jours pour les passagers qui consentent à subir l'inoculation préventive du sérum antipesteux, alors même que ces passagers proviennent d'un navire ayant eu des cas de peste en cours de traversée;

2° Limitation, pour les navires et les marchandises, de la durée des quarantaines au temps strictement nécessaire à la destruction des rats et des insectes et à la désinfection complète de toutes les parties du navire et de sa cargaison;

3° Organisation, dans tous les ports ouverts au commerce international, de la destruction méthodique des rats, tant à terre que sur les navires, et de services de désinfection sévérement contrôlés, de telle manière que l'efficacité des mesures prises pour détruire les rats, les insectes et les bacilles pesteux puisse être officiellement garantie;

4° Obligation, pour tous les navires qui font escale dans les ports méditerranéens du Levant ou dans ceux de la mer Rouge, du golfe Persique, de l'Inde, de l'Indo-Chine ou d'autres pays suspects ou contaminés, d'être approvisionnés d'une quantité suffisante de sérum antipesteux pour vacciner les passagers et tout l'équipage si un cas de peste venait à se déclarer en cours de route;

5° Dans le but d'obtenir progressivement la réduction de la durée et même, si possible, la suppression totale des quarantaines, inciter les compagnies de navigation et les armateurs à réaliser la destruction complète des rats et des insectes à bord de leurs navires, après chaque déchargement complet des cales à marchandises, sous le contrôle de l'administration sanitaire;

6° Inviter enfin les gouvernements intéressés à instituer des médecins sanitaires spécialement instruits en vue de la mission qu'ils ont à remplir, commissionnés par le pouvoir central et indépendants des compagnies de navigation. »

Le Congrès émet, en outre, le vœu que la Conférence sanitaire internationale, qui doit se réunir à Paris au mois d'octobre 1903, soit appelée à délibérer sur les desiderata énoncés ci-dessus, en vue de l'élaboration d'un règlement plus conforme aux données de la science moderne et aux besoins du commerce international en ce qui concerne la défense contre la peste.

La question de beaucoup la plus importante qu'ait eu à traiter la section avait trait à la *défense sociale contre la tuberculose*. MM. Brouardel et Mosny, rapporteurs, proposent l'intervention de l'Etat contre la propagation de la tuberculose dans deux conditions différentes : à titre privé pour ainsi dire, comme chef d'administration, et à titre législatif. Voici leurs conclusions résumées :

A. *Intervention administrative des pouvoirs publics.* — De l'armée, des écoles, l'Etat doit momentanément écarter les suspects et renvoyer définitivement les malades. Il n'acceptera comme maîtres, comme serviteurs dans les écoles publiques, que ceux qui auront satisfait à un examen mé-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 107, p. 1061; n° 115, p. 1137; n° 121, p. 1196, et n° 122, p. 1205.

dical très sévère à l'entrée et éliminera tous ceux chez qui la tuberculose éclot postérieurement à leur admission.

Le même devoir de protection sanitaire s'impose à l'Etat en ce qui concerne le personnel et les locaux des hospices, des asiles, des prisons. Dans ses bureaux, ses ateliers, ses manufactures, l'Etat ne doit agréer que ceux dont la santé ne peut nuire à leur entourage : à savoir les sujets sains ou, parmi les tuberculeux, ceux-là seuls dont la tuberculose n'est pas contagieuse ou ceux qui, tout en présentant des lésions ouvertes, donnent des garanties suffisantes d'innocuité pour leur entourage. L'Etat doit évincer des services tout tuberculeux qui, par négligence ou par ignorance, constitue une menace ou un danger constant de contamination pour les sujets sains qui l'approchent.

A ses employés devenus tuberculeux dans le cours de leur service, l'Etat ne doit rien de plus que ce qu'un chef d'administration privée doit aux siens. Il leur doit son appui, mais indirectement, par l'intermédiaire des sociétés de secours mutuels ou des caisses d'assurances.

L'Etat ne doit laisser séjourner ses soldats, ses élèves, ses employés, ses ouvriers que dans des locaux salubres au triple point de vue de la construction, de l'aménagement et de l'entretien.

B. *Intervention législative et exécutive des pouvoirs publics.* — Elle peut se manifester d'une façon directe ou indirecte :

1° Les manifestations directes de cette intervention se réduisent, en réalité, à la déclaration obligatoire des cas, condition indispensable à l'application des mesures prophylactiques qui en est la sanction naturelle. Les pouvoirs publics ont, en France, jusqu'à présent, reculé devant l'obligation de cette déclaration. Au moins, la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, en connaît-elle le principe, puisqu'elle range la tuberculose au nombre des maladies transmissibles dont la déclaration est facultative. C'est évidemment la première étape vers la déclaration obligatoire de la tuberculose.

2° L'intervention indirecte des pouvoirs publics contre la tuberculose se produit quand ils préservent l'homme dès sa naissance contre les causes de débilitation (nourrissons, enfants assistés, trouvés, maltraités, moralement abandonnés).

L'Etat substitue sa tutelle à celle des parents indignes; il doit la substituer à celle des parents incapables.

Nos lois protègent aussi la santé de l'enfant, de l'adolescent, des filles mineures et des femmes, en réglementant leur travail. Elles devraient faire plus encore et accorder une protection spéciale à la femme enceinte pour sauvegarder à la fois la mère et son rejeton.

La surveillance de l'Etat devrait encore s'exercer avec une rigueur particulière dans les établissements de la petite et de la moyenne industrie, là où les risques de contamination tuberculeuse sont particulièrement fréquents et graves.

Les lois françaises ne garantissent la salubrité des locaux que d'une façon tout à fait insuffisante et qui devra être améliorée. La loi du 2 novembre 1892 sur le travail des enfants, des filles mineures et des femmes dans les établissements industriels et celle du 12 juin 1893 sur la préservation des ouvriers contre les dangers auxquels ils sont exposés dans les établissements industriels, sont beaucoup trop limitatives. La loi du 30 novembre 1894, relative aux habitations à bon marché, dite loi Siegfried, se propose de faciliter la construction de maisons salubres et peu coûteuses, réservées aux ouvriers, et de permettre à ceux-ci l'accession à la propriété.

En résumé, la combinaison du logement salubre, et en particulier des habitations salubres à bon marché avec le dispensaire-type Calmette, nous semble répondre à toutes les conditions d'une lutte efficace contre la tuberculose, non seulement par le traitement et l'éducation sanitaire et prophylactique des malades, mais, ce qui vaut mieux encore, par la sauvegarde de la santé des sujets sains.

Construction, aménagement et entretien des dispensaires et des habitations salubres à bon marché, doivent demeurer l'œuvre de l'initiative privée, individuelle ou collective (mutualités, caisses d'assurances...), mais sous le contrôle et avec l'aide des pouvoirs publics, auxquels nous ne devons laisser qu'un rôle de protection et d'assistance. Loin de restreindre et d'amoindrir le rôle de l'intervention des pouvoirs publics dans l'hygiène sociale, principalement en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose, cette conception l'étend au contraire en imposant à l'Etat des devoirs impérieux auxquels il s'était jusqu'à présent soustrait : devoirs d'éducation populaire, de contrôle et d'inspection, de protection et d'assistance envers les collectivités et les individus.

L'hôpital, le dispensaire et le sanatorium ont chacun leur rôle défini dans le traitement de la tuberculose; l'hôpital sert à soigner les malades gravement atteints, les dispensaires à l'éducation hygiénique du public, le sanatorium à prévenir et à guérir. L'Etat doit encourager les efforts de l'initiative privée en aidant les particuliers à construire le plus de sanatoriums possible.

M. Mœller (de Liège) demande la destruction des bacilles, l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux ordinaires et dans les sanatoriums, l'assainissement des habitations, l'éducation hygiénique du grand public. M. Panwitz (de Berlin) étudie les *principes fondamentaux de la lutte anti tuberculeuse* : découverte précoce des malades, destruction complète des germes infectieux, isolement prolongé des malades, et décrit les différentes façons d'arriver à réaliser ces desiderata. Quant aux *devoirs spéciaux des pouvoirs publics*, ils comportent un grand nombre de points : déclaration obligatoire, création d'établissements hygiéniques, surveillance hygiénique des enfants, des ouvriers, des soldats, envoi des tuberculeux au début dans les sanatoriums, des cas avancés dans les hôpitaux, éducation hygiénique du grand public, etc., etc.

M. Schmidt (de Berne) propose que les pouvoirs publics interviennent contre la tuberculose par voie législative et qu'ils viennent en aide à l'initiative privée dans toutes les œuvres entreprises par elle, soit pour prévenir, soit pour combattre la tuberculose.

M. Faber (de Copenhague) met en lumière l'influence prépondérante de l'infection familiale et propose de diriger tous les efforts contre cet important facteur de dissémination tuberculeuse. Au triple point de vue prophylactique, humanitaire et économique, ce qu'il faut, c'est multiplier à profusion les places d'hôpital de façon à permettre à tout tuberculeux pauvre d'être soigné en dehors de chez lui, car il est illusoire et dangereux de vouloir isoler le malade dans le ménage même. MM. Armaingaud et Santoliquido critiquent les sanatoriums auxquels ils préfèrent de beaucoup la lutte prophylactique contre la tuberculose; MM. Calmette, Newsholme (de Brighton), Albert Robin, Fuster, Gebhard, Jacob, Becker, van Ryss, Kirshnen, Grégoire, Grünberg, Letulle, prennent part à la discussion; M. Albert Robin propose finalement de voter les conclusions du rapport de MM. Brouardel et Mosny.

M. Brouardel déclare alors abandonner ses propres conclusions et adopter celles de M. Letulle qui, un peu modifiées à la suite des observations de M. Monod, sont votées à l'unanimité. Les voici in extenso :

« 1. La prophylaxie anti-tuberculeuse incombe plus particulièrement aux pouvoirs publics au moyen d'une application rigoureuse des lois et d'une réglementation concernant la salubrité des habitations; au moyen des mesures de police sanitaires prescrites par les lois; au moyen d'une législation sévère sur le surmenage et la durée du travail des ouvriers (à propos de laquelle il est très désirable qu'intervienne une entente internationale); au moyen, enfin, d'une extension des réglementations communales, cantonales ou régionales, s'inspirant des nécessités locales, professionnelles ou mutualistes ;

2. En ce qui concerne l'assistance aux tuberculeux par les sanatoria, dispensaires, cures d'air, asiles, etc., l'Etat doit favoriser et aider dans la plus large mesure l'essor de l'initiative privée et des groupements sociaux (départements, provinces, communes, associations philanthropiques et ouvrières, mutualités, etc.), et leur permettre de répandre leurs bienfaits selon l'esprit social et les besoins propres à chaque nation ;

3. Que l'Etat encourage, par tous les moyens dont il dispose, notamment les sociétés d'habitation à bon marché, les sociétés coopératives de consommation et les ligues contre l'alcoolisme. »

L'*intervention des pouvoirs publics en matière d'hygiène* a été étudiée par MM. Fahio (de Genève), Pierson, Dufourmantelle, Mattone et Velghe, Albrecht. Après la lecture des rapports, la section vote les conclusions suivantes :

« La sixième section

Estime qu'il y a lieu, pour les pouvoirs publics :

1. De favoriser la construction d'habitations salubres à bon marché et leur acquisition par les classes ouvrières, principalement par des faveurs fiscales et toutes les dispositions propres à créer ou à développer le crédit immobilier ; 2. de prendre des mesures de nature à améliorer le logement des classes nécessiteuses; il est désirable de voir les administrations locales provoquer, là où les circonstances le requièrent, la construction de maisons à bon marché; 3. d'obliger les administrations locales à prendre les prescriptions réglementaires suffisantes en tout ce qui touche la salubrité des habitations ; 4. d'organiser une inspection sanitaire des habitations indépendante des autorités locales. »

En outre, le vœu suivant est adopté :

Rendre plus salubres les habitations occupées maintenant par les pauvres est une question de toute première importance.

L'Etat a le devoir de décréter et de mettre en vigueur des lois et des règlements à cet effet. Mais le Congrès reconnaît que ceci présente de grandes difficultés, si l'on n'obtient la coopération active d'un public régulièrement organisé. Il émet le vœu de voir se fonder des sociétés dirigées par des personnes influentes, ayant pour but l'amélioration de l'état sanitaire des locaux existants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Abbeville.* — Un concours public pour la nomination d'un chirurgien-chef et d'un chirurgien-adjoint aura lieu à Lille le 21 décembre 1903.

Pour se présenter au concours, les candidats devront réunir les conditions suivantes : 1° être Français; 2° avoir le diplôme de docteur en médecine, conféré par une Faculté française; 3° être âgé de vingt-huit ans au moins et de quarante ans au plus; 4° exercer la médecine depuis deux ans au moins ou avoir été interne pendant deux ans dans les hôpitaux d'une ville siège d'une Faculté de médecine de l'Etat.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à Abbeville, 4, avenue du Rivage, quinze jours au moins avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Évrard, Villejuif et Maison-Blanche, et l'Infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police) sera ouvert le jeudi 3 décembre 1903, à midi précis, à la préfecture de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures, du lundi 2 au jeudi 19 novembre 1903 inclusivement.

Marine. — Par décision ministérielle du 22 octobre 1903, M. Ringenbach, étudiant en médecine, a été nommé, après concours, élève du service de santé de la marine à l'Ecole de Bordeaux.

Distinctions honorifiques. — Par décret du 2 octobre, M. le docteur Th. Louart (de Lamotte-Beuvron) a reçu une médaille d'honneur des épidémies.

Congrès de chirurgie. — *Election du bureau pour le Congrès de 1904.* — M. Pozzi, vice-président, est élu président; M. Chauvel est élu vice-président.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante et unième semaine, 739 décès, au lieu de 710 pendant la semaine précédente (moyenne 890).

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 11).

La variole a causé 1 décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 5 décès (moyenne 2); la scarlatine, 1 décès (moyenne 2); la coqueluche, 7 décès (moyenne 5); la diphtérie, 7 décès (moyenne 7); le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 64, au lieu de 38 pendant la précédente semaine (moyenne 55).

La diarrhée infantile a causé 43 décès de 0 à 1 an, au lieu de 49 pendant la semaine précédente (moyenne 90).

En outre, 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 62 décès au lieu de 76 pendant la semaine précédente (moyenne 122). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (moyenne 9); bronchite chronique, 11 (moyenne 20); pneumonie, 9 (moyenne 28); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 38 (moyenne 65), dont 13 dus à la congestion pulmonaire et 13 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 182 décès; la méningite tuberculeuse, 13; la méningite simple, 11; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès.

Amphithéâtre des hôpitaux. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. Quénu, commenceront le vendredi 6 novembre 1903.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Cours pratique sur les maladies de l'estomac (service de M. le docteur Alb. Mathieu). — MM. les docteurs Jean-Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de la consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et A. Laboulais, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, chef de laboratoire de M. le docteur Alb. Mathieu, commenceront, sous la direction de M. le docteur Alb. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, un cours théorique et pratique sur les maladies de l'estomac, le lundi 16 novembre 1903.

Le cours sera complet en un mois et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à cinq heures et demie du soir.

Les travaux pratiques (examens du suc gastrique et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours, de quatre heures un quart à cinq heures un quart, avant le cours. Il sera constitué des séries par ordre d'inscription.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, tous les matins, de huit heures à midi, et tous les soirs, d'une heure à six heures, sauf le mercredi.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

POSTE A CÉDER POUR RAISON DE SANTÉ dans l'Orléanais, à trois heures de Paris. Fixe important. Rapport annuel, 10 000 francs, susceptible d'augmentation.— S'adresser au journal.

L'ordonnance du tuberculeux, par le docteur Savignac. Broch. de 20 p. — Prix : 0 fr. 30. — Paris, C. Naud.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 26 octobre 1903.

Le XVIe Congrès sonne le glas de l'Association française de chirurgie. Les communications ont diminué de nombre, au point que toutes les séances du matin, sauf une, ont été supprimées; et malheureusement la qualité n'a pas remplacé la quantité. Il faudrait être volontairement aveugle pour ne pas voir cette déchéance. Des deux rapports, l'un n'a été remis aux membres du Congrès qu'au moment même où on aurait dû en faire la lecture, de sorte que toute véritable discussion a été, de ce fait, supprimée.

Enfin, il faut signaler la défection à peu près absolue des chirurgiens de Paris; de sorte que nous assistons à cette singulière anomalie d'un Congrès de chirurgie se réunissant à Paris et auquel les chirurgiens de Paris ne prennent pour ainsi dire aucune part. Cette défection n'est d'ailleurs nullement concertée; elle est la conséquence inévitable du peu d'intérêt que présentent les séances du Congrès.

Lorsque l'Association fut fondée, la chirurgie était en plein essor. C'était une véritable science nouvelle qui venait de naître de toutes pièces. C'était une explosion de faits nouveaux et chacun apportait sa pierre à l'édifice commun. Il y eut pour l'Association une période indiscutable de prospérité et de grandeur. Mais, depuis, la chirurgie est arrivée, pour ainsi dire, à sa période d'état. Les faits se sont tassés, les doctrines se sont assises. Ce qui, il y a dix ans, était une nouveauté est actuellement classique. Dès lors, nombre de communications sur des points si intéressants autrefois sont aujourd'hui tombées dans le domaine de la banalité. Or, d'une année sur l'autre, il ne se produit plus de progrès suffisants pour légitimer des séances régulièrement annuelles.

Si le Congrès veut vivre, il faut qu'il modifie complètement sa manière de faire. Déjà, des dissensions profondes se sont produites au sein de son conseil directeur; ce sont les signes précurseurs d'un remaniement des bases du Congrès. Car ce n'est ni la notoriété de ses présidents, ni leur savoir personnel, ni leur haute situation scientifique qui suffiront pour sauver le Congrès de la lente agonie où chaque année il se désagrège. Il ne nous appartient pas de dire au comité directeur où est la voie du salut, mais, nous qui suivons le Congrès depuis sa fondation pour en rendre compte à nos lecteurs, nous avons le devoir de dire combien il est déchu de sa grandeur première.

DEUX TYPES D'ATROPHIE INFANTILE D'ORIGINE GASTRO-INTESTINALE

AVEC TROUBLES DE LA CALORIFICATION MESURÉS AU CALORIMÈTRE

Par MM. G. VARIOT et SAINT-ALBIN (1).

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Saint-Albin, ancien externe de mon service à l'hôpital des Enfants-Malades, et en mon nom, deux enfants, Édouard M... et Victorine G..., qui sont affectés tous les deux d'une atrophie pondérale très marquée. Édouard ne pèse, à deux ans et demi environ, que 9k100, et Victorine 7k400 à l'âge de vingt deux mois.

Édouard nous fut apporté le 24 octobre 1902, âgé de dix-huit mois, pesant 4k700. Il avait été nourri au biberon dans les conditions les plus mauvaises avec des crises subintrantes de gastro-entérite, et placé dans des crèches par sa mère, qui est très malheureuse.

Son *facies*, à l'entrée dans nos salles, ressemble de bien près à celui de l'athrepsique de Parrot; les membres sont très grêles, le ventre est volumineux et dur, le foie déborde de plusieurs travers de doigt les fausses côtes; la peau du visage est pâle et la fontanelle largement ouverte. Il n'y a pas de déformations rachitiques notables.

Comme ration alimentaire, il ne reçoit d'abord que du lait stérilisé industriel des hôpitaux, à la dose de 100 grammes environ par prise toutes les deux heures.

On remarque dès le début que ses déjections sont abondantes, le plus souvent moulées en gros cylindres, assez compactes et d'une coloration grisâtre, comme si le beurre était mal émulsionné et mal absorbé dans l'intestin.

Voici la série des poids de cet enfant pendant l'année qu'il a passée dans nos salles :

24 octobre 1902	4k700
2 novembre	5k
12 —	5k
17 —	5k150

(1) Communication à la Société de pédiatrie.

22 novembre	5^{k}350
30 —	5^{k}600
7 décembre	5^{k}800
13 —	5^{k}950
17 —	6^{k}100

Dès cette époque, on commence à ajouter au lait stérilisé industriel un œuf et deux cuillerées à soupe de jus de viande de bœuf crue alternativement tous les jours et un peu de purée de pommes de terre au lait. Les selles ont toujours le même caractère et ressemblent à du mastic.

Le poids est le 28 décembre de...	6^{k}300
Le 4 janvier 1903	5^{k}700

L'enfant a eu, pendant quatre jours, une température de 39°5 avec des phénomènes menaçants de broncho-pneumonie. Ces accidents se dissipent assez vite.

10 janvier	5^{k}900
18 —	5^{k}950
30 —	6^{k}250
5 février	6^{k}350
14 —	6^{k}300
22 —	6^{k}500
1er mars	6^{k}450
8 —	5^{k}850

Crise de diarrhée avec hyperthermie pendant trois jours.

14 mars	6^{k}500
22 —	6^{k}400
4 avril	6^{k}600
11 —	6^{k}900
25 —	7^{k}200
9 mai	7^{k}400
23 —	7^{k}700
14 juin	7^{k}450
29 —	7^{k}900
12 juillet	8^{k}
23 —	7^{k}900

L'enfant contracte la coqueluche dans la salle.

9 août	7^{k}800
16 —	7^{k}300
24 —	7^{k}500
6 septembre	7^{k}600
20 —	8^{k}200
27 —	8^{k}600
4 octobre	9^{k}
18 —	8^{k}600

On a supprimé depuis huit jours les potages au lait et les purées de pommes de terre. L'alimentation a été réduite à 900 grammes environ de lait stérilisé industriel, deux œufs et 50 grammes de viande de bœuf en pulpe, en vingt-quatre heures.

Le 22 octobre	9^{k}100

L'enfant a récupéré le poids qu'il avait le 10 octobre, mais n'a pas augmenté; on en conclut que la ration alimentaire est insuffisante.

Pendant les vacances, dans le cours et à la suite de la coqueluche, des stigmates de rachitisme ont apparu au niveau des cartilages costaux et dans les épiphyses des jambes spécialement. La fontanelle, qui était très largement ouverte, se ferme; la membrane suturale se raffermit.

Expériences calorimétriques. — *Première expérience.* — Poids, 8^{k}120; température, 38°1. — Placé dans le calorimètre de M. Langlois pendant une heure dans l'après-midi.

Rayonnement calorifique, 5,175 par kilo et par heure; ce qui par vingt-quatre heures et par kilo, ferait environ 120 grandes calories.

Mais nous ne donnons cette évaluation par vingt-quatre heures que comme très approximative car la radiation calorique varie notablement suivant les heures de la journée et de la nuit.

Deuxième expérience. — Poids, 7^{k}870; température, 37°7.

Rayonnement calorifique, 4,970 par kilo et par heure; ce qui ferait, très approximativement par vingt-quatre heures et par kilo, 117 grandes calories.

Troisième expérience. — Poids, 9 kilos; température, 37°4.

Rayonnement calorifique, 4,260 par kilo et par heure; soit approximativement, par vingt-quatre heures et par kilo, 100 grandes calories.

Par rapport à la radiation calorifique des enfants normaux fixé par M. Langlois, il y aurait environ un cinquième d'augmentation dans le rayonnement calorifique, c'est-à-dire près de 5000 calories par heure et par kilo chez l'atrophique contre 4000 chez l'enfant normal.

Victorine G... nous a été apportée de la salle Bielgrain le 24 octobre 1902, à l'âge de dix mois; elle pesait 8 livres exactement. Elle était entrée dans le service de la chirurgie depuis un mois et demi pour être soignée d'abcès multiples, et elle y fut prise d'accidents broncho-pulmonaires avec fièvre de 39 degrés. On la fit passer dans notre salle Gillette où nous l'avons conservée une année comme Edouard M...

Pendant une quinzaine de jours, la broncho-pneumonie persista avec les signes physiques habituels et des oscillation thermiques variant de 39°5 le soir à 38 degrés le matin. Ce n'est que le 24 décembre 1902, que la température redevient normale. L'enfant était très chétive, très amaigrie, avait le ventre très développé et n'avait pas encore de dents. Cependant il n'y avait que de faibles vestiges de rachitisme sur le squelette. Elle avait été nourrie au biberon et mal soignée en nourrice.

Dès son arrivée dans nos salles, elle fut soumise à l'alimentation exclusive par le lait stérilisé industriel, à doses bien réglées, 75 grammes environ par prise avec une cuillerée à café de sucre en poudre. On augmenta rapidement les prises de lait jusqu'à 90 grammes par prise. L'enfant ne vomissait pas, mais ses déjections étaient abondantes et plus ou moins grises comme du mastic. On tenta de bonne heure la viande de bœuf crue, mais on dut l'interrompre souvent, car il survenait des crises de diarrhée. Les œufs furent mieux supportés en général, de même que la purée de pommes de terre. Mais durant toute l'année 1903, l'enfant a absorbé presque tous les jours 900 à 950 grammes de lait stérilisé industriel soit dans un biberon, soit en potages. Le lait a donc été absolument prédominant dans l'alimentation.

Voici la série des poids :

15 décembre 1902	4^{k}
30 —	4^{k}250
15 janvier 1903	4^{k}750
31 —	5^{k}
13 février	5^{k}450
22 —	5^{k}200
1er mars	5^{k}450

15 mars .... $5^{k}700$
30 — .... $5^{k}100$

L'enfant a eu des troubles broncho-pulmonaires pendant quatre jours avec hyperthermie.

15 avril........................ $5^{k}500$
30 — .... $5^{k}700$
15 mai........................ $5^{k}700$

L'enfant contracte la coqueluche dans la salle.

30 mai .... $5^{k}750$
15 juin........................ $5^{k}900$
30 — .... 6^{k}
15 juillet........................ $6^{k}200$
30 — .... $6^{k}400$
15 août........................ $6^{k}400$
30 — .... $6^{k}450$
15 septembre........................ $6^{k}700$
30 — .... $7^{k}300$
15 octobre .... $7^{k}100$
22 — .... $7^{k}400$

Première expérience de calorimétrie. — Poids, $6^{k}200$; température, 37°9.

Rayonnement calorimétrique, 4,167 ; environ par vingt-quatre heures et par kilo 100 calories.

Deuxième expérience. — Poids, $6^{k}600$; température, 37°2.

Rayonnement calorique 3,837 ; environ en vingt-quatre heures et par kilo 80 calories.

Troisième expérience. — Poids, $7^{k}100$; température, 38°5.

Rayonnement calorifique, 3,943 ; soit par vingt-quatre heures et par kilo, près de 80 calories.

Par rapport à un enfant normal de même poids, le rayonnement calorifique de Victorine est réduit, d'après les calculs de M. Langlois, d'environ 1/10.

Ces deux atrophiques à la suite de troubles gastro-intestinaux ne sont donc pas comparables quant à la radiation calorique, qui comprend, on le sait, la radiation cutanée et la radiation par l'exhalation pulmonaire. L'un est hyper-rayonnant, si l'on veut nous permettre ce néologisme, l'autre rayonne à peu près normalement ou même est légèrement hypo-rayonnant.

Cette inconstance dans les résultats de la calorimétrie se retrouve non seulement dans les expériences qui ont été faites sur ces deux grands atrophiques, mais aussi sur un assez grand nombre d'autres enfants atteints d'atrophie pondérale observés, soit à l'hôpital des Enfants, soit à la Goutte de lait de Belleville. Sur 31 enfants atrophiques que M. Saint-Albin a placés dans le calorimètre de M. Langlois, il a rencontré 16 hyper-rayonnants, 9 hypo-rayonnants et 6 rayonnants normalement, si on les compare à des enfants bien portants de même poids.

Cette discordance apparente dans les expériences, suivant les sujets, est fort difficile à comprendre ; tous les enfants observés sont des atrophiques, à des degrés divers, il est vrai ; nous savons bien que plus le poids est faible, plus la surface cutanée rayonnante est grande proportionnellement, et que cette surface de rayonnement décroît rapidement avec l'accroissement du poids ; mais nous avons étudié des atrophiques assez semblables entre eux, et nous les comparons à des enfants normaux *de même poids*, c'est-à-dire ayant une surface cutanée peu différente de la leur, en étendue.

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, la calorification des atrophiques de même poids n'est pas identique et la ration alimentaire ne peut pas être calculée pour tous, d'après un hyper-rayonnement constant, comme l'a proposé M. Heubner. Cette ration devrait être majorée pour un bon nombre, les *hyper-rayonnants*, mais non pour tous indistinctement.

Les nouvelles constatations faites avec le calorimètre, en nous expliquant les variations dans la ration des atrophiques, pourraient nous renseigner très utilement pour régler l'alimentation de ces enfants, en complétant les indications qui nous sont fournies par les pesées régulières. M. Saint-Albin poursuit des recherches sur ce sujet et les publiera bientôt dans leur ensemble.

Je ferai remarquer en terminant que l'élevage fort difficile de ces deux atrophiques dans *nos salles de l'hôpital des Enfants* n'a été possible que par l'emploi méthodique du lait stérilisé industriel. Avant la stérilisation du lait, nous perdions tous les nourrissons hospitalisés dans ces conditions, c'est-à-dire privés du sein maternel ou de lait de femme.

LOMBRICS ET APPENDICE

Par le docteur Le Roy des Barres, professeur à l'École de médecine d'Hanoï.

Dans un article publié dans la *Presse médicale* (1er août 1903), le docteur Cautas relatait qu'au cours d'une recherche anatomique il avait trouvé un lombric engagé dans l'appendice et le remplissant. Les recherches macroscopiques ne permirent pas de trouver de lésion appréciable de la muqueuse. Il nous a semblé intéressant de rapporter un certain nombre de faits qu'il nous a été permis de constater.

Rappelons tout d'abord que l'helminthiase, et en particulier la lombricose, sont des plus fréquentes en Indo-Chine.

Sur plus d'un millier de cadavres que nous avons eu l'occasion de voir, tant comme médecin de l'état civil, que comme médecin du lazaret, il nous a été donné certainement dans plus de la moitié des cas de voir sortir par la bouche ou par les narines des lombrics. Or la pathologie indigène, comme l'a d'ailleurs indiqué pour la Chine le docteur Matignon, ne comporte pas l'appendicite, ou tout au moins que dans des cas exceptionnels ; personnellement nous n'en avons jamais observé chez les Annamites. Il existe bien toute une série de troubles digestifs et intestinaux, se manifestant par les symptômes les plus divers et parfois les plus bizarres, mais les symptômes d'appendicite aiguë ou même chronique, ne semblent se montrer qu'exceptionnellement.

L'anatomie pathologique confirme d'ailleurs ces données. Sur près de deux cents autopsies que nous avons eu l'occasion de pratiquer cette année, deux fois seulement nous avons rencontré des lésions se rattachant à l'appendicite chronique (adhérences de l'appendice, néoformations séreuses). Nous n'avons jamais trouvé d'appendices oblitérés, ou détruits ; assez souvent par contre nous avons rencontré des appendices de longueur anormale. Enfin dans 10 cas nous avons noté la présence d'un lombric dans la cavité appendiculaire. Dans 6 cas le ver était engagé par son extrémité céphalique, dans 4 cas par son extrémité caudale.

Extérieurement il n'existait aucune réaction péritonéale ; l'appendice apparaissait seulement plus rigide et plus régulièrement cylindrique ; au toucher il donnait une sensation

de plénitude particulière qui ne saurait tromper lorsqu'elle a été perçue une fois; dans 7 cas le ver était encore vivant.

Dans tous les cas, sauf un, la muqueuse intestinale était macroscopiquement saine; dans le dixième cas, la muqueuse était rouge comme d'ailleurs celle du cæcum, mais c'était chez un individu qui présentait, dans le reste de l'intestin, les lésions anatomo-pathologiques du choléra, lésions correspondant bien au tableau clinique qu'il avait présenté. Dans les 9 cas où macroscopiquement la muqueuse était saine, un examen microscopique aurait peut-être révélé quelques altérations de la muqueuse, mais malgré cela, on n'aurait pu dire qu'il y avait appendicite. Donc, la présence d'un lombric n'entraîne pas fatalement une poussée d'appendicite; il faut autre chose, et cette autre chose est une infection microbienne surajoutée. Mais la présence de lombric prédispose-t-elle à l'appendicite? Certainement non, puisque, comme nous l'avons déjà dit, en Indo-Chine, la lombricose est extrêmement fréquente et l'appendicite une rareté.

Faut-il admettre une pénétration *postmortem*? C'est fort possible, les lombrics après la mort cherchent toutes les issues possibles pour quitter le cadavre qui se refroidit, et si ordinairement ils remontent vers les voies digestives supérieures, rien n'autorise à rejeter la possibilité d'un voyage anormal et leur pénétration dans l'appendice. Mais pendant la vie la pénétration des lombrics dans l'appendice est vraisemblable et ceci correspondrait peut-être à des douleurs vives et intermittentes de la région cæcale qu'il nous a été parfois donné d'observer chez les indigènes, douleurs ne s'accompagnant pas de réaction péritonéale et qui disparaissaient aussi brusquement qu'elles étaient apparues. Mais le parasite ne doit probablement séjourner qu'un temps relativement très court dans l'appendice, et cette hypothèse cadre mieux avec les habitudes migratrices des lombrics que celle qui consiste à admettre la possibilité du développement du lombric dans la cavité appendiculaire, et l'issue dans le cæcum d'une partie de plus en plus considérable de son corps, avec les progrès de sa croissance.

Deux des 10 cas que nous avons observés infirment cette dernière hypothèse : les lombrics, entrés par leur extrémité céphalique, ne remplissaient pas entièrement la cavité appendiculaire, ils n'en n'occupaient que la moitié environ et le reste de la lumière était cependant normal et non rétréci.

Un fait qui plaide en faveur de la pénétration possible des lombrics pendant la vie, dans l'intérieur de la cavité appendiculaire, est la présence possible de lombrics dans la poche purulente consécutive à une appendicite perforante (cas de Bruw). Mais faut-il voir, dans ce cas et dans les cas analogues, une appendicite causée par le lombric vecteur de germes pathogènes? C'est très possible; mais cette cause paraît relativement rare, particulièrement dans le milieu où nous exerçons.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(23 octobre 1903)

A propos des récentes observations de guérison de tétanos, M. L. Galliard communique un fait de **tétanos ayant duré trente-six jours et guéri par les doses massives de sérum antitétanique et de chloral.**

Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, admis à Lariboisière au quatrième jour d'un tétanos consécutif à une ulcération profonde de la langue. On le traita d'abord par des injections de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique et par le chloral à la dose de 12 grammes; puis les doses furent portées à 100 centimètres cubes et à 20 grammes. Vers le quinzième jour, survint une période fébrile avec généralisation des spasmes tétaniques et on eut recours au collargol, d'abord en frictions, puis en injections intra-veineuses sans résultat appréciable; pas d'interruption du traitement par le sérum et le chloral. Ce fut seulement le trente-sixième jour que le tétanos disparut, le malade ayant reçu sous la peau près de 2 litres et demi de sérum antitétanique et dans le tube digestif 500 grammes de chloral. Le sujet était arrivé à un tel état de déchéance organique que la convalescence fut traînante, mais la guérison fut complète.

M. Babinski présente une malade atteinte de **méningite hémorragique fibrineuse accompagnée de paraplégie spasmodique, guérie par des ponctions lombaires et par le traitement mercuriel.**

Cette femme atteinte de cystite purulente avec fièvre, de troubles du rectum, d'une paraplégie crurale complète accompagnée de contracture intense et de spasmes musculaires intermittents, qui provoquent de vives douleurs et donnent lieu à des mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, et présentant le signe d'Argyll-Robertson d'un côté, fut soumise au traitement mercuriel, avec lavage de la vessie, et subit la rachicentèse.

Une première ponction, pratiquée quatre mois après le début des accidents, donna issue à un liquide jaune verdâtre qui sortit en jet et se prit en masse pour former un caillot fibrineux contenant des lymphocytes. Une deuxième ponction fut faite le lendemain; le liquide ainsi extrait ne se coagula pas, mais contenait des lymphocytes et des hématies à divers degrés d'activation pigmentaire.

Dans l'espace de cinq semaines, on pratiqua successivement cinq ponctions et, après chacune d'elles, l'état de la malade s'améliora d'une manière notable.

Aujourd'hui, un an après le début de la maladie, cette femme est presque complètement guérie; elle marche d'une manière à peu près correcte; les troubles vésicaux ont disparu, mais elle a encore le signe des orteils caractéristique d'une perturbation du système pyramidal et le signe d'Argyll; de plus, le liquide céphalo-rachidien extrait ces jours-ci contient encore des lymphocytes.

Il s'agit d'une méningite hémorragique fibrineuse, dont la cause ne peut être déterminée avec certitude. La présence du signe d'Argyll donne à penser que la syphilis est en cause, mais peut-être la méningite fibrineuse est-elle due à une infection associée à la syphilis, dont la nature, du reste, nous échappe.

Quant à la paraplégie, elle devait dépendre soit d'une compression de la moelle causée par la méningite hémorragique, soit d'une myélite associée à la méningite.

Le traitement mercuriel a-t-il réellement agi d'une manière favorable? Cela est vraisemblable, mais non démontré.

Il paraît, au contraire, incontestable que les ponctions lombaires ont exercé sur cette malade une influence remarquable et qu'elles ont, pour le moins, contribué dans une large mesure à la guérison d'une affection des plus graves.

Ce cas tend aussi à établir que cette forme de paraplégie crurale, caractérisée par l'intensité de la contracture et les spasmes musculaires, est généralement liée, ainsi que

Babinski l'a soutenu autrefois, et contrairement à ce qu'on pourrait croire *a priori*, à des lésions non dégénératives des faisceaux pyramidaux.

M. Barth rappelle, à propos d'un fait très caractéristique, l'importance de la constatation de la **leucocytose dans les cas d'appendicite à diagnostic difficile**. On sait en effet que la leucocytose est un phénomène à peu près constant dans l'appendicite, et que ses variations sont en rapport avec la virulence plus ou moins grande de l'inflammation appendiculaire, et qu'elle atteint son maximum d'intensité et de durée dans les cas où il y a formation de pus. L'observation que rapporte M. Barth présentait comme particuliers les traits suivants : marche insidieuse de l'appendicite, leucocytose énorme; retentissement de l'infection locale sur le foie, déterminant en quelques heures une tuméfaction considérable de cet organe, avec dureté comparable à celle de la cirrhose; évolution cependant bénigne de la maladie, probablement due à l'évacuation spontanée de l'abcès appendiculaire dans l'intestin; enfin, résolution très rapide de l'hépatite et en même temps décroissance plus lente, mais régulière, de la leucocytose qui, de 60 000 globules blancs, est tombée successivement à 49000, 33500, 13500, 7500 et enfin à 5000.

Cette observation démontre nettement la dissociation qui peut exister entre les phénomènes objectifs et subjectifs d'une appendicite et les modifications de la composition du sang; elle prouve en outre que, dans ces cas, c'est aux modifications du liquide sanguin qu'il faut attacher la plus grande importance.

MM. Chauffard et Froin, à propos de l'observation de l'une de leurs malades, cherchent à établir le **diagnostic différentiel entre l'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne et la méningite cérébro-spinale**.

L'histoire de la malade est en deux mots la suivante : Une femme de vingt-deux ans est prise brusquement d'une céphalalgie intense « à arracher des cris ». On l'amène à l'hôpital, où elle se plaint d'une rachialgie intolérable, de douleurs vives dans les masses musculaires du cou, avec un signe de Kernig très net. En même temps, on constate une hémiparésie gauche limitée aux membres, une légère exagération des réflexes rotuliens et le signe de Babinski.

La ponction lombaire donne un liquide rougeâtre et amène un léger soulagement. Peu à peu, tous les symptômes douloureux s'atténuent et, dix jours après, la céphalée et le signe de Kernig n'existaient plus. C'est alors qu'apparurent, au seizième jour de la maladie, de l'exagération des réflexes tendineux, de la trépidation épileptoïde. Dans ce cas, c'est la ponction lombaire qui, jouant le rôle d'une véritable biopsie, a permis de rentrer ce cas dans le cadre des hémorragies cérébro-méningées curables. Sans elle, le diagnostic de méningite cérébro-spinale était assez justifié.

Il importe donc de distinguer dans le tableau de la méningite cérébro-spinale deux séries symptomatiques. La première série comprend les réactions douloureuses (céphalée, rachialgie, paroxysmes douloureux), les phénomènes d'hypertonie musculaire (contracture de la nuque, signe de Kernig), les signes de lésions en foyer (hémiplégie, monoplégie, répercussions pyramidales secondaires). Tous ces signes peuvent se rencontrer aussi bien dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne que dans la méningite cérébro-spinale.

Mais la deuxième série appartient bien en propre à la méningite cérébro-spinale : ce sont les grands signes infectieux, l'herpès de la face, les éruptions septicémiques, la néphrite...

Cette distinction est bien utile aussi au point de vue thérapeutique, car le traitement par les bains chauds, si utiles dans la méningite cérébro-spinale, sont loin d'être indiqués au cours d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.

MM. P. Dalché et Hallion ont étudié la **pathogénie des moules bronchiques**. Ils leur paraît qu'ils peuvent se constituer sous l'influence de deux processus principaux. Tantôt ce sont des productions pseudo-membraneuses, telles qu'en produit la diphtérie. C'est le cas de la bronchite fibrineuse proprement dite. Tantôt c'est la fibrine du sang qui constitue un véritable thrombus bronchique, à la façon dont s'engendre un thrombus intravasculaire. Mais de toute manière le sang épanché dans les conduits aériens ne peut donner lieu à l'expectoration de moules bronchiques qu'à la condition que la fibrine se concentre et se condense en réseau serré dans l'intérieur des bronches.

Cette opinion, émise par MM. Dalché et Hallion, est celle que professent MM. Claisse et Chauffard.

MM. Sergent et Lemaire rapportent une observation de **cancer gastrique** seulement manifesté par une anémie profonde et une anarsaque généralisée.

PRATIQUE MÉDICALE

Le purgène.

Par le docteur Gaudin.

Ce nouveau médicament purgatif sort tout entier des mains du chimiste et n'est pas tiré, comme la plupart des autres purgatifs, du règne végétal. Je ne veux pas entraîner le lecteur dans des formules chimiques compliquées; qu'il suffise de savoir que le purgène est un dérivé de l'anthracène, de l'antrachinone, ac. chrysophanique et anthrapurpurine.

On retrouve dans la rhubarbe, le séné, le cascara sagrada, des glycosides analogues à l'anthrachinone, donc il était logique de chercher chimiquement dans cette série de corps un composé chimique ayant des propriétés purgatives.

On l'a trouvé avec le purgène (qui est exactement un dihydroxyphtalophenone).

Les expériences physiologiques tendraient à démontrer que ce purgatif agit surtout dans l'intestin. Il doit rester insoluble dans le milieu acide de l'estomac; mais dès qu'il se trouve en contact avec le milieu alcalin de l'intestin, il se transforme en son sel de sodium, lequel est très diffusible. Ainsi, la sécrétion normale de l'intestin est très augmentée et provoque des selles faciles et sans coliques. Il faut de très grandes quantités de purgène pour retrouver la réaction de dihydroxyphtalophenone dans l'urine (coloration pourpre). La dose purgative varie de 0,05 centigrammes à 0,10 centigrammes. Pour les enfants, les bébés même, on peut donner de 0,05 à 0,10 centigrammes. Les adultes qui sont au lit, qui ont de la constipation opiniâtre ou de mauvaises habitudes intestinales, demandent 0,10 à 0,30 centigrammes.

On le présente dans le commerce sous forme de tablettes rondes, ou tabloïdes, dosées de différentes manières; on peut en prendre une ou plusieurs.

J'ai quelques observations personnelles dans lesquelles j'ai recommandé le purgène, toujours avec succès. Je ne lui ai jamais reconnu d'inconvénients. Je citerai entre autres

un opéré d'appendicite qui, avant et après son opération, était resté très paresseux des intestins. Le Purgène l'a toujours purgé sans coliques, et il continue encore son emploi.

Je l'ai ordonné aussi à plusieurs femmes souffrant de la constipation pour différentes raisons, rétroversions utérines, femmes nerveuses chez lesquelles les mouvements péristaltiques de l'intestin se font mal, femmes dont les parois abdominales sont flasques et relaxées par des grossesses répétées, et toujours le purgène a donné un résultat satisfaisant.

Chez les enfants aussi, ce purgatif est commode et remarquable. Son goût est très agréable; il est présenté comme une dragée, et son effet est sans coliques et sans hyperpurgation. Il est dosé d'une façon absolument rigoureuse, ce qui en fait un médicament précieux. On peut faire prendre la tablette dans une cuillerée de liquide, lait ou eau, pour l'administrer aux enfants de quelques mois. Ce purgatif s'est trouvé particulièrement efficace dans toutes les dyspepsies intestinales si communes chez les enfants, qui finissent par entraîner l'athrepsie. Les enfants, en effet, souffrent très souvent d'indigestion et de soif, car on les gave trop souvent de lait de vache indigeste pour eux : le purgène dilué dans un peu de liquide aqueux leur rend de grands services en augmentant la sécrétion intestinale et rendant les selles plus liquides.

Chez les adultes, ce médicament ne paraît pas s'user aussi facilement que les autres purgatifs. On peut l'employer tous les jours sans s'y habituer ou être obligé d'élever les doses. Le purgène n'irrite pas les reins comme d'autres purgatifs le font, comme par exemple le calomel. On peut l'ordonner aux albuminuriques. Dans la jaunisse, il a donné de très bons résultats, même chez les enfants. Il n'a pas d'influence sur la sécrétion biliaire et ne paraît pas congestionner le foie. Chez les hémorroïdaires, qui ne peuvent être purgés avec des drastiques, le purgène est tout à fait indiqué. Comme le purgène n'est pas du tout fatigant, il doit être ordonné aux cardiaques dont les fonctions intestinales se font mal.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

(ACTES DU 2 AU 7 NOVEMBRE 1903)

Examens de doctorat.

MARDI 3 NOVEMBRE, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Albarran et Hartmann.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Méry et Guiart.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Cornil, Thiéry et Langlois.

3e (1re partie, oral, nouveau régime) : MM. Pozzi, Maygrier et Launois ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Schwartz et Marion ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Faure et Auvray.

5e (2e partie), *Charité* : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon ; — M. Richaud, suppléant.

MERCREDI 4 NOVEMBRE, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste) : MM. Ch. Richet, Delens et Remy.

2e (nouveau régime) : MM. Gariel, Retterer et Gley.

3e (1re partie, oral, nouveau régime) : MM. Kirmisson, Sébileau et Wallich ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Hayem, Widal et Besançon ; — (2e série) : MM. Landouzy, Tessier et Legry ; — M. Legueu, suppléant.

JEUDI 5 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (1re partie, oral, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Le Dentu, Bonnaire et Thiéry ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Letulle et Guiard ; — M. Renon, suppléant.

4e : MM. Chantemesse, Chassevant et Dupré.

VENDREDI 6 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie oral, nouveau régime) : MM. Hayem, Wurtz et Tessier.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Tuffier, Gley et Cunéo ; — M. Legry, suppléant.

5e (chirurgie 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Walther ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset ; — M. Sébileau, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 7 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon*, (1re série) : MM. Raymond, Achard et Gouget ; — (2e série) : MM. Troisier, Thiroloix et Renon ; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Demelin ; — M. Langlois, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Abbeville.* — L'administration des hospices d'Abbeville ouvre un concours pour la nomination d'un chirurgien-chef et d'un chirurgien-adjoint. Ce concours doit avoir lieu à Lille le 21 décembre 1903.

L'administration des hospices d'Abbeville donnera tous les renseignements qui pourront être utiles à ceux des candidats qui en feront la demande au secrétariat des hospices.

Bordeaux. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Lefèvre, Boutin, de Boucaud, Villemonte-Laclergerie, Boloquy, Gaignerot, Cailes, Robert.

Marseille. — Le concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Piéri.

Le concours pour une place de chirurgien adjoint de la Maternité s'est terminé par la nomination de M. le docteur Riss.

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — MM. Bossuet, Bussières, et Maupetit sont nommés aides d'anatomie, M. Destelle, aide d'anatomie adjoint.

Asiles publics d'aliénés. — Un emploi d'interne est disponible à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon, à Mayenne (Mayenne).

Les candidats à cet emploi devront être Français, être âgés de vingt et un ans au moins et avoir, au minimum, dix inscriptions de doctorat.

Le titulaire de l'emploi recevra un traitement de 800 francs et aura droit en plus à la nourriture, au logement, au chauffage, à l'éclairage et au blanchissage.

Les demandes devront être adressées à M. le directeur-médecin en chef de l'asile de la Roche-Gandon, à Mayenne, chargé de les centraliser et de les transmettre à M. le préfet de la Mayenne.

Chaque demande devra être accompagnée des pièces suivantes : 1° acte de naissance ; 2° certificat de scolarité ; 3° extrait du casier judiciaire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brassac, ancien directeur de l'École du service de santé de la marine à Bordeaux ; Pons (de Nice).

sur les paquebots d'une même Compagnie. La nourriture à bord des paquebots est comprise dans le prix des billets.

Les voyages doivent ramener les voyageurs à leur point de départ. Ils peuvent comprendre non seulement un circuit dont chaque portion n'est parcourue qu'une fois, mais encore des sections à parcourir dans les deux sens, sans qu'une même section puisse y figurer plus de deux fois (une fois dans chaque sens ou deux fois dans le même sens).

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Validité : 90 jours, avec faculté de prolongation de 3 fois 30 jours moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix initial du carnet.

Faire la demande de carnets cinq jours au moins à l'avance, à la gare où le voyage doit être commencé.

Le droit à l'amour pour la femme, par le docteur Michel Bourgas. In-18 jésus. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

LIBRAIRIE MASSON ET Cie

120, boulevard St-Germain.

Le ganglion lymphatique, par le docteur H. Dominici. Monographie de l'Œuvre médico-chirurgical (Dr Critzman, directeur). Prix : 1 fr. 50.

Nº 125 — JEUDI 29 OCTOBRE 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 29 OCTOBRE 1903. — Nº 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DU MYOSIS DANS CERTAINES LÉSIONS BULBAIRES EN FOYER

(HÉMIPLÉGIE DU TYPE AVELLIS ASSOCIÉE AU SYNDROME OCULAIRE SYMPATHIQUE)

Par le docteur R. Cestan, ancien chef de clinique à la Salpêtrière, et le docteur L. Chenais.

Nous voulons attirer l'attention sur un syndrome bulbaire qui n'a pas sa place dans les traités de système nerveux et qui, pourtant, s'est présenté chez quelques malades avec une physionomie clinique aussi constante que caractéristique.

Myosis sans troubles des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation, enophtalmie, ptosis léger par parésie des fibres lisses de la paupière, constituent un syndrome oculaire que détermine la section du grand sympathique cervical et que nous désignerons sous le nom de syndrome oculaire sympathique.

Depuis longtemps, les physiologistes en ont fixé aussi bien la description que le mécanisme exact. Or, sans même envisager certaines maladies générales, telles que le goitre exophtalmique, dont les phénomènes oculaires ont pu être attribués à une perturbation du sympathique, c'est dans des circonstances variées que le neurologiste pourra observer le syndrome oculaire sympathique.

Nous rappellerons, en effet, que les fibres sympathiques destinées au globle oculaire sortent de la moelle cervicale par la huitième racine cervicale et la première racine dorsale, gagnent le tronc du sympathique cervical par l'anneau de Vieussens entourant la sous-clavière, se jettent par l'anastomose de Fr. Franck dans le tronc du trijumeau après le ganglion de Gasser pour aboutir ainsi au ganglion ophtalmique, d'où en fin de compte partent les nerfs ciliaires. Par suite, toute lésion qui intéressera le sympathique sur ce long trajet sera capable de déterminer le syndrome oculaire sympathique : section chirurgicale ou accidentelle du grand sympathique, anévrisme de la sous-clavière ou adhérences du dôme pleural intéressant l'anneau de Vieussens, paralysies radiculaires du plexus brachial du type Klumpke lésant les paires rachidiennes avant le départ des rami communicantes, enfin foyer de myélite lésant la voie sympathique dans son trajet médullaire cervical.

Ce sont là des conditions à l'heure actuelle bien connues, mais il n'en est point de même du rôle de certaines lésions bulbo-encéphaliques. Toutefois, nous ne voulons pas aborder ici l'action du cerveau proprement dit. Schmidt-Rimpler aurait constaté le syndrome oculaire sympathique dans deux cas de lésion du nerf optique; Nothnagel, Seeligmuller, Kaiser l'ont également vu dans l'hémiplégie de cause cérébrale; d'autre part, Betcherew et Milawski croient que l'excitation de l'écorce cérébrale en arrière du gyrus sigmoïde, ainsi que celle de la couche optique, peuvent déterminer du myosis avec ptosis et hypersécrétion lacrymale. Il faut cependant reconnaître que la physiologie nous a fourni encore peu d'éclaircissements sur les centres corticaux du grand sympathique, et nous n'insisterons donc pas plus longtemps sur cette catégorie de faits.

Mais nous avons pu recueillir un document clinique remarquable de paralysie bulbaire avec syndrome oculaire sympathique. Voilà l'association que nous allons étudier plus particulièrement, d'autant plus qu'elle soulève l'intéressant problème du syndrome d'Avellis.

L'historique de la question est bref, car ce n'est qu'en 1901 qu'Hoffmann a publié, dans le *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, trois observations méthodiques très remarquables de cette association. En 1902, MM. Babinski et Nageotte ont de leur côté apporté des faits du même ordre sous le titre : *Hémiasynergie, latéro-pulsion et myosis bulbaire avec hémianesthésie et hémiplégie croisées.* Avec notre appoint personnel, nous avons ainsi les éléments suffisants pour établir la fixité du type clinique et essayer de localiser la lésion causale.

Observation personnelle (1). — M. R..., soixante ans, cultivateur.

Antécédents personnels. — Il n'y a rien de particulier à signaler chez ce malade, qui nie tout excès alcoolique et n'a eu ni syphilis, ni accidents néphrétiques.

Début. — Au mois d'octobre 1902, le malade a ressenti un léger engourdissement des membres du côté gauche, consistant en troubles parétiques légers et surtout en troubles

(1) Cette observation se trouve consignée dans la thèse de M. Combes, faite sous notre inspiration, sur le même sujet (*Myosis et paralysie alterne*, Th. de Paris, 1903).

de la sensibilité objective. Cet engourdissement est survenu brusquement sans aucun prodrome et sans ictus consécutif.

Le malade peut néanmoins continuer ses occupations et il ne lui reste de son accident qu'une tendance, pendant la marche, à être entraîné vers la droite.

Le 20 mai 1903, il est pris subitement d'un nouvel engourdissement du bras et de la jambe, côté gauche. En outre, il s'aperçoit que la VOIX EST RAUQUE, VOILÉE, et que le côté droit de la face a sa sensibilité émoussée. La tendance à être entraîné vers la droite est plus prononcée. Enfin, fait très remarquable sur lequel d'ailleurs nous reviendrons dans la fin de cet article, *la déglutition est impossible pendant quarante-huit heures*.

État actuel. — L'état général du malade est absolument parfait, à part des lésions évidentes d'artério-sclérose, la tension artérielle étant de 22 au sphygmomanomètre.

Deux ordres de phénomènes attirent l'attention : d'une part une *hémiplégie alterne sensitivo-motrice*, d'autre part le *syndrome oculaire sympathique*.

Les troubles moteurs se résument en une légère exagération des réflexes du bras et de la jambe du côté gauche, *une paralysie de la corde vocale droite*, et enfin une tendance à être entraîné vers la droite. Aucune paralysie du facial. Parfois, la déglutition des liquides est difficile et entraîne des crises de toux. Le voile du palais est abaissé du côté droit.

L'hémiplégie alterne sensitive est beaucoup plus accentuée; au niveau de la face existe très nettement une hypoesthésie dans tout le territoire du trijumeau *droit*, y compris les muqueuses oculaire et nasale. On note également une hypoesthéeie légère du bras et de la jambe *gauche*, pour tous les modes de la sensibilité, mais sans autres troubles. Enfin, la conjonctive droite est légèrement irritée, mais sans trace de kératite neuro-paralytique. Le réflexe cornéen a disparu.

A côté de cette hémiplégie alterne surtout sensitive, causée surtout par une lésion bulbo-protubérantielle, on constate l'intégrité absolue des sixième et septième paires craniennes droites.

Mais l'aspect de l'œil droit est caractéristique : *ptosis léger* sans contraction supplémentaire du muscle frontal, c'est-à-dire plutôt occlusion légère des paupières inférieure et supérieure rendant l'ouverture palpébrale plus petite à droite qu'à gauche et laissant subsister l'occlusion totale volontaire des paupières; *enophtalmie* ou rétraction légère du globe oculaire; *myosis* surtout évident dans un certain degré d'obscurité, avec conservation de tous les réflexes pupillaires et léger nystagmus dans les mouvements de latéralité.

L'examen du sympathique cervical au niveau du cou, l'examen du plexus brachial droit sont restés absolument négatifs.

Voici maintenant trois observations d'Hoffmann tout à fait comparables à la précédente :

OBSERVATION I résumée (HOFFMANN, *Deut. Archiv f. klin. Med.*, 1901). — *Hémianesthésie alterne intéressant le trijumeau gauche et les membres du côté droit chez un homme de soixante-treize ans artério-scléreux, mais non syphilitique, atteint d'hémianopsie subite temporale gauche. L'aspect de l'œil gauche est le suivant : diminution de l'ouverture palpébrale, myosis sans modification des réflexes pupillaires ni de la musculature oculaire. Pas de nystagmus ni de paralysie faciale; intégrité des cordes vocales, mais paralysie du voile du palais du côté gauche avec voix nasonnée*,

OBS. II résumée (HOFFMANN, loc. cit.). — *Troubles moteurs des jambes et surtout du bras gauche chez un homme de soixante-cinq ans artério-scléreux. Troubles de la sensibilité dans le côté gauche de la face et dans les membres du côté droit. Ulcération de la cornée et troubles trophiques de l'aile du nez du côté gauche; anesthésie marquée dans le territoire du trijumeau gauche et dans la moitié gauche de la langue.*

Du côté de l'œil, rétrécissement de la fente palpébrale, myosis, kératite neuro-paralytique. Pupilles intactes et muscles sains. Parésie de la moitié gauche du voile du palais et parésie du nerf récurrent gauche. Pas d'autre trouble moteur que la tendance à être entraîné vers le côté gauche d'abord, puis vers le côté droit ensuite.

OBS. III résumée (HOFFMANN, loc. cit.). — *Homme de quarante-trois ans, après une légère influenza, ressent une impression de chaleur dans le côté gauche de la face sans troubles de la force motrice.*

Paralysie du voile du palais, à gauche, avec hypo-esthésie dans le territoire du trijumeau.

L'œil gauche a sa fente palpébrale diminuée et présente du myosis sans modification des réflexes pupillaires ni de la musculature.

A droite, légère paresthésie sans troubles moteurs.

A ces trois observations d'Hoffmann, il faut enfin joindre les trois faits de MM. Babinski et Nageotte, mais nous nous permettrons de renvoyer au mémoire de ces auteurs (*Revue neurol.*, 30 avril 1902), pour ne retenir spécialement que leur observation II, exemple remarquable du syndrome d'Avellis.

OBS. II résumée (BABINSKI et NAGEOTTE). — *F. Y..., quarante-trois ans. Début par vomissements et vertiges, accompagnés le surlendemain de paralysie. Hémiplégie alterne sensitive affectant le type de la dissociation dite syringomyélique et atteignant la face du côté* DROIT, *les membres du côté* GAUCHE. *Troubles de la station verticale et asynergie de la jambe* DROITE, *au contraire perte de la force motrice de la jambe* GAUCHE *avec réflexe des orteils ou extension du côté* GAUCHE. *La pupille* DROITE *est notablement plus petite que la gauche, sans perte du réflexe lumineux; la fente palpébrale est aussi plus petite à droite, enfin on constate une rétropulsion du globe oculaire, en résumé syndrome oculaire sympathique de l'œil* DROIT. *En outre le voile du palais est poussé à* DROITE, *et on constate une paralysie de la corde vocale* DROITE *en position médiane.*

Voilà donc sept malades qui ont réalisé un tableau clinique bien semblable, myosis, ptosis, enophtalmie associés à une hémiplégie bulbaire : nous allons étudier successivement chacun de ces éléments.

Dans le cas actuel, le syndrome oculaire sympathique ne présente pas une physionomie spéciale, et l'aspect de l'œil à demi fermé, légèrement rétracté dans l'orbite et avec une pupille en myosis, est tout à fait comparable à celui que détermine la sectiou du tronc du sympathique cervical. Il est parfois difficile de le différencier d'une *asymétrie faciale congénitale*, mais un interrogatoire précis de l'entourage du malade, le secours apporté par des photographies antérieures, la participation du système osseux à l'asymétrie lèveront les doutes. On ne confondra pas cette diminution de la fente palpébrale avec celle due à une parésie du releveur de la paupière, avec le *ptosis paralytique* par lésion de la troisième paire; dans ce dernier cas, la queue du sourcil est relevée vers le haut, la paupière inférieure n'est pas atteinte; au contraire, dans la lésion du sympathique, la queue du sourcil est abaissée et la paupière inférieure légèrement fermée. L'existence de troubles profonds de la sensibilité, de stigmates de la grande névrose, la forme des contractures toujours systématisée feront reconnaître le *blépharospasme hystérique*; d'ailleurs, dans le syndrome sympathique, le malade peut ouvrir ou

fermer volontairement et très largement sa paupière à l'inverse de ce que l'on observe dans les paralysies et les contractures hystériques. Enfin nous avons vu trois fois un *tic facial* accompagné de diminution de la fente palpébrale, mais ce tic était formé d'une série de petites secousses fibrillaires très rapides siégeant dans tout le territoire du facial supérieur et inférieur.

Ce myosis ne s'accompagne pas de la perte des deux réflexes accommodateurs à la lumière et à la distance. Une conséquence pratique est même à déduire de cette intégrité dés réflexes papillaires dans le syndrome oculaire sympathique. Pour étudier le myosis, le malade sera mis dans une chambre mal éclairée, on lui recommandera de regarder au loin; ainsi sera relâché au maximum le muscle irien, la pupille de l'œil sain sera dilatée au maximum et la différence apparaîtra plus grande avec celle de l'œil malade, puisque, au contraire, un éclairage intense et une fixation du regard à une faible distance auraient comme résultat le rétrécissement des pupilles des deux yeux, un myosis bilatéral. On comprend aussi que le syndrome sympathique ne puisse être jugé que par comparaison avec le côté sain. Par suite, il sera très difficile d'apprécier une lésion bilatérale du grand sympathique, d'autant plus que certaines personnes, en particulier les rhumatisants chroniques, peuvent avoir à l'état normal les globes oculaires rétractés et les pupilles en myosis, parfois même très serré. L'examen ophtalmoscopique sera donc utile dans quelques circonstances, voire même il évitera de mal interpréter une inégalité pupillaire, de la mettre sous la dépendance d'un myosis unilatéral alors qu'elle peut être la conséquence de la mydriase de l'œil du côté opposé, mydriase causée par une altération des milieux oculaires.

Enfin l'intégrité du réflexe lumineux permettra de distinguer ce myosis du myosis du tabes qui s'accompagne presque toujours du signe d'Argyll-Robertson. D'ailleurs par leur réunion, occlusion légère des paupières, retrait du globe oculaire, myosis sans trouble des réflexes iriens, intégrité des muscles volontaires du globe oculaire, ces signes déterminent un aspect bien particulier de la face qu'une personne prévenue reconnaîtra facilement et rapportera avec certitude à sa véritable cause, la lésion du sympathique cervical.

Nous avons suffisamment démontré que les phénomènes oculaires observés chez les malades précédents étaient bien semblables à ceux que provoque la section du sympathique cervical, en outre ils ne peuvent relever que d'une lésion bulbaire et par leur survenue brusque, apoplectiforme, *coexistant avec celle d'autres phénomènes d'origine incontestablement bulbaire* et par les résultats anatomiques de l'observation I de MM. Babinski et Nageotte, qui montre l'existence d'un ramollissement de la région bulbo-protubérantielle.

Mais nous devons maintenant établir que le tableau clinique est en parfait accord avec les données de la physiologie, soit que l'on considère le syndrome oculaire sympathique, soit que l'on étudie cette variété si particulière d'hémiplégie qui peut lui être associée et que M. Lermoyez a proposé de dénommer syndrome d'Avellis (*Presse méd.*, 7 mai 1898).

Si nous suivons le trajet des fibres irido-dilatatrices sympathiques de leur point d'arrivée vers les centres nerveux, nous voyons ces fibres irido-dilatatrices des nerfs ciliaires se jeter dans le ganglion ophtalmique, suivre le trijumeau jusqu'au ganglion de Gasser, rejoindre par l'anastomose de Fr. Franck le ganglion cervical supérieur du grand sympathique, suivre le tronc du grand sympathique cervical, former l'anneau de Vieusseus autour de la sous-clavière, se jeter dans la huitième racine cervicale et la première racine dorsale, remonter dans la moelle cervicale pour aboutir au quatrième renflement cervical où se trouverait le centre cilio-spinal de Budge. Voilà un premier centre et un premier trajet du sympathique oculaire.

Mais, dans des lésions exclusivement bulbaires, les physiologistes ont constaté des modifications de la pupille. Avec Ott, Mayer et Pribram, Steil et Langendorff, etc., ils ont donc admis deux centres ciliaires, l'un spinal, l'autre bulbaire. « Peut-être le centre spinal sert-il surtout aux réflexes qui ont leur point de départ dans les nerfs sensibles du tronc, tandis que le centre bulbaire obéit plus particulièrement aux influences sensorielles et cérébrales » (Wertheimer, art. Bulbe, *Diction. de physiol.*). Nous rappellerons en effet l'expérience de Luchsinger. Cet auteur sectionne la moelle entre l'atlas et l'axis et il obtient du myosis; donc il a séparé un centre bulbaire qui agissait sur l'iris. Cependant l'excitation du nerf médian détermine encore de la mydriase, mais cette action va cesser aussitôt après la section du sympathique cervical, donc la moelle possédait encore un centre ciliaire après sa séparation avec le bulbe.

Toutefois Schiff et Salkowsky estiment qu'il n'existe qu'un seul centre ciliaire sympathique, le centre bulbaire.

Mais quelle que soit l'hypothèse, ou un seul centre bulbaire, ou deux centres, l'un médullaire, l'autre bulbaire, il n'en est pas moins vrai que les physiologistes font jouer un rôle capital au bulbe dans l'apparition du syndrome oculaire sympathique.

La clinique humaine est donc en parfait accord avec la physiologie en montrant qu'une lésion localisée du bulbe peut avoir le même résultat qu'une section du sympathique cervical.

Les physiologistes ont, en outre, étudié la voie suivie par les filets nerveux qui unissent le centre cilio-bulbaire au ganglion ophtalmique. Pour les uns, la voie est simple; le centre bulbaire est réuni au centre spinal par des fibres intra-médullaires, et, alors même que le centre cilio-spinal n'existât pas, les fibres irido-dilatatrices issues du centre bulbaire descendent dans la moelle pour effectuer ensuite en passant par la première racine dorsale le trajet que nous avons indiqué plus haut. Mais les expériences de Vulpian, de Jolyet et Laffont, de Magendie, de Cl. Bernard, de Duval et Laborde, de Fr. Franck, ont montré que les filets irido-dilatateurs ne suivaient pas cette voie unique; et, en effet d'une part, malgré l'ablation du ganglion cervical inférieur, l'excitation d'un nerf périphérique détermine une mydriase, d'autre part après la section du trijumeau entre le ganglion de Gasser et le bulbe, c'est-à-dire avant l'adjonction des filets issus du groupe sympathique cervical par l'anastomose de Fr. Franck, l'excitation du bout périphérique du trijumeau détermine une mydriase. De ces deux expériences, il semble bien résulter qu'en dehors de la voie médullaire cervicale inférieure doit exciter une voie supérieure des filets irido-dilatateurs qui chemineraient dans le trijumeau depuis son origine bulbaire jusqu'au ganglion ophtalmique. Le centre cilio-bulbaire posséderait donc deux voies, l'une médullaire-radiculaire-sympathique-cervicale et trijumeau, l'autre plus courte, plus directe, empruntant le trijumeau dès son origine. A l'appui de cette interprétation nous devons signaler que dans les observations citées plus haut le myosis

a coïncidé avec l'anesthésie du trijumeau, voire même que chez notre malade, nous avons vu, conformément à l'expérience précitée de Luchsinger, que le pincement violent de la peau déterminait de la mydriase des deux yeux, expérience qui semblerait prouver l'existence d'un centre ciliospinal indépendant d'un centre cilio-bulbaire atteint chez notre malade.

L'action d'un centre cilio-bulbaire nous paraissant ainsi bien démontrée, nous devons chercher maintenant l'endroit précis du bulbe où il nous est possible de le localiser avec le plus de vraisemblance.

Or, chez les malades considérés dans cet article, l'hémiplégie est vraiment caractéristique. Ce qui prédomine toujours, c'est une hémiplégie alterne sensitive, atteignant d'une part le trijumeau du côté de l'œil présentant le syndrome oculaire sympathique, d'autre part le bras et la jambe du côté opposé. La voie motrice pyramidale est intéressée d'une manière variable, parfois même elle est intacte; tel était, du moins, le cas de notre malade. Déjà cette discordance entre l'intensité des troubles sensitifs et l'intégrité relative de la force motrice nous autorise à conclure que la lésion causale doit siéger dans la partie postérieure du bulbe, dans la calotte bulbaire, vraisemblablement aux environs de l'origine du trijumeau. Cette localisation nous explique au surplus les autres signes présentés par les malades.

En premier lieu, on peut constater chez eux des troubles de l'équilibre depuis la latéropulsion jusqu'à l'asynergie cérébelleuse décrite par M. Babinski ; cette symptomatologie est fonction d'une altération des pédoncules cérébelleux inférieurs et, dans ses observations, M. Babinski a justement insisté sur ce fait que, dans les lésions bulbaires, elle atteignait les membres du côté de la lésion, alors que les troubles de la sensibilité et de la motilité volontaire siégeaient du côté opposé. Or, les pédoncules cérébelleux supérieurs sont en contact avec la région visée plus haut, c'est-à-dire le voisinage de la racine du trijumeau.

En dernier lieu, les malades sont très souvent atteints de paralysie du voile du palais associée à une paralysie du récurrent et cela du même côté que la lésion bulbaire. Nous avons relevé cette association chez trois malades d'une manière très évidente. Elle constitue ce que M. Lermoyez a proposé de dénommer syndrome d'Avellis. Cette question se rattache au problème si intéressant des centres bulbaires du voile du palais que l'on trouvera exposée en détail dans l'article de M. Lermoyez (*Presse méd.*, 7 mai 1898). Le voile du palais est-il innervé par le facial, ou par le spinal, ou par le pneumogastrique? Chacune de ces opinions a eu ses défenseurs. Longuet tenait pour le facial et cependant jamais l'excitation de ce nerf n'a fait contracter le voile. La branche motrice du trijumeau n'innerve que le péristaphylin interne. Le glosso pharyngien ne paraît avoir qu'un rôle d'emprunt par les filets qu'il reçoit de la dixième paire, de telle sorte que la discussion porte, à l'heure actuelle, sur l'action de la dixième et de la onzième paire. Pour certains physiologistes, l'innervation est fournie par le pneumogastrique, pour d'autres, au contraire, elle relève des racines bulbaires du spinal, mais, comme le fait remarquer M. Lermoyez, cette contradiction n'est qu'apparente. « Il faut modifier la donnée classique qui fait du spinal un nerf double à son origine, naissant à la fois du bulbe et de la moelle, et double en sa distribution, envoyant une branche interne viscérale au pneumogastrique, et une branche externe, musculaire, au trapèze et au sterno-cléido-mastoïdien. Il faut revenir au spinal, tel que le concevait Willis, son inventeur, qui faisait marcher son « nerf accessoire » seulement de la moelle, pour le diriger exclusivement vers les muscles du cou... Reportons donc la frontière de la dixième et de la onzième paire aux confins du bulbe et de la moelle; que les racines supérieures ou bulbaires du spinal deviennent les racines inférieures du vague; appelons nerf vago-spinal ou simplement nerf vague, nerf pneumogastrique, le tronc nerveux émané de toutes ces racines bulbaires ainsi groupées ; ne laissons au spinal que ses racines purement médullaires...; ainsi, nous allons mettre d'accord tous les expérimentateurs sur ce fait, que le voile du palais reçoit presque toute son innervation motrice du pneumogastrique » (Lermoyez, *loc. cit.*).

Et, en effet, chez notre malade, le facial était absolument intact dans ses deux territoires supérieur et inférieur, et pourtant la paralysie du voile du palais était très prononcée au point d'avoir empêché toute déglutition au début de la maladie. En outre, elle était associée, comme d'ailleurs aussi chez des malades d'Hoffmann et de Babinski, à une paralysie récurrentielle du même côté ; et nous savons que le nerf récurrent vient du vago-spinal. Ainsi, ces deux symptomes, paralysie du voile et paralysie récurrentielle, sont la signature d'une lésion des noyaux des nerfs mixtes, en particulier du vago-spinal. Cette association « mérite de porter le nom de syndrome d'Avellis. Cet auteur a noté, en effet, 10 fois cette association sur 150 cas de paralysie récurrentielle, indépendamment de toute paralysie faciale » (Lermoyez) et cet auteur fait justement remarquer que, dans l'hypothèse de l'innervation du voile par le facial, on serait embarrassé, dans les faits semblables, de dire comment une lésion du noyau du facial pourrait opérer semblable dissociation dans les cellules d'origine, c'est-à-dire atteindre le voile du palais et épargner tous les muscles de la face.

Cette association des deux paralysies, voile du palais et larynx, peut être plus ou moins évidente, plus ou moins complète, soit que l'un de ces organes soit seul paralysé, soit que le tableau clinique se complique par des lésions de l'hypoglosse, que caractérise une glosso-plégie avec atrophie linguale ou des lésions du noyau médullaire du spinal, que mettra en évidence la paralysie des muscles trapèze et sterno-cléido-mastoïdien.

Tel est le syndrome d'Avellis ; il existait nettement chez notre malade et dans les observations II d'Hoffmann d'une part, de Babinski d'autre part. Il faut donc admettre une lésion au voisinage du noyau du vago-spinal. Or, nous rappellerons aussitôt que les nerfs mixtes reçoivent des fibres de la *colonne solitaire*, que cette colonne solitaire paraît être le prolongement du tractus intermedio-lateralis de la moelle cervicale et que, pour les physiologistes, le tractus intermedio-lateralis serait l'origine du grand sympathique. Par suite, il est très vraisemblable que le centre cilio-bulbaire sympathique doit se trouver au voisinage du faisceau solitaire, c'est-à-dire au voisinage de l'origine de la dixième paire.

C'est ainsi qu'une seule lésion placée sur la partie latérale de la calotte bulbaire permet d'expliquer toute la symptomatologie : asynergie cérébelleuse et latéropulsion par la lésion des pédoncules cérébelleux inférieurs, anesthésie faciale avec parfois début de kératite par la lésion du nerf trijumeau, syndrome d'Avellis par la lésion du vago-spinal. syndrome oculaire sympathique probablement par la lésion

du faisceau solitaire. Évidemment, cette localisation précise est encore hypothétique, car l'observation I de Babinski qui est la seule suivie d'examen histologique, n'en fournit pas une preuve péremptoire, étant donné la pluralité des foyers bulbaires, mais du moins elle a le grand mérite, d'une part, d'expliquer facilement toute la symptomatologie, d'autre part d'être en parfait accord avec la physiologie.

D'ailleurs, quelle que soit la localisation précise que nous fournira sans nul doute l'histologie, le fait clinique est déjà établi sur sept observations. Une lésion bulbaire en foyer, le plus souvent un foyer de ramollissement, peut déterminer un syndrome spécial qu'on peut ainsi décrire : *troubles moteurs* consistant surtout, d'une part, en une hémiplégie motrice du type Avellis intéressant la corde vocale et le voile du palais du côté de la lésion *bulbaire*, les membres du côté opposé; d'autre part, en une asynergie intéressant les membres du côté de la lésion (Babinski); *troubles sensitifs* consistant en une hémiplégie alterne sensitive intéressant les membres du côté opposé à la lésion bulbaire; *troubles oculaires* consistant, du côté de la lésion bulbaire, en ptosis léger, enophtalmie, myosis sans troubles des réactions pupillaires, signes tout à fait comparables à ceux que provoque la section du sympathique cervical. Ce syndrome bulbaire (nous ne lui donnons pas encore le nom de type Avellis, car l'avenir seul montrera si le type Avellis décrit par M. Lermoyez s'accompagne toujours du syndrome oculaire sympathique et des signes d'asynergie) doit avoir désormais sa place à côté du syndrome de Weber et du syndrome de Millard-Gubler.

Les signes oculaires pouvaient donc s'observer dans les lésions des divers étages du mésocéphale : dans le syndrome pédonculaire de Weber, paralysie de la troisième paire, dans le syndrome protubérantiel supérieur que l'un de nous a décrit (1), paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires; dans le syndrome protubérantiel inférieur de Millard-Gubler, paralysie de la sixième paire; dans le syndrome bulbaire, paralysie du type Avellis avec aspect de l'œil semblable à celui provoqué par la section du sympathique cervical.

Mais il ne faut pas oublier que tous ces syndromes peuvent être plus ou moins complets, plus ou moins purs de physionomie clinique suivant l'étendue et la pluralité des lésions; toutefois, on les observera le mieux lorsque la lésion sera destructive (foyer de ramollissement) et atteindra la calotte du mésocéphale, car c'est là que se trouvent les noyaux dont l'altération permet de déterminer le siège de la lésion causale avec une précision des plus rigoureuses.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(27 octobre 1903)

Dans l'une des dernières séances qui ont précédé les vacances, M. Monnier présentait à l'Académie la curieuse observation d'un homme de l'estomac duquel il a retiré, par la **gastrotomie**, 25 corps étrangers : cuillers, fourchettes, couteaux, épingles à cheveux, etc., le tout pesant 230 grammes. (Sera publié.)

M. Monod fait suivre l'analyse de cette observation d'un historique complet de la question : il a pu réunir 77 opérations de gastrotomie pour ablation de corps étrangers introduits dans l'estomac. Sur ces 77 cas, il y a eu 9 décès, soit environ 10 p. 100.

M. Blanchard complète son intéressante communication sur les nègres du Congo atteints de la **maladie du sommeil.** Il montre des préparations provenant du liquide céphalo-rachidien de ces malades et dans lesquelles se trouve le tripanosome. Il montre également des préparations provenant du sang d'un singe auquel a été inoculé du liquide céphalo-rachidien provenant de malades atteints de la maladie du sommeil. Or, dans le sang de ce singe, qui est mort avec tous les symptômes de la maladie du sommeil, se trouvent des tripanosomes identiques à ceux du liquide céphalo-rachidien des malades.

M. Vallin lit un rapport important sur les moyens de stérilisation des **eaux d'alimentation** dans les villes de garnison. C'est sur la demande du ministre de la Guerre qu'ont été étudiés ces moyens. Nous reviendrons sur cette question qui intéresse à un si haut point la santé publique.

M. Richelot fait un plaidoyer en faveur de l'**hystérectomie abdominale totale** dans le traitement des fibromes utérins. En raison de la possibilité d'une récidive de cancer, dans un cas toujours possible d'erreur de diagnostic, M. Richelot préfère ne laisser aucun moignon utérin dans le ventre. C'est pourquoi il préfère la totale à la subtotale.

M. Hayem a appelé l'attention de l'Académie sur une variété particulière d'**ulcère de l'estomac** dont il a eu occasion d'observer trois cas et qui lui semble avoir échappé jusqu'ici à l'attention des anatomo-pathologistes. Il s'agit d'une perte de substance qui se produit à la face péritonéale de l'estomac; c'est pourquoi M. Hayem lui donne les noms d'ulcère externe ou de mal perforant externe. M. Hayem a pu étudier l'évolution de cette variété d'ulcère et a constaté trois phases bien distinctes : une première phase dans laquelle on constate une sorte de nœud; une seconde phase où l'ulcération prend la forme d'un sac au fond duquel la paroi stomacale amincie devient translucide; une troisième période enfin dans laquelle l'ulcère est achevé, avec des phénomènes de périgastrite du côté externe. Cette constatation anatomo-pathologique a une certaine importance au point de vue de la pathogénie de l'ulcère de l'estomac. Il est admis, en effet, que la cause des ulcères ordinaires réside dans l'action du suc gastrique sur la muqueuse stomacale. Or, dans ces faits relevés par M. Hayem, la muqueuse n'a pas été attaquée.

Remarquons en outre que, dans les autopsies, M. Hayem a constaté que ces ulcères externes coexistaient avec des ulcères internes ou ordinaires. Ils se développent tous sur un même terrain anatomo-pathologique.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Remarques sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, par le professeur Adof Schmidt. (*Deuts. med. Wochens.*, 1er oct. 1903, n° 40, p. 713.) — A. Schmidt, après quelques considérations sur la valeur de la séro-réaction d'Arloing et Courmont, et sur l'épreuve de la tuberculine de Koch pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, aborde l'étude de quelques points de l'examen des malades qui peuvent conduire à un diagnostic erroné.

Ces causes d'erreur sont les suivantes :

1° Modifications de la sonorité et du murmure vésiculaire

(1) Raymond et R. Cestan. Le syndrome protubérantiel supérieur, *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 82, p. 829.

au sommet du niveau du poumon, déterminées par une configuration irrégulière de la ceinture scapulaire. Ces anomalies sont, soit une scoliose légère, soit l'atrophie de certains muscles de la ceinture scapulaire, soit une surélévation congénitale de l'omoplate. Elles sont dans ces cas primitives et doivent être soigneusement distinguées de malformations à peu près semblables qui se développent consécutivement à la tuberculisation des sommets.

2° Hémorragies provenant de petites bronchectasies difficiles à reconnaître. Ces petites bronchectasies seraient plus fréquentes qu'on ne le croit ordinairement, et ne se traduiraient par aucun signe physique ni aucune atteinte de l'état général. Il n'y aurait qu'un peu d'expectoration le matin au réveil et parfois de petites hémoptysies.

3° Pseudo-râles et pseudo-frottements se produisant au niveau des bords du poumon. Ces bruits, sur lesquels Fr. Müller avait déjà insisté, se produisent surtout au niveau de la partie inférieure du poumon, mais aussi tout le sternum et même au sommet. Ils s'entendent surtout à la fin des premières inspirations profondes après que le sujet est resté au repos. Ils existent surtout chez les tabétiques, mais peuvent se rencontrer chez les individus dont le thorax est parfaitement normal.

A. Schmidt rapporte un certain nombre d'observations, où à la suite de ces différentes causes d'erreur, un diagnostic de tuberculose a été porté, pour le plus grand dommage matériel et moral des sujets, ainsi faussement incriminés.

A. LEMIERRE.

L'alimentation des albuminuriques. DAREMBERG et MORIEZ. (*Rev. de méd.*, août 1903, p. 625.) — Les auteurs insistent sur les bons résultats qu'ils ont obtenus en nourrissant avec du poisson des albuminuriques dont aucun régime n'avait pu faire disparaître l'albumine.

En présence des albuminuries minima variables, résidus d'une altération rénale causée par une maladie infectieuse, si le régime mixte ordinaire ne suffit pas à faire disparaître l'albumine, il convient de faire une cure de poisson très frais pendant trois ou quatre semaines. Puis si cette cure n'est pas suffisante, on y ajoutera l'usage quotidien de deux grands verres d'eau de Vichy en y adjoignant du bœuf ou du mouton.

Dans les cas d'albumine permanente minima on peut sans inconvénient autoriser l'usage du poisson très frais et on peut essayer l'usage de la viande rouge en ajoutant au régime deux grands verres d'eau de Vichy.

P. RAVAUT.

La gymnastique respiratoire. (*Journ. de physiothér.*, 1903.) — Chez un certain nombre d'enfants prédisposés, et particulièrement chez les adénoïdiens, le thorax se développe mal; le poumon, comprimé dans une cage thoracique trop étroite, et gêné dans son fonctionnement, finit par se laisser envahir par les germes de la tuberculose. Ce sont là des faits depuis longtemps établis, et que connaissent bien tous les médecins d'enfants.

Que faire pour prévenir les complications pulmonaires qui guettent toujours les prédisposés? Le remède consiste évidemment chez ces malades à favoriser le développement du thorax, à fortifier leurs muscles respirateurs en les soumettant à une série d'exercices raisonnés. Ce sont ces exercices que l'on désigne sous le nom de *gymnastique respiratoire* et dont M. G. ROSENTHAL nous donne aujourd'kui une excellente description.

Déjà étudiée par Derecq, Lagrange, Vuillemin, Knopf, Wide, Reymond (de Genève), la gymnastique respiratoire est indiquée dans l'insuffisance thoracique avec ou sans scoliose, dans les congestions pulmonaires passives, l'asthme, l'empyème, la bronchite bronchique, la tuberculose, les maladies aiguës, et, surtout pour M. Rosenthal, dans l'insuffisance thoracique des adénoïdiens. Le médecin doit lui-même diriger le traitement et préciser, par l'auscultation et la percussion, les manœuvres spéciales à effectuer; il pourra ainsi, au bout d'un temps souvent très court, obtenir les meilleurs résultats.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Embolie par injection de paraffine. (*Med. Record*, 11 juillet 1903, p. 53.) — Les injections sous-cutanées de paraffine, que l'on emploie dans un but esthétique, ne sont pas dépourvues d'inconvénients. Si le chirurgien peut toujours s'abstenir de proposer ce mode d'intervention, il convient de remarquer qu'il est parfois requis par le malade lui-même d'y avoir recours. Le fait publié par MM. HUORD et HOLDEN rentre dans cette catégorie : en pareil cas, le sujet doit être informé que la correction de sa difformité peut avoir des inconvénients des plus sérieux.

Un malade ayant un effondrement du dos du nez se fit faire une injection de paraffine; puis, pour achever de corriger une dépression qui persistait sur le côté droit, le patient demanda une seconde injection. Celle-ci fut pratiquée au moyen d'un mélange de paraffine et de vaseline simple, d'une consistance semi-solide. Peu de temps après apparut une petite ecchymose vers l'extrémité du nez. Bientôt le sujet commença à se frotter l'œil droit, déclarant qu'il ne voyait plus de ce côté. L'examen ophtalmoscopique permit de constater une embolie de la branche descendante de l'artère centrale de la rétine.

A. HOUSQUAINS.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas manuel de gynécologie (1), par O. SCHÆFFER, privat docent à l'université de Heidelberg. Edition française par le docteur J. BOUGLÉ, chirurgien des hôpitaux de Paris, avec 90 pl. en couleur contenant 207 fig. et 72 fig. intercalées dans le texte.

Une des dernières publications du regretté Bouglé, que la mort vient d'enlever en pleine jeunesse, est l'édition française du bel *Atlas manuel de gynécologie* de Schæffer (d'Heidelberg).

Il y a peu de sciences qui aient autant progressé depuis vingt ans que la gynécologie, et cela, non seulement en France, mais aussi à l'étranger. Aussi, depuis l'exemple fameux donné par Nélaton en 1862 lorsqu'il alla auprès de Spencer Wells se familiariser avec l'ovariotomie, tous les gynécologues français ont suivi avec intérêt les travaux publiés en Angleterre, en Allemagne et en Amérique.

Parmi les ouvrages si nombreux publiés en gynécologie dans ces dernières années, il convient de faire une place à part à l'atlas de Schæffer-Bouglé, qui constitue un des meilleurs guides qui existent en gynécologie, en même temps qu'un recueil des plus facile à lire.

Le plan suivi par Schæffer et qu'a conservé Bouglé est simple et clair. C'est ainsi que sont passés successivement en revue :

Les vices de conformation et les arrêts de développement; les vices de position; les maladies inflammatoires et les troubles de nutrition; les plaies et leurs conséquences; les néoplasmes.

De nombreuses additions justes, pleines de ce sens qui caractérisait en tout l'esprit de Bouglé, rendent la lecture de ce livre agréable et fructueuse.

Il est juste de louer le soin apporté par l'éditeur dans la reproduction des nombreuses planches en couleur qui complètent heureusement l'ouvrage.

---

(1) In-8°. — Paris 1903, J.-B. Baillière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Nantes.* — M. Allaire est prorogé pour trois ans dans ses fonctions de chef des travaux de physique.

M. Jossu a été nommé, après concours, prosecteur à l'école de médecine de Nantes.

M. Chapiet est chargé des fonctions de prosecteur pendant l'année 1903-1904.

M. Doré est chargé des fonctions d'aide d'anatomie pendant l'année 1903-1904.

Marine. — M. le médecin de première classe Lacarrière, du port de Lorient, est désigné pour servir au 3e dépôt des équipages de la flotte.

M. le médecin principal Ropert, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Carnot* (division de réserve de l'escadre de la Méditerranée).

Monument à la mémoire de Bichat. — Un buste de Bichat a été érigé dimanche à Poncin (Ain), sa ville natale.

Cours pratique d'oto-rhino-laryngologie. — *Hôpital Saint-Antoine.* — M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le mardi 10 novembre, avec le concours de MM. Bourgeois et Bellin, assistants, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques.

Ce cours aura lieu tous les jours, à huit heures et demie du matin, sauf le dimanche. Il sera complet en 30 leçons et durera du 10 novembre au 13 décembre.

Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments.

Le nombre des places étant très limité, on est prié de se faire inscrire d'avance, à l'hôpital Saint-Antoine, auprès de M. Bourgeois, assistant du service.

Cours d'orthophonie. — Un cours gratuit d'orthophonie pour la correction des troubles de la parole et de la voix (retards de langage, bégaiement, zézaiement, voix rauques, nasillardes, etc.), fait par les professeurs de l'Institution nationale des sourds-muets, commencera le jeudi matin, 5 novembre 1903, à dix heures et demie, 252 *bis*, rue Saint-Jacques, et continuera les jeudis suivants à la même heure.

Les parents qui désireraient conduire leurs enfants à ces leçons sont priés d'envoyer les nom, âge et adresse des enfants à M. Robert Jouet, 252 *bis*, rue Saint-Jacques.

Il sera préférable qu'ils s'y présentent, avec les enfants, le jeudi matin, 5 novembre, à dix heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur P. Lemaistre (de Limoges).

Maladies des pays chauds, par Patrick Manson, traduit de l'anglais par MM M. Guibaud et J. Brongues. 1 vol. in-8° cavalier de 776 p. avec 113 fig. en noir. — Prix, broché : 12 fr. — Paris, C. Naud.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LEÇONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DU CŒUR

FAITES PAR M. LE PROFESSEUR PAUL POIRIER (1902-1903)

Et recueillies par M. Etienne LE SOURD,
Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

La première ébauche du cœur se forme suivant deux types différents, suivant qu'il s'agit des vertébrés inférieurs ou des vertébrés supérieurs. Chez les premiers qui comprennent les sélaciens, les ganoïdes, les amphibiens et les cyclostomes, l'ébauche du cœur est unique, tandis qu'elle est double chez les vertébrés supérieurs : poissons osseux et amniotes.

PREMIER TYPE. — Chez les vertébrés inférieurs, le développement et la fermeture de l'intestin céphalique se fait très tôt, et comme l'a montré Rabl (Uber die Bildung des Herzens der amphibien, *Morphologisches Jahrbuch*, t. XII), l'ébauche primitive du cœur apparaît sur la ligne médiane dans le mésentère ventral, qui réunit la paroi inférieure de l'intestin à la paroi antérieure du corps. Le cœlome de l'embryon se présente sous la forme d'une fente, à droite et à gauche du plan médian. Dans ce mésentère ventral, qui sépare les deux parties du cœlome, apparaît vite une petite cavité : c'est la *cavité cardiaque primitive.* Elle est délimitée par une simple rangée de cellules qui deviendra plus tard l'endocarde. En dehors de cette couche, les cellules du feuillet moyen sont épaissies et formeront la couche musculaire du cœur, le cœlome représente le péricarde. Ainsi donc, le cœur apparaît sur une coupe, comme formé de deux tubes cylindriques emboîtés l'un dans l'autre : l'un endocardique, l'autre myocardique.

Le développement de la cavité cardiaque a divisé le mésentère ventral primitif en deux : une portion antérieure ou mésocarde antérieur, devant l'ébauche cardiaque; une portion postérieure ou mésocarde postérieur. Le premier n'a du reste qu'une durée éphémère. Supposons que nous sectionnions en deux verticalement la figure 1 (embryon de salamandre) et nous aurons le cœur des vertébrés supérieurs à deux ébauches.

DEUXIÈME TYPE. VERTÉBRÉS SUPÉRIEURS. — Kölliker a suivi pas à pas le développement du lapin depuis la deux centième heure. Il a vu l'apparition de chaque côté de la ligne médiane à la deux cent cinquième heure de l'ébauche cardiaque, alors que les feuillets germinatifs sont encore étalés et que le feuillet glandulaire de l'intestin n'a pas encore commencé à se plisser.

Mais comment apparaissent ces ébauches cardiaques, de quel feuillet dérivent-elles?

L'opinion de His, d'après lequel les vaisseaux seraient d'origine extra-embryonnaire et viendraient de l'aire opaque, est aujourd'hui abandonnée complètement.

Certains auteurs admettent que les ébauches cardiaques se forment aux dépens de l'endoderme, d'autres pensent qu'elles viennent du mésoderme. Pour Rückert (Uber die Ursprung der Herzendothels, *Anat. anz.*, 2e année, n° 12, 1887, et Uber die Entstehung der endothelialen anlagen des Herzens und der erten gefässtämme bei selachier embryonen, *Biolog. Centralbl.*, t. VIII, 1888), elles tireraient leur origine à la fois de l'endoderme et du mésoderme environnant.

Quelle que soit leur provenance, ces ébauches cardiaques vont, en même temps que les deux moitiés de la lame splanchnique s'unissent pour former l'intestin, se rappro-

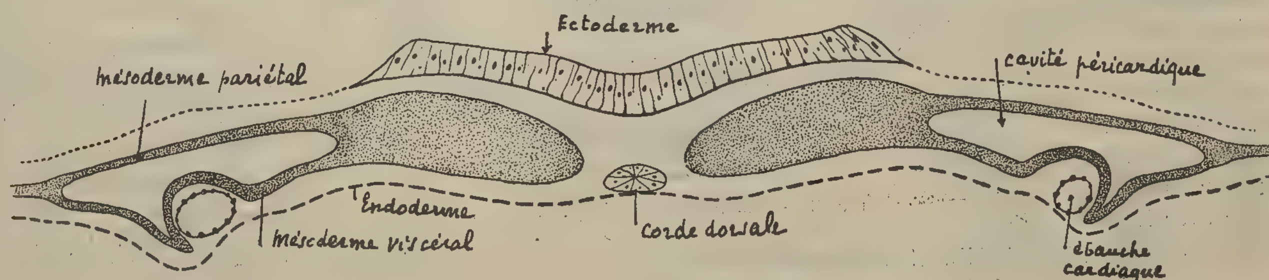


FIG. 1. — *Embryon de lapin* (Kollmann).

cher et enfin se souder par le même processus pour constituer le cœur.

On peut suivre ce processus sur les trois figures ci-jointes d'embryon de lapin, empruntées à Kollmann (fig. 1, 2, 3).

Sur la figure 1, on voit au niveau du mésoderme viscéral, de chaque côté de ce qui sera plus tard l'intestin céphalique, se former une gouttière fermée. Les parois de cette chymateuses viendraient s'ordonner autour d'une cavité provenant de la cavité cœlomique.

Quant aux vaisseaux, ils vont naître par bourgeonnement.

Les mésocardes. — Les tubes cardiaques soudés sont logés à l'intérieur d'une cloison mésodermique, résultant de la fusion des lames fibro-intestinales; le cœur est donc rat-

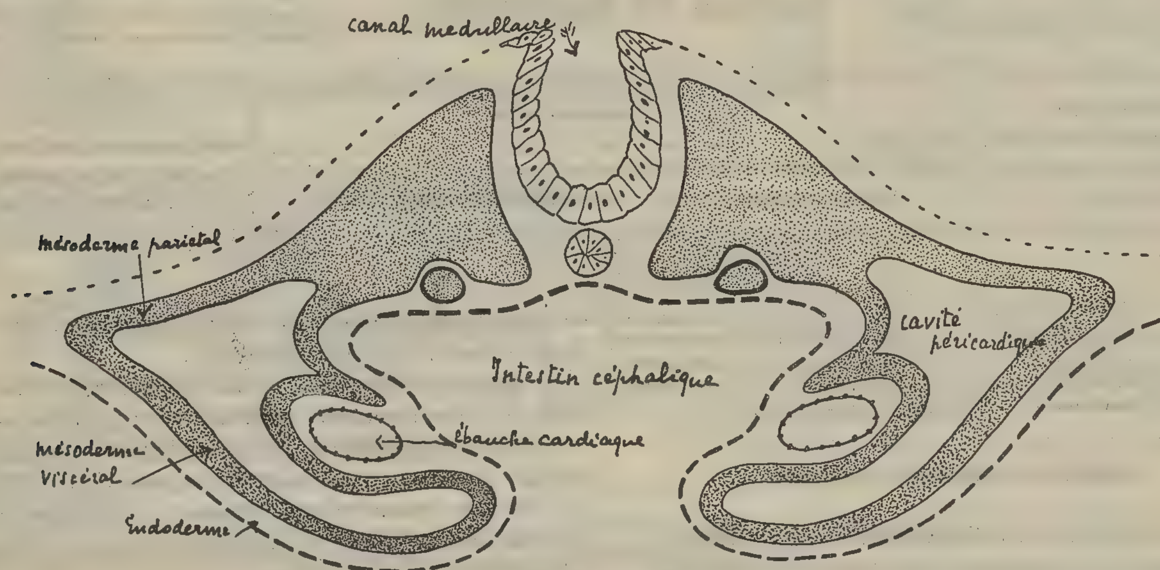


Fig. 2. — *Embryon de lapin* (Kollmann).

gouttière donneront naissance au muscle cardiaque, l'endocarde venant au contraire d'une portion de tissu qui s'est séparée du mésoderme viscéral. L'endoderme ne prend aucune part à cette formation. Ces ébauches cardiaques sont contenues dans une cavité qui n'est autre que la future cavité péricardique, paire comme le cœur au début.

La figure 2 montre l'intestin sur le point de se fermer; les deux tubes endocardiques se rapprochent de la ligne médiane.

Dans la figure 3, la lame de soudure des deux tubes endocardiques a disparu, ceux-ci se sont fusionnés sur la ligne médiane, et le cœur unique est définitivement constitué.

Pour être complet, il nous faut ajouter que pour certains auteurs, les ébauches cardiaques sont primitivement des cylindres pleins qui se creusent plus tard d'une cavité médiane; pour d'autres au contraire avec Ziegler (Die Entstehung des Blutes bei Knochenfischembryorien, *Archiv. f. mikrosk. Anat.*, t. XXX, 1887), les cellules mésen-

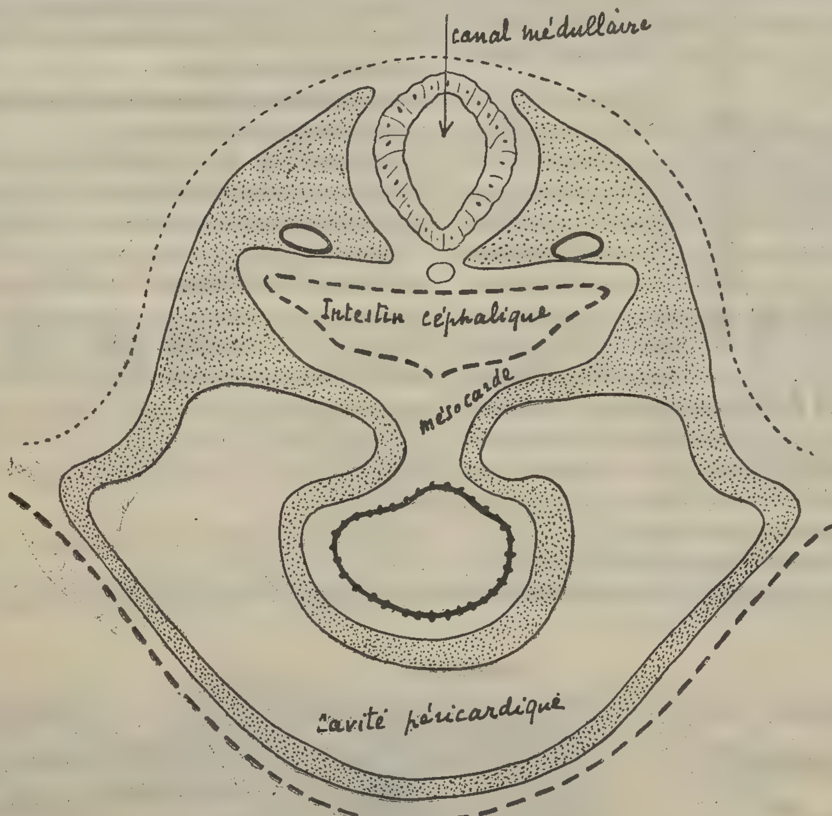


Fig. 3. — *Embryon de lapin* (Kollmann).

taché en avant et en arrière à la paroi par un méso. Le mésocarde antérieur disparaît presque aussitôt après la soudure des bourgeons cardiaques; le mésocarde postérieur au contraire persiste et figurera le pédicule supportant le cœur et les gros vaisseaux; c'est dans son épaisseur que poussera le bourgeon pulmonaire.

Le cœur ainsi constitué est un organe rectiligne, situé au-dessous de l'intestin céphalique, et composé de deux tubes emboîtés, séparés par une couche de substance fondamentale muqueuse.

Nous avons vu la formation du tube interne endocardique; quant au tube mésocardique il se constitue par un processus absolument semblable et que l'on peut aisément suivre sur la figure ci-contre de Kölliker (rapportée par Hertwig) d'un embryon de lapin.

C'est surtout W. His qui a étudié l'évolution du cœur. Cet auteur montre que sur des embryons de $1^{mm}9$ (douzième à quatorzième jour), le cœur est rectiligne avec une certaine tendance

à s'incurver, il est de calibre uniforme et contient des globules de sang à noyaux.

Par son extrémité antérieure, supérieure ou artérielle, il se continue avec un vaisseau impair, le *tronc artériel*, qu'on appelle souvent tronc aortique, c'est à tort, car il représente aussi le tronc pulmonaire.

Par son extrémité postérieure, le cœur se continue avec un tronc plus gros c'est le *sinus veineux*, formé par la réunion des veines ombilicales, omphalo-mésentériques et des canaux de Cuvier (fig. 3 *bis*).

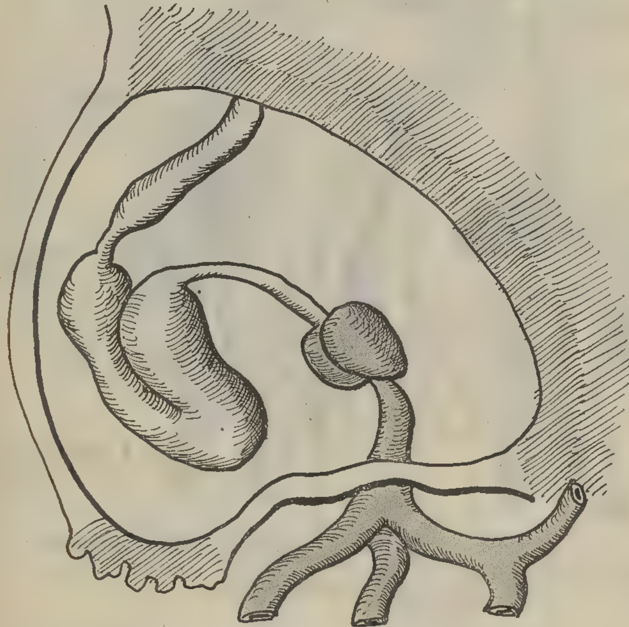


Fig. 3 *bis*. — *Embryon humain vu de profil*, d'après His.

Tous ces vaisseaux se sont formés en même temps que le cœur.

Bientôt le tube cardiaque s'allonge, et commence à se recourber sur lui-même, parce qu'il ne trouve plus assez de place pour se loger en ligne droite dans la cavité pariétale.



Fig. 4. — *Embryon humain vu de profil* (His). — Le tube cardiaque se replie sur lui-même.

C'est la portion ventriculaire du cœur qui se différencie la première, elle perd de bonne heure son méso et apparaît comme un tube libre, tandis que les portions situées au-dessus et au-dessous qui formeront le bulbe et l'oreillette restent unies à l'intestin antérieur par le mésocarde postérieur.

La courbure du tube cardiaque s'accentue avec son allongement et bientôt il prend la forme d'une anse recourbée en S. En même temps se produit un certain mouvement de torsion qui porte sa portion veineuse en arrière et à gauche, et sa portion artérielle en avant et à droite (fig. 4).

Le cœur à ce moment fait une énorme saillie repoussant la membrane reuniens et peut rester en *ectopie*, comme on en a cité des exemples (fig. 5 et 6).

A un stade plus avancé, la position du cœur va se modifier, la portion veineuse subit un mouvement d'ascension qui la rapproche de la tête de l'embryon, et devient postérieure à la portion artérielle qui se meut en sens inverse; la portion veineuse est donc devenue dorsale, et la portion artérielle, ventrale.

De ce double mouvement résulte la forme du cœur à cette période; c'est alors un anneau complet, c'est-à-dire

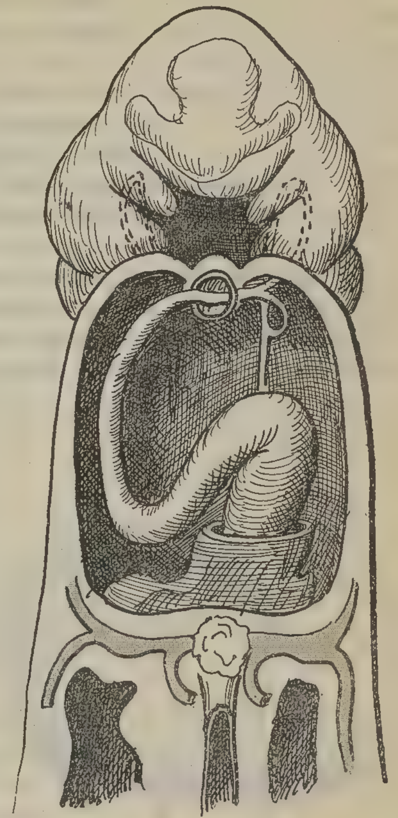


Fig. 5. — *Le même embryon humain vu de face.* — Le tube mésocardique a été réséqué pour permettre de suivre mieux le tube endocardique.

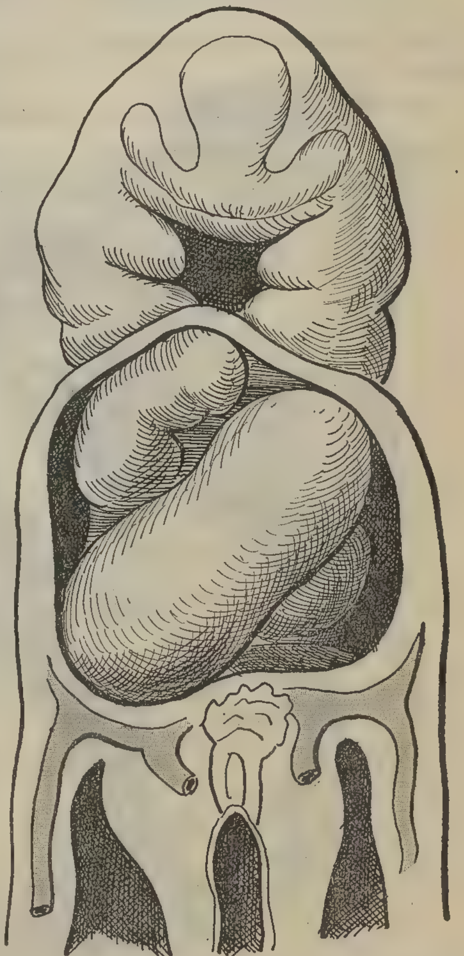


Fig. 6. — *Même figure que la figure 5.* — Le tube mésocardique a été conservé.

fermé, dont les deux extrémités se recouvrent en quelque sorte, on se rend bien compte de cet aspect sur une vue de profil de l'organe.

Au vingtième jour, c'est-à-dire chez un embryon de 2mm15 (W. His) le tube cardiaque ne présente plus un calibre uniforme, il se sépare en trois segments renflés, unis par deux portions rétrécies. C'est le segment moyen qui est le plus dilaté; il constitue le *ventricule primitif* (fig. 7 et 8).

L'étranglement qui le sépare de la portion veineuse du cœur (oreillette primitive) porte le nom de *canal auriculaire*, tandis qu'on donne celui de *Détroit de Haller* à la partie rétrécie qui unit le ventricule primitif au bulbe artériel.

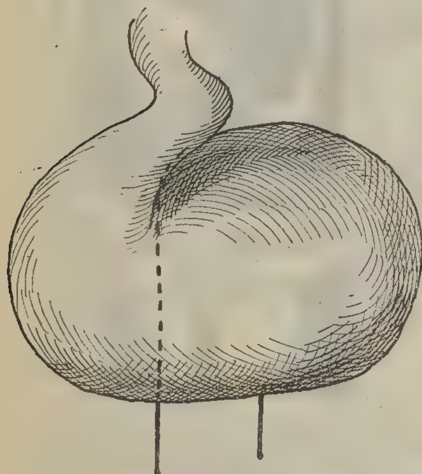


Fig. 7.— *Différenciation du tube cardiaque. Formation du canal auriculaire.*

Nous allons étudier successivement ces différents segments.

La *portion veineuse du cœur* qui représente l'oreillette primitive, le Vorhof des Allemands, s'étend depuis le canal auriculaire en avant, jusqu'au sinus veineux en arrière, dont elle est séparée par un orifice rétréci, bordé d'une valvule, « la valvule du sinus veineux. » Un peu plus tard, les parties latérales de l'oreillette primitive vont se renfler en deux grosses évaginations. On les désigne souvent sous le nom d'auricules, ce qui est une erreur, car ce sont les oreillettes droite et gauche.

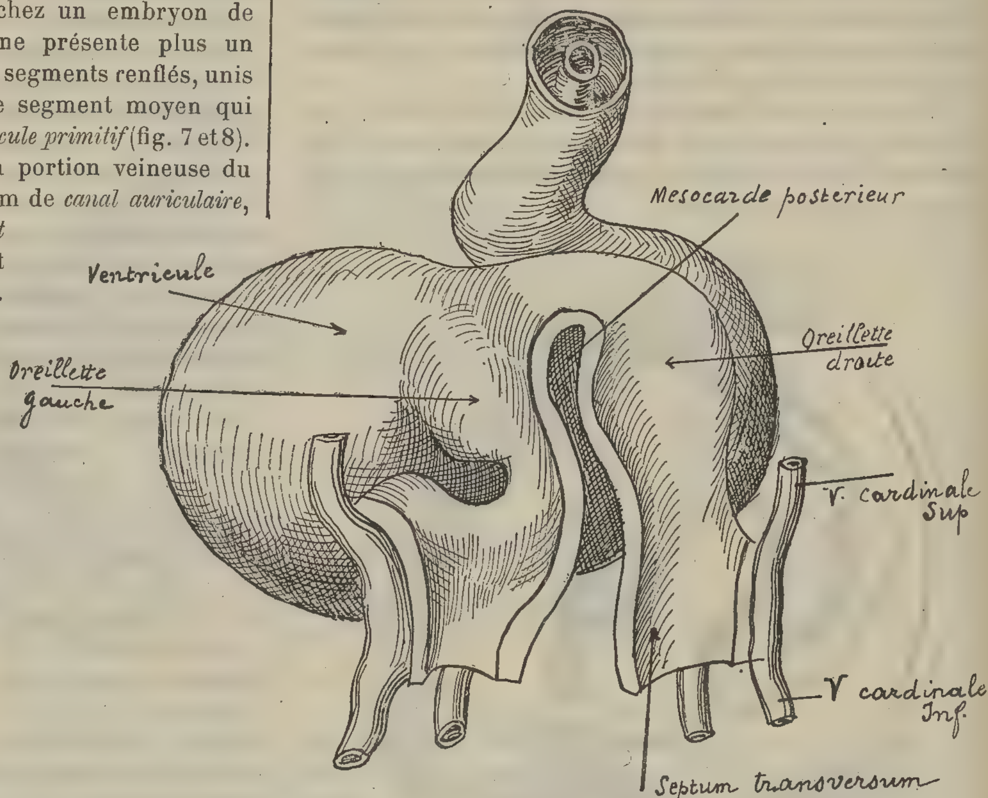


Fig. 8. — *Tube cardiaque séparé de son mésocarde* (His). (Vue postérieure.)

Quant aux auricules, elles se développeront plus tardivement sous la forme de *crénelures* qui viendront hérisser les angles antérieur et inférieur des oreillettes.

Ajoutons enfin que les oreillettes ont une tendance à se porter en avant et à entourer de plus en plus la portion artérielle du cœur, ou au moins le bulbe artériel.

Nous voyons ainsi que la portion auriculaire comprend à ce stade : une portion moyenne plus étroite, c'est le *sinus auriculaire*, le Vorhof des Allemands, oreillette primitive, sur laquelle s'implante le mésocarde postérieur et qui reçoit les veines omphalo-mésentériques, ombilicales, sinus de Cuvier, etc., c'est le sinus veineux ; et deux portions latérales, les oreillettes secondaires, sur lesquelles naîtront plus tard les auricules.

Canal auriculaire. — Il sépare, comme nous l'avons dit plus haut, la portion veineuse du cœur de la portion artérielle. Il répond au point où se développeront les valvules auriculo-ventriculaires (*ostia venosa* des Allemands); c'est un tube cylindrique, sa paroi est peu épaisse par rapport à celle du ventricule sous-jacent, ce segment est bien caractérisé et autonome du cœur embryonnaire, il appartient plutôt au ventricule.

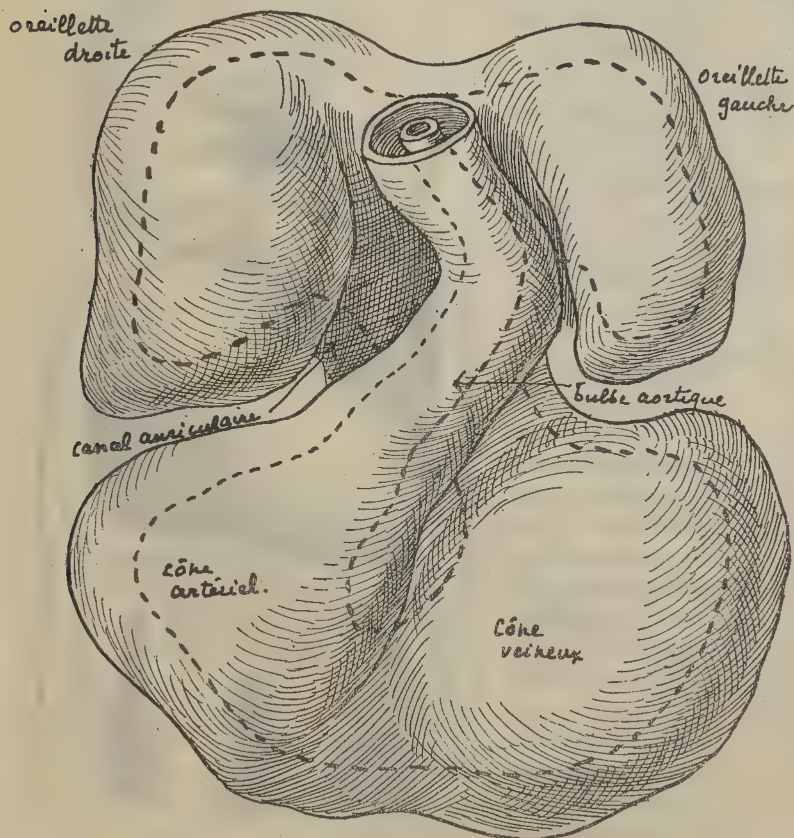


Fig. 9. — *Cœur d'un embryon de 5 millimètres* (His).

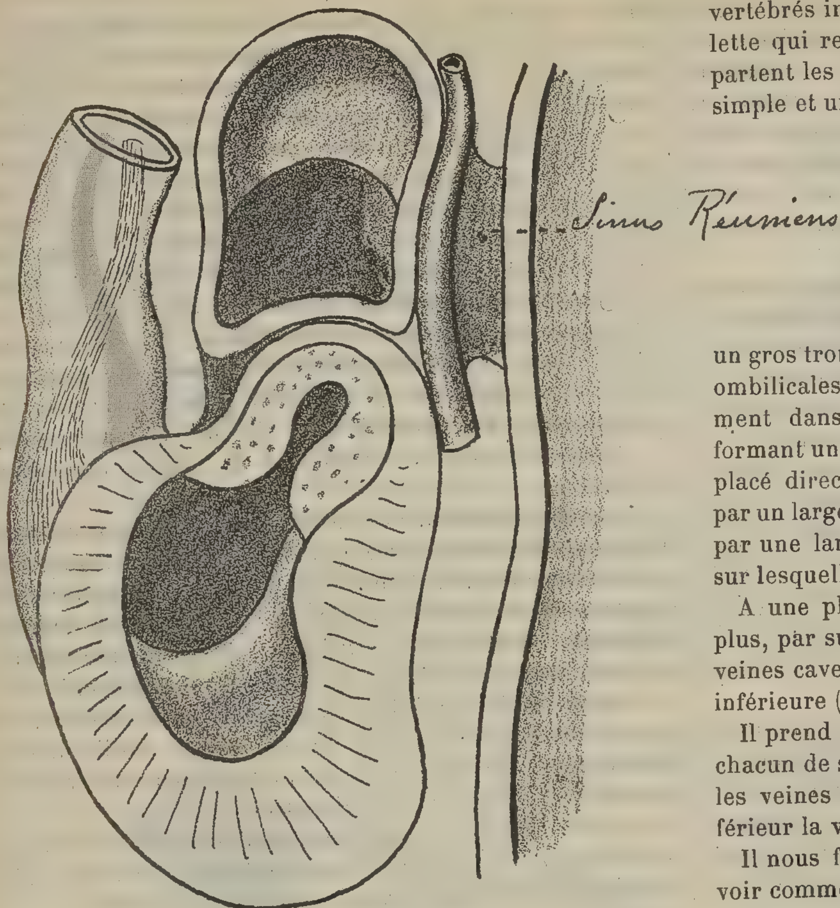


FIG. 10. — *Le sinus reuniens vient s'appliquer sur la face postérieure de l'oreillette.*

vertébrés inférieurs, des poissons. Il consiste en une oreillette qui reçoit le sang veineux et en un ventricule d'où partent les gros troncs artériels. La circulation est encore simple et unique. La formation des poumons va déterminer un dédoublement du cœur et de la circulation (fig. 9).

Il nous faut maintenant retourner ce cœur de quatre semaines pour l'étudier par sa face postérieure.

Sur celle ci nous voyons les oreillettes et les ventricules, mais masqués en partie par un gros tronc veineux, le *sinus reuniens*. Les veines vitellines, ombilicales, les canaux de Cuvier ne se jettent pas séparément dans l'oreillette, mais elles se réunissent d'abord, formant une vaste ampoule, c'est le sinus reuniens. Celui-ci placé directement contre l'oreillette communique avec elle par un large orifice, *porta vestibuli*, limité à droite et à gauche par une large valvule, valvule veineuse droite et gauche, sur lesquelles nous reviendrons plus loin (fig. 10).

A une phase plus avancée, le sinus reuniens ne reçoit plus, par suite de la fusion de ces troncs veineux que les veines caves supérieure droite et gauche et la veine cave inférieure (fig. 11).

Il prend alors la forme d'un trigone recevant une veine à chacun de ses angles, aux angles supérieurs droit et gauche les veines caves supérieures droite et gauche, à l'angle inférieur la veine cave inférieure.

Il nous faut revenir maintenant un peu en arrière pour voir comment s'est développé le sinus veineux, dès qu'il a été formé par l'union des veines omphalo-mésentériques, ombilicales des canaux de Cuvier, il va s'élever au-dessus

Ventricule primitif. — C'est d'abord un tube contourné en anneau, suivant l'expression de W. His, dont le calibre diminue de l'extrémité veineuse à l'extrémité artérielle. Sa forme est analogue à celle d'un estomac, légèrement bilobé (His, Kollmann), car le sillon répondant à la séparation des deux ventricules, sillon interventriculaire, apparaît de bonne heure. La moitié droite du ventricule primitif s'effile et constitue le cône artériel de His; cet auteur réserve le nom de cône veineux au ventricule gauche, peut-être parce qu'il est en continuité avec la portion veineuse.

Fretum Halleri ou détroit de Haller. — Il sépare le cône artériel du bulbe artériel. Il répond au point où se formeront ultérieurement les valvules semi-lunaires ou sigmoïdes. Il nous faut faire remarquer que le fretum Halleri, tout comme du reste le canal auriculaire, est plus étroit que ne le ferait supposer l'aspect extérieur, on peut se rendre compte de ce fait sur les figures qui montrent la coupe des deux tubes concentriques formant le cœur. Ainsi constitué, le cœur de l'embryon de l'homme et des mammifères ressemble au cœur définitif des

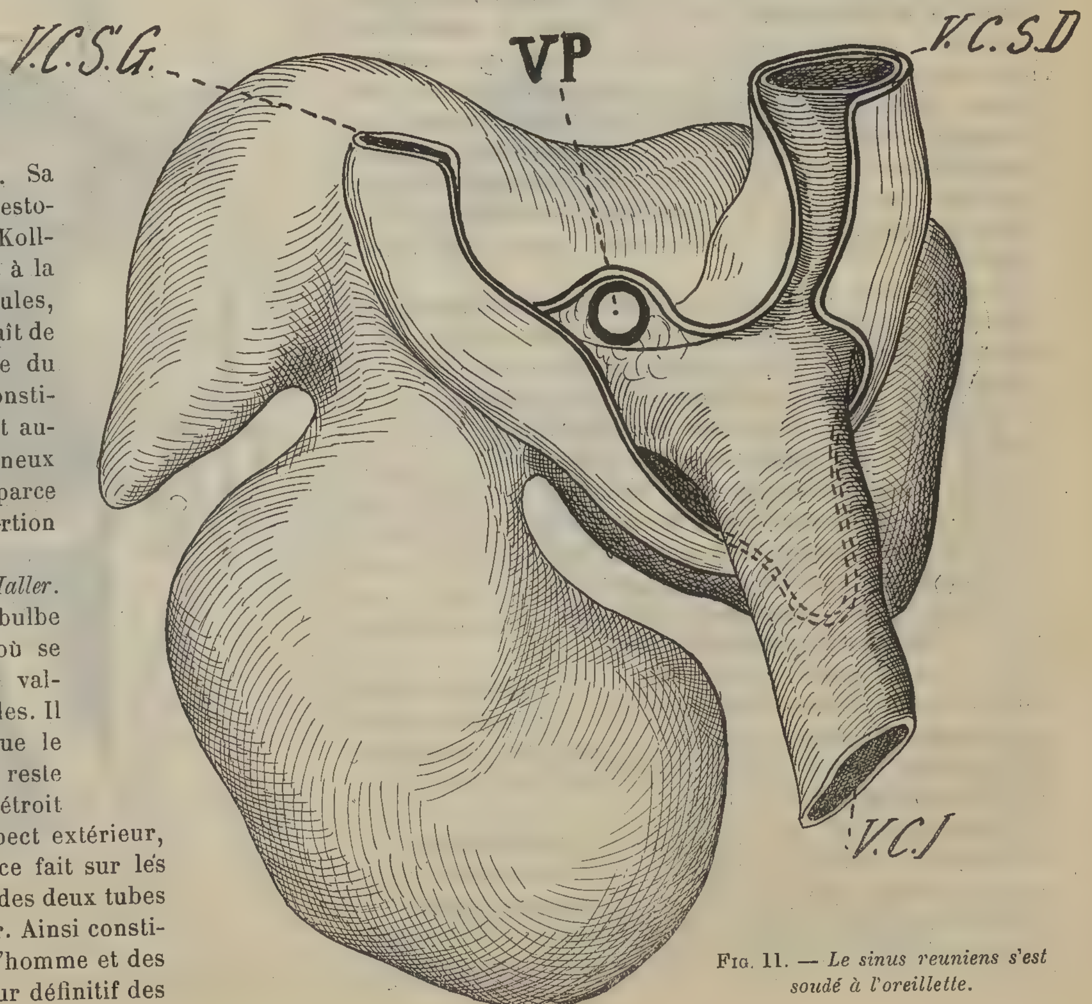


FIG. 11. — *Le sinus reuniens s'est soudé à l'oreillette.*

du diaphragme, il est inclus dans le mésocarde postérieur. Bientôt les deux veines caves supérieures, primitivement contenues dans la partie latérale du thorax, se détachent entraînant un méso vers la cavité péricardique primaire et viennent s'aboucher isolément dans le sinus qui reçoit déjà par en bas le sang des veines omphalo-mésentériques et des veines ombilicales réunies en un tronc avec la veine cave inférieure qui les a absorbées petit à petit, à mesure qu'elle se développait.

Les recherches de W. His ont bien montré qu'on pouvait assez facilement retrouver les traces de ce sinus veineux en forme de trigone, de croissant triangulaire à concavité supérieure, chez le cœur adulte. Suivons les transformations que présente le sinus veineux. Nous voyons que la corne gauche qui était la veine cave supérieure gauche va s'atrophier en même temps que celle-ci, dès que l'anastomose transversale sus-cardiaque des deux veines caves supérieures se sera constituée. De cette corne gauche, nous trouvons comme reliquat le repli vestigial de Marshall et de Grüber. Ce repli est constant et on le retrouve toujours sur les cœurs adultes plus ou moins développé, faisant saillie dans la cavité péricardique suivant les cas, nous l'avons retrouvé avec beaucoup de facilité.

Le segment moyen du saccus reuniens donnera plus tard ce segment du sinus coronaire qui chemine au-dessous de l'oreillette gauche et qui aboutit à l'angle inférieur de l'oreillette droite, la limite de ce segment moyen est indiquée sur le cœur adulte par un renflement en forme de courbe angulaire de la veine coronaire sur le sommet duquel s'insère le ligament de Marshall.

Quant à la corne droite, elle vient s'appliquer, se souder contre la face postérieure de l'oreillette droite dont elle formerait la majeure partie, pour Kollmann, le segment de l'oreillette définitive appartenant à l'oreillette primitive devenant tout à fait rudimentaire, on retrouve très bien sur le cœur adulte les restes de cette corne ; dans la partie qui y répond l'oreillette a un aspect lisse tandis que partout ailleurs elle est pectinée ; la limite de cette zone est indiquée à gauche par le sillon interauriculaire et à droite par un sillon bien marqué sur certains sujets, c'est le *sulcus terminalis de His*.

Nous avons vu que le sinus veineux etait contenu dans le mésocarde postérieur, ce dernier laisse entre ses deux feuillets d'insertion sur la face postérieure du cœur un certain espace qui porte chez les Allemands le nom d'*area interposita* ou de Zwischenfeld. C'est dans cette area que vient déboucher la veine pulmonaire primitive, puisque His a montré qu'il n'y en avait qu'une au début. Plus tard, l'oreillette (qui est devenue gauche, par suite du dédoublement de l'oreillette primitive) s'accroît et le point de division de la veine pulmonaire se trouve pénétrer dans l'oreillette, ainsi s'ouvrent deux veines pulmonaires dans celle-ci, ces dernières vont du reste se subdiviser à leur tour en deux.

Petit à petit, chacune de celles-ci sont englobées dans l'oreillette qui possède alors l'embouchure de quatre veines pulmonaires (Kollmann). Tout le territoire de ces orifices est le produit de l'accroissement de la paroi auriculaire aux dépens des veines pulmonaires.

Cloisonnement des cavités cardiaques. — Nous étudierons successivement le cloisonnement des oreillettes, celui des ventricules, et celui du bulbe artériel, car chacune de ses parties se divise séparément, et indépendamment des autres.

Cloisonnement de l'oreillette. — De bonne heure, naît de la paroi supérieure de l'oreillette primitive, une cloison : *septum superius* de His, *septum primum* de Born, première ébauche d'une division en oreillette droite et en oreillette gauche. Cette crête qui est disposée en forme de croissant, va se développer et se diriger vers une deuxième formation qui naît au niveau du canal auriculo-ventriculaire, ce sont les *bourgeons endocardiques*. Ceux-ci partent du détroit auriculaire, et montent en grandissant, en s'effilant en haut sur les parois antérieure et postérieure de l'oreillette, en bas sur les parois antérieure et postérieure des ventricules. Ces bourgeons endocardiques bien décrits par His sont au nombre de deux, ce sont des éminences arrondies qui apparaissent sur chaque face du canal auriculo-ventriculaire. Ils prennent part à la formation des cloisons interauriculaires et interventriculaire, constituant le *septum intermedium* de His.

Le septum superius, en s'unissant aux bourgeons endocardiques, délimite un orifice, le *foramen ovale I*; sur lequel nous reviendrons bientôt. Il nous reste maintenant à parler d'une formation assez confuse, que les auteurs ont décrite de façon différente, c'est le *septum spurium*, et qui prend une part assez importante au cloisonnement de l'oreillette primitive.

Lorsque le sinus reuniens s'invagine dans l'oreillette, ses parois font dans l'intérieur de celle-ci une saillie, limitée latéralement par deux lèvres ou valves ; ce sont les valvules sinusales dont nous avons déjà parlé.

La valve gauche se termine en pointe qui porte le nom de *spina vestibuli*, la valve droite est destinée à former en haut la valvule d'Eustachi, en bas la valvule de Thebesius.

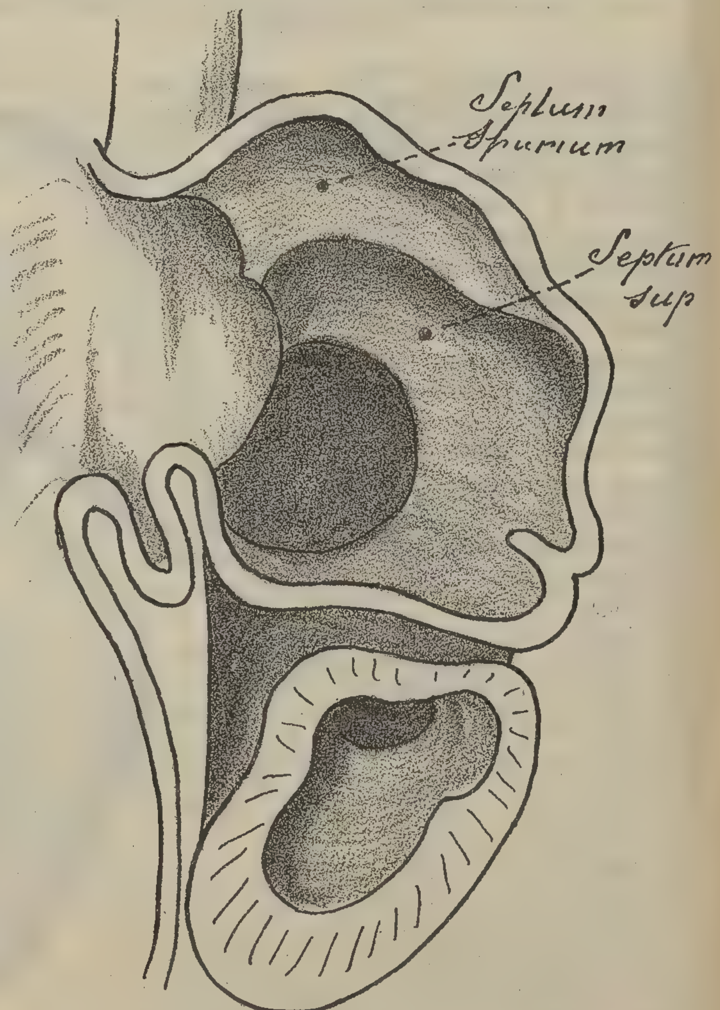


Fig. 12. — *Formation du septum spurium* (Born).

La pénétration de plus en plus complète du sinus dans l'oreillette, amène le soulèvement de la paroi de cette dernière, et la formation d'un repli qui s'étend sur toute la paroi supérieur de l'oreillette, c'est le *septum spurium*. Suivant His, ce repli n'a pas une grande signification au point de vue du développement du cœur. Cependant il en reste un vestige sur le cœur adulte sous la forme d'une crête sagittale placée au-devant de l'orifice de la veine cave supérieure, c'est le *tænia sagittalis* de His (fig. 12).

Nous verrons bientôt que ce septum spurium joue un rôle plus important d'après les travaux plus récents de Born (Beitrage zur Entwickelungsgeschichte des Saugethierherzens, *Arch. f. mikrosk. Anat.*, t. XXXIII, 1889) et de Röse (Zur Entwickelungsgeschichte des Saugethierherzens, *Morphol. Jahrb.*, t. XV).

Nous avons vu que le septum superius et le septum intermedium, résultant de la soudure des bourgeons endocardiques antérieurs et postérieurs, limitaient un orifice ovalaire, le *foramen ovale I*. Ce n'est point là, comme on l'a cru longtemps, le véritable trou ovale, ce n'est qu'une formation transitoire, en effet le septum superius ne tarde pas à rejoindre le septum intermedium et le cloisonnement de l'oreillette primitive est ainsi complet (fig. 13).

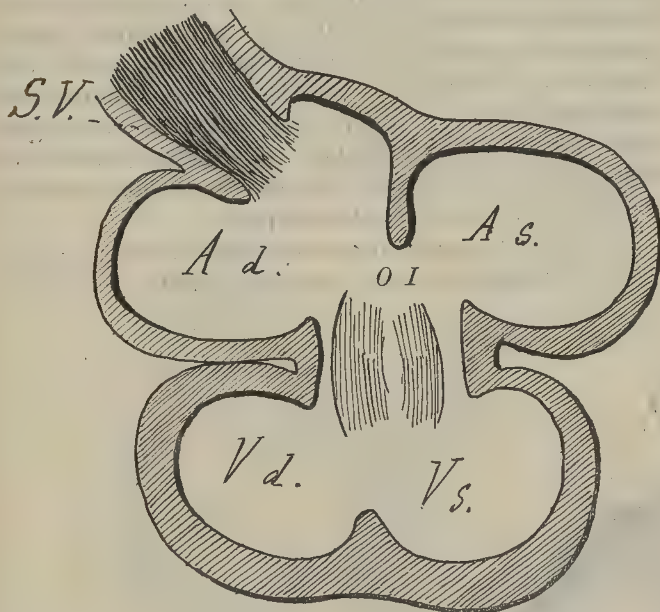


Fig. 13. — *Formation du foramen ovale I.* — *OI*, foramen ovale I; *Ad*, atrium dextrium; *As*, atrium sinistrum; *SV*, sinus venosus.

Cette séparation ne va pas durer; en effet, les recherches de Born nous ont montré que le septum superius de His, septum primum de Born, va s'atrophier et disparaît dans sa moitié supérieure, d'où l'apparition d'un *foramen ovale II*, qui est le *véritable trou de Botal* (fig. 14 et 15).

Mais en même temps s'est formé à côté du septum I entre lui et l'embouchure du sinus veineux dans l'oreillette, un second septum, le *septum secundum* de Born, qui ne tarde pas à venir s'accoler contre le septum primum ou plutôt contre ce qu'il en reste.

Ainsi donc, la partie antérieure de notre foramen ovale II sera limitée par le septum secundum uni aux vestiges du septum I, et par les bourrelets endocardiques : ce sont ces deux parties qui formeront plus tard en s'hypertrophiant l'*anneau de Vieussens* qui fait saillie dans l'oreillette droite.

Ajoutons qu'il existe entre le septum secundum et le septum spurium, un espace séparé du reste de l'oreillette, c'est l'*espace interseptovalvulaire* de Röse qui disparaîtra ultérieurement par un mécanisme que nous expliquerons plus loin.

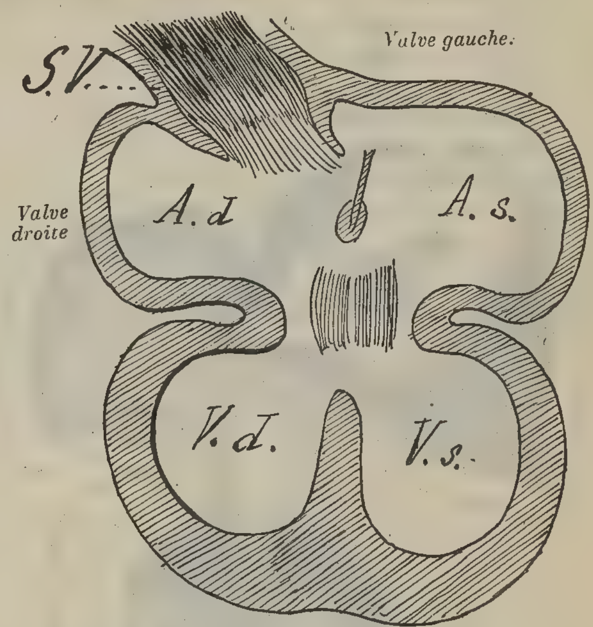


Fig. 14. — *Foramen ovale I et II.* — On voit entre les deux oreillettes le foramen ovale II en haut et le foramen ovale I en bas.

Il nous reste à voir, comment se bouchera le foramen ovale II et comment sera ainsi terminé le cloisonnement de l'oreillette primitive. Nous avons expliqué comment la pénétration du sinus reuniens déterminait dans l'oreillette une forte saillie, limitée par deux valvules. La *spina vestibuli* qui est l'extrême pointe de la valvule gauche va s'unir au

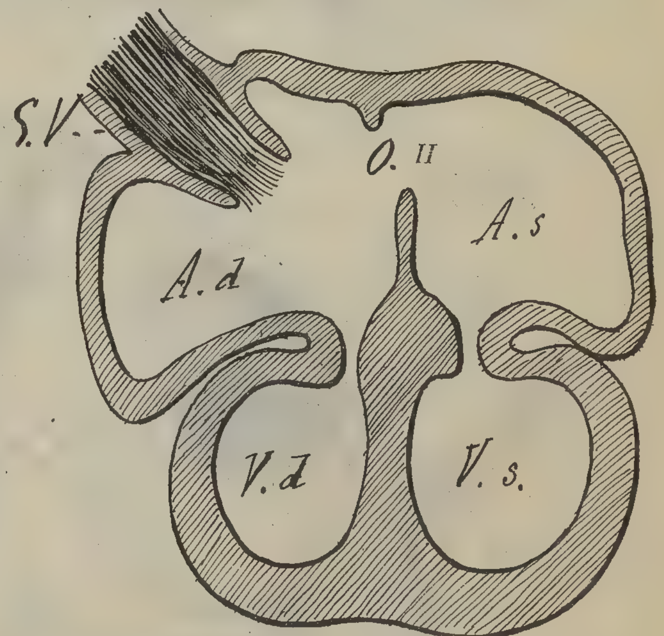


Fig. 15. — *Le foramen ovale II existe seul.*

septum intermedium, et la valvule elle-même se présente comme une large plaque peu épaisse qui formera la valvule du trou ovale. La valvule droite, nous l'avons déjà vu, forme en haut la valvule d'Eustache, en bas celle de Thebesius (fig. 16).

Au sillon terminal, sulcus terminalis de His, qui marque sur la face externe de l'oreillette la pénétration du *sinus reuniens*, répond sur la face endocardique de l'oreillette la

crista terminalis, saillie légèrement arquée qui va de la veine cave supérieure à la veine cave inférieure.

Revenons au septum spurium, soulevé, comme nous le

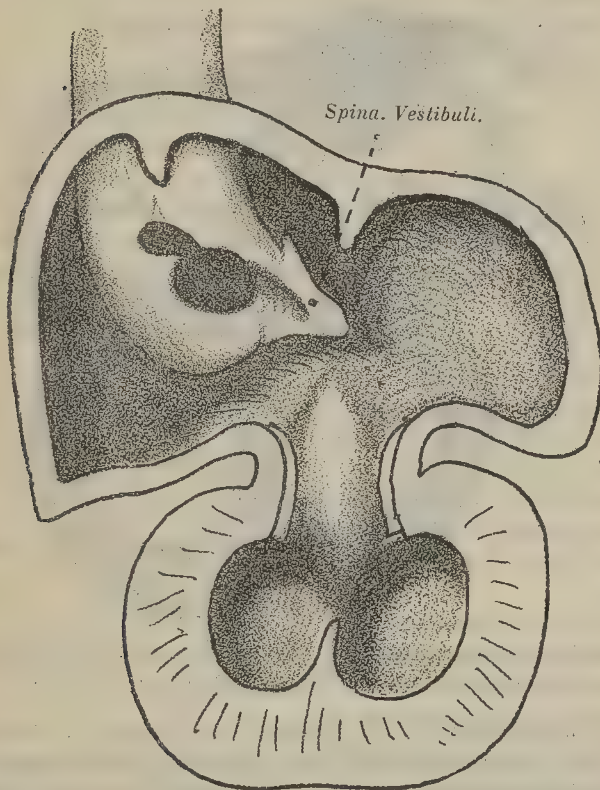


Fig. 16.

savons, par la pénétration du sinus veineux dans l'oreillette. Au fur et à mesure que celui-ci s'invagine dans la cavité de l'oreillette, le septum spurium se prononce de plus en plus: il va rejoindre en avant le repli falciforme des bourrelets endocardiques et contribue ainsi à la formation de l'*anneau de Vieussens*. C'est par ce mécanisme que disparaît l'espace interseptovalvulaire de Röse; en effet, en haut il y a fusion du septum spurium avec la paroi interne de l'oreillette, c'est-à-dire avec le septum secundum de Born, et en bas il y a application sur le septum atriorum de la valvule du cœur du sinus veineux, qui vient faire saillie jusque dans l'oreillette gauche.

Tel est le mode de cloisonnement de l'oreillette qui est, on le voit, assez compliqué; celui des ventricules est plus simple (fig. 17).

Cloisonnement des ventricules. — La formation du septum interventriculaire est postérieure à celle du septum interauriculaire. Elle commence chez l'embryon de 5 millimètres de long et est terminée chez celui de 10 millimètres. De la paroi postéro-inférieure du ventricule primitif naît un repli musculaire, *septum inferius de His*, en forme de croissant à concavité supérieure, qui monte vers l'orifice auriculo-ventriculaire commun (fig. 18, 19 et 20).

Simultanément, cet orifice commence à se rétrécir; en effet, sur ses faces antérieure et postérieure apparaissent les bourgeons endocardiques que nous avons décrits plus haut. Ceux-ci vont à la rencontre l'un de l'autre; par leur extrémité supérieure ils vont prendre part, comme nous l'avons vu, à la formation de la cloison interauriculaire, tandis que par leur extrémité inférieure ils aident à constituer la cloison interventriculaire. Le septum inferius va, en effet, se joindre en avant et en arrière au prolongement inférieur de ces bourgeons endocardiques.

A ce stade, le septum interventriculaire ou inférieur sépare incomplètement les deux ventricules, tandis que les deux

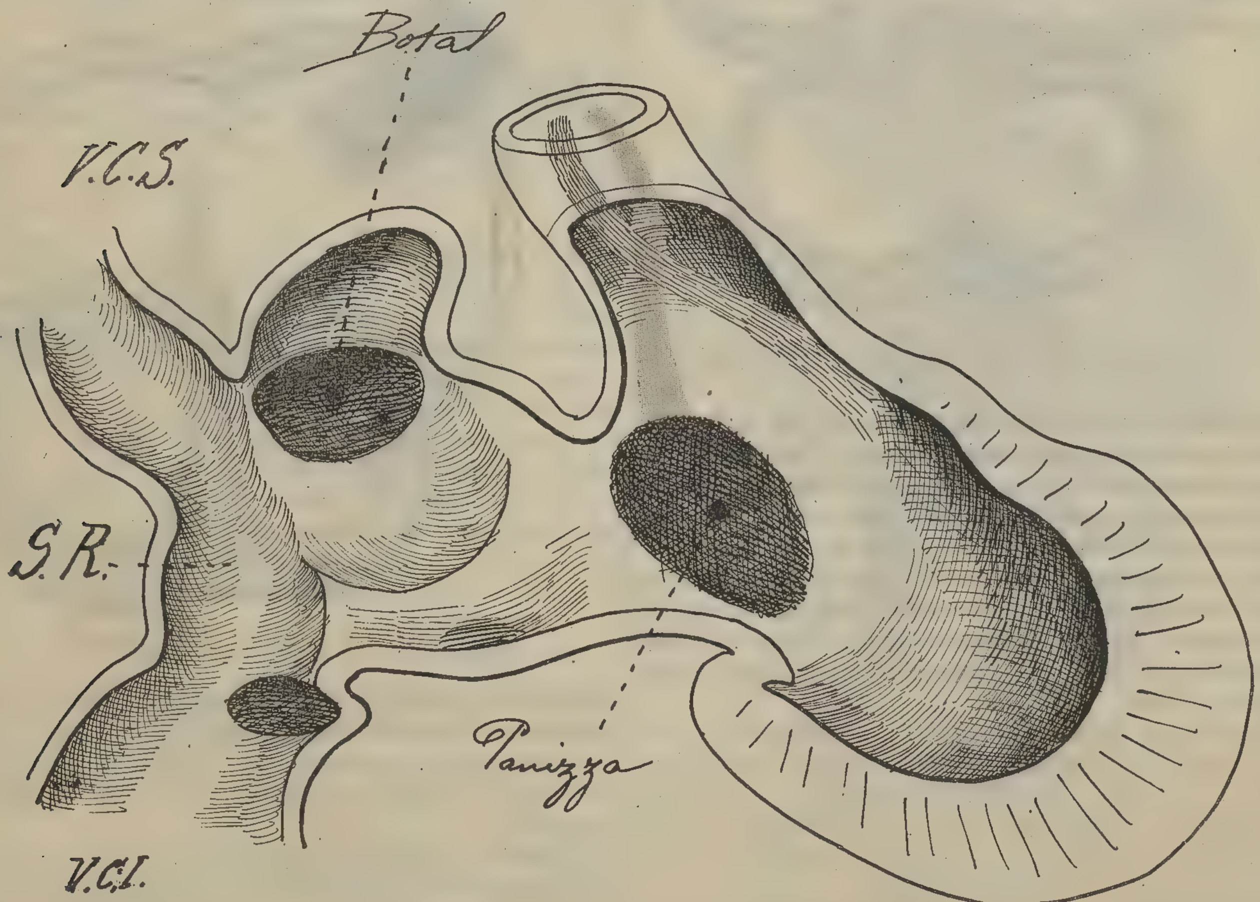


Fig. 17. — *Trous de Botal et de Panizza.*

bourgeons endocardiques qui se sont rejoints ont déjà divisé en deux orifices auriculo-ventriculaires l'orifice primitif auriculo-ventriculaire commun.

Le septum interventriculaire remonte en haut jusqu'à cette partie du ventricule primitif à laquelle nous avons

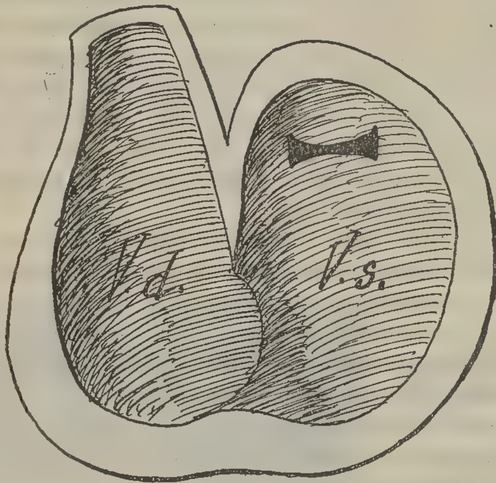


Fig. 18. — *Formation de la cloison interventriculaire.* — On voit dans le ventricule gauche le foramen atriorum ventriculorum commune.

donné plus haut le nom de cône artériel; aussi l'orifice qui existe à ce moment entre les deux ventricules, trou de Panizza, répond-il au cône artériel. A cause de cela, il sera fermé par une lame qui viendra s'unir aux bourgeons endocardiques en haut et au septum inferius en bas, pour achever le cloisonnement du ventricule primitif. Cette lame

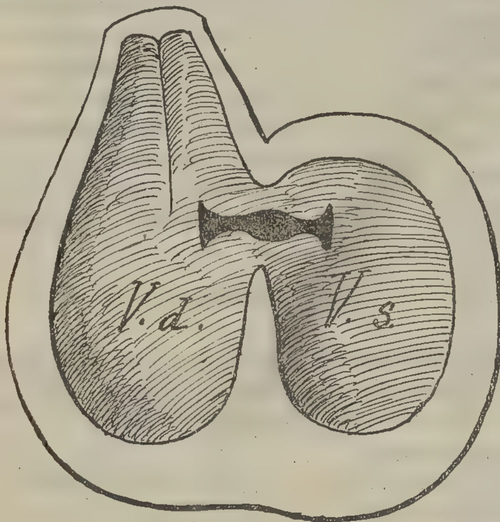


Fig. 19. — *Même légende qu'à la figure précédente.* — Les deux ventricules sont réunis par l'*ostium interventriculaire* limité en haut et en bas par les *endocardkissen*, au milieu de l'ostium interventriculaire le foramen atriorum ventriculorum commune.

n'est autre chose que le *septum aorticum* qui, partant du bulbe artériel qu'il subdivise en deux, va descendre pour agir de même au niveau du cône artériel.

Septum aorticum. — Le bulbe artériel ou aortique primitivement simple se divise bientôt en deux tubes accolés : l'aorte en arrière, l'artère pulmonaire en avant. Le cloisonnement s'effectue par suite du développement de deux bourrelets endothéliaux, l'un antérieur, l'autre postérieur. Ils soulèvent les parois latérales du tube endocardique, d'abord au niveau du fretum Halleri, puis, comme les bourgeons endocardiques de l'orifice auriculo-ventriculaire, ils se prolongent en haut et en bas en replis falciformes qui vont à la rencontre l'un de l'autre, et cela aussi bien en haut sur toute la longueur du bulbe artériel, qu'en bas au niveau du cône artériel. Bientôt l'union des deux bourrelets est complète et le septum aorticum est formé. Mais il nous faut faire remarquer que ces replis falciformes ne vont point directement au-devant l'un de l'autre, ils décrivent un trajet en forme de spire, le repli postérieur se dirige vers la droite, l'antérieur vers la gauche, et ceci nous explique la division si particulière de l'aorte et de l'artère pulmonaire dans les cœurs dont le développement est terminé. On peut distinguer au septum aortique plusieurs portions :

1° Une partie interartérielle entre l'aorte et l'artère pulmonaire (comprenant leurs deux parois élastiques et le tissu conjonctif intermédiaire) : c'est le *septum aortique supérieur*;

2° Une portion placée entre l'aorte et le ventricule droit

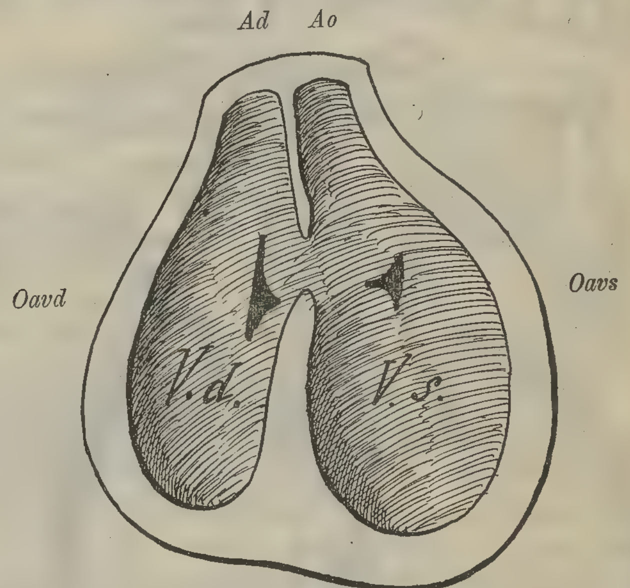


Fig. 20. — *Même légende qu'à la figure précédente.*

(car le bord supérieur du septum musculaire étant un peu déjeté vers la droite, l'entrée de l'aorte surplombe une partie du ventricule droit dans lequel elle fait une sorte de coin) : c'est le *septum aortique inférieur*; il est formé par la paroi aortique, la paroi ventriculaire et le tissu conjonctif intermédiaire;

3° Une portion placée entre les deux ventricules, qui va s'unir au bord supérieur de la cloison interventriculaire et qui va fermer ainsi la communication qui avait persisté entre les deux ventricules : le trou de Panizza, — c'est le *septum membranaceum* des Allemands, la *pars membranacea septi* de His. Sur le cœur de l'homme adulte, la partie supérieure de la cloison interventriculaire est dépourvue de fibres musculaires et contraste avec le reste de la cloison; c'est ce qui correspond à la pars membranacea septi.

Holl (*Wien. med. Jahrb.*, 1882) a appelé l'attention sur les anomalies de trajet du septum aorticum, qui permettraient d'expliquer les transpositions des deux gros troncs artériels s'ouvrant dans le cœur, les artères ne répondant pas au ventricule dans lequel elles s'abouchent normalement.

Développement des valvules auriculo-ventriculaires et des valvules sigmoïdes. — La formation des replis auriculo-ventriculaires est liée à celle d'un bourrelet endocardique qui apparaît au niveau du canal auriculaire et à celle des bour-

geons endocardiques qui divisent, comme nous l'avons vu, en deux parties, une droite et une gauche, l'orifice auriculo-ventriculaire primitif et commun.

Les valvules externes et internes de ces orifices se développent d'une façon quelque peu différente.

Voyons d'abord les valvules internes. Le septum intermedium est beaucoup plus large que le bord supérieur du septum inferius avec lequel il s'unit, aussi les bords de ce septum intermedium descendent-ils de chaque côté du septum inferius dans l'intérieur du ventricule.

His a assez heureusement comparé cette disposition à celle d'un cavalier, les deux jambes pendantes de chaque côté de son cheval; il fait de plus remarquer que la jambe droite est toujours plus courte que la gauche. Ce sont ces

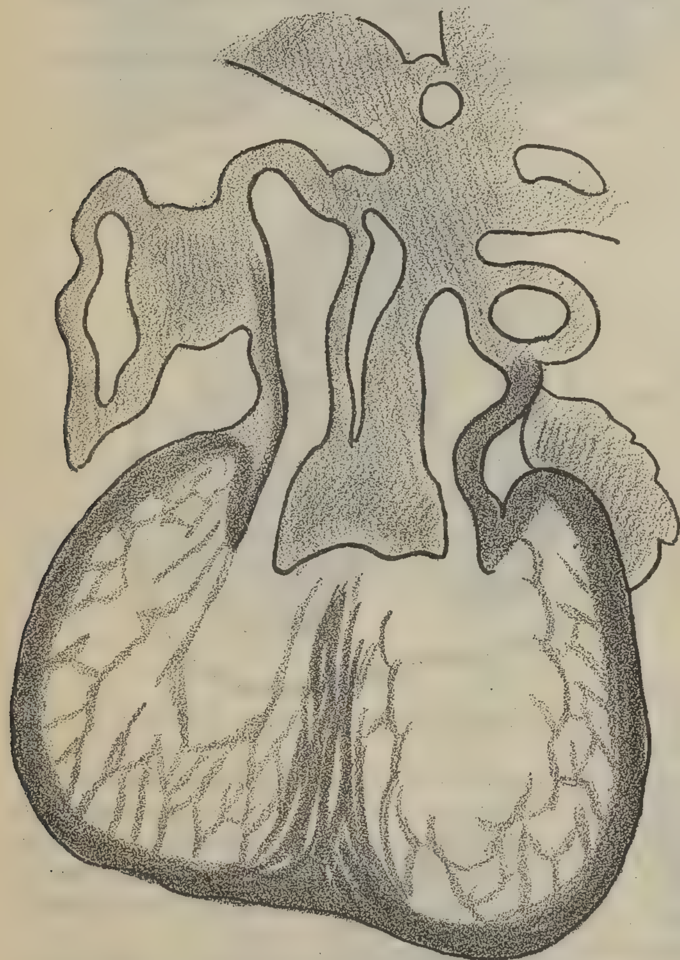


Fig. 21. — *Formation des valvules externes par invagination de la paroi cardiaque.*

parties descendantes du septum intermedium qui vont former les valvules septales, c'est-à-dire celles qui sont en rapport avec la cloison : les valvules internes; elles ne contiennent point de fibres musculaires.

Quant aux valvules externes, c'est-à-dire celles qui correspondent aux bords du cœur, elles vont se constituer par un processus quelque peu dissemblable, aussi leur constitution sera-t-elle différente; les bourgeons endocardiques y prennent bien part, mais seulement comme adjuvant de la paroi cardiaque.

Il s'opère en effet une sorte de tassement du tube cardiaque, de telle sorte que la paroi de l'oreillette descend en s'invaginant dans le canal auriculaire et vient se mettre en contact avec la partie supérieure des ventricules. De cette invagination résulte que les valves externes formées par la soudure des parois auriculaires et ventriculaires comprennent cinq couches : l'endocarde du canal auriculaire, la paroi musculaire de ce canal, l'épicarde, la musculature du ventricule, l'endocarde ventriculaire (fig. 21). Par la suite, les couches musculaires s'atrophient, et il ne reste que les couches endocardiques séparées par la couche épicardique. Gussenbauer a signalé la persistance de quelques vestiges de ces couches musculaires dans les valves externes de la tricuspide et de la mitrale. L'endocarde qui revêt la face axiale des valvules est comme celui des oreillettes dont il n'est que la continuation, plus épais que celui de la face inférieure ou pariétale des valvules qui n'est autre chose que l'endocarde ventriculaire.

Il nous faut enfin faire remarquer que cette invagination de l'oreillette dans le ventricule va encore favoriser, au niveau de la cloison, le chevauchement du septum intermedium sur le septum inferius.

Pour terminer la formation des valvules, nous devons envisager enfin les cordages tendineux qui les soutiennent. La paroi du ventricule au premier mois est formée d'un réseau spongieux de travées musculaires tapissées par l'endocarde et séparées par des fentes en communication avec la cavité du ventricule. Des modifications vont se produire; tandis qu'à l'extérieur la couche musculaire s'épaissit, les fentes se comblant, vers la cavité ventriculaire au contraire, le processus inverse se produit, les fibres musculaires s'atrophient plus ou moins et se transforment en partie en lames tendineuses, et ainsi sont constitués les muscles papillaires et les cordes tendineuses qui tendent la valvule.

Quant aux valvules sigmoïdes, elles apparaissent avant la subdivision du bulbe artériel; elles forment quatre saillies au niveau du détroit de Haller, puis les deux saillies latérales se subdivisent par moitié, ainsi que l'a montré Gegenbauer, au moment de la division du bulbe en aorte et en artère pulmonaire. Il en résulte que chaque vaisseau possède une valve entière et deux demi-valves; pour l'artère pulmonaire qui est la plus antérieure, c'est la valve antérieure qui est entière; pour l'aorte, c'est la valve postérieure.

FORMULAIRE

Dans le rhumatisme musculaire, on obtient d'excellents résultats en pratiquant deux fois par jour des frictions sur les parties atteintes avec le mélange suivant :

Thigénol Roche..........	āā	10 grammes.
Chloroforme.............		
Alcool camphré..............		40 —

Pour frictions.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Cours et travaux pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie de la Faculté de médecine de Paris. — *Cours.* — M. le docteur Castex, chargé de cours, reprendra ses leçons à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), le mardi 3 novembre 1903, à trois heures.

Programme du cours : 1° Mardis, jeudis, samedis, M. Castex, présentation de malades; 2° Lundis, mercredis, vendredis, MM. Collinet, Rabé, Grivot, conférences d'oto-rhino-laryngologie; 3° Le cours se terminera par des leçons de médecine opératoire spéciale, avec exercices par les élèves.

Travaux pratiques. — Les exercices pratiques ont lieu toute l'année sans interruption.

Examen et traitement des malades par les élèves, tous les jours, de trois heures à cinq heures.

Le droit de laboratoire pour chaque série d'un mois d'exercices est de 50 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi, mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Clinique Apostoli-Laquerrière. — MM. les docteurs Laquerrière et Delherm commenceront le lundi 9 novembre une série de douze conférences pratiques d'électrothérapie.

Programme. — I et II. Electrophysique et appareils. — III. Electrophysiologie. — IV et V. Gynécologie. — VI et VII. Tube digestif. — VIII et IX. Maladies nerveuses. — X. Dermatoses. — XI. Ralentissement de la nutrition. — XII. Applications diverses (voies urinaires, affections articulaires, etc.).

Le prix de la série de douze conférences est de 50 francs.

Ces conférences auront lieu à huit heures et demie du soir.

On est prié de s'inscrire d'avance.

S'adresser à la Clinique, 15, rue Montmartre.

Comment on se défend de l'albuminurie, par le docteur E. Monin, médecin spécialiste de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, etc. In-8°. — Prix : 1 fr. — Paris, édition médicale, 29, rue de Seine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LIBRAIRIE VIGOT FRÈRES

23, Place de l'École-de-Médecine, 23.

Des droits de timbre et d'enregistrement en matière de certificats médicaux, par MM. les docteurs Etienne Ginestous, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, lauréat des hôpitaux et de la Faculté, médecin oculiste, et Gaston Ginestous, docteur en droit, receveur de l'enregistrement et des domaines. In-8°. — Prix : 1 fr. 25.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

GASTROTOMIE POUR L'EXTRACTION DE 25 CORPS ÉTRANGERS

DONT 8 CUILLÈRES A CAFÉ ET 1 FOURCHETTE. GUÉRISON

Par le docteur L. Monnier,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph (1).

Le 17 août 1897 nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie une pièce de monnaie extraite de l'œsophage d'un enfant par l'œsophagotomie externe ; aujourd'hui nous nous permettons de retenir un instant son attention sur un nouveau cas de corps étrangers du tube digestif, mais plus bas situés.

Le 19 mai dernier entrait dans le service de médecine de notre collègue de l'hôpital Saint-Joseph, le docteur Leroux, envoyé par le docteur Gossart (de Ribécourt), le nommé Auguste M..., âgé de vingt-deux ans, mais paraissant n'en avoir que quinze ou seize. Cet être déshérité de la nature, d'intelligence très obtuse, a été employé aux travaux des champs et en somme bien portant jusqu'en septembre 1902. A cette époque survinrent des crises nerveuses assez fréquentes, tous les deux jours en moyenne.

Dès son arrivée à l'hôpital notre collègue, témoin d'une de ces crises, porte le diagnostic de pachyméningite avec épilepsie jacksonienne ; en dehors de ces crises le malade, qui reste constamment au lit, tient d'une façon permanente la main à sa bouche qu'il cache avec le drap ; il répond aux questions par monosyllabes et d'un air niais ; il se plaint de céphalée, et le cinquième jour, pour la première fois, du ventre : selles diarrhéiques vert-foncé, puis noires, mais sans vomissements ni troubles digestifs d'aucune sorte ; un seul symptôme assez singulier : le malade ne peut rester assis sur son séant par suite de l'apparition d'une douleur vive dans l'hypocondre gauche et l'ombilic.

Le 8 juin, M. Leroux, palpant l'hypocondre gauche, au point qui correspond à l'angle des côlons transverse et descendant, a la sensation d'un corps allongé en forme de cuillère ; le lendemain *il* y a en plus de la crépitation comme si des cailloux roulaient les uns sur les autres, le tout accompagné d'un gargouillement comparable à celui que produirait de l'eau passant sous pression à travers un orifice étroit. Il y a évidemment un ou des corps étrangers dans l'intestin, car le malade ne présente aucun symptôme gastrique ; les selles noires ont du reste elles-mêmes disparu.

La radioscopie pratiquée par le docteur Lorain, chef de laboratoire, est négative, et cependant une pièce de monnaie appliquée sur la paroi abdominale correspondante et les fausses côtes est nettement visible.

Notre collègue nous prie, sur ces entrefaites, d'examiner ce jeune homme. Nous percevons au même point une crépitation comparable à celle que donneraient des coquilles de noix ou d'œufs. De plus pratiquant le toucher rectal, nous sentons une masse énorme de cyballes d'une dureté pierreuse. Sur notre conseil, de grands lavages intestinaux sont faits et des purgatifs administrés ; pendant deux jours c'est une véritable débâcle de matières dures et noires comme des pruneaux desséchés.

Le 13 juin, M. Durosoy, interne du service (dont les notes nous ont servi pour rédiger cette partie de l'observation), lave largement l'estomac, il en sort à peine quelques mucosités. Il introduit même le panier de Græfe sans obtenir la moindre sensation d'un contact métallique. Entre temps la céphalée et les crises épileptiformes ont disparu grâce au bromure et à des injections quotidiennes de 4 milligrammes de bi-iodure de mercure ; deux signes persistent : la douleur dans l'hypocondre gauche et la sensation de corps étrangers. Aussi décidons-nous l'opération. Elle est pratiquée le 25 juin dans notre service de chirurgie infantile.

Après les précautions antiseptiques habituelles, incision de 8 centimètres sur le bord externe du grand droit, car tout nous fait supposer un corps étranger intestinal ; l'estomac apparaît volumineux, il dépasse en effet de trois bons travers de doigt les fausses côtes, et ses parois sont d'une fermeté anormale ; on sent que la musculature a une puissance particulière. Suivant notre plan, nous allons d'abord à l'angle colique, difficile à trouver, ce gros estomac se laissant récliner avec peine ; nous ne trouvons rien, mais avec le doigt enfoncé sous l'estomac nous avons la perception nette de plusieurs corps durs, allongés, intra-stomacaux.

Immédiatement nous prolongeons par en haut notre première incision suivant la ligne parallèle aux cartilages costaux dans le procédé de taille stomacale L. Labbé, sur une étendue de 7 centimètres. L'estomac suffisamment attiré,

(1) Communication faite à l'Académie de médecine le 15 juillet 1903, et l'objet d'un rapport, par M. Monod, le 27 octobre suivant.

nous protégeons la périphérie de ce dôme avec des compresses antiseptiques, puis à égale distance de la grande et de la petite courbure, là où les vaisseaux sont au minimum, sur la face antérieure, nous traçons une incision parallèle au grand axe de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2 ; immédiatement apparaissent les extrémités buccales de 2 cuillères à café absolument noires : extraction aisée en une seule fois, avec la pince à polype que voici; elles ont 13 et 14 centimètres de long. Le doigt introduit alors dans l'estomac perçoit une énorme masse métallique que nous retirons en écaille de 8 centimètres, très pointue; quelques petits débris de ferraille oxydés.

En tout 25 pièces.

A partir de la sixième pièce nous dûmes faire usage de cette pince longuette de Péan, tant était profonde la grande tubérosité qui détenait ces corps, placés assez uniformément perpendiculaires au grand axe de l'estomac; néanmoins nous dûmes, avec d'infinies précautions, en faire basculer plusieurs pour les amener dans l'axe de l'incision stomacale. Ces corps étrangers, à part deux cuillères en ruolz et 1 épingle en écaille, sont en fer, très oxydés. L'ensemble pèse 230 grammes.

Fig. 1. — *25 corps étrangers enlevés avec succès, par la gastrotomie, le 25 juin 1903, de l'estomac d'un jeune homme.*
(Demi-grandeur nature.)

dans l'ordre suivant : 3 cuillères à café en une seule prise; 3 autres une par une; 3 ont 14 à 15 centimètres, les autres plus petites, rongées par les acides gastriques. Total 8 cuillères que vous pouvez voir sur cette planche. Puis le dos d'une fourchette avec trois doigts; le manche de la même fourchette brisée; un autre manche de fourchette; le quatrième doigt de la fourchette sus-mentionnée; 1 patte-fiche de 12 centimètres; 1 pointe de 14 centimètres sur 5 millimètres, ayant une extrémité très aiguë; 1 autre clou de 7 centimètres; 1 aiguille de 6 centimètres sur 2 millimètres; 1 manche de couteau de 6 centimètres; 1 lame de couteau de même dimension; 1 manche de fourchette; 1 lame de couteau de 5 centimètres; 1 clou de 6 centimètres sur 5 millimètres; 1 clef de 4 centimètres; une 1/2 épingle à cheveux

Au cours de ces manœuvres il y a eu peu d'écoulement de sang; deux vomissements chloroformiques, noirâtres, glaireux, sont venus les interrompre, inondant les compresses et les bords de l'incision cutanée.

Une dernière exploration très attentive avec l'index gauche et, là où il ne peut atteindre, avec la pince, de toute la cavité stomacale, ne nous fait plus rien sentir; de plus sur la large surface parcourue par la pulpe digitale, aucune ulcération n'est perçue. Toilette du dôme stomacal et de son ouverture; fermeture de celle-ci par un triple plan à l'aide de la soie n° 1 : muco-muqueux; séro-musculaire-musculo-séreux; ces deux plans en surjet simple; enfin un surjet

séro-séreux, à la Lembert, dépassant les deux autres de 1 centimètre à chaque extrémité et les enfouissant; l'aspect en est parfait. Les compresses protectrices sont enlevées et l'estomac réduit. Fermeture de la plaie pariétale par trois plans au catgut fort et un plan cutané aux crins de Florence. Pas de drainage. Pansement antiseptique, compressif.

Les suites ont été remarquablement bénignes; température normale, à part trois soirs, où elle n'a atteint du reste que 38°2, ce qu'a expliqué une collection purulente, à la vérité fétide, sous la peau, un drain a été placé à chaque extrémité, ce qui a permis des lavages désinfectants; on a pu supprimer un drain le 4 juillet et l'autre le 6. Pendant tout ce temps aucun symptôme abdominal; ventre plat, indolent. Le 4 juillet ce jeune homme peut s'asseoir sur son lit, chose impossible depuis de longs mois.

Pendant les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération, diète absolue; aucun vomissement à part le rejet de glaires noirâtres à deux reprises au réveil chloroformique; chaque soir, pendant six jours, une piqûre de morphine d'un demi-centigramme; nuits bonnes.

Comme alimentation, le deuxième jour toutes les deux heures, une cuillerée à café d'eau de Vichy; le troisième, trois demi-tasses à café de bouillon glacé, toutes les deux heures une cuillerée à soupe d'eau de Vichy; le quatrième, toutes les deux heures une tasse à café de bouillon glacé que l'on remplace le lendemain par une petite tasse à thé. De plus du troisième au huitième jour, chaque jour un lavement nutritif après évacuation de l'intestin par un lavement glycériné; ce lavement évacuateur continué ensuite ramène jusqu'au 4 juillet des selles noirâtres parfois assez fétides, faites évidemment de sang mal digéré.

Pour compléter l'alimentation disons que le sixième jour le malade alterne le lait et le bouillon; le septième exclusivement du lait; le huitième, un tapioca le matin; le neuvième, un tapioca matin et soir; le dixième, potage au pain; le onzième, potage, œuf coque sans pain, et avec pain les jours suivants. Le quinzième jour il a commencé l'usage de la viande, et aujourd'hui, vingtième jour, il est à ce régime depuis sept jours et va très bien; la guérison peut donc être considérée comme faite.

Messieurs, quand ce jeune homme a été remis de son opération, nous l'avons interrogé sur les motifs qui l'ont poussé à l'ingestion de ces corps étrangers. Ils nous a raconté qu'il y a six mois, maltraité par sa mère, véritable marâtre, en proie à des crises épileptiformes qui l'avaient fait renvoyer de la ferme où il travaillait, il avait avalé une première cuillère pour mettre fin à ses jours, puis toute la série des autres corps étrangers, mais un à un et dans un temps que son absence de mémoire l'empêche de préciser.

Chaque ingestion s'accompagnait de douleurs vives, de vomissements bilieux, quelquefois sanglants; il pouvait cependant travailler une fois la crise passée. Ajoutons qu'il n'aurait jamais rien rendu par les selles.

Tel est le fait que nous avons cru digne d'être présenté à l'Académie. Le nombre des cas de gastrotomies pour corps étrangers de l'estomac est assez considérable : des recherches prolongées nous ont permis d'en réunir 76, soit 77 avec le nôtre : sur ces 77, 14 seulement ont trait à des corps multiples : encore sur ces 14, 7 seulement sont comparables au nôtre, et plus particulièrement 2 : ceux de Halsted, chirurgien de Baltimore, et de Fricker (d'Odessa). Toutefois notre malade soutient avantageusement la comparaison au point de vue de la vulnérabilité des corps ingérés et de la bénignité des troubles qu'ils avaient déterminés.

Il est en effet absolument extraordinaire que l'estomac ait toléré, sans être perforé, ou au moins ulcéré, cette longue pointe de 14 centimètres par exemple, ou cette aiguille de 6 centimètres, ou cette moitié d'épingle à cheveux de 8 centimètres, tous instruments très aigus à une de leurs extrémités, d'autant que, grâce à sa musculeuse hypertrophiée, l'estomac devait s'appuyer avec force sur ces saillies métalliques.

Or, nous l'avons déjà dit, le doigt promené sur la surface de la muqueuse n'a senti aucune ulcération; du reste ces corps n'étaient pas enchatonnés comme la pièce de monnaie présentée ici il y a six ans. Enfin, notre jeune opéré n'a eu aucune crise gastrique depuis l'intervention; sa muqueuse est par conséquent indemne.

C'est donc là un de ces cas heureux contre toute attente, qui dédommage largement le chirurgien de ses peines et de ses fatigues; aussi prend-il toujours un réel plaisir à les publier.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(30 octobre 1903)

A propos du procès-verbal et de la communication récente de MM. Chauffard et Froin, MM. Achard et Grenet rapportent l'observation d'un homme de trente ans présentant des signes bien nets de **méningite** (photophobie, inégalité pupillaire, céphalalgie, raideur de la nuque, signe de Kernig), diagnostic que vint confirmer la ponction lombaire, en montrant dans le liquide des mononucléaires avec quelques polynucléaires. Deux autres ponctions montrèrent seulement quelques lymphocytes, indiquant une atténuation du processus local. La température remonta à 40 degrés et le malade mourut. Le sang ensemencé donna des cultures de méningocoque trois jours avant la mort. A l'autopsie, il n'y avait plus de traces d'exsudats méningés, mais toute l'écorce était congestionnée et il y avait une hémorragie méningée récente sur toute la convexité de l'hémisphère droit. Cette hémorragie avait été méconnue au milieu des phénomènes méningés déjà existants. Or, la ponction lombaire, si elle avait été pratiquée dans les derniers jours, aurait probablement fait reconnaître cette complication.

M. Carnot rapporte deux observations, l'une en collaboration avec M. Lamouroux et qui a trait à un cas de **pseudo-paralysie saturnine d'origine hystérique**, l'autre qui démontre la présence possible de bacilles de Koch encapsulés dans un cas de tuberculose humaine. Dans ce dernier cas M. Carnot a trouvé, à l'autopsie d'un tuberculeux atteint de lésions pulmonaires anciennes et scléreuses, des bacilles de Koch entourés d'une capsule réfringente assez épaisse. Ce fait est intéressant, d'abord parce qu'il est jusqu'à présent unique chez l'homme, ensuite parce qu'il s'agit dans ce cas d'une forme de résistance de la tuberculose. « Il est probable, dit l'auteur, que la signification de cette enveloppe est celle d'une défense du microbe contre les cellules ou les humeurs d'un organisme particulièrement réfractaire. »

MM. Belin et Bauer publient les **résultats de l'autopsie d'un paralytique général à polynucléose céphalo-rachidienne persistante.**

Chez un malade présentant depuis peu de temps les symptômes d'une paralysie générale, une ponction lombaire, la toute première, donne issue à un liquide louche ne contenant guère que des polynucléaires; à chaque ponction ceux-ci sont retrouvés en très grande prédominance sur les lymphocytes. L'affection évolue comme une paralysie générale à marche rapide. Puis le malade gâteux garde le lit, est atteint d'une escare profonde et meurt environ un an après le début apparent de la maladie. A l'examen anatomique, macroscopique et microscopique, on trouve les lésions habituelles de la paralysie générale et de plus une méningite rachidienne suppurée à prédominance lombaire. L'autopsie prouve que le malade était atteint depuis sept mois d'une méningite suppurée dont les caractères anatomiques étaient ceux des méningites aiguës.

En présence de ces faits il y a lieu de se demander si cette suppuration était une simple complication dans le cours d'une paralysie générale ou si elle était la cause d'un syndrome clinique de paralysie générale. Bien que quelques arguments paraissent en faveur de cette deuxième hypothèse (présence continue de polynucléose céphalo-rachidienne dès le premier examen, tandis que la maladie évolue de façon régulière mais rapide; lésions histologiques de la forme inflammatoire de paralysie générale; inefficacité du traitement mercuriel institué dès le début, etc.), l'hypothèse d'une infection secondaire semble plus fondée; elle s'appuie sur les raisons suivantes : moindre résistance du système nerveux de paralysie générale permettant le développement plus facile des inflammations secondaires, fréquence de la latence des suppurations méningées dans la paralysie générale, syphilis probable du malade, et surtout, absence habituelle dans la paralysie générale de polynucléose céphalo-rachidienne persistante et aussi intense que celle qui a été observée dans ce cas.

Le microbe de cette suppuration, agent d'infection secondaire dans le cours de la paralysie générale ou cause possible de paralysie générale, était un diplocoque généralement intracellulaire, souvent lancéolé et rappelant le pneumocoque, mais sans capsule, prenant le gram et inoffensif pour la souris; sa porte d'entrée reste ignorée.

MM. Ménétrier et Aubertin étudient la **stéatose hépatique aiguë dans l'appendicite et l'ictère grave appendiculaire.** Les lésions du foie, dans l'appendicite, revêtent souvent le type de la dégénérescence graisseuse aiguë, parfois aussi intense que les stéatoses hépatiques obtenues par l'intoxication phosphorée.

Ainsi les auteurs ont trouvé, chez une jeune fille de vingt ans, atteinte d'appendicite aiguë et morte rapidement après l'opération, un foie absolument jaune et dégénéré. Au microscope, dégénérescence graisseuse totale et massive sans aucune lésion inflammatoire. Dans ce cas les lésions hépatiques étaient restées cliniquement latentes, mais dans un autre cas il se produit d'abord un léger subictère, puis aussitôt après l'opération un ictère vrai, très foncé, avec troubles nerveux et mort dans le coma deux jours après l'intervention. Même foie gras, mêmes lésions histologiques avec, en plus, des nodules infectieux et des microbes dans les vaisseaux portes et les amas leucocytiques.

Cette stéatose hépatique, qu'elle soit d'origine toxique pure ou toxi-infectieuse, se traduit cliniquement de différentes façons. Elle peut rester absolument latente; elle peut se traduire, comme dans le cas de M. Dieulafoy, par un syndrome d'insuffisance hépatique aiguë avec albuminurie, urobilinurie, hématémèses, hypothermie, mais sans ictère. Elle peut enfin, comme dans notre second cas, offrir au complet la symptomatologie de l'ictère grave.

Ces accidents aigus, bien que survenant peu après l'opération, ne sont pas imputables à celle-ci, mais à la lésion hépatique déjà constituée. Ils sont d'ailleurs parfois difficiles à prévoir, car l'ictère, l'albuminurie et l'urobilinurie peuvent manquer, et d'autant plus que l'état général est parfois relativement bon. Ces cas se voient généralement au cours d'appendicites avec abcès constitué, qu'on laisse refroidir, et bien que peu nombreux par rapport au grand nombre de cas qui évoluent vers le refroidissement sans accident, ils semblent à MM. Ménétrier et Aubertin un argument en faveur de l'opération immédiate.

MM. Josué et Salomon rapportent **deux cas de méningite tuberculeuse de l'adulte.**

Dans un premier cas, pendant la convalescence un pen traînante d'une congestion pulmonaire, se produisit une parésie du bras gauche, accompagnée de fourmillements, qui bientôt gagna la face et le membre inférieur correspondant. A cette parésie vinrent se joindre les symptômes classiques de la méningite tuberculeuse confirmés par l'examen du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose, bacilles de Koch). Le signe de Kernig ne fut pas observé, bien que, à l'autopsie, outre les granulations tuberculeuses portant sur les méninges craniennes au niveau des zones rolandiques, on ait trouvé une méningite spinale très prononcée.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un malade entré à l'hôpital dans le coma avec une hémiplégie à type organique, à l'autopsie duquel on trouve de la méningite tuberculeuse en plaque.

L'examen histologique du cortex au niveau des granulations a montré des lésions intenses des cellules cérébrales (disparition des grains chromatophiles, vacuolisation du protoplasma, déplacement du noyau qui se colore mal, neuronophagie très accusée). Entre les cellules il y a une infiltration interstitielle assez marquée de lymphocytes. Il n'y a pas d'oblitération vasculaire.

Les coupes prélevées sur le cortex à distance de la méningite montrent des altérations cellulaires moins accusées; les vaisseaux sont absolument indemnes.

Ces constatations démontrent, que du moins dans les cas que nous avons observés, les lésions des cellules nerveuses ne sont pas dues à l'ischémie, conséquence de l'oblitération vasculaire. On doit attribuer ces altérations à l'action des poisons diffusibles sécrétés par le bacille de Koch.

MM. Josué et Halbron communiquent les résultats d'un important travail sur les **oscillations leucocytaires chez les tuberculeux.**

D'un jour à l'autre, on peut voir le nombre des leucocytes augmenter du simple au double ou même davantage; ces modifications numériques s'observent aussi bien dans la tuberculose aiguë que dans la phtisie chronique, dans la tuberculose an début que dans celle où il y a des cavernes.

Les auteurs ont pratiqué d'autre part des numérations plusieurs fois par jour (toutes les trois heures) et chez 8 malades (tuberculose aiguë, tuberculose à tous les degrés) sur 10, ont constaté des oscillations considérables : 3 fois l'augmentation porta sur toutes les variétés de globules blancs, 2 fois sur les polynucléaires, 3 fois sur les grands mononucléaires. Ces oscillations n'offrent aucun rapport ni avec la forme, ni

avec l'évolution, ni avec le pronostic de la tuberculose. Elles ne sont nullement parallèles à la courbe de température.

On peut se demander si ces ocillations sont en rapport avec la pénétration des bacilles dans le sang. Expérimentalement, en effet, on voit le nombre des leucocytes baisser, aussitôt après l'inoculation, pour remonter ensuite (Werigo, Lacapère). On trouve, comme dans leurs cas, de nombreux globules en plasmolyse pendant les périodes où les leucocytes sont peu nombreux. Il faut signaler, comme pouvant jouer un rôle, la fragilité des globules blancs chez les tuberculeux, l'action leucolytique des toxines tuberculeuses (Loïvit), enfin la présence possible de substances leucolytiques fabriquées par l'organisme.

MM. Maurice Soupault et R. Broc rapportent l'observation et montrent les pièces anatomiques d'un homme qui succomba à des **troubles disphagiques ayant amené l'inanition**. A l'autopsie, on trouva une anomalie de l'aorte qui passait au-dessus de la bronche droite et croisait en arrière la trachée et l'œsophage, auprès duquel elle allait ensuite se placer en position normale. Il n'y avait pas d'inversion du cœur et des viscères.

Au niveau de son passage sur l'œsophage, l'aorte était le siège d'une dilatation anévrismale, grosse comme une noix, qui comprimait fortement l'œsophage contre la trachée. Il n'y avait pas d'adhérence entre les deux conduits.

A propos de cette observation, les auteurs attirent l'attention de la Société sur trois points. D'abord l'anomalie de l'aorte, dont ils n'ont pas retrouvé d'exemple semblable.

En second lieu, ils signalent la rareté des symptômes dysphagiques dus à la compression de l'œsophage par les anévrismes aortiques.

Les anévrismes volumineux, en rapport intime avec l'œsophage, et même ceux qui s'ouvrent dans ce conduit et déterminent la mort par hématémèse, ne s'accompagnent le plus souvent pas de dysphagie notable. Ils ne la provoquent que dans un cinquième des cas relevés.

Enfin, les auteurs insistent sur la disproportion qui existe chez leur malade entre les troubles fonctionnels qui ont déterminé la mort et les données du cathétérisme explorateur, qui a été pratiqué très facilement avec des olives de toutes dimensions.

L'exploration par la sonde doit, dans des cas semblables, céder le pas à l'examen radioscopique, qui est le procédé de choix pour la détermination des troubles œsophagiens.

M. Jacquet montre des photographies de deux malades, chez lesquels on fit d'abord le diagnostic de prurigo simple aigu et qui avaient la varicelle, d'où le nom de **varicelle prurigoïde** qu'il propose de lui donner.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(28 octobre 1903)

M. Richelot a reproduit devant la Société de chirurgie les arguments qu'il a présentés la veille, à l'Académie, sur les **avantages de l'hystérectomie abdominale totale, sur l'hystérectomie intra-cervicale**. M. Richelot part de ce principe que, tout fibrome pouvant dégénérer en cancer, il est prudent de ne laisser aucune prise à la récidive, c'est-à-dire aucun moignon utérin dans l'abdomen, d'où, suivant lui, l'indication de pratiquer toujours l'hystérectomie totale. A l'appui de cette manière de voir, M. Richelot émet quelques considérations de pathologie générale peut-être discutables.

Très juste, à notre avis, l'observation que lui a faite M. Segond : s'il s'agit, dit-il, d'une question de technique opératoire, que certains chirurgiens préfèrent, de parti pris, l'hystérectomie totale à l'hystérectomie intra-cervicale, rien de mieux. Mais qu'il faille préférer la première à la seconde, comme le veut M. Richelot, sous prétexte que le moignon utérin laissé dans le ventre puisse devenir cancéreux, voilà ce que M. Segond ne saurait admettre et ce ne sera jamais cette raison qui lui fera abandonner l'hystérectomie intra-cervicale que, dans bien des cas, il préfère à la totale.

Les interventions pour des **plaies de la région du cœur** se multiplient et semblent devoir entrer définitivement dans la pratique chirurgicale. M. Tuffier vient de nous en apporter un nouvel exemple. Il s'agissait, d'après les radiographies, d'une balle appliquée près de l'oreillette gauche et suivant très exactement tous les mouvements du cœur. M. Tuffier avait cru pouvoir conclure de ce fait que la balle était bien contre le cœur, c'est-à-dire entre le péricarde et le cœur.

M. Tuffier intervint, trouva la balle fixée au milieu d'adhérences, put cependant l'extraire et le blessé guérit. Cette intéressante observation a été suivie d'une discussion un peu vive à laquelle ont pris part MM. Poirier, Terrier, Bazy. La balle était-elle intra-péricardique ou extra-péricardique? Il paraît que cela est très difficile à savoir et M. Tuffier lui-même, qui a opéré, n'a pu donner à ce sujet une certitude absolue.

M. Poirier insiste sur ce fait que le péricarde est une membrane molle, très flexible, se modelant sur le cœur, en suivant exactement tous les mouvements, si bien que le fait que la balle suivait également tous les mouvements du cœur, n'implique pas pour lui qu'elle dût être pour cela forcément intra-péricardique.

M. Terrier déclare que la radiographie, dans l'espèce, ne peut fournir de renseignements précis.

L'appareil de Contremoulin pourrait seul donner une indication nette sur la vraie situation de la balle. M. Terrier y a eu recours dans un cas de ce genre et s'en est trouvé très satisfait.

Nous arrivons aux présentations :

M. Ricard présente une malade et son coude qu'il a réséqué. Ce coude est en ankylose complète et cette ankylose osseuse absolue était, chez cette malade, le résultat d'une arthrite blennorragique. M. Ricard a pratiqué une résection totale sous-périostée. Il y a plus de quatre mois que cette malade a été opérée et le résultat fonctionnel est satisfaisant. Les mouvements de l'articulation sont parfaits. Il s'agissait d'une **ankylose rectiligne** qui rendait le membre tout à fait impotent. On a fait de la mobilisation précoce, quinze jours après l'opération.

M. Berger a fait également une résection du coude pour une ankylose complète d'origine blennorragique. Mais, contrairement à M. Ricard, il s'est appliqué à ne pas conserver le périoste. M. Lucas-Championnière, à propos du fait de M. Ricard, fait observer que la résection sous-périostée ne donne pas les résultats qu'avait annoncés Ollier. Jamais la conservation du périoste n'a permis la reconstitution osseuse d'une articulation. M. Berger, tout en admettant qu'en effet la conservation du périoste ne donne généralement pas la reproduction complète de l'articulation, se rappelle cependant avoir vu dans le livre d'Ollier une figure où la cavité olécranienne était reproduite. Mais ce qu'il faut craindre

surtout dans ces résections articulaires, c'est la reproduction de l'ankylose et on a plus de chance de l'éviter en faisant la résection non sous-périostée. Il faut faire la résection pure et simple, sans s'occuper du périoste qu'on enlève avec l'os.

M. Nélaton trouve que la malade de M. Ricard a une mobilité considérable de sa jointure. Il sait bien que pour éviter l'ankylose, il faut faire la résection très large et c'est ce qu'a fait M. Ricard. Mais alors on a une articulation trop mobile. C'est pour éviter ces inconvénients que M. Nélaton avait proposé l'interposition musculaire. Il y a eu recours dans un cas, mais il est forcé de reconnaître que le résultat qu'il a obtenu n'est pas beaucoup plus satisfaisant que celui qu'a obtenu M. Ricard chez sa malade.

M. Ricard déclare avoir fait la résection large pour éviter l'ankylose et avoir conservé le périoste pour rendre l'articulation plus solide.

M. Nélaton n'en persiste pas moins à trouver ces résultats insuffisants et il croit qu'il faut arriver à faire mieux.

M. Berger trouve M. Nélaton un peu sévère dans l'espèce. Mieux vaut, en effet, avoir trop de laxité de l'articulation qu'une ankylose itérative.

M. Championnière estime que la question est très difficile à élucider. Il est extrêmement difficile, en effet, de savoir d'avance quelle quantité exacte d'os il faut réséquer. Ainsi il a eu à opérer, chez une même femme, une double ankylose. Ayant fait, d'un côté, une résection très large, il a cru devoir la faire moins large de l'autre côté, et le résultat de la seconde opération a été moins bon que celui de la première. Il est très difficile de poser des règles précises à ce sujet.

M. Nélaton persiste à croire qu'on peut faire mieux et rappelle l'excellent résultat obtenu dans un cas par M. Defontaine.

M. Terrier fait savoir, à ce sujet, que M. Defontaine, dans d'autres cas, n'a pas obtenu les mêmes bons résultats.

Après les malades, les instruments : M. Reverdin présente une nouvelle aiguille de son invention, aiguille surtout destinée à la staphylorraphie.

M. Ricard présente un écarteur abdominal destiné à faciliter certaines hystérectomies abdominales difficiles.

Puis viennent les pièces anatomiques : M. Potherat présente deux fibromes utérins extraits par l'hystérectomie subtotale; dans l'une de ces tumeurs, on trouve la cavité utérine remplie de végétations; dans l'autre tumeur, également un fibrome, on trouve une vaste cavité utérine qui contenait un verre de pus crémeux, épais, dont il fut impossible de trouver l'origine.

M. Tuffier présente plusieurs fibromes extraits par énucléation, l'utérus étant ensuite resté en place.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

A l'hôpital général de Vienne, Swoboda a obtenu d'excellents résultats dans la coqueluche avec l'Aristochine. Pour le dosage on compte trois fois autant de centigrammes que le nourrisson a de mois; chez les enfants plus âgés, on compte 3 décigrammes par année; on ne dépassera pas 0g30 à douze mois et 1g20 à quatre ans. La durée de l'administration est de neuf jours : pendant trois jours on donne la dose entière, et une demi-dose pendant les six jours suivants. La dose quotidienne est divisée en 3 ou 4 prises, qu'on administrera de préférence après un accès, avec du sucre, du chocolat en poudre ou dans de l'eau, la préparation étant insipide. Le médicament a toujours été bien supporté; il exerce une action incontestable dans tous les cas apyrétiques, mais échoue quand il y a de la fièvre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 9 AU 14 NOVEMBRE 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 9 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Lequeu ; — (2e partie, ancien régime) : MM. Hayem, Roger et Besançon; — (nouveau régime) : MM. Brissaud, Teissier et Legry; — M. Broca (André), suppléant.

MARDI 10 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Albarran et Hartmann.

1er (oral) : MM. Poirier, Faure et Launois; — (chirurgien-dentiste) : MM. Cornil, Thiéry et Langlois; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Schwartz et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget; — (2e série) : MM. Chauffard, Thiroloix et Vaquez; — M. Marion, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Guiard, suppléant.

MERCREDI 11 NOVEMBRE, à une heure. — 2e : MM. Gautier, Retterer et Gley.

3e (2e partie, oral, nouveau régime) : MM. Blanchard, Dejerine et Roger.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Ch. Richet, Remy et Sébileau ; — M. Cunéo, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Landouzy, Tessier et Wurtz; — M. Richaud, suppléant.

JEUDI 12 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Troisier et Richaud; — (2e partie, oral, 1re série) : MM. Dieulafoy, G. Ballet et Guiart; — (2e série) : MM. Gilbert, Letulle et Renon.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Poirier, Remy et Langlois; — M. Thoinot, suppléant.

VENDREDI 13 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Walther; — (2e série) : MM. Tuffier, Broca (Aug.) et Mauclaire ; — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 14 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon*, (1re série) : MM. Proust, Achard et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Raymond, Troisier et Widal ; — M. Vaquez, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — *Concours de l'externat.* — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Roubier, Alamartine, Perrin, Sigaux, Dessirier, Laurent, Armand, Nové-Josserand, Massia, Rolland, Gonnet, Charpenay, Bonnet et Cordier (Marcel), Montagard et Vieux-Pernon, Vincent, Bordes, Buy, Bérard, Charra, Worms, Charvet, Bertaux et Curtil, Rajat, Clément, Dubois, Saury et Stéfany, Briffaz, Allibe, Billet, Espenel et Vidonne, Carlot, Cordier (Victor), Batier, Riou, Culty, Lefebure et Ronchet, Bertein, Therre, Arnaud.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cézilly, fondateur du Concours médical.

Maladies des voies urinaires. — M. Lavaux commencera son cours sur les maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), le mardi 10 novembre 1903, à deux heures, et il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 128. — JEUDI 5 NOVEMBRE 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 5 NOVEMBRE 1903. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRO-MÉNINGÉE

Par M. G. FROIN, interne des hôpitaux.

La ponction lombaire, en permettant le diagnostic absolu de l'hémorragie méningée (1) et en montrant la fréquence de leurs formes curables (2), a attiré l'attention des cliniciens sur l'étude du liquide céphalo-rachidien hémorragique. Les différentes teintes de ce liquide ont été étudiées en vue du diagnostic, sous le nom général de chromo-diagnostic, par M. Sicard (3). L'aspect sanguinolent du liquide céphalo-rachidien avait déjà été noté par plusieurs auteurs, mais c'est à M. Bard (4) que revient le mérite d'avoir insisté sur ces changements de coloration. Des caractères importants ont été mis en lumière par MM. Tuffier et Milian (5), Sabrazès et Muratet (6). Signalons aussi les observations de MM. Netter et Clerc (7), Widal et L. Le Sourd (8), Launois et Mauban (9).

Nous avons essayé de compléter cette étude en rapprochant toutes les observations faites, *in vitro*, de la cause des hémorragies, des lésions qu'elles entraînent, ainsi que des réactions morbides locales et générales qu'on observe. L'étude détaillée de tout ce que nous avons constaté fera l'objet d'un prochain travail. En attendant, parmi les vingt-cinq observations d'hémorragie méningée que nous avons observées et ponctionnées nous-même, depuis le 1er janvier 1903 à l'hôpital Cochin, dans les services de nos maîtres MM. Chauffard et Widal, il en est une très importante qui nous a permis de faire un grand nombre de constatations concernant l'hémorragie cérébro-méningée par athérome artériel.

(1) F. WIDAL. *Presse méd.*, 3 juin 1903.
(2) A. CHAUFFARD, G. FROIN et L. BOIDIN. *Presse méd.*, 24 juin 1903.
(3) F. WIDAL et SICARD. *Traité de pathologie générale*, t. VI, 1903; — SICARD. *Bull. Soc. de biol.*, 30 nov. 1901, et *Presse méd.*, 25 janv. 1902.
(4) BARD. Soc. de biol., 6 juillet 1901, et *Semaine méd.*, 14 oct. 1903.
(5) TUFFIER et MILIAN. *Presse méd.*, 5 mars 1902.
(6) SABRAZÈS et MURATET. Soc. linnéenne de Bordeaux, 24 juin 1903, et Soc. de biol., 4 juillet 1903.
(7) NETTER et CLERC. Soc. méd. des hôpit., 1900.
(8) WIDAL et LE SOURD. Soc. méd. des hôpit., 1901.
(9) LAUNOIS et MAUBAN. *Arch. gén. de méd.*, oct. 1903.

Voici cette observation :

C..., soixante-huit ans, terrassier, est transporté le 14 juillet, dans le service de M. Widal, à l'hôpital Cochin, à neuf heures du matin.

Le malade est dans le coma; il est tombé dans la rue, sous le coup d'un ictus brusque, il y a trois heures environ. Il vomit à quatre ou cinq reprises des matières verdâtres, et quand on l'examine, on remarque immédiatement un degré très accentué de contracture; la tête est assez facilement mobilisable, mais la rigidité de la colonne vertébrale est très prononcée, et il est impossible de l'asseoir. Les membres supérieurs sont en demi-flexion et difficiles à mobiliser. La contracture s'atténue à certains moments pour s'exagérer à d'autres; elle est toujours plus accentuée à droite.

Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés, et il existe une légère trépidation épileptoïde. Le signe de Babinski se produit en extension, surtout à gauche.

Le malade agite ses membres quand on pique ses téguments.

L'œil gauche présente du strabisme interne. Il y a un peu de myosis; pas de signe d'Argyll-Robertson.

On ne constate rien au cœur. Il y a quelques râles sous-crépitants dans le poumon gauche. La température $= 38°3$. Le pouls $= 110$. Il y a de l'incontinence d'urine; pas d'albumine, pas de sucre.

Une ponction lombaire donne issue à un liquide céphalo-rachidien hémorragique et atténue les contractures du malade.

Le 15 juillet, le malade ouvre un peu les yeux et balbutie quelques mots quand on le questionne. Dans la journée il est agité et parle continuellement. On trouve la nuque très raide, un léger signe de Kernig, des contractures intermittentes. La température $= 37°3$ le matin et $37°8$ le soir. Le pouls est à 100. L'agitation diminue le lendemain 16 juillet, surtout après avoir pratiqué une ponction lombaire.

Le 18, le malade est inerte, dans une torpeur très accentuée. Il ne dit plus rien, ne demande même plus à boire. On remarque que le malade agite seulement les membres droits, surtout le bras; le côté gauche est complètement immobile, bien que les membres de ce côté ne retombent pas lourdement, comme dans une paralysie flasque.

On ne constate pas de déviation de la face. La température $= 37°3$.

Il y a toujours de l'incontinence d'urine et des matières.

Le 19 juillet, le malade est comme soudé; on le remue tout d'un bloc. La nuque est très raide et le signe de Kernig très accentué.

Les traits du visage sont affaissés du côté gauche.

Le signe de Babinski se produit en extension à droite.

Le strabisme de l'œil gauche a disparu. La température = 37°4 le matin et 38 degrés le soir. Le pouls = 110.

Le 21 juillet, le malade est toujours contracturé, et dans une torpeur cérébrale très marquée. Il cause constamment, et prononce des paroles incohérentes, avec mouvements automatiques et agitation presque continuelle. Les réflexes tendineux sont diminués et la sensibilité très émoussée. Le signe de Babinski existe en extension à droite. La langue est sèche. La température est descendue au-dessous de 37 degrés.

Il y a de l'incontinence de l'urine et des matières fécales.

Le 23 juillet, le malade reste toujours comateux. On a pratiqué le 22 une ponction lombaire et la contracture générale est moins accentuée, mais le signe de Kernig est cependant très prononcé. Le malade peut maintenir les deux membres supérieurs élevés, mais non les deux membres inférieurs qui retombent lentement sur le plan du lit.

Les réflexes tendineux sont abolis. Le signe de Babinski se produit en extension, seulement à droite.

La température = 37 degrés.

Le 24 juillet, à la suite d'une ponction lombaire, le malade semble sortir de sa torpeur, il essaie de causer et comprend certaines questions.

Dans les mouvements, la parésie est moins prononcée à droite qu'à gauche.

La température = 37 degrés le matin et 38 degrés le soir.

Le 25 juillet, le malade est inerte et de nouveau dans une torpeur complète. Il est couvert de sueurs. On trouve, le soir, le pouls à 120 et la température = 38°2.

Le 27 juillet, le malade se réveille. Le pouls = 108. La température = 37°2 le matin et 37°8 le soir. La torpeur cérébrale diminue dans les jours suivants ainsi que la raideur musculaire.

Le 31 juillet, réapparition de l'état subcomateux et de l'agitation avec paroles incohérentes. Dans la suite, ces phénomènes s'accentuent.

Le 4 août l'agitation devient de plus en plus prononcée. La contracture est très accentuée : les membres et le tronc sont rigides. Il n'y a pas d'exagération des réflexes tendineux. Le signe de Babinski se produit en extension du côté droit. On pratique une ponction lombaire le 5 août, alors que le malade était dans une torpeur extrême : le lendemain il est réveillé. Il existe un érythème très prononcé des régions sacrée et fessière qui aboutit rapidement à la formation d'escares. A partir du 6 août, le malade présente des poussées de fièvre, très irrégulières, oscillant entre 37°5 et 39°5, et le coma s'accentue.

Il maigrit beaucoup, ne s'alimente plus et devient de plus en plus somnolent.

Le 12 août, le malade entre dans le coma complet : il devient insensible et est toujours couvert de sueurs.

Le pouls = 132, régulier mais faible. La respiration est superficielle et égale 28. La température = 38°4 le matin et 39°4 le soir.

En outre des escares sacrées et fessières, on voit des phlycténes noirâtres au niveau des deux talons.

La bouche est constamment ouverte, la muqueuse linguale desséchée, la raie vaso-motrice prononcée et persistante, il y a persistance également du pli cutané.

Le malade meurt le 14 août avec une température de 42°8. Les températures prises après la mort ont donné : 41°8 deux heures après ; 40°4, cinq heures et demie après ; 39 degrés, six heures et demie après.

Ponctions lombaires. — On a pratiqué, chez ce malade, neuf ponctions lombaires : le 14 juillet au premier jour, le 16 juillet au troisième jour, le 19 juillet au sixième jour, le 22 juillet au neuvième jour, le 24 juillet au onzième jour, le 27 juillet au quatorzième jour, le 30 juillet au dix-septième jour, le 5 août au vingt-troisième jour et le 13 août au trente et unième jour de la maladie.

Le premier jour, ponction dans le cinquième espace.
Position assise.
Quantité : 20 centimètres cubes dans quatre tubes.
Ecoulement en jet, puis en gouttes rapides.
Coloration rouge cerise, uniforme dans les quatre tubes.
Centrifugation : Culot hématique assez volumineux, et au-dessus liquide très légèrement jaune. Pas de coagulum fibrineux.
Numération : Globules rouges = 154000 par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien, dont 2000 sphériques et opaques. Globules blancs = 200.
Cytologie : Globules rouges bien colorés. Les éléments blancs sont en moindre proportion, par rapport aux globules rouges, que dans le sang normal.
Albumines : Globuline et sérine en quantité assez abondante.
Sucre : La liqueur de Fehling ne donne aucune réduction.
Cryoscopie : $\Delta = -0,58$.
Spectroscopie : Les raies de l'oxyhémoglobine sont absentes.
Pigments biliaires : La réaction de Gmelin est négative dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum sanguin.
Urobiline : Il n'existe pas de fluorescence par le chlorure de zinc ammoniacal ni dans le liquide céphalo-rachidien, ni dans les urines.

Le troisième jour, ponction dans le cinquième espace.
Position assise.
Quantité : 15 centimètres cubes dans trois tubes.
Ecoulement en jet, puis en gouttes rapides.
Coloration rouge cerise, uniforme dans les trois tubes.
Centrifugation : Le culot hématique est moins volumineux qu'à la ponction précédente, et le liquide est très jaune. Pas de coagulum fibrineux.
Numération : Globules rouges = 130000 dont 18000 sphériques et opaques. Globules blancs = 700.
Cytologie : Les globules rouges se colorent bien. Les éléments blancs sont toujours en proportion minime par rapport aux globules rouges. Le pourcentage donne :

Polynucléaires..................	9,09
Lymphocytes..................	39,39
Grands éléments uninucléés.....	51,51

Albumines : La globuline et la sérine sont en quantité abondante.
Sucre : La liqueur de Fehling donne une forte réduction.
Cryoscopie ; $\Delta = -0,62$.
Perméabilité : Le KI, ingéré depuis vingt-quatre heures à la dose de 2 grammes, n'est pas décelé dans le liquide céphalo-rachidien.
Spectroscopie : Absence du spectre de l'oxyhémoglobine.
Pigments biliaires : La réaction de Gmelin est négative.
Urobiline : Absence du spectre et de la fluorescence par le chlorure de zinc ammoniacal.

Le sixième jour, ponction dans le cinquième espace.
Position couchée.
Quantité : 20 centimètres cubes dans quatre tubes.
Ecoulement en jet continu extrêmement rapide.
Coloration rouge jaunâtre (lavure de chair) dans les deux

premiers tubes et rouge cerise dans les deux derniers. Cette inégalité de teinte due à l'augmentation de la quantité de sang du premier tube jusqu'au quatrième est survenue sans mouvements du malade.

Centrifugation : Le culot hématique a considérablement diminué, et le liquide est rosé. Pas de coagulum fibrineux.

Numération : Globules reuges = 24562, dont 6600 sphériques et foncés. Globules blancs = 46. De nombreux globules rouges sont pâles et décolorés. On voit un hémato-macrophage bourré de globules rouges.

Cytologie : Les polynucléaires et les grands mononucléaires sont en proportion beaucoup plus forte par rapport aux globules rouges, que dans le sang normal. Le pourcentage est le suivant :

Polynucléaires	41,45
Lymphocytes	2,18
Grands éléments uninucléés	54,45
Eosinophiles	1,09
Hémato-macrophages	0,72

Les polynucléaires présentent presque tous le phénomène de la karyolyse. La plupart ont, ainsi que presque tous les éléments uninucléés, un protoplasma vacuolaire.

Albumines : La globuline est très abondante; la sérine semble diminuer.

Sucre : La liqueur de Fehling ne donne aucune réduction.

Cryoscopie : Δ = —0,59.

Perméabilité : Le KI, ingéré à la dose de 4 grammes par vingt-quatre heures depuis quatre jours, n'est pas décelé dans le liquide céphalo-rachidien.

Spectroscopie : Les raies de l'oxyhémoglobine existent mais sont à peine visibles.

Pigments biliaires : La réaction de Gmelin est négative.

Urobiline : Elle n'est pas décelée par le chlorure de zinc ammoniacal dans le liquide céphalo-rachidien, mais il y a une fluorescence très nette dans l'urine.

Le neuvième jour, ponction dans le quatrième espace.

Position assise.

Quantité : 15 centimètres cubes dans trois tubes.

Écoulement en gouttes rapides.

Coloration rouge jaunâtre (lavure de chair) uniforme dans les trois tubes.

Centrifugation : Culot hématique, toujours en diminution. Le liquide est rosé. Il n'y a pas de filaments fibrineux.

Numération : Globules rouges = 5280 ; ils sont presque tous crénelés ou sphériques et opaques. Dans la numération, on ne tient pas compte de nombreux globules décolorés pâles, dont les contours sont à peine visibles et dont certains présentent un aspect granuleux. Globules blancs = 9.

Cytologie : Les éléments blancs sont en augmentation par rapport aux globules rouges.

Polynucléaires	60,08
Lymphocytes	5,15
Grands éléments uninucléées	30,04
Macrophages	4,71

Les polynucléaires présentent de la baryolyse, sont remplis de vacuoles et contiennent des fragments protoplasmiques, colorés par l'éosine.

Albumines : La globuline et la sérine sont en même proportion qu'à la ponction précédente.

Sucre : Il n'y a aucune réduction par la liqueur de Fehling.

Cryoscopie : Δ = — 0,59.

Perméabilité : Le KI, ingéré à la dose de 4 grammes depuis sept jours, n'est pas décelé dans le liquide céphalo-rachidien.

Spectroscopie : Les raies de l'oxyhémoglobine sont plus nettes qu'à la dernière ponction.

Pigments biliaires : La réaction de Gmelin est négative.

Le onzième jour, ponction dans le cinquième espace.

Position couchée.

Quantité : 15 centimètres cubes, dans trois tubes.

Écoulement en gouttes rapides.

Coloration rouge jaunâtre (lavure de chair) identique dans les trois tubes.

Centrifugation : Petit culot hématique et liquide rosé. Absence de filaments fibrineux.

Numération : Globules rouges = 8120; il y en a peu de sphériques et opaques, mais beaucoup sont pâles et décolorés. Si l'on dilue le liquide hémorragique à 1/100, avec du liquide de Marcano, les globules pâles disparaissent et de nombreux débris protoplasmiques se voient sur la lame, en même temps que le nombre des globules rouges diminue. Aussi, après une solution à 1/100, on ne compte plus que 6000 globules rouges; après une dilution à 1/200, le chiffre des globules rouges est de 2400. Globules blancs = 20.

Cytologie : La proportion des éléments blancs a augmenté d'une façon considérable par rapport aux globules rouges.

Polynucléaires	77,16
Lymphocytes	11,56
Grands éléments uninucléés	10,69
Macrophages	0,57

De nombreux polynucléaires ne présentent pas le phénomène de la karyolyse.

Albumines : La globuline et la sérine restent toujours dans la même proportion que précédemment.

Sucre : Il y a une forte réduction par la liqueur de Fehling.

Cryoscopie : Δ = — 0,58.

Perméabilité : Le KI, ingéré depuis dix jours, n'est pas décelé dans le liquide céphalo-rachidien.

Spectroscopie : Les raies de l'oxyhémoglobine sont très nettes.

Pigments biliaires : La réaction de Gmelin est négative.

Urobiline : Elle ne peut être décelée par le chlorure de zinc ammoniacal. Mais il y a une fluorescence marquée dans les urines.

Le quatorzième jour, ponctions successives dans deux espaces, le cinquième et le troisième.

Position assise.

Quantité : 20 centimètres cubes dans quatre tubes.

Au niveau du cinquième espace :

Écoulement en gouttes rapides.

Coloration rougeâtre uniforme dans deux tubes.

Centrifugation : Culot hématique de petit volume. La teinte rosée du liquide s'efface : il commence à prendre une coloration jaunâtre.

Numération : Globules rouges = 6840 ; presque tous sphériques et opaques. Le nombre des globules pâles a beaucoup diminué. Globules blancs = 48.

Au niveau du troisième espace :

Écoulement en gouttes rapides.

Coloration moins rougeâtre que dans le cinquième espace, uniforme dans deux tubes.

Centrifugation : Culot hématique plus petit que dans les tubes du cinquième espace. La teinte du liquide est identique.

Numération : Globules rouges = 2180 ; presque tous sphériques et opaques. Globules blancs = 16.

Cytologie : Les éléments blancs sont en très grande diminution par rapport aux globules rouges, comparativement avec la dernière ponction. A la périphérie des préparations, très nombreux éléments à gros noyau et à protoplasma énorme, déchiquetés, très mal colorés ; beaucoup contiennent des corpuscules jaunes. Les polynucléaires prennent mal les colorants et présentent le phénomène de la karyolyse. On voit aussi des globules rouges géants moins colorés par l'éosine que les globules de dimension normale.

Polynucléaires..................	10,52
Lymphocytes....................	19,13
Grands éléments uninucléés......	62,20
Macrophages....................	8,13

Albumines : La globuline et la sérine sont en proportion plus grande qu'aux ponctions précédentes.

Sucre : Il n'y a aucune réduction par la liqueur de Fehling.

Cryoscopie : $\Delta = -0{,}62$.

Perméabilité : Le KI, ingéré à la dose de 4 grammes depuis douze jours, n'est pas décelé dans le liquide céphalo-rachidien.

Spectroscopie : Les raies de l'oxyhémoglobine diminuent d'intensité.

Pigments biliaires : La réaction de Gmelin est négative.

Urobiline : Elle n'est pas décelée dans le liquide céphalo-rachidien, mais donne une fluorescence très nette dans l'urine.

Réaction : Elle est nettement alcaline.

Le dix-septième jour, ponction dans le cinquième espace.

Position couchée.

Quantité : 12 centimètres cubes dans trois tubes.

Au niveau du cinquième espace :

Écoulement en gouttes lentes.

Coloration jaune rosâtre uniforme dans deux tubes.

Centrifugation : Culot hématique minime et liquide jaune foncé.

Numération : Globules rouges = 372 et globules blancs = 19.

Il y a de nombreux globules rouges décolorés et les globules numérés sont presque tous sphériques et opaques.

Au niveau du troisième espace :

Écoulement en gouttes très lentes de 3 centimètres cubes de liquide.

Coloration plus rosée que dans le cinquième espace.

Centrifugation : Liquide plus rosé.

Cytologie : La lymphocytose est abondante. Il y a aussi un grand nombre d'éléments uninucléés, très altérés, dont on ne voit que le noyau avec ses seuls filaments de nucléine.

Les globules rouges présentent presque tous le phénomène de la globulolysé. Les préparations sont ponctuées de granulations rougeâtres et certains globules présentent des sphères de dimensions variables prenant intensément l'éosine.

Albumines : La globuline et la sérine sont toujours en quantité abondante, surtout la globuline.

Sucre : La liqueur de Fehling donne une très légère réduction.

Cryoscopie : $\Delta = -0{,}63$.

Perméabilité : Le KI, ingéré depuis quinze jours, n'est pas trouvé dans le liquide céphalo-rachidien.

Spectroscopie : Les raies de l'oxyhémoglobine sont très peu marquées.

Urobiline : Elle n'existe pas dans le liquide céphalo-rachidien mais donne une fluorescence légère dans l'urine.

Le vingt-troirième jour, ponction dans le cinquième espace.

Position assise.

Quantité : 12 centimètres cubes dans trois tubes.

Ecoulement en gouttes lentes.

Coloration légèrement jaunâtre dans les trois tubes.

Centrifugation : Culot hématique punctiforme.

Cytologie : On constate encore le phénomène de la globulolyse. La lymphocytose est abondante. Les macrophages sont rares.

Albumines : La globuline et la serine ont diminué beaucoup de quantité.

Sucre : La réduction par la liqueur de Fehling est légère.

Cryocopie : $\Delta = -0{,}58$.

Spectroscopie : Les raies de l'oxyhémoglobine ont disparu.

Urobiline : La réaction est toujours négative dans le liquide céphalo-rachidien et la fluorescence légère dans les urines.

Le trente et unième jour, ponction dans le cinquième espace.

Position couchée.

Quantité : 4 centimètres cubes.

Ecoulement en gouttes très lentes.

Coloration nulle, limpidité parfaite.

Cytologie : Les globules rouges sont très peu nombreux, la plupart en globulolyse. On voit quelques gros noyaux peu colorés et quelques lymphocytes.

Sucre : Il y a une légère réduction par la liqueur de Fehling.

Urobiline : Elle ne peut être décelée dans les urines.

Autopsie. — Le malade ne présente rien de particulier à signaler au niveau des organes thoraciques et abdominaux, sauf une aorte athéromateuse avec plaques jaunâtres et plaques calcaires, surtout confluentes au niveau de la convexité de la crosse et de l'origine des gros troncs artériels.

La surface externe des hémisphères cérébraux a un aspect normal. On constate des traînées d'athérome le long des grosses artères de ces hémisphères. Les coupes de l'hémisphère gauche ne présentent rien de particulier. L'hémisphère droit montre au centre de le face interne de la couche optique, une sorte de bourbillon jaune verdâtre situé au-dessous de l'habenula et représentant un foyer de destruction de la substance cérébrale, gros comme un haricot ayant quelques millimètres de hauteur et s'enfonçant à un centimètre et demi dans la profondeur, vers la capsule interne qu'il n'atteint pas.

Nous n'insisterons pas sur le côté clinique, que nous devons traiter complètement plus tard. Nous aborderons à ce

moment-là l'étude des grands phénomènes de l'irritation méningée, ses contractures et son signe de Kernig, sur lesquels ont insisté déjà M. Widal (1), M. Chauffard et nous-même (2).

Nous voulons attirer l'attention aujourd'hui sur les constatations que nous ont permises les examens répétés du liquide céphalo-rachidien, faits à neuf reprises successives, grâce aux ponctions lombaires, pratiquées dans le but de diminuer l'hypertonie musculaire.

Etude de la pression du liquide. — Quand le liquide céphalo-rachidien s'écoule en jet, on peut affirmer qu'il y a hypertension de ce liquide car, à l'état normal, il ne sort jamais en giclant. Mais l'écoulement en gouttes rapides, lentes et surtout très lentes, n'a pas de signification indiscutable, parce que souvent, l'écoulement lent est dû à une oblitération partielle du biseau ou de la lumière de l'aiguille, et au cours d'une même ponction on voit parfois l'écoulement en gouttes lentes se transformer en un écoulement en gouttes rapides, sous l'influence d'un mouvement du malade ou d'un déplacement de l'aiguille. Ces restrictions faites, on peut tenir compte, dans des cas comme celui de notre observation, de la manière dont s'écoulait le liquide, puisque les ponctions successives montrent, quelques jours après l'ictus, une diminution graduelle et régulière dans la rapidité de l'écoulement. Nous pouvons donc affirmer que l'hémorragie avait entraîné chez ce malade une hypertension considérable, qui a disparu au fur et à mesure de la résorption sanguine. D'autres cas que nous avons observés semblent nous indiquer qu'il y a concordance entre les phénomènes d'hypertonie musculaire et l'hypertension du liquide.

Ce ne sont pas les hémorragies énormes qui nous ont donné plus particulièrement l'écoulement en jet, mais plutôt les hémorragies douloureuses avec grande exagération du tonus.

Abondance de l'hémorragie. — La numération des hématies proposée par M. Milian (3), ou l'appréciation du volume du culot hématique après centrifugation, permettent de juger de l'abondance de l'hémorragie. On peut voir des hémorragies très considérables, surtout dans les fractures du crâne (3 380 000 globules rouges, dans un de nos cas) qui feraient croire à la ponction d'un vaisseau, si les caractères si nets du liquide céphalo-rachidien hémorragique ne permettaient d'affirmer l'origine sous-arachnoïdienne du sang. L'hémorragie est-elle minime, au contraire, on ne pourra souvent l'affirmer qu'après centrifugation.

Le cas que nous rapportons rentre dans le cadre des grandes hémorragies : 154 000 globules rouges par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien. Les numérations successives nous ont montré une décroissance régulière dans le nombre des hématies, mais la résorption s'est caractérisée par une diminution très brusque entre le troisième et le sixième jour, puisque de 130 000 globules rouges nous sommes tombés à 24 562. Nous avions déjà noté ce fait (4) et nous verrons bientôt qu'il correspond au maximum d'intensité des processus hémolytiques.

Quand nous avons constaté, à la troisième ponction, une inégalité de teinte par l'épreuve des trois tubes, nous avons voulu nous rendre compte de la valeur de la numération globulaire pour apprécier l'importance de l'hémorragie. Cette numération a une valeur très relative, surtout que le nombre des globules rouges peut non seulement faire irruption en quantité variable au cours d'une même ponction mais être encore influencé par l'espace dans lequel on pratique la ponction.

Ainsi, l'exploration simultanée de deux étages sous-arachinoïdiens nous a montré des différences dans la numération globulaire. Le quatorzième jour on trouve 6840 globules dans le cinquième espace et 2180 dans le troisième. Le dix-septième jour, au contraire, la proportion des globules rouges est plus forte dans le liquide retiré du troisième espace.

Il est probable que la variation des teintes au cours d'une même ponction résulte de deux ordres de phénomènes : soit que la pointe de l'aiguille vienne s'arrêter dans une zone de sédimentation des hématies, soit qu'il se produise au cours de la ponction de véritables « remous », entraînant des variations considérables dans le débit globulaire.

Absence de coagulum fibrineux. — Le liquide retiré chez notre malade n'a jamais présenté ni coagulum, ni filaments de fibrine. Ce fait, sur lequel ont insisté MM. Tuffier et Milian, est le plus constant de tous ceux que l'on peut noter dans l'étude des hémorragies méningées, non accompagnées d'inflammation. Nous l'avons constaté dans nos vingt-cinq observations, même dans celle qui montrait 3 380 000 globules rouges par millimètre cube.

En réalité, il y a édification de fibrine dans la séreuse : il se forme des plaques fibrineuses plus ou moins étendues, figées sur le névraxe ou coagulées dans le cône dural qui peuvent entraîner les phénomènes de compression les plus caractérisés. Chez nos malades qui sont morts peu de temps après l'ictus, on a constaté ces coagulations fibrineuses à l'autopsie.

Dans les cas semblables à celui de l'observation rapportée, où la vie s'est longtemps prolongée, il est probable que les phénomènes de contracture persistante tiennent à la présence de ces masses fibrineuses dans les ventricules ou les espaces sous-arachnoïdiens, et au travail organique intense qui doit amener leur désintégration. Cependant on ne voit jamais apparaître de filaments fibrineux dans le liquide retiré par ponction ; la réaction anatomique reste constamment cytologique et ne provoque jamais un appel de fibrine.

Nous signalons également que ces caillots, en englobant plus ou moins d'hématies rendent plus délicate encore l'appréciation rigoureuse du taux de l'hémorragie par la ponction. Si le foyer cérébral est étendu et l'issue méningée étroite, peu de globules rouges inondent la cavité sous-arachnoïdienne. Si le foyer cérébral au contraire est superficiel et la déchirure large, la dissémination des hématies est plus facile et la ponction lombaire permet de mieux apprécier l'abondance de l'hémorragie méningée. Ainsi tout en ne lui attribuant que la valeur d'une loi biologique, on peut émettre la formule suivante : L'hémorragie cérébrale à gros foyer s'accompagne d'une légère hémorragie méningée ; l'hémorragie méningée très abondante correspond à une destruction cérébrale peu étendue. Notre cas rentre dans ce dernier groupe.

Coloration du liquide. — La centrifugation montre la cou-

(1) F. Widal. Loc. cit.
(2) A. Chauffard et G. Froin. Soc. méd. des hôpitaux, 23 oct. 1903.
(3) Milian. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 7 août 1902.
(4) Chauffard, Froin et Boidin. Loc. cit.

leur réelle du liquide céphalo-rachidien. Nous avons vu que M. Bard (1) et M. Sicard (2) ont surtout insisté sur ce point.

Le liquide de notre malade a été remarquablement instructif au point de vue des modifications chromatiques. La xanthochromie initiale très légère a fait place le troisième jour à une coloration très jaune; entre le sixième et le quatorzième jour, le liquide est rosé. Le dix-septième jour il est redevenu jaune; le vingt-troisième jour il est légèrement jaunâtre, et le trente-troisième jour il est limpide. Nous avons abouti à la teinte rosée, en passant par la xanthochromie, et nous sommes revenus à la limpidité normale en retrouvant encore dans la série une coloration jaune. Or nous verrons plus loin que la teinte rosée répond à une intensité particulière de l'hémolyse, tandis que la xanthochromie concorde avec l'origine et avec le déclin de cette hémolyse. On peut donc prétendre avec juste raison, que la coloration jaune résulte d'une marche parallèle du processus hémolytique et des modifications pigmentaires, et la teinte rosée à une avance marquée de l'hémolyse sur ces réactions pigmentaires. Aussi dès qu'à la couleur jaune s'est ajouté un reflet rosâtre, nous avons vu le spectre de l'oxyhémoglobine avec ses deux bandes caractéristiques.

La réaction de Gmelin s'est toujours montrée négative, et ne nous a pas permis de faire rentrer les pigments constatés dans le groupe des pigments biliaires. Si l'on veut identifier le pigment jaune, avec le sérochrome de MM. Gilbert et Herscher (3), on peut dire que l'hémolyse dans le liquide céphalo-rachidien est soumise aux mêmes lois que dans le système circulatoire. Là aussi, la destruction globulaire physiologique entraîne la pigmentation jaune normale du sérum, tandis que l'hémolyse pathologique et intense provoque une coloration rosée qui constitue l'hémoglobinhémie. Ce rapprochement que nous faisons, au sujet des pigmentations anormales du liquide céphalo-rachidien, va devenir plus saisissant encore, maintenant que nous allons aborder les phénomènes de la destruction globulaire.

Processus hémolytiques. — L'examen à l'état frais des globules qui nageaient dans le liquide nous a montré des altérations des hématies extrêmement prononcées. Leur forme se modifie d'abord, et dès que l'hémorragie se produit on voit un certain nombre de globules rouges qui deviennent crénelés, sphériques et opaques. Le nombre de ces globules déformés va en augmentant, dans les jours qui suivent, à mesure que l'hémolyse s'accomplit, et c'est lorsque l'activité hémolytique se développe à son maximum, qu'on en voit le plus grand nombre.

Beaucoup d'hématies se décolorent dans toutes les hémorragies abondantes, comme celle que nous détaillons en ce moment. On voit des globules rouges pâles, achromatocytes de M. Hayem. Il suffit souvent de diluer le liquide céphalo-rachidien avec les liquides conservateurs, usuellement adoptés, pour les faire disparaître.

Enfin, après quelques jours, on voit des débris protoplasmiques incolores qui représentent certainement le résidu de la dissociation des globules ou phénomène de la globulolyse.

On constate en outre des réactions cellulaires parallèles qui vont jouer un rôle des plus importants dans le processus de la destruction globulaire. Depuis que MM. Sabrazès et Muratet (1) ont signalé la présence d'hémato-macrophages dans les hémorragies sous-arachnoïdiennes, nous avons recherché ces éléments dans tous nos cas d'hémorragie méningée. Ils y sont très fréquents. Si beaucoup de grands éléments uninucléés, déchiquetés ou vacuolaires, peuvent sans nul doute être rangés parmi eux, nous ne notons cependant dans nos équilibres leucocytaires que les hémato-macrophages nets, c'est-à-dire ceux qui contiennent des sphères jaunâtres ou verdâtres, représentant certainement des globules rouges phagocytes. Nous pensons en outre qu'il n'y a pas seulement macrophagie, mais encore microphagie, selon l'expression de M. Metchnikoff. Les polynucléaires que nous signalons dans nos différentes ponctions, ont dû jouer très probablement un rôle de destruction globulaire.

D'ailleurs nous avons vu des débris protoplasmiques éosinophiles, englobés dans certains polynucléaires, au neuvième jour, moment où le processus de la destruction globulaire était dans son activité maxima. En somme, l'hématophagie, selon l'expression de M. Chauffard, serait réalisée par des microphages et des macrophages.

Chez notre malade, les globules blancs sont d'abord en proportion minime par rapport aux globules rouges : ils sont restés sans doute dans la séreuse, enfermés dans le caillot ou arrêtés, grâce à leur pouvoir amiboïde, par les aspérités de la cavité arachnoïdo-pie-mérienne. Dès le troisième jour, les grands éléments uninucléés commencent à envahir la séreuse, et au sixième jour on constate qu'une quantité énorme des globules rouges a été détruite. En trois jours, le chiffre des globules rouges tombe de 130 000 à 24562, et à ce moment nous constatons les phénomènes de l'hémolyse dans toute leur intensité : le liquide qui était jaune est devenu rosé, il y a de nombreux achromatocytes, beaucoup de macrophages et de microphages. L'activité de l'hémolyse se poursuit dans les jours suivants et, au neuvième jour, il survient une poussée de polynucléaires qui atteint son acmé au onzième jour. Beaucoup de ces polynucléaires sont bien colorés, ont un noyau intact et marquent sans doute l'intensité maxima du processus irritatif, engendré par toutes les réactions méningées, suscitées par l'hémorragie. Avec l'atténuation des phénomènes destructifs qui se prolongent, surtout sous forme de globulolyse, nous avons assisté à la poussée lymphocytaire qui a débuté au quatorzième jour et qui était très prononcée au dix-septième jour.

Au vingt-troisième jour, la coloration rose du liquide est jaunâtre avec globulolyse très marquée et la lymphocytose est très abondante; au trente-et-unième jour, avec le liquide limpide, la lymphocytose est très légère.

En résumé, hémoglobinolyse, hématophagie, globulolyse, tels sont les phénomènes qui s'unissent, s'entr'aident et représentent le triple effort de la méninge pour se débarrasser des hématies. Mais souvent les phénomènes sont dissociés, ou bien l'impossibilité de pratiquer une série d'explorations méningées empêche de voir toute la chaîne des réactions destructives et irritatives.

Notre observation est un des rares cas où nous ayons pu saisir d'une façon aussi évidente tous les phénomènes de l'histolyse, étalés sur la grande surface de la membrane arachnoïdo-pie-mérienne.

(1) Bard. Loc. cit.
(2) Sicard. Loc. cit.
(3) Gilbert et Herscher. Soc. de biol., 29 nov. 1901.

(1) Sabrazès et Muratet. Loc. cit.

On assiste ainsi à des transformations pigmentaires et à des jeux cellulaires, variés et enchevêtrés, mais que nous pouvons facilement saisir, grâce, d'une part, à la limpidité naturelle du liquide céphalo-rachidien et, d'autre part, parce qu'ils siègent dans un tissu pour ainsi dire sans trame et sur une très grande étendue.

Nous nous sommes demandé, si, comme dans le système circulatoire lui-même, nous pourrions pousser plus loin l'analyse des actions destructives des éléments hémoglobinifères. Existe-t-il des diastases dans le liquide céphalo-rachidien hémorragique? Pour résoudre cette question, nous venons, dans trois cas d'hémorragie méningée, de répéter sur le liquide céphalo-rachidien l'expérience de M. Metchnikoff (1). Après chauffage à 56 degrés pendant trois quarts d'heure, nous avons vu une hémolyse plus intense dans le liquide intact que dans le liquide chauffé. Nous pensons donc que le chauffage a détruit une diastase, qui est sans doute la macrocytase de M. Metchnikoff, et que ce ferment doit jouer un rôle manifeste dans l'hémolyse.

Etude de l'albumine et de sucre. — L'albumine augmente graduellement dans les liquides céphalo-rachidiens hémorragiques, et c'est au moment des grandes poussées cellulaires dues à l'irritation méningée, qu'elle atteint son maximum.

Le sucre ne nous a pas paru augmenter dans ces liquides.

Etude de la perméabilité. — Le KI, même après une longue ingestion, n'a pas été trouvé dans le liquide céphalo-rachidien de notre malade. Nous n'avons décelé son passage que dans deux cas, que nous ferons connaître plus tard.

Urobilinurie. — M. Chauffard nous a engagé à faire l'étude de l'urobilinurie dans les hémorragies méningées et nous l'avons constatée à plusieurs reprises. Le malade de notre observation a présenté nettement une urobilinurie qui a atteint son maximum au moment de la fonte rapide des globules rouges et qui a disparu avant la mort. Aussi, en dehors de toute maladie hépatique et de toute affection hémorragipare, nous pensons que la recherche de l'urobiline peut donner de précieux renseignements pour reconnaître une hémorragie du névraxe. Cette urobilinurie se retrouve d'ailleurs dans les hémorragies intra-cérébrales, aussi bien que dans les inondations méningées. Et dans le cas d'inondation ventriculaire légère, la constatation d'un petit culot hémorragique est toujours difficile à interpréter : on peut croire à une hémorragie par piqûre. Dans ces cas, la constatation d'une urobilinurie marquée ou croissante permettra de penser à une hémorragie. Cette notion de l'urobilinurie a certainement son intérêt, mais elle est loin de présenter, dans les faits que nous venons d'étudier, la haute valeur de la ponction lombaire.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(3 novembre 1903)

Le bureau de l'Académie continuant à ne tenir aucun compte de la demande que nous avons eu l'honneur de lui faire de nous mettre en mesure de pouvoir remplir nos fonctions de journalistes, nous prions instamment MM. les membres de l'Académie de vouloir bien nous faciliter notre besogne en nous remettant des notes ou des résumés de leurs communications. Dans cette séance, plusieurs orateurs ont pris la parole et si nous n'avions eu que nos oreilles pour accomplir notre tâche, je déclare qu'aucun de nous n'en eût été capable. Un exemple :

M. Chauvel était à la tribune et parlait du traitement de l'appendicite. Un de nos confrères, et non des moindres, croyant avoir entendu qu'il s'agissait du traitement de la calvitie, prêtait une oreille d'autant plus attentive qu'il est chauve. Il est vraiment regrettable que les choses se passent ainsi et nous ne pouvons que déplorer la mort de notre excellent collègue Laborde qui, avec l'indépendance et l'entêtement qu'il mettait à défendre certaines causes, eût peut-être fini par gagner la nôtre auprès de M. le secrétaire perpétuel qui ne *veut* rien entendre, alors que, nous, nous ne *pouvons* rien entendre.

Dans l'importante communication qu'a faite M. Chauvel sur **l'appendicite dans l'armée**, sur laquelle d'ailleurs nous reviendrons, il semble résulter des statistiques qu'il nous a fournies :

1° Que le nombre des opérations pratiquées pour appendicite dans nos hôpitaux militaires n'a pas cessé de s'accroître depuis sept ans. De 49 en 1897, il s'est rapidement élevé jusqu'au double en 1899, au triple en 1900, et s'est encore accru de quelques unités en 1901 et 1902, dernière année dont la statistique nous ait fourni les résultats.

2° Que la mortalité post-opératoire a varié dans des limites relativement restreintes, son maximum étant de 20,7 p. 100 en 1899; son minimum de 11,5 p. 100 dans l'année précédente. Dans l'ensemble la léthalité s'est progressivement abaissée dans les deux dernières années dont les chiffres sont plus comparables, jusqu'à 12,5 et 12,7 p. 100.

M. Lucas-Championnière, qui a déjà plusieurs fois appelé l'attention de l'Académie sur l'influence pathogénique du régime carné, en matière d'appendicite, ne pouvait pas laisser passer, sans observation, les intéressantes confirmations de M. Chauvel. M. Championnière, de son côté, depuis ses dernières communications sur ce sujet, a relevé un certain nombre de faits qui n'ont fait que confirmer l'opinion qu'il a émise : un médecin de la Bretagne, exerçant dans une région où les paysans ne mangent pas de viande, n'a pu, dans une très longue pratique, observer que trois cas d'appendicite. Par contre, l'appendicite est extrêmement fréquente en Angleterre, par exemple, où l'on mange beaucoup de viande. Dans certaines communautés religieuses, où l'on ne mange pas de viande, on n'a pas observé un seul cas d'appendicite.

M. Laveran a présenté, au nom de M. Donovan (de Madras), une préparation et des aquarelles d'éléments parasitaires découverts dans le sang de la rate (ponction *intra vitam*), chez des individus souffrant de fièvres irrégulières, sub-continues, non influencées par la quinine.

Sur la demande de M. Donovan, M. Laveran a fait, avec M. Mesnil, l'étude de ces corps. Ces savants sont d'avis qu'il s'agit d'un protozoaire nouveau, probablement voisin des prioplasmes (parasites de la fièvre du Texas, des bovidés, etc.), et ils proposent de l'appeler **prioplasma Donovani**.

M. Hallopeau communique un rapport sur un travail de M. Hamonic intitulé : **la syphilisation du singe**, au nom d'une commission composée de MM. Fournier, Pinard et Hallopeau. L'auteur revendique pour M. Martineau et lui-même la découverte du microbe pathogène de la syphilis et la priorité de l'inoculation de la syphilis au singe; la prétendue bactéridie pathogène de la syphilis ne mérite pas la discussion, mais est-il vrai que les auteurs aient, il y a plus de vingt ans, inoculé la syphilis à un macaque? Les accidents primitifs survenus vingt-huit jours après l'inoculation ont-ils été des chancres? et doit-on considérer comme spécifiques les érosions qui, vingt-six jours après, sont survenues sur le prépuce? Un moulage de Jumelin est bien en

(1) Metchnikoff, *L'Immunité*, Masson, Paris 1901.

faveur de chancres indurés; les caractères des accidents survenus ultérieurement n'ont rien de significatif; en somme on ne peut ni affirmer ni contester la spécificité de ces accidents, un seul moyen pourra prouver cette spécificité, c'est le renouvellement de l'expérience, car un fait ne peut être considéré comme scientifiquement démontré que s'il peut être reproduit dans les conditions où il a été réalisé une première fois.

VARIÉTÉS

Le poison à la Cour de France (1). Comment est morte la duchesse de Châteauroux?

Par les docteurs CABANÈS et L. NASS.

En face du café d'Orsay, aujourd'hui disparu, s'élevait jadis l'hôtel de Mailly, avec deux entrées, l'une sur la rue du Bac, l'autre sur la rue de Beaune. Cet hôtel, qui fut construit par le marquis de Mailly, n'avait rien de remarquable; il était grand et peu régulier, très sobre d'ornements extérieurs. Les meubles étaient également fort ordinaires, si l'on en croit G. Brice. Son principal agrément était sa situation; de la terrasse du jardin, qui s'étendait le long du quai, entre les deux ailes, on découvrait une vue superbe.

C'est dans cet hôtel, appartenant alors à son père, que Mme de Châteauroux, accompagnée de sa sœur, Mme de Lauraguais, se réfugia vers le milieu de l'année 1744.

Louis XV était tombé malade à Metz, et la favorite, qui l'y avait accompagné, avait dû quitter cette ville, à la suite d'intrigues dirigées contre elle par le ministre Maurepas.

La brouille entre les deux amants devait être de courte durée. Quelques mois s'étaient à peine écoulés que le roi, rentré à Paris, implorait le pardon de sa maîtresse, et comme cela ne suffisait pas à l'altière duchesse, qui exigeait une expiation proportionnée à l'humiliation qu'elle avait ressentie, Louis XV, toujours épris et de volonté fléchissante, imposait à Maurepas la honte d'aller en personne annoncer à Mme de Châteauroux son rappel à la cour.

Le « Faquinet », comme on avait surnommé le ministre de Louis XV, n'avait pu se soustraire à cet ordre, et s'était présenté à l'hôtel de la duchesse, sa mortelle ennemie.

Le suisse lui ayant refusé la porte, Maurepas demande à parler à Mme de Lauraguais. On lui répond qu'elle n'est pas visible, et sa sœur, pas davantage. Il insiste, disant qu'il vient de la part du roi; alors les portes de l'hôtel s'ouvrent à deux battants, et il est introduit auprès du lit où repose Mme de Châteauroux.

L'entretien entre le ministre et la favorite fut de courte durée; soit fatigue, soit bonté d'âme — la première hypothèse nous paraît la plus plausible — l'orgueilleuse femme ne prolongea pas trop le supplice de celui dont elle s'estimait suffisamment vengée par l'humiliante démarche qu'elle lui avait imposée.

Maurepas, un moment décontenancé, lui remit le billet du roi en lui disant que son seigneur et maître la priait de venir reprendre, avec ses sœurs, leurs places à la cour et l'avait chargé de l'assurer qu'il n'avait aucune connaissance de ce qui s'était passé à son égard, pendant sa maladie à Metz.

Quand le duc eut cessé de parler, Mme de Châteauroux lui répondit : « J'ai toujours été persuadée, Monsieur, que le roi n'avait aucune part à ce qui s'est passé à mon sujet. Aussi je n'ai jamais cessé d'avoir pour Sa Majesté le même respect et le même attachement; assurez Sa Majesté de toute ma reconnaissance; et vous, Monsieur, rassurez mes ennemis sur les craintes qu'ils pourraient avoir que je chercherais à me venger; je les méprise trop pour cela. »

M. de Maurepas voulait s'excuser et s'efforçait à dissiper les préventions qu'on semblait avoir contre lui; la duchesse manifesta par son silence que l'entretien était terminé. Alors le duc s'approcha respectueusement du lit, prit la main de la duchesse pour la baiser. Mme de Châteauroux la lui abandonna en disant : « Cela ne coûte pas grand'chose et c'est sans conséquence (1). »

Maurepas, couvert de confusion, et, dit-on, la rancune au cœur, prit congé de la favorite.

Quelques jours à peine après cette entrevue, la duchesse de Châteauroux expirait, dans tout l'éclat de la jeunesse et l'illusion d'une apparente santé. Peu d'instants avant de rendre le dernier soupir, elle parlait encore avec autant de fermeté que si elle eût été bien portante. Le matin elle avait reçu M. d'Argenson, qui était venu de la part du roi, et lui avait parlé avec une présence d'esprit inconcevable; il n'y avait d'altéré dans tout son être que la figure (2).

En mourant, la duchesse ne cessa de répéter qu'elle était victime, comme sa sœur de Vintimille, d'un empoisonnement. Elle était persuadée que c'était à Reims, alors qu'elle accompagnait le roi dans sa campagne sur le Rhin, que lui avait été administré le fatal breuvage. Les médecins, nullement inquiets, avaient alors parlé « d'une ébullition », qui n'aurait pas de conséquences; quant aux courtisans, ils attribuaient l'indisposition de la duchesse au chagrin qu'elle avait ressenti de la blessure reçue par son ancien amant, le duc d'Agénois, à la prise du Château-Dauphin.

Cette première maladie n'avait pas eu d'autres suites.

La duchesse était alitée depuis peu de jours (3), quand Maurepas lui rendit la visite que nous avons narrée. Maurepas l'avait vue le mercredi; la fièvre redoublait de violence dans la journée suivante. Le vendredi soir, Vernage, son médecin, auquel s'adjoignait bientôt Dumoulin — deux lumières de la Faculté — déclarait que c'était une « grande maladie » et qu'il y avait danger imminent.

Des saignées répétées amenaient un soulagement passager, mais « l'embarras de la tête » persistait. La malade répondait tout juste aux questions qu'on lui posait. Les médecins néanmoins ne désespéraient pas encore; ils assuraient que cette maladie était assez commune dans Paris et qu'ils en avaient vu revenir de plus loin. Le roi, d'ailleurs, n'avait-il pas été à l'article de la mort peu auparavant et n'en avait-il pas réchappé?

Bientôt ce furent des douleurs intolérables, des convulsions qui secouaient tout le corps de l'infortunée duchesse; un délire où revenaient sans cesse le nom de Maurepas et le mot de poison. La malade qui avait perdu plusieurs fois connaissance était à nouveau saignée; la tête redevenait un moment libre. On passait par des alternatives d'espérance et de désespoir. Enfin arrivait la mort libératrice (4), après qu'on eut saigné la malheureuse une fois à la gorge, une fois au bras, neuf fois au pied (5), sans que la perte de tout ce

---

(1) Nos confrères, les docteurs CABANÈS et L. NASS, qui vont très prochainement publier, chez les éditeurs Plon, Nourrit et Cie, la deuxième série de leur curieux ouvrage : *Poisons et sortilèges*, ont bien voulu en détacher pour la *Gazette* un des chapitres les plus attachants, avant l'apparition du volume en librairie.

(1) *Correspondance inédite de Mme de Châteauroux*, Paris 1806.

(2) Lettre de Duverney à M. de Chavigny (*Corresp. inéd.*, etc.).

(3) A la date du 6 décembre, le nonce du pape, Divini, mandait à Benoît XIV :

« La Châteauroux est, pour ainsi dire, dans un état complètement désespéré, par suite d'une fièvre maligne accompagnée d'un transport au cerveau; le mal s'est déclaré le jour même où elle apprenait que le roi la rappelait à la cour. »

(4) La chambre à coucher dans laquelle est morte Mme de Châteauroux existait encore en 1894. Elle avait servi d'abord de salle de billard au *Cercle agricole*; elle servit plus tard de salon. On en verra la description dans l'ouvrage de Duplomb, *loc. cit.*

(5) Tandis que la duchesse agonisait, Mme de Lauraguais, accouchée d'une petite fille quelques jours avant, et alitée dans l'appartement au

sang pût parvenir à maîtriser cette agonie furibonde, la rage de ce corps épuisé (1).

Aussitôt le bruit se répandit que l'arrivée de Maurepas dans un temps critique avait, en interrompant le cours d'une hémorragie naturelle, déterminé la congestion du cerveau. Mais un des familiers de la cour s'inscrit en faux contre cette version : le duc de Luynes affirme que la duchesse n'était pas dans la situation que l'on a prétendue ; qu'au reste, elle avait été prévenue de la visite de Maurepas, et qu'elle en avait ressenti si peu d'émotion qu'elle était sortie dans la soirée pour aller voir deux de ses amies. Ce fut seulement le lendemain que se déclarait la fièvre et que la malade était pour la première fois saignée.

Ceux qui tenaient pour la culpabilité de Maurepas ne s'avouaient pas vaincus par cet argument. Mme de Brancas, par exemple, dit que Maurepas, parti à midi de Versailles, ne fit que changer de voiture en arrivant chez lui ; qu'il alla quelque part avant de se rendre chez Mme de Châteauroux, chez laquelle il ne se présenta qu'à la fin de la journée. Dans cet intervalle, n'était-il pas allé s'aboucher avec l'exécuteur de ses projets criminels? Et la même bonne langue ajoute, qu'à peine la duchesse eût lu la lettre du roi que lui remit Maurepas, elle sentit d'intolérables douleurs à la tête et aux yeux. N'était-ce pas le poison glissé dans la lettre qui accomplissait déjà son œuvre ?

A ces affirmations inconsidérées, nous allons opposer un témoignage plus pondéré.

Le duc de Lauraguais, en marge des accusations de Mme de Brancas, ajoute ces réflexions, dont la personnalité de leur auteur accentue l'importance :

« Personne ne trouva la mort de Mme de Châteauroux naturelle, et l'opinion d'alors accusait M. de Maurepas de l'avoir empoisonnée. Il n'a dû son retour à Versailles, et la confiance de Louis XVI montant sur le trône qu'aux prières, qu'aux instances de Mesdames, tantes du roi.

J'ai souvent parlé des soupçons publics contre M. de Maurepas au comte de Caylus, qui avait passé sa jeunesse avec lui, et avec M. de Montesquieu. Il m'a toujours répondu, dans la franchise de son caractère et dans la confiance de son amitié pour moi : « Je ne saurais croire M. de Maurepas coupable. Il est d'une telle insouciance, que l'exil n'altéra jamais la douceur de son caractère, ni la gaîté de son esprit. Quand j'obtins la permission d'aller le voir à Bourges, j'y retrouvai le même homme, avec lequel M. de Montesquieu et moi avions fait les *Étrennes de la Saint-Jean*. Je vous réponds qu'il est encore plus incapable de crimes que de vertus. »

Longtemps après, les circonstances me lièrent très intimement avec M. de Maurepas ; et je n'ai jamais vu un homme aussi véniel que lui.

J'ai dû écrire ceci à la suite du fragment historique de Mme de Brancas, qu'on vient de lire. Comme M. de Maurepas ne fut accusé que d'après des préjugés, des préventions, des vraisemblances, il fallait repousser de sa mémoire les téméraires accusations dont les ennemis de cet homme aimable empoisonnèrent sa vie (2). »

Après le comte de Maurepas, ce fut au tour du marquis d'Argenson d'être en butte aux mêmes accusations.

Le marquis d'Argenson, qui avait été chassé par le roi, s'en était vengé, disait-on, en faisant empoisonner Mme de Châteauroux. Et les plus prudents ajoutaient :

dessus, ignorait que sa sœur était si proche de la mort, et la croyait seulement indisposée.

Quand les cris de la mourante montaient jusqu'à elle, on faisait du bruit dans la chambre de l'accouchée pour distraire son attention, et quand, malgré ces précautions, elle les entendit, on lui dit que c'étaient les cris d'une femme qui accouchait dans la rue.

(1) De Goncourt. Op. cit.

(2) Extrait des *Mémoires de la duchesse de Brancas : Fragment historique sur Louis XV et Mme de Châteauroux, sa maîtresse*, par Louis Lacour, 1865.

« Tout est croyable de la part de gens tourmentés des passions de l'ambition et de l'intérêt, et qui ne sont retenus par aucun principe de philosophie ou de religion ; mais le fait pourrait être vraisemblable, quoique faux (1). »

Mille versions plus absurdes les unes que les autres circulèrent à cette occasion.

L'un fait mourir la duchesse, pour s'être dégarnie et baignée dans le moment où il est particulièrement dangereux de pratiquer ces ablutions.

Un autre parle d'une tentative d'avortement, qui aurait eu une suite funeste (2).

D'autres, enfin, se disaient convaincus que l'excès de la joie et la révolution que lui faisait éprouver le moment de se jeter dans les bras d'un homme qu'elle aimait, quoique roi, lui causèrent une altération si grande qu'elle en mourut (3).

Ce ne sont là, est-il besoin de le dire, que propos sans consistance, racontars se colportant de bouche en bouche, au lendemain d'événements du même genre.

La vérité, nous allons la demander au médecin même qui avait donné des soins à la duchesse et qui avait pu, par suite, observer toutes les phases de son mal.

Quand on parla à Vernage de l'hypothèse du poison, il se contenta de hausser les épaules et répliqua à son interlocuteur :

« Personne ne peut mieux vous parler de cela que moi ; je l'ai vue à son retour de Metz et l'ai engagée à suivre un régime rafraîchissant, à se distraire, à faire de l'exercice ; mais elle ne m'a pas voulu croire et n'a fait que songer à ce qui lui est arrivé à Metz, et à s'occuper avec une agitation extrême de l'avenir.

Quinze jours environ avant sa mort, j'eus une grande conversation avec elle sur sa santé, à la prière de ses amis, et je lui dis : « Madame, vous ne dormez pas, vous êtes sans appétit, et votre pouls annonce des vapeurs noires, vos yeux ont presque l'air égaré ; quand vous dormez quelques moments, vous vous réveillez en sursaut. Cet état ne peut durer : ou vous deviendrez folle par l'agitation de votre esprit, ou il se fera quelque engorgement au cerveau, ou l'amas de matières corrompues vous occasionnera une fièvre putride. » Je la pressai de se faire soigner, de prendre quelques légers purgatifs, et cela pendant plusieurs jours. Elle me promit et à ses amis, et M. de Richelieu le sait bien, de suivre mon ordonnance. Son rappel à la cour est venu, et la révolution de la joie, jointe à tont ce qui avait précédé, a fait fermenter les humeurs ; et elle est morte d'une fièvre putride avec le transport au cerveau (4). »

C'était l'opinion du maréchal de Richelieu, l'ami fidèle de la duchesse, celle du bailli de Grille, un de ses intimes, que la duchesse n'était pas morte empoisonnée ; l'opinion des médecins était, on le voit, conforme à celle de l'entourage direct de la duchesse.

L'autopsie aurait dû, d'ailleurs, dissiper tout soupçon : « on lui trouva les intestins fort sains ; elle avait seulement du sang extravasé dans la tête, ce qui est d'ordinaire dans les fièvres malignes (5). »

Certains ont ajouté qu'il y avait, en plus, un commencement d'inflammation d'un poumon (6).

Dans tout cela, rien que de très naturel ; aucun indice, si léger soit-il, de manœuvre criminelle.

Maurepas sort indemne du prétoire ; comme en sortira plus tard Choiseul, dans les circonstances que nous rapporterons plus loin...

(1) *Mélanges historiques de Boisjourdain*, t. II, p. 232.

(2) De Goncourt. Op. cit.

(3) Boisjourdain. Loc. cit.

(4) *Mélanges d'histoire, de littérature*, etc. (de Crawfurd), 1809, p. 593 et suiv.

(5) Boisjourdain. Loc. cit.

(6) De Luynes, t. VI, cité par Goncourt. Op. cit.

QUESTION D'INTERNAT

Diagnostic des ulcérations de la langue.

Le diagnostic des différentes ulcérations de la langue soulève un certain nombre de questions intéressantes. Cliniquement, il peut être fait de la façon suivante :

Y a-t il ulcération? Une ulcération est une *perte de substance, sans tendance spontanée à la réparation*. Ainsi, ne seront pas considérées comme telles :

Les *morsures* (maladresses, accidents, épilepsies, etc.);

La *glossodynie* des névropathes;

Les *papillomes*, qui sont de petites tumeurs constituées par une agglomération de papilles hypertrophiées, mais de structure normale; mous, rosés, humides, ils desquament rapidement et sont l'origine d'un suintement fétide; leur pronostic est bénin, car ils récidivent rarement après ablation complète; cependant, ils peuvent dégénérer en épithéliomes;

Le *cancroïde*, épithéliome avant l'ulcération, se présentant sous deux aspects :

α. Plaques limitées, indurées, plus ou moins saillantes, fendillées par places, le plus souvent sur le dos de la langue (*épith. papillaire*);

β. Nodosité sous-muqueuse située sur un des bords de l'organe (*épith. interstitiel*);

La *diphtérie*, fausses membranes blanc-jaunâtre, adénopathie sous-maxillaire;

Le *muguet* (athrepsiques, vieux urinaires, cachectiques), dans lequel la langue hérissée, rouge et luisante, se parsème de touffes d'un blanc neigeux se propageant aux joues, au palais, aux amygdales, au pharynx. La muqueuse sous-jacente n'est pas ulcérée; la salive possède une réaction acide;

Les *plaques muqueuses*, simples érosions superficielles, lisses ou plus souvent grenues, opalines, entourées d'un liséré carminé, s'accompagnant souvent d'adénopathie. Elles ont été précédées d'un chancre et coexistent avec une roséole ou d'autres plaques muqueuses (gorge, anus, vulve);

La *leucoplasie*, plaques nacrées, triangulaires, pouvant siéger en tous les points de la muqueuse buccale; presque toujours syphilitique, dégénérant fréquemment en cancer.

Beaucoup des affections précédentes peuvent s'ulcérer secondairement (cancroïde, plaques muqueuses, leucoplasie).

Il y a ulcération. De quelle variété est-elle? Deux cas sont à considérer :

1° Les *ulcérations linguales ne sont qu'une partie d'une inflammation buccale; il s'agit d'une stomatite.*

a. STOMATITES LOCALES. — α. *Stomatite ulcéro-membraneuse* : ulcérations à bords irréguliers et décollés, à fond grisâtre, et saignant facilement; phénomènes généraux intenses. D'autres ulcérations, ayant débuté vers les dernières molaires, surtout à gauche, occupent toute la bouche. Il s'agit d'une angine spécifique (bacille de Vincent), curable, survenant chez des individus fatigués.

β. *Stomatite aphteuse* : Après quelques jours de symptômes généraux et fonctionnels, apparaissent sur la muqueuse buccale de petites taches rouges qui deviennent papuleuses, puis vésiculeuses et forment des ulcérations régulières, arrondies, à bords rouges et taillés à pic, à fond pultacé; elles se réparent rapidement. Cette affection, contagieuse, procède de la fièvre aphteuse des animaux.

Elle n'a de commun que le nom avec les *aphtes* vulgaires, petites vésicules qui forment des ulcérations un peu douloureuses, éphémères et se produisent sous l'action d'une irritation locale (tabac, noix).

γ. *Herpès*, vésicules qui crèvent en laissant des ulcérations cycliques ou polycycliques, à bords blanchâtres, très douloureuses.

Dans certains cas, l'herpès est *unilatéral*, c'est une sorte de zona lingual.

b. STOMATITES TOXIQUES. — α. *Stomatite mercurielle* (intoxication volontaire, professionnelle ou thérapeutique).

Dans les formes graves, l'inflammation occupe toute la bouche, les parties envahies sont boursouflées, rougeâtres et présentent des ulcérations à fond pultacé; l'affection débute par la deuxième grosse molaire inférieure. L'haleine est très fétide, la salivation abondante et continuelle contient du mercure; la fièvre est ardente et l'anémie profonde.

β. *Stomatite causée par l'arsenic, le tartre stibié.*

c. STOMATITES DES INFECTIONS GÉNÉRALES. — α. *Scorbut*; β. *Fièvre typhoïde*; γ. *Rougeole*; δ. *Variole*.

d. STOMATITES DES AUTO-INTOXICATIONS. — Diabète, urémie (v. classiques). *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux*. — Ont été nommés internes provisoires MM. Latronche, Fraysse, Lautier, Mlle Campana, MM. Bignon, Rousseau, Latreille, Bussière, Dubourdieu, Perrens, Hirigoyen.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Charbonnel, Mothes, Charron, Loubat, Gouillon, Artigues, Boisseau, Dufresne, Villatte, Boisseuil, Brochet, Quintet, Pessonnier, Chauvet, Dufourcq, Molinier, Bourrut-Lacouture, Péré, Bézos, Vidal, Brunetel, Bosredon, Coyola, Godineau, Dupouy, Dartigolles, Jude, Bacqué, Soubies, Clavel, Beauvieux, Capitrel, Rolland, Guenon des Mesnards, Michiels, Cluzan.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-deuxième semaine, 746 décès, au lieu de 739 pendant la semaine précédente (moyenne 890).

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 11).

La variole a causé 0 décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 4 décès (moyenne 2); la scarlatine, 2 décès (moyenne 2); la coqueluche, 6 décès (moyenne 5); la diphtérie, fait qui ne s'était pas produit depuis 1897 (trente-cinquième semaine), n'a causé aucun décès; le cas n'a été constaté que trois fois depuis la découverte du sérum antidiphtérique, et jamais avant; le nombre des cas nouveaux s'est élevé à 60, au lieu de 64 pendant la précédente semaine (moyenne 55).

La diarrhée infantile a causé 45 décès de 0 à 1 an, au lieu de 43 pendant la semaine précédente (moyenne 90).

En outre, 18 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 73 décès au lieu de 62 pendant la semaine précédente (moyenne 122). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (moyenne 9); bronchite chronique, 19 (moyenne 20); pneumonie, 16 (moyenne 28); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 32 (moyenne 65), dont 12 dus à la congestion pulmonaire et 14 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 203 décès; la méningite tuberculeuse, 15; la méningite simple, 11; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès.

Erratum.— N° 126, 1re p., col. 2, 9e lig., embryon de salamandre, lire embryon de lapin.

P. 2, col. 2, 8e avant-dernière lig., lire Kollmann au lieu de Kölliker.

Maladies des pays chauds, par Patrick MANSON, traduit de l'anglais par MM. M. GUIBAUD et J. BRONGUES. 1 vol. in-8° cavalier de 776 p. avec 113 fig. en noir. — Prix, broché : 12 fr. — Paris, C. Naud.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 129 — SAMEDI 7 NOVEMBRE 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 7 NOVEMBRE 1903. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Le diagnostic de la méningite tuberculeuse par les procédés nouveaux (1).

Par F. TRÉMOLIÈRES, interne des hôpitaux.

Le tableau clinique de la méningite tuberculeuse est essentiellement variable et son diagnostic souvent malaisé. Sous son aspect normal, fréquent chez l'adolescent, cette maladie est révélée par sa triade caractéristique : céphalée, vomissements, constipation. Mais elle se présente le plus souvent sous une forme incomplète ou fruste : les vomissements sont absents dans bien des cas, la céphalée peut manquer, la diarrhée remplacer la constipation. L'erreur est dès lors facile, presque inévitable. Comment chez l'adulte reconnaître la méningite tuberculeuse, quand ses signes ne consistent qu'en quelques vomissements et une somnolence qui aboutit au coma, ou qu'elle prend le masque de la manie aiguë? Comment ne pas la confondre, lorsqu'elle revêt une allure typhoïde, avec la grippe maligne ou la dothiénentérie, ou ne pas la méconnaître sous sa forme apoplectique ou tétanique? Dans le jeune âge, il est encore plus difficile de la dépister. Aucune maladie de l'enfance n'est, en effet, plus polymorphe que la méningite tuberculeuse et n'exige du clinicien plus de sagacité. Au début de la vie, elle ne se manifeste que par des vomissements répétés, incoercibles; or, chez le nourrisson, le vomissement est un accident banal, imputable d'ordinaire à une alimentation défectueuse; à l'époque de la dentition, c'est parfois un phénomène réflexe sans nulle gravité. Chez l'enfant, le système nerveux, particulièrement sensible, réagit volontiers à toute excitation morbide; nombre d'infections et d'intoxications, l'helminthiase même, revêtent ainsi l'aspect méningitique (1). Les troubles fonctionnels qu'on observe alors et qui constituent les pseudo-méningites, le méningisme selon l'heureuse expression de Dupré, sont à grand'peine distingués des signes de la tuberculose méningée, souvent d'allure anormale. La fréquence des méningites bactériennes rend encore la tâche plus ardue.

Les vieux cliniciens ont toujours insisté sur la difficulté de dépister la méningite tuberculeuse sous ses formes si variées; mais de longues phrases ne font pas un diagnostic. Le signe de Kernig, s'il a permis de soupçonner les méningites, ne les a pas distinguées entre elles. Les procédés de laboratoire renforcent heureusement la clinique. L'étude cytologique et bactériologique du sang n'a guère donné d'utiles résultats. Mais l'examen du liquide céphalo-rachidien qui, en contact direct avec les méninges, participe à leurs lésions dont il est le fidèle témoin, peut, presque toujours, donner la clef du problème.

I

Ponction lombaire. — Quincke, médecin de Kiel, inventa la ponction lombaire (1890). On sait qu'entre le cône terminal de la moelle, tapissé par la pie-mère, qui s'arrête en regard de la deuxième vertèbre lombaire, et le cul-de-sac dural, qui se termine au niveau de la deuxième vertèbre sacrée, existe un confluent haut de 20 à 25 centimètres, large de 2 centimètres environ, qui ne contient que du liquide céphalo-rachidien dans lequel flottent les nerfs de la queue de cheval; un trocart traversant les troisième, quatrième ou cinquième espaces lombaires peut y pénétrer sans léser la moelle. Quincke en extrayait une partie du liquide pour diminuer, dans les cas d'hydrocéphalie, la tension intraventriculaire et faire disparaître les symptômes qu'elle provoque. Ce procédé curatif fut vite reconnu d'utilité médiocre et d'application restreinte. La ponction lombaire eût été sans doute abandonnée si quelques auteurs (Furbinger, Stadellmann, Bonome, etc., à l'étranger; Netter, Widal, Sicard et Ravaut, en France), étudiant les propriétés normales du liquide céphalo-rachidien et leurs modifications pathologiques, ne l'avaient transformée en méthode diagnostique dans les affections de l'axe nerveux et de ses

(1) On consultera avec fruit sur cette question les articles de Widal et Sicard, Widal et Ravaut, Widal et Lesné, in *Traité de pathologie générale* de Bouchard, les leçons d'Achard, l'ouvrage de Sicard : *Le liquide céphalo-rachidien* (Collet et Léauté, 1902), les thèses de Lutier (Paris, 1903), Percheron (Paris, 1903), René Monod (Paris, 1902), Lamouroux (Paris, 1902), etc.

(1) Voir VARIOT. Le diagnostic de la méningite tuberculeuse et la ponction lombaire, *Presse méd.*, 10 juin 1903.

enveloppes. Elle est devenue un moyen d'investigation sûr et facile, de pratique aujourd'hui courante.

La technique opératoire est simple. Le malade est assis, le corps penché en avant, ou bien placé en décubitus latéral, la tête légèrement soulevée par un coussin, les cuisses fortement fléchies sur le bassin, dans la position « en chien de fusil »; on lui dit de « faire le gros dos » : dans cette attitude, les lames vertébrales s'écartent, au maximum, d'environ 1 centimètre et demi. La position assise, que recommandent certains auteurs, selon d'autres, provoque l'issue trop brusque du liquide, fatigue le malade et favorise sa réaction de défense musculaire.

Le matériel consiste uniquement en une aiguille de platine iridié, qui plie et ne rompt point, longue de 9 à 10 centimètres et d'un diamètre de 8/10 de millimètre à 1 millimètre; l'une de ses extrémités est taillée en biseau pointu, et assez court; l'autre, munie d'un pavillon, peut s'adapter à l'embout d'une seringue Pravaz, à moins qu'on ne le garnisse d'un tube de caoutchouc stérilisé pour recueillir aseptiquement le liquide et en régler le débit. Les fins trocarts de l'appareil Potain suppléent au besoin cette aiguille spéciale. Aiguille ou trocart sont maintenus dans l'eau bouillante pendant dix minutes ou mieux stérilisés à l'autoclave dans un tube à essai. La région lombaire est désinfectée à l'eau et au savon, puis à l'éther et à l'alcool. L'opérateur se lave les mains. De l'index gauche, il choisit la quatrième apophyse épineuse lombaire, dont une ligne menée par les deux crêtes iliaques affleure le sommet; l'application d'un coton imbibé d'éther produit en ce joint une anesthésie suffisante. L'aiguille, bien prise dans la main droite, est piquée au-dessous de l'index gauche, dans le quatrième espace, à un demi-centimètre environ de la ligne médiane épineuse, et dirigée très légèrement en haut et en dedans vers la crête épiphysaire, presque perpendiculairement à la colonne vertébrale (Sicard). Lentement, sans à-coups, elle traverse successivement les masses sacro-lombaires, le ligament jaune interlaminaire, le canal vertébral, le sac dure-mérien et pénètre dans le confluent sous-arachnoïdien.

Chez l'enfant, l'opération est encore plus facile, car l'échine est plus souple, l'appareil ligamenteux moins résistant et l'intervalle entre les arcs lombaires relativement plus large que chez l'adulte : il suffit de planter l'aiguille sur la ligne médiane et de pousser droit devant soi, en ayant toujours présent à l'esprit que la moelle descend dans le jeune âge jusqu'à la troisième vertèbre lombaire. Même chez l'adulte, la piqûre médiane est possible; on la pratique de plus en plus, car elle facilite beaucoup la ponction.

Le liquide prélevé, on retire l'aiguille d'un mouvement brusque et l'on obture l'orifice cutané par un peu de collodion ou par un léger attouchement à la teinture d'iode.

Une ponction bien réglée n'est jamais blanche. Si l'aiguille heurte les lames ou la base de l'apophyse épineuse, l'inclinaison de sa pointe en bas et en dehors la fait pénétrer facilement; si elle bute contre le corps vertébral, un léger mouvement de retrait la ramène dans le confluent. Est-elle obstruée? le passage d'un fil métallique aseptique la débouche. Parfois, le liquide sort rouge : l'aiguille a lésé de petits vaisseaux méningés; mais le plus souvent il reprend vite sa limpidité; s'il coule toujours rutilant, l'aiguille doit être retirée et la ponction refaite.

Une vive douleur peut s'emparer d'une ou des deux cuisses; due aux tiraillements de quelques filets nerveux de la queue de cheval, elle s'atténue très rapidement et ne persiste jamais après la ponction. Si l'on prend soin de placer le malade en décubitus et de ne lui soustraire qu'une faible quantité de liquide qu'on laisse couler spontanément, sans jamais l'aspirer, on évite la syncope parfois mortelle, l'ictus apoplectique et souvent les vertiges, les lipothymies, les vomissements. Tout au plus, une céphalée plus ou moins intense suit-elle d'ordinaire l'opération : le repos au lit en est le seul traitement (1).

Les individus atteints de méningite, ceux qui, d'une façon générale, ont de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, supporteraient mieux la lombo-ponction que les autres; les accidents sont chez eux moins fréquents et moins intenses. Leur état morbide est au contraire amélioré. En remédiant aux conséquences de la compression cérébrale, la ponction lombaire entraîne l'atténuation de quelques-uns de ses symptômes, tels que la céphalée, les vomissements, le nystagmus; à sa suite, on a vu les malades comateux reprendre connaissance et manger, des convulsions cesser, une aphasie disparaître presque complètement. Dans les méningites, la ponction lombaire n'agit pas seulement par décompression; la soustraction d'une partie du liquide céphalo-rachidien, si peu virulent soit-il, diminue l'infection et facilite la résistance organique.

Mais l'action thérapeutique de la ponction lombaire, palliative ou curative, s'efface devant son utilité diagnostique, plus récemment connue. Sous l'influence des travaux bactériologiques, un retour à l'humorisme s'est effectué; les médecins ont étudié la composition des différents liquides de l'organisme, leurs propriétés normales et leurs réactions morbides; ils en ont tiré de précieux renseignements diagnostiques. L'étude du liquide céphalo-rachidien, en particulier, a fourni toute une série de moyens d'investigation de la plus grande utilité pour les recherches des lésions méningées et surtout de la méningite tuberculeuse.

II

A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien est un liquide alcalin, limpide comme de l'eau de roche, très faiblement minéralisé, non spontanément coagulable. Sa densité est 1003 ou 1004 (Achard et Lœper). Wolf (2) en donne l'analyse suivante :

Eau	985,64
Chorure de Na et de K	8,01
Albumine	0,88
Osmazone	4,74
Matières minérales et phosphate de chaux libre	0,36
Carbonate de soude et phosphate de chaux	0,17

Il ne contient pas d'éléments cellulaires. Il est hypertonique par rapport au sérum sanguin; son point de congélation varie entre — 0°58 et — 0°75. Quincke évalue sa pression à 40 ou 60 millimètres d'eau, Lewkowicz à 20 ou 25 millimètres de mercure.

Quand l'infection tuberculeuse atteint les méninges, ces caractères du liquide céphalo-rachidien sont modifiés et leurs modifications présentent une grande valeur sémiologique.

PRESSION. — La pression du liquide, au cours d'une mé-

(1) MILIAN. Les accidents de la ponction lombaire et les moyens de les éviter, *Semaine méd.*, 18 juin 1902.

(2) Th. de Paris, 1901.

méningite, est d'ordinaire augmentée. Le manomètre la montre à 300 ou 400 et même 700 millimètres d'eau. Plus simplement, la vitesse du premier jet à la sortie de l'aiguille permet d'apprécier son intensité. C'est dans la méningite tuberculeuse que cette augmentation de pression atteint son plus haut degré; mais elle existe dans toutes les variétés de méningites; elle manque d'ailleurs dans un quart des cas.

Couleur. — Dans la méningite tuberculeuse le liquide céphalo-rachidien conserve très souvent sa limpidité; d'autres fois il est jaune ou présente une teinte dichroïque jaune verdâtre, par suite de petites hémorragies pie-mériennes ou des troubles de la perméabilité méningée; il peut encore être louche, floconneux et même purulent (1). D'ordinaire il s'y forme, après quelques instants de repos, de petits flocons ou un coagulum fibrineux plus ou moins considérable.

La limpidité du liquide ou sa couleur jaune sont surtout le fait des méningites tuberculeuses, sa purulence, celui des méningites bactériennes. Mais l'aspect du liquide peut changer chez le même sujet, pendant l'évolution de la maladie; clair et limpide au début, il peut se montrer dans la suite louche ou purulent. Le chromodiagnostic (Sicard) ne suffit donc pas à indiquer la nature d'une inflammation méningée.

Cryoscopie. — L'étude cryoscopique du liquide céphalo-rachidien n'est guère plus instructive. Widal, Sicard et Ravaut, après avoir établi entre — 0°72 et — 0°78 le point de congélation du liquide normal, ont observé que dans les méningites aiguës ce point varie entre — 0°48 et 0°56 (2) : le liquide, dans ce cas, est donc hypotonique par rapport au sérum sanguin, dont le point cryoscopique normal est — 0°56. Cette hypotonie vérifiée par divers auteurs (Achard, Lœper et Laubry, Bard, Castaigne, etc.) est plus fréquente et plus marquée dans les méningites tuberculeuses que dans les autres; mais elle est inconstante et varie souvent d'un jour à l'autre au cours d'une même infection.

On peut encore la déceler par une autre méthode, la méthode *hématolytique*. Zanier (1896) avait vu qu'à l'état normal, le liquide céphalo-rachidien ne dissout pas les globules rouges. Récemment Bard (3) a montré qu'au cours des méningites tuberculeuses, ce liquide provoque l'hématolyse, parce que sa concentration est inférieure à celle du sérum. Il est par suite facile de déterminer les rapports de tonicité du sang et du liquide céphalo-rachidien : il suffit de faire tomber une goutte du sang du malade dans une petite quantité de liquide céphalo-rachidien à examiner; on agite le mélange et on le centrifuge après quelques instants, ou bien on le laisse déposer pendant dix à douze heures. Si le liquide qui surnage le dépôt reste incolore, c'est qu'il présente son rapport normal de tonicité avec le sang; il peut même, dans ce cas, supporter l'addition d'eau distillée sans laquer les globules; le laquage ne commence que pour une addition de IX gouttes d'eau à X gouttes de liquide, et ne devient net qu'avec X gouttes. Quand le liquide a jauni, qu'il a été teinté par l'hémoglobine des hématies dissoutes, c'est qu'il est hypotonique par rapport au sang; ce fait se produit dans la méningite tuberculeuse.

L'augmentation de pression, les modifications d'aspect, l'élévation du point cryoscopique du liquide céphalo-rachidien et sa réaction hématolytique, sont inconstantes et variables au cours des méningites tuberculeuses; elles existent, de plus, dans d'autres états pathologiques. Elles sont donc sans valeur diagnostique rigoureuse. Cependant, elles indiquent un état pathologique du système nerveux et guident le médecin dans le choix d'une hypothèse.

C'est l'examen chimique, cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien qui fournit au praticien les renseignements les plus utiles.

III

Examen chimique. — Le liquide céphalo-rachidien normal contient en solution aqueuse 7 à 8 grammes de chlorure de sodium par litre, des phosphates, sulfates et carbonates en très faible proportion; l'albumine à la dose de 0g8 en moyenne, y est exclusivement représentée par de la globuline; il ne renferme ni sérine, ni fibrinogène, ni fibrine ferment (Arthus et Sicard).

Au cours de la méningite tuberculeuse, le taux des chlorures reste fixe ou diminue légèrement.

Celui de l'albumine augmente beaucoup; il dépasse 1 gramme p. 1000 et peut s'élever jusqu'à 3 grammes. La sérine, qui manque normalement, constitue une partie de cette albumine pathologique; en effet, après précipitation de la globuline par une solution aqueuse saturée de sulfate de magnésie, le liquide ponctionné laisse encore déposer quand on le chauffe un important précipité.

De la fibrine, enfin, existe en quantité notable dans ce liquide pathologique; elle coagule tôt après la ponction. Elle existerait dans toutes les infections méningées, mais serait le moins abondante dans le cas d'infection tuberculeuse. Pour Netter, les caractères macroscopiques du caillot différeraient dans la méningite tuberculeuse et dans les méningites bactériennes; dans la première, le coagulum serait blanc mat ou gris, dur et s'étalerait difficilement sur les lamelles; dans les secondes, le caillot serait jaune, onctueux, mou et s'étalerait sans nulle peine.

Perméabilité méningée. — On peut encore trouver dans le liquide céphalo-rachidien certaines substances qui, ingérées ou injectées sous la peau, ne passent à travers les méninges que dans certaines inflammations de ces membranes. Seule de toutes les séreuses de l'économie, qui sont à l'état normal facilement perméables, l'arachnoïde a comme attribut physiologique d'opposer une barrière solide à certaines substances qui pourraient la pénétrer de dehors en dedans. Widal, Sicard et Monod (1) ont constaté que, dans la méningite tuberculeuse, elle se laisse traverser par l'iodure de potassium ingéré pendant trois ou quatre jours à la dose quotidienne de 3 à 5 grammes; elle est par contre imperméable à ce sel dans la méningite cérébro-spinale, comme l'ont montré Griffon (2), Sicard et Brécy (3). Des résultats analogues ont été obtenus avec d'autres substances, bleu de méthylène, salicylate de soude, chlorure de lithium (Achard, Lœper et Laubry). Cette perméabilité de l'arachnoïde n'existe guère que dans la moitié des cas de méningite tuberculeuse. On l'a constatée aussi dans certaines méningites cérébro-spinales, dans la méningite aiguë syphilitique (Brissaud et

(1) Voir Sicard. Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien, *Presse méd.*, 25 janv. 1902.
(2) Soc. de biol., 28 oct. 1900.
(3) *Bull. méd.*, 18 fév. 1901.

(1) Soc. de biol., nov. 1900.
(2) Soc. de biol., 11 janv. et 29 mars 1901.
(3) Soc. méd. des hôpit., 19 avril 1901.

Brécy), dans l'anémie nerveuse (Castaigne), l'hémorragie ventriculaire (Sicard). C'est un signe qui ne manque pas de valeur pour le diagnostic des réactions méningées en général; mais il ne saurait indiquer leur origine tuberculeuse.

La recherche de la toxicité du liquide céphalo-rachidien n'aide en rien à la découverte des méningites tuberculeuses. Ce liquide, jamais toxique à l'état normal, ne l'est que rarement dans l'infection tuberculeuse des méninges [Widal, Sicard et Lesné (1)], même quand on l'injecte dans le cerveau de cobayes tuberculeux [Armand Delille (2).]

IV

Examen bactériologique. — Le seul signe certain de la nature tuberculeuse d'une méningite est la découverte du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien. On l'y décèle par plusieurs procédés : l'examen direct, la culture, l'inoculation aux animaux.

a. On peut l'y rechercher directement, à l'aide du microscope. Le culot obtenu par la centrifugation de 3 à 5 centimètres cubes de liquide est étalé sur plusieurs lames, comme pour un examen cytologique; on fixe les préparations à la flamme et on les colore par la méthode habituelle d'Erlich-Ziehl.

A. Jousset a inventé, pour rechercher le bacille de Koch dans les humeurs de l'organisme, une nouvelle méthode, l'*inoscopie* (3). Elle est applicable au liquide céphalo-rachidien. Le caillot, artificiellement produit par l'addition de *plasma salé*, c'est-à-dire de fibrine liquide, emprisonne tous les éléments figurés de ce liquide; ce caillot, digéré par une sorte de suc gastrique artificiel fluoré et légèrement pepsiné, remet en liberté les bacilles; on centrifuge l'émulsion ainsi produite, et, dans le culot de centrifugation, on colore les bacilles par les procédés usuels.

Quelle que soit la méthode employée, il faut examiner attentivement et complètement dans toute leur étendue plusieurs préparations, car le bacille y existe rarement en grande quantité.

Sa présence n'y est, du reste, pas constante. Différents auteurs (Lichtheim, Stadellmann, Hutinel, Sicard, Lewkowicz, Méry et Babonneix, etc.) ont obtenu des résultats différents.

Pour Lutier, une recherche directe attentive permet de retrouver le bacille dans le liquide céphalo-rachidien dans plus de la moitié des méningites tuberculeuses.

Mais les procédés de recherche les plus rigoureux sont la culture du liquide et son inoculation aux animaux.

b. Lorsque le bacille de Koch semble être la cause d'une méningite, il faut, pour l'isoler, ensemencer le liquide céphalo-rachidien sur des milieux spéciaux. Roux et Nocard ont d'abord employé la gélose glycérinée, puis la pomme de terre glycérinée. Bezançon et Griffon ont inventé la gélose sanglante (4) qu'ils préparent en recevant aseptiquement, au sortir de l'artère même, le sang d'un chien ou d'un lapin, sur la gélose fondue dans une certaine quantité de bouillon. Ils ont encore, plus récemment, préparé un nouveau milieu de culture, le jaune d'œuf gélosé (5), qui se conserve plus longtemps que le précédent, est d'une préparation plus facile et ne donne pas de moins bons résultats.

(1) Soc. de biol., juillet 1898.
(2) Soc. de biol., 26 juillet 1902.
(3) Soc. méd. des hôpit., 20 janv. 1903, et *Semaine méd.*, 21 janv. 1903.
(4) Soc. de biol., 4 fév. 1899.
(5) Soc. de biol., 9 mai 1903.

Il importe, quand on veut examiner le liquide céphalo-rachidien, de le recueillir avec une rigoureuse asepsie. Les instruments doivent être stérilisés à l'autoclave à 120 degrés; il faut éviter pendant la ponction tout contact avec l'embout de l'aiguille, que préserve d'ordinaire un tube de caoutchouc qui y est adapté. On laisse écouler quelques gouttes avant de recueillir le liquide sur le milieu de culture. On peut encore examiner le culot obtenu aseptiquement par la centrifugation de quelques centimètres cubes de liquide. Les tubes, soigneusement encapuchonnés, sont portés à l'étuve à 37 ou mieux à 39 degrés.

Au bout de deux ou trois semaines, en général parfois plus tôt, parfois plus tard, apparaissent des colonies visibles à l'œil nu, d'abord grosses comme des pointes d'épingle, puis comme des têtes d'épingle, et qui, en se développant, deviennent des masses saillantes, grumeleuses ou mûriformes, de coloration chocolat; l'examen microscopique les montre formées de bacilles de Koch caractéristiques.

Toujours, au cas de méningite tuberculeuse, l'ensemencement du liquide céphalo-rachidien a été suivi des résultats positifs (Bezançon et Griffon, Lutier, Griffon).

c. L'inoculation aux animaux donne des succès constants, dans le même temps que la culture; elle a sur cette dernière l'avantage d'être d'une pratique plus simple.

Le cobaye, qui bien plus facilement que le lapin contracte la tuberculose, est l'animal de choix pour l'inoculation. Le plus souvent on lui injecte dans le péritoine, selon la technique ordinaire, une partie du liquide extrait par la ponction.

Le cobaye meurt de tuberculose généralisée au bout de trois à six semaines, suivant la virulence du liquide injecté. On peut, sans attendre sa mort spontanée, le sacrifier au bout de trois semaines; les lésions tuberculeuses sont évidentes à l'autopsie.

Le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses étant extrêmement virulent, point n'est besoin d'en injecter de fortes doses; on en inocule d'ordinaire 2 centimètres cubes; l'injection d'un centimètre cube donne des résultats positifs [Widal et L. Le Sourd (1)]; Bezançon et Griffon (2), Lutier ont montré que souvent un quart de centimètre cube suffit à provoquer des lésions viscérales indiscutables. Même après centrifugation, le liquide peut tuberculiser le cobaye.

On peut, suivant le procédé d'Arloing, pratiquer l'inoculation du lapin pour mesurer le degré de virulence du liquide. Cet animal, loin d'être follement tuberculeux, est bien plus résistant que le cobaye au bacille de Koch. Si au bout de deux mois ses poumons sont intacts, ou ne contiennent que de rares tubercules, on considérera les bacilles inoculés comme atténués; s'ils sont farcis de tubercules on conclura que les bacilles possèdent une virulence ordinaire. Par ce procédé, Bezançon et Griffon ont montré que le liquide céphalo-rachidien de la méningite tuberculeuse est vingt fois moins virulent que l'épanchement de la pleurésie franche (3).

L'inoculation intra-péritonéale n'est pratiquée qu'avec un liquide aseptique; si on suppose celui-ci infecté par des germes étrangers, on doit recourir à l'inoculation sous-cutanée. On pousse l'injection à la face interne de la cuisse.

(1) Soc. de biol., 20 juillet 1902.
(2) Soc. de biol., 21 fév. 1903.
(3) Soc. de biol., 21 fév. 1903.

En quelques jours se forme au point d'inoculation un tubercule, qui bientôt s'ulcère; les ganglions inguinaux s'hypertrophient et s'indurent, puis les ganglions sous-lombaires et rétro-hépatique. L'animal se cachectise et meurt dans un délai de six semaines à plusieurs mois. Les résultats sont donc moins rapides par cette méthode que par l'inoculation intra-péritonéale.

Nattan-Larrier et Griffon (1) ont inoculé le liquide céphalo-rachidien dans les mamelles des cobayes pour y révéler le bacille de Koch par la production d'une mammite spécifique. Si on injecte à une femelle en période de gestation ou d'allaitement une petite quantité de liquide tuberculeux en dedans du mamelon, la glande ne tarde pas à se tuméfier, la sécrétion lactée devient puriforme, une adénopathie inguinale apparaît; puis la mammite s'ulcère et le cobaye finit par succomber à la généralisation du processus tuberculeux. En examinant régulièrement le liquide qui s'écoule du mamelon, on peut y trouver du huitième au quinzième jour des bacilles isolés ou en petits groupes, libres ou inclus dans des polynucléaires. La nature tuberculeuse de la méningite serait ainsi jugée de façon précoce. Mais, pour Lutier, cette méthode ne donne pas de résultats constants.

On peut encore inoculer le liquide céphalo rachidien soupçonné d'infection tuberculeuse sous l'arachnoïde atloïdo-occipitale des cobayes (Martin, Sicard); mais par cette voie mal accessible, on n'obtient que des résultats tardifs.

En résumé, tous ces procédés ne sont pas sans inconvénients. La recherche microscopique directe du bacille est simple et fournit une réponse immédiate; mais elle ne donne des résultats positifs que dans un peu plus de la moitié des cas. La culture sur gélose sanglante et l'inoculation intra-péritonéale au cobaye, plus faciles, sont des méthodes fidèles et qui permettent un diagnostic rigoureux, mais trop souvent rétrospectif.

IV

Cytodiagnostic. — L'examen cytologique a le double avantage de donner sur-le-champ des renseignements de grande valeur. Sa technique doit être connue de tous. On recueille 3 à 4 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien directement dans un tube à centrifuger effilé à son extrémité inférieure; on centrifuge pendant dix minutes avec un appareil très rapide; on décante soigneusement le liquide en renversant le tube, que l'on redresse après l'avoir laissé égoutter avec soin sur du papier buvard. On introduit dans l'effilure du tube maintenu renversé l'extrémité très fine d'une pipette avec laquelle on gratte et dissocie le dépôt resté adhérent, parfois invisible à l'œil nu; ce dépôt y entre en totalité, sur trois ou quatre lames; on le dépose ensuite par petites gouttelettes qu'on étale à peine. On laisse sécher ces lames, puis on fixe à l'alcool-éther pour la coloration à l'hématéine-éosine, au bleu de Unna ou à la thionine. La coloration au triacide d'Ehrlich nécessite la fixation des éléments, soit à l'aide de la chaleur à la plaque de toluène (110 degrés), soit à l'aide d'un bain de chloroforme pendant cinq à dix minutes (Josué).

A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien ne contient que peu ou pas d'éléments cellulaires.

Dans la méningite tuberculeuse, l'examen cytologique révèle une lymphocytose pure ou prédominante, mêlée parfois de quelques polynucléaires ou de quelques cellules endothéliales desquamées [Widal, Sicard et Ravaut (1)].

(1) Soc. de biol., 14 fév. 1903.

Au contraire dans la méningite bactérienne, la polynucléose est de règle.

Cependant quelques auteurs, dans des méningites tuberculeuses confirmées, ont constaté la prédominance des polynucléaires sur les lymphocytes. Lewkowicz attribue cette polynucléose à l'existence des foyers caséeux anciens des méninges. Bernard, Bruneau, etc., l'imputent aux associations microbiennes qui se joignent parfois à la tuberculose méningée (2).

Inversement, des méningites non tuberculeuses peuvent s'accompagner d'une lymphocytose abondante. Widal et Le Sourd (3), Sicard et Monod (4) ont constaté celle-ci dans des méningites aiguës syphilitiques guéries par le traitement spécifique; Méry et Babonneix (5) l'ont relevée au cours de la méningite typhique.

D'autres fois, l'examen cytologique fait tardivement vers la fin d'une méningite bactérienne démontre la seule présence des polynucléaires; les lymphocytes, d'abord notés, ont disparu. Cette lymphocytose est un indice de guérison. Au début quand l'infection se fait brutale, massive sur le sac arachnoïdo-pie-mérien, sous l'influence d'une bactérie virulente, il y a exode de polynucléaires, qui sont par excellence les éléments de combat. Puis, quand la lutte s'éteint, quand la maladie tend vers la guérison, le polynucléaire laisse place au lymphocyte (Sicard, Labbé et Castaigne, Achard et Laubry, etc.).

Il faut donc, dans la pratique du cytodiagnostic, éviter certaines erreurs d'interprétation. Au cours des pneumonies avec délire ou même à l'état de santé, le liquide céphalo-rachidien contient parfois des lymphocytes; mais cette lymphocytose, très discrète, ne saurait être confondue avec la lymphocytose abondante des méningites tuberculeuses; le procédé de numération préconisé par Laignel-Lavastine (6) rend bien compte de cette différence.

La constatation d'une lymphocytose marquée n'indique un processus tuberculeux qu'autant que l'examen clinique révèle des signes de méningites aiguës; certaines maladies chroniques du système nerveux, comme le tabes, la paralysie générale, la sclérose en plaques, la syphilis chronique cérébro-spinale, produisent en effet dans le liquide céphalo-rachidien un afflux lymphocytaire.

Ces réserves faites, la seule présence dans le liquide céphalo-rachidien de lymphocytes ou de polynucléaires, suffit dans la plupart des cas à révéler la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse d'une méningite aiguë. Chaque variété leucocytaire n'est pas spécifique d'une variété d'infection. « La présence du lymphocyte n'est que la manifestation banale d'une irritation subaiguë de la séreuse, insuffisante pour nécessiter l'apport de polynucléaires; le polynucléaire au contraire est un élément de lutte, de défense, dont la présence est provoquée par une infection aiguë » (Widal).

Ainsi la ponction lombaire fournit au diagnostic de la méningite tuberculeuse un appoint précieux. De tous les

(1) Soc. de biol., 13 oct. 1900.
(2) Voir art. Méry, *Bull. méd.*, 14 mai 1902.
(3) Soc. méd. des hôpit., fév. 1902.
(4) Soc. méd. des hôpit., 18 janv. 1901.
(5) Soc. de pédiat., 18 fév. 1902.
(6) Soc. de biol., 24 mai 1901.

procédés de recherche qu'elle permet, l'examen bactériologique est le seul rigoureux ; mais il exige un trop long délai.

L'examen cytologique suffit, dans la plupart des cas, à caractériser l'infection. Mais l'enquête du laboratoire ne saurait remplacer l'observation clinique : elles se prêtent l'une à l'autre un mutuel appui. La seule constatation d'une lymphocytose dans un liquide céphalo-rachidien n'entraîne pas le diagnostic de méningite tuberculeuse; mais, si des symptômes dénoncent en même temps une réaction méningée aiguë, elle permet d'affirmer l'existence d'une méningite provoquée par le bacille de Koch. Parfois cependant, le tableau clinique à peine ébauché n'autorise aucune hypothèse. L'examen du liquide céphalo-rachidien, s'il ne fournit pas toutes les fois la certitude, réduit au moins dans des proportions considérables les cas où le diagnostic ne peut être élucidé. Le pronostic devient aussi plus précis. On a dit que la méningite tuberculeuse n'était pas fatalement mortelle; cette opinion est vivement contestée. Dorénavant, on ne pourra plus parler de méningites tuberculeuses guéries sans avoir fait la preuve de l'infection par l'examen bactériologique et cytologique du liquide céphalo-rachidien.

XVIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(TENU A PARIS, OCTOBRE 1903)

La première séance a été consacrée à la lecture du rapport sur l'**exclusion de l'intestin** et à la discussion sur cette question.

Nous ne reviendrons pas sur le rapport que nous avons publié *in extenso* dans l'un de nos précédents numéros (1). M. Roux (de Lausanne), qui prend la parole immédiatement après le rapporteur, a fait 18 fois l'exclusion de l'intestin pour des cancers inopérables, il a eu 3 morts immédiates. Deux malades ont survécu deux ans, mais chez tous l'exclusion a amené une cessation des douleurs. A ce point de vue M. Roux croit l'exclusion supérieure à l'ancienne entéro-anastomose.

Il a pratiqué 11 fois avec succès l'exclusion dans 11 cas d'appendicite à froid, lorsque des lésions étendues péri-cæcales faisaient craindre que le cours des matières ne se rétablisse pas régulièrement. Ces cas doivent être rares et l'on se demande pourquoi, dans ce cas, le chirurgien de Lausanne n'a pas eu recours à une simple entéro-anastomose complémentaire qui *à priori* paraît suffisante et plus simple.

Il a pratiqué également l'exclusion dans plusieurs cas de tuberculose cæcale avec le même succès. Ici, l'indication est plus nette et il convient de se demander si dans l'avenir ce ne sera pas le vrai traitement de la tuberculose du cæcum.

En résumé sur 48 exclusions de l'intestin, il n'a eu que 6 morts, ce qui est une statistique encourageante.

M. Tédenat (de Montpellier) a fait 2 entéro-anastomoses, l'une pour un cancer de l'intestin avec survie de deux mois, l'autre pour tuberculose iléo-cæcale, avec survie de deux ans. Bien qu'il ait réséqué 3 fois avec succès des cæcums tuberculeux, étant donné la difficulté et la complexité de l'acte opératoire, M. Tédenat croit que l'exclusion est plus simple. C'est ce qu'il a fait dans un cas.

Il signale un cas d'exclusion bilatérale du côlon transverse pour fistule, avec guérison.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, nº 114, p. 1125.

Les deux cas de tuberculose cæcale opérés par M. Girard (de Berne) ne sont pas favorables à l'exclusion. Dans un cas il pratiqua l'exclusion unilatérale qui fut insuffisante et n'arrêta pas le reflux des matières. Dans un deuxième cas il fit l'exclusion bilatérale, qui lui permit de réséquer ultérieurement la partie exclue. Mais le malade succomba néanmoins à la tuberculose.

M. Doyen paraît peu enclin à pratiquer l'exclusion; il préfère la résection de la partie malade, et, à cette occasion, vante à nouveau les bons effets de sa pince écrasante, qui est d'ailleurs peu employée.

M. Montprofit (d'Angers) a apporté à la technique de l'exclusion une heureuse modification : il pratique, dans le cas de lésion cæcale, une double implantation de l'iléon, il anastomose le bout central de l'iléon dans le gros intestin au-dessus de l'exclusion; le bout distal, tenant à la portion exclue, est anastomosé avec l'anse sigmoïde, ce qui évite la fistule interne toujours si désagréable et assure l'écoulement des sécrétions de la portion exclue par la voie rectale. C'est là un ingénieux procédé qui mérite d'être expérimenté.

Un cas de M. Berger est intéressant car il prouve la supériorité de l'exclusion sur la simple entéro-anastomose. Ayant à traiter une fistule pyo-stercorale, il fit d'abord la simple entéro-anastomose qui n'empêcha pas l'écoulement de pus et de matières, il dut ultérieurement pratiquer l'exclusion bilatérale et le malade guérit. C'est un exemple à peu près analogue que cite M. Mauclaire.

M. Morestin cite un cas où l'exclusion lui a permis d'enlever ultérieurement un cæcum cancéreux, par suite de la disparition des masses inflammatoires péri-cæcales.

De la communication de M. Depage (de Bruxelles), il résulte surtout que bien souvent, dans le cas de lésions intestinales complexes, il est difficile de reconnaître les lésions et de savoir exactement d'avance ce qu'il convient de faire. Dans les cas très complexes, il faut le plus souvent faire la simple anastomose ou recourir à l'entérectomie.

M. Maire (de Vichy), pour faciliter les sutures d'intestin à intestin, s'est trouvé bien d'introduire un cylindre de pâte alimentaire, appelé *caneloni*, dans la lumière de l'intestin. Il nous semble que M. Souligoux avait déjà recommandé un procédé analogue, mais qu'il utilisait des cylindres de matières sucrées utilisées dans la pâtisserie.

M. H. Haberer (de Vienne) lit la statistique du professeur von Eiselsberg. Cette statistique porte sur 48 cas d'anastomose latérale, 8 cas d'exclusion unilatérale et 14 cas d'exclusion totale.

Nous ne parlerons pas des entéro-anastomoses qui sont en dehors de la question.

Les 8 exclusions unilatérales ont donné 7 guérisons opératoires et 1 mort seulement.

Parmi les 14 individus chez lesquels l'exclusion totale a été pratiquée, 3 sont morts de péritonite à la suite de l'intervention.

Voici maintenant ce qui concerne la durée des survies :

Des 7 cas d'exclusion unilatérale suivis de guérison opératoire, 4 se sont terminés par la mort, mais après dix-huit mois seulement pour 3 d'entre eux; pour un autre, la survie est de deux ans déjà; les deux derniers malades ont été perdus de vue.

Parmi les 11 patients qui ont survécu à l'exclusion totale, 4 sont morts de deux à vingt mois après l'opération; les 7 autres cas ont été suivis de guérison complète.

L'entéro-anastomose a été pratiquée plus fréquemment

que les deux autres opérations, parce qu'il s'agissait le plus souvent de malades dont l'état général exigeait qu'on eût recours à l'intervention la plus simple et la plus rapide. L'exclusion unilatérale de l'intestin, intermédiaire entre l'anastomose latérale et l'exclusion totale, a sur l'anastomose l'avantage de réaliser une exclusion plus radicale de la partie atteinte de l'intestin, mais elle ne peut empêcher complètement le contenu intestinal de passer par le segment altéré, comme le fait l'exclusion totale. Celle-ci doit donc être préférée à l'exclusion unilatérale, lorsqu'il paraît nécessaire d'exclure la portion malade de l'intestin et que l'état général du patient n'exige pas l'opération la plus simple. Pour la guérison des fistules intestinales extérieures, l'exclusion totale reste la méthode souveraine.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

La chirurgie générale donne lieu à peu de communications. M. Reboul (de Nîmes), après la communication de Crédé sur les propriétés antimicrobiennes de l'argent a employé comme pansement des plaies anciennes, lupus, vieux ulcères, etc., des **feuilles d'argent laminé**, stérilisées à 140 degrés; il en a obtenu de très bons résultats.

M. Thiéry rapporte des cas de **traitement abortif des furoncles** par les injections de gaz oxygène, d'après la méthode de Thiriar (de Bruxelles).

M. Morestin a pu observer à l'hôpital Saint-Louis sept cas d'**épithéliomas développés sur des lupus**. C'est un fait bien connu de localisation du cancer sur un lieu de moindre résistance favorable à son développement. Chaque fois qu'il l'a pu, M. Morestin a fait l'extirpation du lupus et du cancer. Il a fallu faire de larges pertes de substance, c'est la seule façon d'obtenir des guérisons durables. D'ailleurs les plus grandes pertes de substance de la face, ainsi que M. Morestin l'a déjà démontré, peuvent être plus ou moins facilement comblées par des décollements étendus des téguments du cou.

M. Delangre (de Tournai) a eu plusieurs fois recours à ce qu'il appelle des **plombages à la paraffine iodoformée**. Il a recours à un mélange de trois parties de paraffine pour une d'iodoforme et il s'en sert pour combler les cavités pathologiques en communication avec l'air extérieur. Il cite un cas curieux de kyste ovarique intra-ligamentaire qu'il fut obligé de marsupialiser à cause de la friabilité de la partie adhérente aux viscères environnants. L'occlusion de paraffine fut exécutée en quatre temps. Après une dizaine de jours les fils furent enlevés et la réunion obtenue par première intention. Malgré ce succès nous doutons que les collègues de M. Delangre s'empressent de le suivre dans cette voie.

La **botryomycose** est remise en discussion par M. Savariaud, qui rapporte un nouveau cas où des cultures, effectuées avec du suc pris à la surface et dans le centre de la tumeur, sont restées stériles, contrairement à ce qu'ont écrit M. Poncet et ses élèves. Pour M. Savariaud l'absence de micro-organismes au centre de la tumeur est une preuve de plus qu'on se trouve en présence d'une simple variété de bourgeons charnus.

M. Thiéry n'ose pas affirmer que bactériologiquement ces botryomycomes ne sont pas de simples bourgeons charnus, mais il ne peut s'empêcher de voir cliniquement dans ces tumeurs quelque chose de bien spécial.

Bien que la distinction soit difficile entre le botryomycome et le bourgeon charnu vulgaire, M. Poncet par l'évolution, M. Dor par la comparaison avec certaines lésions botryomycosiques des animaux, n'hésitent pas à croire à la spécificité des micro-organismes des botryomycomes.

M. Cazin riposte que dans deux cas il a pu faire l'examen histologique et bactériologique de petits botryomycomes et a vu que ces tumeurs étaient constituées par de vulgaires bourgeons charnus sans aucune spécificité. Il faut donc admettre qu'il y a chez l'homme des bourgeons charnus vulgaires pseudo-botryomycosiques, à côté de véritables botryomycomes nettement affirmés par MM. Dor et Poncet.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(3 novembre 1903)

La campagne entreprise par M. Richelot en faveur de l'**hystérectomie totale**, qu'il faut, selon lui, préférer à la subtotale pour le traitement de tous les fibromes utérins, ne rallie pas jusqu'ici beaucoup de partisans. En effet tous ceux de ses collègues qui ont pris la parole dans cette discussion se sont trouvés d'accord pour soutenir cette opinion que, d'une part, la dégénérescence cancéreuse des fibromes est très exceptionnelle et ne saurait être une raison pour justifier, dans tous les cas, l'hystérectomie totale et que, d'autre part, la subtotale est une opération plus facile, plus bénigne, plus rapide et moins sanglante, si tant est qu'elle le soit, que la totale. Tel est, en somme, le résumé des arguments qui ont été tour à tour présentés par MM. Poirier, Segond, Ricard, Routier et Schwartz. L'argumentation de M. Ricard ne s'est pas bornée à ces seules objections; c'est une critique sévère des faits invoqués par M. Richelot à l'appui de sa thèse. M. Ricard, en effet, reprenant la discussion ouverte par M. Richelot, réfute un à un les arguments de son collègue. Il démontre que l'hystérectomie subtotale est infiniment plus simple, plus rapide et plus bénigne que la totale. Il ne partage pas l'indifférence de M. Richelot vis-à-vis des microbes du vagin, et il rappelle que l'hémorragie de la tranche vaginale a souvent rendu longue et difficile l'hystérectomie totale. Quant à la dégénérescence ultérieure du moignon vaginal, laissé après l'hystérectomie subtotale, M. Ricard la croit exceptionnelle. En examinant attentivement les observations de M. Richelot, il voit que la plupart manquent de détails, ont trait à de vieilles opérations à pédicule externe et que presque toujours l'apparition du cancer a suivi de quelques mois l'opération sur le fibrome, preuve indéniable que le cancer existait au moment de l'opération et que la maladie avait été mal observée et opérée à tort par la méthode subtotale.

En laissant un minimum de col, en pratiquant l'hystérectomie complète lorsque le col est malade ou simplement suspect, on se mettra à l'abri de cette dégénérescence cancéreuse.

La dissertation de M. Richelot sur les « relations mystérieuses » qui unissent la sclérose utérine, le fibrome et le cancer, n'est pas suffisante pour entraîner la conviction.

Quant à la myomectomie, M. Ricard s'en tient aux conclusions de son rapport de 1899 au congrès de chirurgie. La myomectomie doit être réservée aux femmes jeunes, à annexes saines, à fibrome unique, femmes chez lesquelles la maternité est encore possible.

Chez les femmes qui ne sont plus dans la période génitale, soit du fait de leur âge, soit du fait de lésions annexielles doubles, chez les femmes à fibromes multiples où la myomectomie risque d'être incomplète, il faut considérer cette opération comme mauvaise malgré les avantages apparents qu'on fait miroiter aux yeux des malades.

Quant à M. Routier, il déclare tout d'abord que, dans sa pratique étendue, il n'a jamais observé la dégénérescence cancéreuse des moignons utérins laissés dans le ventre après l'hystérectomie subtotale. Après avoir pratiqué de parti pris pendant un certain temps l'hystérectomie abdominale totale, M. Routier, comme beaucoup de chirurgiens, a définitivement adopté la subtotale avec petit moignon utérin. Il n'a recours à la totale que dans les cas les plus graves, compliqués, par exemple, de salpingite suppurée. Mais il est incontestable pour M. Routier que la subtotale est beaucoup plus facile, plus rapide, plus bénigne. Dans la totale, les tranches vaginales saignent beaucoup et l'hémostase demande souvent un certain temps; c'est pourquoi, dans la grande majorité des cas de fibromes, M. Routier s'en tient à l'hystérectomie subtotale, réservant la totale pour les cas difficiles et compliqués. Il fait toujours le drainage par le vagin.

M. Schwartz, pas plus que M. Routier, n'a jamais observé la dégénérescence cancéreuse des fibromes opérés par l'hystérectomie subtotale. D'ailleurs, M. Richelot, sur l'énorme quantité de fibromes opérés, n'a pu relever qu'une quinzaine de cas, dont plusieurs même sont discutables. D'autre part quand il s'agit vraiment du cancer pris pour du fibrome, l'hystérectomie totale ne met pas à l'abri de la récidive. M. Schwartz a vu plusieurs exemples de ce genre. Pour le vrai fibrome, l'ablation subtotale suffit et M. Schwartz n'a jamais vu, dans ces cas, de cancers secondaires du col. Dans l'hystérectomie totale, il peut compter, avec l'hémorragie, les difficultés de l'hémostase. Contrairement à ce que pense M. Richelot, M. Schwartz estime qu'au point de vue de l'infection, un col utérin bien cautérisé au thermocautère et fermé, est moins dangereux que l'ouverture du vagin. Le péril vaginal n'est donc pas, pour M. Schwartz, un vain mot dans l'hystérectomie abdominale totale.

En résumé, M. Schwartz considère l'hystérectomie subtotale comme un grand progrès sur l'hystérectomie totale.

Plusieurs orateurs se sont fait inscrire pour prendre part à cette discussion.

A propos du procès-verbal, M. Reynier est revenu sur la constitution anatomique du *péricarde* au sujet de laquelle on a discuté dans la dernière séance. Membrane molle, flexible, mobile comme le scrotum, se moulant sur le cœur et en suivant exactement tous les mouvements, avait dit M. Poirier. Cette description s'éloignait quelque peu des descriptions classiques. M. Reynier, qui n'était rien moins que convaincu, a fait des recherches cadavériques et a disséqué le péricarde; ces recherches n'ont fait que confirmer son opinion antérieure sur le péricarde, à savoir que c'est un sac fibreux très épais, surtout en avant, fortement tendu en haut, en bas et sur un des côtés par de puissants ligaments, ne pouvant conséquemment jouir d'une grande mobilité. Comme on le voit, nous sommes loin de la mobilité du scrotum.

M. Sébileau ne croit pas qu'il soit impossible de mettre d'accord MM. Poirier et Reynier; en effet, il admet, avec M. Reynier, que le péricarde est un sac fibreux, dur, dense, épais, mais si dur, si dense, si épais que soit ce sac, M. Sébileau admet avec M. Poirier que ce sac se moule, se modèle sur le cœur et en suit tous les mouvements. En effet, ajoute M. Sébileau, il ne faut pas comparer ce qui a lieu sur le vivant avec ce que l'on constate sur le cadavre. Sur celui-ci, il y a un espace vide entre le péricarde et le cœur, tandis que sur le vivant, comme l'a dit très justement M. Poirier, la membrane péricardique se trouve toujours appliquée sur le cœur et en suit tous les mouvements.

M. Reclus a assisté à une opération pratiquée par M. Delorme au cours de laquelle il lui a été donné de constater que, sur le vivant, le péricarde suit tous les mouvements cardiaques.

M. Potherat, en opérant un kyste hydatique du lobe gauche du foie, a pu voir que le péricarde et le cœur formaient une masse unique se mouvant et se moulant ensemble.

M. Walther rappelle plusieurs cas de symphyse cardiaque qui ont été opérés, en Allemagne, et d'où il ressort que la membrane péricardique se meut exactement avec le cœur à l'état normal. Or, dans un cas de symphyse cardiaque, c'est précisément ce défaut de mobilité de la membrane péricardique qui gêne le cœur dans son fonctionnement et c'est à la libération de cette membrane que tendent les opérations pratiquées en Allemagne.

M. Reynier se trouve d'accord, sur la plupart des points, avec ses collègues. Mais il n'en reste pas moins acquis que la membrane péricardique, qualifiée par M. Poirier de molle, flexible, etc., est, en réalité, dure, dense, épaisse et qu'on ne saurait, en conséquence, comparer le péricarde au scrotum.

M. Faure, au cours d'opérations, a eu l'occasion de voir, deux fois, le **canal thoracique**. Dans le premier cas, il s'agissait d'une tumeur maligne du lobe gauche du corps thyroïde. Dans le second cas, M. Faure blessa le canal thoracique. Il s'agissait d'une tumeur maligne de la partie supérieure du médiastin avec des ganglions de la région carotidienne. Il fit d'abord une incision le long du sterno-cléido-mastoïdien, sectionna ce muscle, arriva sur les ganglions qu'il extirpa; l'un de ceux-ci était adhérent à la jugulaire interne qu'il fallut sectionner au-dessus. En poursuivant la dissection des ganglions, M. Faure s'aperçut que le champ opératoire était inondé d'un liquide clair; il n'était plus douteux que le canal thoracique fût ouvert. M. Faure alla à sa recherche, le trouva et fit une ligature latérale du canal thoracique. L'écoulement du liquide s'arrêta aussitôt.

M. Terrier fait observer que dans les expériences sur les animaux, quand on a ouvert le canal thoracique pour recueillir du chyle, il est inutile de le suturer, le canal se fermant de lui-même par cicatrisation spontanée. Peut-être M. Faure aurait-il pu se dispenser de la suture qu'il a pratiquée.

M. Ricard rappelle un fait qu'il a communiqué à la Société et dans lequel, après l'ablation d'une tumeur du corps thyroïde, il se fit un écoulement considérable du chyle. Une simple compression suffit pour arrêter cet écoulement et favoriser la cicatrisation du canal thoracique qui avait été ouvert.

M. Faure tout en sachant que ces plaies du canal thoracique se ferment très bien d'elles-mêmes, a préféré recourir à la suture, au cours d'une opération, comme étant beaucoup plus sûre.

Parmi les présentations, signalons un jeune homme de vingt-sept ans, qui était atteint de hernie inguinale congé-

nitale, avec double ectopie testiculaire; ses testicules n'étaient plus apparents et ce jeune homme, bien qu'il pût très bien accomplir ses fonctions génitales, était très humilié, très attristé de cette absence apparente des testicules. Il vint demander à M. Guinard de le guérir de sa hernie et de lui mettre des testicules artificiels dans ses bourses. M. Guinard consentit, fit la cure radicale de la hernie, et après avoir fait de chaque côté une incision, inséra dans la tunique vaginale, de chaque côté, un testicule en paraffine. Ce n'est pas là précisément le testicule moral de Verneuil, mais bien un testicule trompe-l'œil.

A ce propos, M. Berger demande à M. Tuffier ce que sont devenus plusieurs sujets, chez lesquels M. Tuffier avait inséré des testicules artificiels métalliques.

M. Tuffier répond que plusieurs de ces sujets furent assez mécontents, ces testicules artificiels ayant déterminé chez eux des fistules qui ont obligé à enlever ces corps étrangers.

M. Reclus a vu un de ces opérés de M. Tuffier qui était en train de faire un abcès autour de son corps étranger.

M. Reynier a, chez un garçon de café, remplacé un testicule par une boule de sonde œsophagienne. Le résultat fut trèsbon et ce sujet fait volontiers tâter son testicule artificiel.

M. Guinard, sachant avec quelle facilité s'éliminent les corps métalliques introduits dans l'économie, a précisément choisi la paraffine qui fait corps avec les tissus et qui, par ce fait, n'a pas de tendance à s'éliminer.

M. Berger présente une malade à laquelle il a pratiqué une **résection orthopédique du coude** pour ankylose totale dans l'extension à la suite d'une arthrite; il y avait aussi une paralysie du nerf cubital. M. Berger fit une résection dans le double but de rendre les mouvements à ce bras et de libérer le nerf cubital. Le résultat fonctionnel obtenu est des plus satisfaisants.

M. Potherat présente un **kyste ovarique** qui s'était complètement rompu dans le ventre.

M. Legueu présente une aiguille de relieur et une canule d'irrigateur qu'il a retirées de la vessie, l'une par les voies naturelles, l'autre par une taille vésicale.

M. Hartmann estime que, dans ce dernier cas, on aurait pu retirer le corps étranger par les voies naturelles.

M. Routier a retiré plusieurs corps étrangers de ce genre par la voie vésico-vaginale. Il n'est même pas nécessaire, dans ces cas, de refermer l'ouverture vésico-vaginale.

M. Guinard présente un cæcum et une fin d'iléon qu'il a dû réséquer pour un **cancer du cæcum**. Cet homme, âgé de cinquante-quatre ans, avait eu une crise d'appendicite et c'est en voulant opérer cette appendicite à froid qu'on trouva ce cancer du cæcum. M. Guinard fit, dans ce cas, une anastomose iléo-rectale, c'est-à-dire l'exclusion de côlon ascendant, du côlon transverse, du côlon descendant et de l'S iliaque.

M. Tuffier rapporte un fait analogue.

PRATIQUE MÉDICALE

Le traitement de la dysenterie par l'eau minérale du Pestrin.

Par le docteur E. Renaud (de Paris).

Les eaux minérales du Pestrin (près de Vals) sont connues depuis de longues années comme des eaux antidiarrhéiques par excellence.

Froides, gazeuses, bicarbonatées calciques et sodiques, ferrugineuses, d'une saveur fraîche et piquante, n'altérant pas le vin, ces eaux doivent une partie de leur tonicité aux propriétés du bicarbonate de chaux qu'elles ont en excès. C'est ainsi qu'elles évitent l'écueil de l'anémie alcaline amenée par l'usage prolongé des eaux bicarbonatées, sodiques, et que de tout temps on a pu les considérer comme l'un des compléments les plus précieux de la cure à Vals ou à Vichy.

C'est à ce titre que les docteurs Tourette, Bourgarel et Taulier furent amenés à employer les eaux du Pestrin dans la dyspepsie intestinale, où le symptôme prédominant est la diarrhée, et dans la dysenterie des pays chauds.

Les différentes publications faites dans les sociétés savantes, à la Société d'hydrologie, notamment les très intéressantes observations recueillies par le docteur de Ruelle (de Marseille) il y a plus de vingt ans, et par le docteur Taulier, ont bien mis en lumière les qualités de cette eau que nous croyons unique en son genre.

Dans un cas de dysenterie très grave chez une jeune femme revenant des colonies, il nous a été donné récemment d'obtenir des effets surprenants avec l'eau du Pestrin. En moins de trois semaines nous avons assisté à un arrêt de la diarrhée et à une véritable résurrection de la malade.

Ce résultat nous paraît être d'autant plus intéressant que dans ce cas l'eau du Pestrin a été employée seule. Si nous rapprochons ce cas isolé des nombreuses observations rapportées par les auteurs cités plus haut, il nous semble que l'on ne peut douter de leur efficacité.

Dans cette courte note, nous n'avons envisagé que l'une des indications de l'eau du Pestrin, mais les eaux antidiarrhéiques ne sont pas communes, c'est cela même qui nous a engagé à attirer à nouveau l'attention sur elles.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Écarteur abdominal (1).

Les chirurgiens ont été frappés des inconvénients que présentent la plupart des écarteurs abdominaux actuellement en usage. Les uns vont chercher un point d'appui hors du camp opératoire, c'est-à-dire dans une région non aseptique, les autres sont gênants par leur peu de fixité, qui est telle qu'ils nécessitent parfois un aide pour les tenir en place, ce qui va à l'encontre du but que se propose un bon écarteur abdominal.

L'écarteur que M. Ricard préconise s'inspire du compas de Delagenière, mais il s'en écarte par un certain nombre de points particuliers.

Tout d'abord, il est destiné à agir dans le sens transversal et non plus dans le sens vertical; pour cela il a fallu lui faire subir un certain nombre de modifications. Les branches du compas sont en raquette, ce qui permet, lors de l'écartement maximum des branches, que le compas n'empiète pas sur le champ opératoire. Les dents qui maintenaient le cran d'arrêt ont été diminuées de profondeur et augmentées de nombre afin de permettre un écartement plus progressif et sans à-coups. Une troisième valve, qui tient la vessie ramassée derrière le pubis, complète l'action des deux autres.

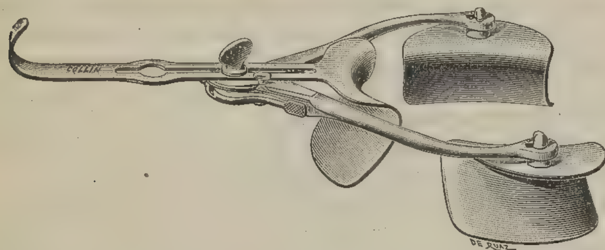
Ces valves ont une courbure complexe qui leur permet de mieux épouser le rebord de l'incision, de s'adapter à l'épaisseur des parois, de dégager les plans profonds, en les éclairant. Il existe plusieurs jeux de valves, de dimensions différentes.

Cet écarteur a l'avantage de donner un jour considérable, puisque rien n'empêcherait d'écarter les branches du compas d'une épine iliaque à l'autre, si c'était nécessaire. Enfin, et surtout, si le chirurgien sait bien s'en servir, il est d'une

(1) Présenté par M. Ricard à la Société de chirurgie.

fixité absolue. Une fois en place, il fait corps avec les tissus et ne bouge plus jusqu'à la fin de l'opération.

Pour le mettre en place, le chirurgien introduit les valves entre les lèvres de la plaie abdominale, puis il fait, sur ces valves, un effort d'écartement qui n'a de limites que la



limite de résistance offerte par les bords de l'incision. C'est la tension même de ces bords qui donne à l'instrument sa fixité. L'incision doit-elle être agrandie, un nouvel écartement des valves doit tendre à nouveau les parois.

Il suffit de regarder l'instrument pour saisir de suite comment se place et se fixe la troisième valve sus-pubienne.

Pour enlever l'écarteur, l'aide exerçant une traction d'écartement sur l'une des valves, l'opérateur fait un effort parallèle sur la valve opposée, et de l'autre main presse sur le levier d'encliquetage. Les dents du cran d'arrêt n'étant plus encliquetées, rien ne s'oppose plus à la fermeture des branches du compas, qui se rapprochent et permettent l'extraction des valves. Si le chirurgien néglige ce tour de main, il risque d'être très gêné pour retirer son instrument.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris. — Le comité de l'Association des internes et anciens internes s'est réuni le 26 octobre dernier.

Il s'est occupé d'un procès intenté à un ancien interne pour une opération qu'il aurait pratiquée pendant son internat. Il a accordé son appui moral à notre ancien collègue et a voté une allocation pour l'aider provisoirement à soutenir les frais du procès.

La création d'un « Bulletin de l'internat » a été décidée : ce Bulletin paraîtra quatre fois par an, rendra compte des séances du comité et de toutes les questions intéressant les internes et anciens internes.

Le comité a décidé de demander à l'Assistance publique que les internes de quatrième année qui ont concouru à la médaille d'or puissent concourir aux hôpitaux après six mois de doctorat seulement, alors qu'actuellement on exige une année; cette modification leur permettra de préparer leur thèse jusqu'aux derniers jours de leur internat.

Un de nos collègues a été chargé de démarches auprès du directeur général et du Conseil municipal dans le but d'obtenir le relèvement des crédits des bibliothèques des salles de garde.

Un secours a été accordé à une veuve d'ancien interne.

On a décidé l'insertion au Bulletin qui paraît annuellement des noms des membres de l'Association qui exercent une spécialité à Paris, en province ou à l'étranger.

Les collègues qui désirent l'insertion de leur nom sont priés de la demander, avant le 15 novembre prochain, à M. Crouzon, secrétaire du comité, interne à l'Hôtel-Dieu.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante troisième semaine, 779 décès, au lieu de 746 pendant la semaine précédente (moyenne 890)

La fièvre typhoïde a causé 11 décès (moyenne 11).

La variole a causé 0 décès (moyenne 3).

La rougeole a causé 6 décès (moyenne 2); la scarlatine, 0 décès (moyenne 2); la coqueluche, 6 décès (moyenne 5); la diphtérie, 6 décès (moyenne 7); le nombre des cas signalés par les médecins (73) indique une augmentation légère et est toujours très supérieur à la moyenne.

La diarrhée infantile a causé 31 décès de 0 à 1 an, au lieu de 45 pendant la semaine précédente (moyenne 90).

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 88 décès au lieu de 73 pendant la semaine précédente (moyenne 122). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (moyenne 9); bronchite chronique, 9 (moyenne 20); pneumonie, 19 (moyenne 28); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 55 (moyenne 65), dont 20 dus à la congestion pulmonaire et 22 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 191 décès; la méningite tuberculeuse, 13; la méningite simple, 12; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès.

Nouvelle publication scientifique. — Nous recevons le premier numéro de la *Clinique infantile*, journal de médecine de l'enfance, recueil bimensuel publié par notre éminent confrère le docteur Variot, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Nous adressons nos meilleurs vœux à notre confrère.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur G. Variot commencera ses conférences de clinique infantite le mardi 10 novembre, à dix heures et demie, salle Gillette, et continuera chaque mardi, à la même heure.

Enseignement de l'histologie.— M. le docteur Pettit, docteur ès sciences, commencera, le 10 novembre 1903, un enseignement (gratuit) pratique d'histologie comparée. Les leçons et manipulations ont lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à deux heures. S'inscrire d'avance, l'après-midi, 55, rue de Buffon, auprès du docteur Pettit.

Bureau médical de renseignements. — On nous annonce que deux jeunes docteurs en droit viennent de fonder, au quartier latin, 1, rue Dante, un bureau médical destiné à concentrer et à fournir aux jeunes docteurs tous les renseignements sur les clientèles à reprendre et les postes à créer à Paris, en province, à l'étranger et aux colonies.

Nous pensons que cette entreprise, qui paraît sérieuse, est appelée à rendre des services appréciables à tous ceux qui, pour des raisons de santé, désirent quitter leur clientèle et céder leur installation.

L'organisation d'un service de permutations, concentrant toutes les demandes et pouvant mettre immédiatement en rapport ceux de nos confrères qui désirent changer de localité, nous paraît également une innovation heureuse.

Nous souhaitons à MM. Breitel et Goret tout le succès que l'utilité de leur entreprise paraît devoir leur garantir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie d'urgence, par Félix Lejars, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon, membre de la Société de chirurgie, 4e édit. revue et augmentée. 1 vol. gr. in 8° avec 820 fig. dans le texte en noir et en couleurs dont 478 dessinées d'après nature par le docteur Daleine, 167 photographies originales et 16 planches hors texte en couleurs. — Prix : relié toile, 30 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 130. — MARDI 10 NOVEMBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 10 NOVEMBRE 1903. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 9 novembre 1903.

Nous avons reçu d'un des membres du Congrès de chirurgie la lettre suivante :

« Paris, le 27 octobre 1903.

Dans un récent article sur le Congrès de chirurgie (1), vous vous plaignez de l'insignifiance des communications en général. Comment n'avez-vous pas été frappé par certaines communications sensationnelles et sans doute appelées à un grand retentissement?

Vous dites que les grandes découvertes chirurgicales sont aujourd'hui plus rares! Mais n'avez-vous pas appris à ce Congrès que l'on guérit les tumeurs blanches en injectant dans les articulations un digestif puissant capable de dévorer tous les tissus tuberculeux? Votre correspondant a sans doute négligé de vous instruire de la méthode nouvelle de traitement des luxations congénitales de la hanche, méthode qui permet d'obtenir 100 guérisons sur 100 cas, avec résultat parfait et sans récidive aucune de la luxation?

Je m'étonne enfin que vous n'ayez pas été profondément ému devant l'annonce d'un sérum qui guérit merveilleusement les cancers inopérables!

J'en passe, et des meilleures! Mais n'y a-t il pas là de quoi contenter les plus difficiles?

Daignez, etc. »

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

LA MIGRAINE TARDIVEMENT AGGRAVÉE

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Il faut bien avouer que nous ne savons pas encore ce qu'est la migraine : nous ne savons rien de sa nature ni de sa pathogénie. L'entente n'est même pas complète sur les limites cliniques du syndrome. La plupart des auteurs qui l'ont étudiée étaient eux-mêmes des migraineux et ils considéraient leur migraine propre comme le type de la migraine franche, légitime, les autres types migrainoïdes ne représentant que les fausses migraines.

Quoi qu'il en soit des frontières de la migraine et des fausses migraines, il est un type clinique qui débute de bonne heure pour disparaître vers quarante à quarante-cinq ans. A cet âge, les accès cessent. Dans ce type, les crises ne surviennent ni trop souvent ni trop rarement; une ou plusieurs fois par mois, jamais plus d'une fois par semaine, jamais moins de huit à dix fois par an. La douleur est unilatérale, elle débute le plus souvent autour d'un œil dans une étendue que le malade peu couvrir avec la main. Parfois cependant, elle se montre en arrière, vers la nuque; quoi qu'il en soit elle reste unilatérale : c'est l'hémicranie. La céphalée plus ou moins intense s'accompagne d'un état de malaise général, de nausée et de vomissements. Le malade ne peut supporter aucune alimentation; les vomissements sont assez souvent tardifs. La crise dure au moins vingt-quatre heures, souvent trente-six. Elle comprend une nuit pendant laquelle le sommeil est nul ou agité. Lorsque le malade peut manger, cela indique la fin de la crise; mais toutefois, disait Lasègue, dont nous venons de reproduire les idées et qui décrivait sa propre migraine, l'accès n'est véritablement terminé que lorsque le malade est allé à la selle.

Ces crises débutent dans l'enfance, vers dix ans assez souvent; elles durent ainsi jusqu'à quarante à quarante-cinq ans, plus ou moins fréquentes, plus ou moins influencées par des circonstances différentes : travail intellectuel, surmenage, chagrin, soucis, écarts de régime. Vers quarante à quarante-cinq ans, les crises tendent à s'atténuer et à devenir plus rares; elles finissent par disparaître complètement.

A côté de ce type assez net par la durée de son évolution et le caractère de ses crises, il y a des types plus graves, comme la migraine ophtalmique, et des types atténués. Il y a des types dans lesquels la crise céphalalgique se confond insensiblement avec les crises paroxystiques de la céphalée des neurasthéniques. Parfois l'accès migrainoïde ne dure qu'une demi-journée et s'accompagne d'un état nauséeux qui ne va pas jusqu'au vomissement. D'autres fois encore, il se produit seulement au cours de la vie quelques très rares accès ayant cependant tous les caractères d'un accès migraineux franc. Où sont dans tout cela les limites cliniques et spécifiques de la migraine? Ces limites existent-elles même? Autant de points que nous ne voulons pas envisager pour le moment.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 124, p. 1221.

Nous voulons seulement attirer l'attention sur une série de faits que l'un de nous a observés six ou huit fois depuis quelques années : nous voulons parler de migraines tardivement aggravées.

Des personnes, des femmes presque toutes, ont eu depuis leur enfance ou le début de leur adolescence jusque vers la quarantaine, des crises de migraine correspondant assez exactement à la forme que nous avons plus haut prise comme type d'après Lasègue. A cette époque, les crises migraineuses, au lieu de s'atténuer et de disparaître, tendent au contraire à devenir plus fréquentes, plus intenses et plus longues. Elles ne durent plus seulement vingt-quatre ou trente-six heures comme auparavant, mais deux ou trois jours. La céphalalgie hémicranique acquiert une grande violence, elle devient intolérable, l'état nauséeux est très accentué ; parfois les vomissements deviennent véritablement incoercibles. Quelques malades sortent de ces crises absolument épuisés.

Nous serions tentés de rapprocher de ces migraines tardivement aggravées les migraines à début tardif dont nous avons observé plusieurs exemples. Il s'agit de personnes dont les premiers accès migrainoïdes commencent au delà de trente et même de quarante ans, en présentant du reste toutes les allures paroxystiques de la migraine franche, ou encore de la migraine tardivement aggravée dont nous venons de parler.

L'idée nous est venue que l'auto-intoxication d'origine intestinale et plus particulièrement encore l'auto-intoxication d'origine carnée pouvait jouer un rôle prépondérant dans la genèse pathogénique de ces accidents. Nous avons donc soumis au régime lacto-végétarien les malades atteints de migraine aggravée et, dans les quatre cas que nous avons pu suivre, nous avons eu la satisfaction de voir les crises douloureuses diminuer d'intensité, puis disparaître complètement. Nous avons revu récemment une de nos malades chez laquelle, après quatre ans, les crises migraineuses ne s'étaient pas reproduites.

Comme les malades étaient tous constipés, au moment où ils se sont présentés à notre observation, nous avons joint à l'alimentation lacto-végétarienne une médication laxative. Au début, nous avons fait faire à l'aide d'eau minérale, de purgatifs salins, une cure laxative de quinze à vingt jours. Cette cure a été, du reste, renouvelée de temps en temps.

Nous pensons en effet, de par l'observation clinique, que la meilleure façon de diminuer les putréfactions et fermentations intestinales est de restreindre l'auto-intoxication d'origine intestinale est de les soumettre au régime lacté et aux purgations répétées. L'expérimentation n'a fait que confirmer ici les résultats de l'observation clinique faite en particulier dans la petite urémie chronique.

Lorsque l'intoxication d'origine intestinale n'a pas la gravité qu'elle présente dans l'urémie grave, dyspnéique, comateuse ou convulsive, on peut se contenter de mettre les malades au régime lacto-végétarien, c'est-à-dire ne leur donner comme alimentation que du lait, des laitages variés, des pâtes, des farines, des légumes verts cuits et des fruits cuits. Souvent on peut sans inconvénients y ajouter quelques œufs.

On sait quels remarquables résultats a donnés à M. Huchard l'emploi du régime lacto-végétarien dans le traitement des dyspepsies d'origine toxique. A côté du type dyspnéique de l'intoxication d'origine alimentaire, il en existe un certain nombre d'autres, neurasthéniques, céphalalgiques, convulsifs, etc. Les migraines aggravées nous paraissent devoir être rapprochées de ce groupe ; et, il faut bien le reconnaître, les résultats de la médication lacto-végétarienne et laxative semblent confirmer complètement l'exactitude de cette conception.

Pouvons-nous en tirer des indications sur la nature de la migraine elle-même? Pouvons-nous y voir un argument en faveur de l'origine toxique de l'hémicranie? Cela nous paraît des plus légitimes.

On peut, du reste, concevoir que, dans la migraine, l'élément toxique ne soit pas le seul. Elle paraît appartenir au groupe des maladies neuro-arthritiques et pouvoir figurer légitimement, en famille, avec la goutte, le diabète, l'obésité, aux confins de ce groupe et du groupe névropathique proprement dit, à côté du nervosisme vague, de la neurasthénie et de l'hystérie. La prédisposition héréditaire et constitutionnelle n'est pas douteuse. Est-elle révélée et spécifiée par une intoxication d'origine intestinale à manifestations paroxystiques? cela est parfaitement possible. Les diverses circonstances signalées dans l'étiologie des accès n'auraient plus dès lors que la valeur de causes occasionnelles : le travail intellectuel, les efforts d'accommodation, etc. C'est ainsi que, dans la tétanie, le lavage de l'estomac peut devenir la cause occasionnelle d'une crise paroxystique à laquelle avait préexisté l'imprégnation toxique.

On comprend que, tardivement lorsque le foie et les reins fonctionnent mal et éliminent mal certaines toxines, la migraine puisse parfois s'aggraver au lieu de disparaître.

Cela ne nous explique pas évidemment pourquoi elle disparaît le plus souvent à ce même âge.

Quoi qu'il en soit, l'observation prévaut encore sur les conceptions théoriques et nous demandons qu'on retienne comme un fait clinique, que dans certains cas, la migraine peut tardivement s'aggraver, et que les crises de migraine aggravée peuvent disparaître sous l'influence du régime lacto-végétarien et des cures laxatives.

LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LA PONCTION LOMBAIRE

DANS LE DIAGNOSTIC DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT

D'après les thèses de MM. les docteurs Lutier (1) et Percheron (2).

Les renseignements que la ponction lombaire vient fournir au clinicien augmentent de jour en jour, soit en l'éclairant sur la pathogénie de certains accidents, soit en le fixant sur l'existence et la nature d'affections diverses, soit enfin dans quelques cas en mettant entre ses mains une nouvelle arme thérapeutique.

Depuis les travaux de Widal, Sicard et Ravaut sur les méningites aiguës, et sur les processus méningés chroniques, le liquide céphalo-rachidien est devenu le sujet de nombreuses recherches. Si cette étude est encore loin d'être complète à l'heure actuelle, si un grand nombre de faits relevés par la ponction lombaire demandent encore à être précisés, cependant dès maintenant certaines données sont définitivement

(1) A. Lutier. *Les nouveaux procédés d'investigation dans le diagnostic des méningites tuberculeuses* (*cyto-diagnostic, bactériologie, cryoscopie, perméabilité*), Th. de Paris, 1903, Steinheil, éditeur.

(2) P. Percheron. *Du diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. Valeur de la ponction lombaire*, Th. de Paris, 1903, Steinheil, éditeur.

acquises, et, en particulier pour la méningite tuberculeuse, ce procédé d'investigation vient apporter des arguments souvent décisifs dans le diagnostic, parfois si difficile en clinique, de cette affection.

Aussi nous a-t-il paru intéressant d'analyser parallèlement deux importantes thèses sur ce sujet, et faites dans des milieux différents puisque les recherches de M. Lutier ont été pratiquées chez des adultes et celles de M. Percheron chez des enfants.

Les premiers chapitres ont trait à la technique de la ponction lombaire, puis les auteurs étudient le liquide céphalo-rachidien en lui-même.

1° Signes accessoires tirés de l'examen du liquide céphalo-rachidien. — a. *Pression.* — Ces deux auteurs notent l'hypertension du liquide rachidien. Dans un cas Lutier l'a mesurée au moyen d'un appareil spécial et a trouvé qu'elle était égale à 700 millimètres d'eau.

b. *Aspect.* — Sur 41 observations, Lutier a constaté 8 fois la présence d'un liquide jaune; 9 fois le liquide était trouble à la première ponction et 5 fois le liquide a été clair au début puis trouble aux ponctions suivantes.

c. *Formation d'un coagulum fibrineux.* — Il suffit de laisser reposer le liquide pendant quelques heures pour voir se former un coagulum fibrineux dans presque tous les cas (17 fois sur 16); ce coagulum ne se voit qu'à l'état pathologique; il est d'autant plus abondant que la réaction inflammatoire est plus intense.

d. *Analyse chimique.* — Les chlorures sont diminués; l'albumine est augmentée et la fibrine, qui n'existe pas à l'état normal, apparaît en plus ou moins grande quantité.

e. *Toxicité.* — Résultats très variables.

f. *Pouvoir agglutinant vis-à-vis du bacille de Koch.* — Dans quelques cas réaction positive mais très faible.

2° Cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien. — Après avoir décrit la technique du cyto-diagnostic, les deux auteurs exposent les résultats qu'ils ont obtenus et résument ceux qui ont été trouvés dans différents cas.

a. Dans la méningite tuberculeuse l'examen cytologique révèle chaque fois, même quand le liquide est limpide, et paraît normal, la présence de nombreux éléments cellulaires. Les deux seuls cas de méningite tuberculeuse publiés dans lesquels on ne constatait pas d'éléments cellulaires sont critiqués par Percheron; dans l'un et l'autre il semble qu'il ne s'agisse pas de méningite tuberculeuse : dans le premier le maximum des lésions siégeait dans la région lombaire, dans le second la maladie dura dix-huit mois, etc.

b. Les éléments contenus dans le liquide céphalo-rachidien sont en règle générale des lymphocytes.

Sur 134 cas on a trouvé :

118 fois une lymphocytose prédominante;
2 fois des lymphocytes et des polynucléaires en parties égales;
10 fois une polynucléose prédominante;
4 fois la formule a changé : polynucléaire d'abord, puis lymphocytaire ou inversement.

Aussi Lutier conclut-il de l'examen cytologique. « En présence d'accidents méningés qui cliniquement éveillent l'idée de méningite tuberculeuse, si on constate dans le liquide céphalo-rachidien une lymphocytose prédominante on peut presque affirmer, sans certitude absolue toutefois, la méningite tuberculeuse ; si l'on trouve une polynucléose prédominante, mais avec beaucoup de lymphocytes, il faut réserver son opinion et répéter les ponctions lombaires à quelques jours d'intervalle : si la formule devient lymphocytaire sans coïncider avec l'amélioration ou la guérison du malade, on pourra presque affirmer la méningite tuberculeuse, si elle reste polynucléaire on restera dans le doute. Mais l'abondance relative des lymphocytes doit faire penser à la méningite tuberculeuse. Si l'on constate une absence d'éléments figurés, il est infiniment probable, sans être certain, qu'il ne s'agit pas de méningite. »

Sur 19 méningites tuberculeuses Percheron a trouvé dans 15 cas une lymphocytose pure ou presque pure; dans 2 cas il y avait 20 et 28 p. 100 de polynucléaires; dans 2 autres les polynucléaires atteignaient 42 et 46 p. 100. Pour cet auteur la polynucléose du liquide céphalo-rachidien coïncide presque toujours avec la présence de bacilles de Koch : on possède donc un moyen facile de rectifier l'erreur qui pourrait, dans ces cas, entraîner l'examen cytologique. Dans les autres cas, qui sont de beaucoup les plus rares, la polynucléose serait due à une infection associée.

3° Examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien. — a. *Recherche microscopique du bacille dans le culot de centrifugation.* — Percheron sur 16 cas a pu déceler 7 fois le bacille de Koch.

Lutier sur 25 cas l'a trouvé 15 fois.

Ces deux auteurs rapportent plusieurs statistiques qui montrent qu'en moyenne, sur plus de 60 p. 100 des cas, on peut déceler le bacille. Ils constatent l'un et l'autre que les bacilles sont plus abondants à la fin de la maladie qu'au début.

b. *Culture du bacille de Koch.* — Dans les trois cas où Lutier a ensemencé le liquide céphalo-rachidien ou le culot de centrifugation avec toutes les précautions nécessaires sur sang gélosé, il a obtenu au bout de quinze jours à trois semaines des cultures de bacille de Koch.

c. *Inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye.* — Sur 31 cas de méningite tuberculeuse vérifiés à l'autopsie, Lutier constate que 30 fois l'inoculation intrapéritonéale au cobaye du liquide céphalo-rachidien recueilli pendant la vie a tuberculisé l'animal et presque toujours à des doses très faibles (1 à 3 centimètres cubes et jusqu'à un quart de centimètre cube). Une fois l'inoculation a été négative; le liquide était probablement moins virulent et la dose injectée trop faible (2 centimètres cubes).

Ces résultats sont comparables à ceux qu'ont obtenus différents auteurs et dont Lutier rapporte les statistiques.

4° Cryoscopie du liquide céphalo-rachidien. — Sur 12 cas de méningite tuberculeuse Lutier constate que l'on a trouvé 11 fois l'hypotonie du liquide céphalo-rachidien par rapport au sérum du malade. L'hypotonie du liquide céphalo-rachidien est donc très fréquente dans la méningite tuberculeuse (79 p. 100). L'abaissement du point cryoscopique du liquide céphalo-rachidien, l'inversion de la formule cryoscopique dans le rapport des points cryoscopiques du liquide céphalo-rachidien et du sang, tout en étant plus marqués et plus fréquents dans la méningite tuberculeuse, ne peuvent servir au diagnostic de la nature de la méningite, mais constituent un signe qui, quand il est positif, est un indice de plus en faveur de la méningite; négatif ce signe perd sa valeur.

5° Recherche de la perméabilité méningée. — Si l'on fait ingérer à un individu 2 ou 3 grammes d'iodure de potas-

sium l'on ne retrouve pas trace de ce corps à l'état normal dans le liquide céphalo-rachidien; à l'état pathologique, lorsqu'il y a irritation méningée l'iodure passe dans le liquide rachidien mais d'une façon inconstante.

Percheron, sur 4 cas observés, a constaté 3 fois la perméabilité à l'iodure; sur 42 cas rapportés par Lutier 23 fois la perméabilité et 19 fois l'imperméabilité ont été constatées. Cette réaction n'existerait donc que dans 54 p. 100 des cas.

Tels sont les nombreux documents que vient fournir au clinicien la ponction lombaire; certains d'entre eux demandent à être interprétés, mais leur importance est telle que dans la plupart des cas ils permettent d'affirmer ou d'infirmer l'existence de la méningite tuberculeuse.

Pour terminer nous ne saurions mieux faire que de rapporter textuellement les conclusions de ces deux importants travaux.

« D'après M. Percheron, chez l'enfant l'examen clinique est souvent insuffisant pour permettre de porter avec certitude le diagnostic de méningite tuberculeuse au moins dans sa période initiale.

La ponction lombaire donne des indications très précieuses pour ce diagnostic; parfois, elle apporte la preuve absolue qu'il existe une tuberculose méningée. Aussi s'impose-t-elle toutes les fois qu'il existe des symptômes pouvant faire penser à la méningite tuberculeuse. L'examen du liquide céphalo-rachidien doit être aussi complet que possible.

Seule la constatation du bacille de Koch donne une certitude indiscutable. Par l'inoculation au cobaye ou la culture sur milieux spéciaux on obtient des résultats à peu près constants mais tardifs; il s'agit d'ailleurs là de méthodes peu utilisables dans la pratique. Par la recherche directe on ne décèle le bacille de Koch qu'exceptionnellement, au moins dans les premières périodes, alors que le diagnostic présente généralement le plus de difficultés.

La plupart des caractères physiques et chimiques du liquide céphalo-rachidien sont d'une constatation ou d'une recherche faciles; ils fournissent des renseignements très importants mais qui n'ont pas la valeur des résultats de l'examen cytologique.

Le cytodiagnostic est un procédé simple et rapide. A condition que les résultats obtenus soient interprétés en tenant compte, bien entendu, de l'examen clinique, cette méthode permet presque toujours d'affirmer s'il existe une méningite, si celle-ci est ou non tuberculeuse.

Il faut, dans l'appréciation des résultats, se mettre en garde contre deux causes d'erreur possibles.

La polynucléose du liquide céphalo-rachidien peut s'observer dans la méningite tuberculeuse. Généralement alors l'examen microscopique révèle en même temps la présence de nombreux bacilles de Koch et l'erreur est ainsi facilement évitable.

La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien se rencontre parfois en dehors de la méningite tuberculeuse, alors que l'examen clinique fait également penser à cette affection; cette coïncidence rend souvent dans ces cas le problème insoluble, mais il s'agit là de faits rares.

En résumé, si la ponction lombaire ne permet pas de trancher toutes les difficultés qui se présentent en clinique pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse, elle réduit du moins dans des proportions considérables le nombre de cas dans lesquels la question ne peut être élucidée. »

Et d'après M. Lutier :

« L'examen du liquide céphalo-rachidien fournit au diagnostic de la méningite tuberculeuse des renseignements précieux et parfois indispensables. Son aspect macroscopique, sa pression indiquent déjà, dans beaucoup de cas, un état pathologique.

Le cytodiagnostic, procédé simple et rapide, donne le plus souvent un argument décisif, mais il ne doit pas empêcher de rechercher tous les autres symptômes de la maladie. Dans la grande majorité des cas de méningite tuberculeuse on observe une lymphocytose abondante, pure ou prédominante. Quand on observe une grande quantité de polynucléaires, il faut d'abord ne pas se laisser tromper par une apparence et faire le pourcentage des éléments. Si par exception la formule est vraiment polynucléaire, il faut réserver son opinion et répéter l'examen les jours suivants, car la formule peut se modifier rapidement; dans ce cas de polynucléose prédominante la proportion des lymphocytes est néanmoins toujours forte et plaide en faveur de la méningite tuberculeuse.

La bactériologie est capable de donner une certitude absolue, malheureusement elle ne peut nous fournir de réponse immédiate que dans la moitié des cas environ. Parmi les procédés qu'elle met entre nos mains, les seuls à retenir sont :

a. La recherche directe du bacille dans le culot de centrifugation du liquide céphalo-rachidien. C'est un procédé simple et rapide; c'est lui qui précisément nous a fourni des résultats positifs immédiats dans plus de la moitié des cas.

b. La culture sur sang gélosé, procédé sûr, suivi de succès constants, mais qui ne fournit en général de réponse qu'après quinze jours seulement.

c. L'inoculation intrapéritonéale au cobaye, procédé simple et constant également, mais qui ne fournit également de réponse qu'après trois semaines seulement.

La cryoscopie révèle une hypotonie dans la majorité des cas de méningite, quelle qu'en soit la nature. C'est un symptôme de plus, intéressant à rechercher à l'occasion.

L'étude de la perméabilité méningée ne donne de résultats positifs que dans la moitié des cas environ. Les résultats positifs ne constituent qu'une probabilité pour la méningite tuberculeuse. Négatifs, ils n'ont aucune valeur.

En résumé, l'inoculation est le seul procédé d'investigation pratique et sûr, indispensable pour affirmer la nature tuberculeuse d'une méningite, mais il est lent.

Le cytodiagnostic est le moyen d'investigation le plus rapide et le plus pratique et c'est celui qui dans le plus grand nombre de cas fournit une réponse immédiate. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(6 NOVEMBRE 1903)

MM. Achard et Paisseau, revenant sur la question de la **chloruration et déchloruration**, rapportent les bons effets qu'ils ont obtenus du régime déchloruré dans un cas de cirrhose alcoolique avec ascite chez une femme de trente ans. Une première atteinte d'ascite, accompagnée de subictère et d'œdème, quinze mois auparavant, avait cédé en quelques semaines au régime lacté. Mais, depuis trois mois, l'ascite avait reparu et augmentait, malgré le régime lacté. Pendant huit jours ils ont laissé la malade au lait et son

poids demeura stationnaire. Puis ils ont institué un régime pauvre en chlorures et assez riche en sucre et amylacés (500 grammes de viande, 500 grammes de pommes de terre, 50 grammes de riz, 150 grammes de sucre et 3 grammes de chlorures). Le poids de la malade s'abaissa aussitôt; en vingt-cinq jours elle perdit 9 kilos, et son ascite disparut. Elle fut alors mise au régime ordinaire de l'hôpital (4 degrés) et son poids resta de nouveau stationnaire.

Habituellement, la guérison de l'ascite dans la cirrhose s'observe à la suite du régime lacté et de la médication diurétique et purgative. Dans le cas actuel, aucun médicament n'a été donné.

Il est à remarquer que la dose de sel ingéré quotidiennement par la malade était peu inférieure à celle qu'elle absorbait avec le régime lacté (4 grammes environ). L'augmentation de la diurèse, due surtout aux sucres et aux amylacés, paraît avoir contribué utilement à la déchloruration.

Dans un autre cas d'ascite devenue très volumineuse et récidivante chez une cardiaque à gros foie, l'épanchement augmentait et le poids montait de 6k400 en six jours, avec le régime ordinaire. Il resta stationnaire sous l'influence du régime déchloruré maintenu douze jours. Puis un supplément quotidien d'une vingtaine de grammes de sel ajouté à la ration fit de nouveau augmenter l'épanchement et remonter le poids de 4 kilos en six jours.

L'analyse du liquide, prélevé par ponctions exploratrices, montra que sa teneur en chlorures avait beaucoup diminué pendant l'alimentation déchlorurée, pour remonter brusquement sous l'influence de la chloruration et s'abaisser ensuite par l'effet de la dilution qui avait pour conséquence d'augmenter le volume du liquide.

Dans ces deux cas d'ascite, le rôle des chlorures et l'effet thérapeutique de la déchloruration sont très comparables à ce qu'on voit dans les observations d'œdème brightique publiées par M. Widal; les chlorures en excès aggravent l'hydropisie, le régime déchloruré ou bien en facilite la résorption, ou bien en arrête les progrès; mais à lui seul il ne guérit pas toujours non plus l'œdème; c'est ce qui a lieu chez les brightiques infiltrés qui absorbent à peine quelques gorgées de lait ou de tisane et qui n'urinent pas; chez eux, en même temps qu'on s'oppose à l'entrée des chlorures, il faut, en outre, en faciliter la sortie par un diurétique approprié, notamment le théobromine. Mais quels que soient les causes et le mécanisme de la rétention des chlorures et de l'hydropisie, le régime déchloruré est un moyen adjuvant que la thérapeutique peut utiliser; pour l'ascite il peut, suivant les cas, dispenser de la ponction ou permettre de la différer.

MM. Caussade et Montès relatent deux cas de **tatouage saturnin de la muqueuse buccale**.

Cette manifestation consiste en deux larges plaques, gris ardoise, de la dimension les unes d'une pièce de 5 francs, les autres de pièces de 2 et de 1 francs, disposées en forme d'étoile et de tourbillon, dont les branches ou les rayons sont composés par un série de pointillés analogues aux reproductions d'image par le « gillotage ».

La teinte n'en est point uniforme, et dans les intervalles de ce pointillé la muqueuse paraît saine ainsi que les papilles qui sont assez saillantes.

Il y a corrélation absolue entre les altérations dentaires et ces plaques, qui représentent parfois exactement le décalque des dents sur la muqueuse correspondante des lèvres et des joues. C'est un véritable auto-tatouage.

Si le liséré gingival peut être considéré comme une élimination du plomb sous forme de sulfure, ces plaques n'aident nullement cette élimination; mais elles permettent jusqu'à un certain point de juger le degré de l'intoxication; elles sont tardives et surviennent quand cette intervention est marquée.

Elles sont d'ailleurs plus fréquentes qu'on ne le pense; les observations publiées en sont rares (Gubler, Galliard, Chauffard).

Il est possible que le liséré gingival disparaissant, ces plaques d'auto-tatouage persistent seules; dans ce cas, on pourrait les confondre avec d'autres plaques de mélanodermie.

Au point de vue histologique, nous ignorons la répartition des parcelles métalliques dans la muqueuse des lèvres et des joues. Si on peut tirer des renseignements du travail de M. Launois sur le liséré gingival, nous dirons qu'elles sont plus spécialement localisées dans le chorion muqueux et la membrane buccale de l'épithélium, en ajoutant que, d'après l'examen clinique de nos malades, il faut tenir compte des lymphatiques.

M. Rouget (du Val-de-Grâce) communique une observation **d'anévrisme de la crosse de l'aorte, avec hémoptysies à répétition.**

Les signes physiques de la tumeur étaient masqués par de l'emphysème pulmonaire; seuls les troubles fonctionnels (accès de dyspnée, toux bitonale) ont mis sur la voie du diagnostic, qui a été véritablement établi par l'examen radioscopique.

En présence d'hémoptysies à répétition, ne relevant pas cliniquement et bactériologiquement de la tuberculose ou d'autres causes communes, M. Rouget conseille de ne pas se hâter de conclure à l'existence d'un kyste hydatique du poumon, comme on serait tenté de le faire à la suite de la communication de M. Dieulafoy, corroborée d'ailleurs, avec juste raison, par maints auteurs; il est indispensable de radioscoper auparavant le malade, afin de confirmer ou de rectifier le diagnostic.

La clinique enseigne que l'apparition des crachements de sang, au cours d'un anévrsme de l'aorte, doit faire redouter, à brève échéance, une hémorragie foudroyante. Cette issue n'est pas fatale, elle peut être empêchée par la disposition particulière des caillots.

C'est ainsi que, dans le cas observé, le caillot fibrineux obturait, à la façon d'une soupape, l'ulcération existant sur la face antérieure de la trachée : fixe par une de ses extrémités, libre par l'autre, ce caillot mettait obstacle à une hémorragie abondante, tout en permettant l'issue d'une faible quantité de sang.

Mais ces cas, véritablement, sont exceptionnels, et, seule, l'autopsie permet d'en interpréter la pathogénie.

M. Aviragnet rapporte **deux cas de scorbut infantile**. Dans le premier de ces cas, il s'agit d'un enfant de quatorze mois qui, en bonne santé jusqu'à treize mois, s'était mis tout d'un coup à diminuer de poids (675 grammes en vingt-cinq jours), à pâlir... On nota une tuméfaction légère du fémur droit au-dessus du genou; les gencives étaient boursouflées et tout autour des dents existait le liséré hémorragique, violacé, caractéristique du scorbut infantile. Le petit malade était presque exclusivement alimenté avec du lait stérilisé

du commerce. On lui donna du lait d'ânesse, du jus de citron et d'orange. Le bébé guérit rapidement.

Dans le deuxième cas, la maladie de Barlow se compliqua d'une broncho-pneumonie au sommet gauche et, fait très rare, on observa les suppurations des hématomes sous-périostés et de l'ostéomyélite du fémur et des côtes. Ces lésions d'ostéomyélite ne guérirent que lentement après l'ablation des parties osseuses nécrosées.

Dans ces deux cas, la maladie de Barlow fut, avec juste raison, attribuée à l'abus du lait stérilisé.

M. Merklen fait une très intéressante communication sur le **traitement de l'embolie artérielle des membres par le massage immédiat et prolongé**. Dans ce cas tout à fait démonstratif, il est impossible de révoquer en doute les effets bienfaisants et efficaces du massage, car les résultats ont été presque immédiats, et, tandis que dans, les cas où le rétablissement de la circulation se fait spontanément, les douleurs et l'anesthésie durent quelques jours, elles ont cédé ici en quelques heures.

M. Léopold Lévi rapporte un cas de **pleuro-typhus**.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la tuberculose par l'hémoglobine.

Depuis un an, on expérimente à l'hôpital Boucicaut dans les services de tuberculeux de M. le docteur Letulle, des préparations sirupeuses d'hémoglobine. Les résultats obtenus sont très encourageants, un certain nombre de sujets, pris au moment où le repos hospitalier et les médicaments n'avaient plus d'influence, ont accusé des augmentations de poids de 3 et 4 kilogs par mois avec le régime ordinaire sans aucune suralimentation.

Le sirop d'hémoglobine (c'est celui de Deschiens qui était employé) peut donc être considéré comme un adjuvant précieux dans le traitement de la tuberculose. Il rend dans bien des cas les mêmes services que la viande crue et le jus de viande, si rebutants dans la saison chaude et que bien des malades acceptent difficilement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 16 AU 21 NOVEMBRE 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 16 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire; — (2e partie, ancien régime) : MM. Brissaud, Besançon et Legry; — M. Remy, suppléant.

MARDI 17 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Hartmann et Auvray.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chauffard et Guiard; — (1re partie, oral, nouveau régime), *Salle Broussais* : MM. Le Dentu, Maygrier et Thiéry.

4e, *Salle Béclard* : MM. Proust, Thoinot et Richaud; — M. Vaquez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Schwartz et Faure; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Gouget; — M. Renon, suppléant.

MERCREDI 18 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (1re partie, oral, nouveau régime) : MM. Tuffier, Remy et Lepage,

4e, *Salle Richet* : MM. Hayem, Pouchet et Wurtz; — M. Desgrez, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Landouzy, Roger et Widal; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 19 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, oral, nouveau régime), *Salle Broussais* : MM. Hutinel, Méry et Guiart.

4e, *Salle Richet* : MM. Joffroy, Chassevant et Langlois; — M. Gouget, suppléant.

VENDREDI 20 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Tuffier, Mauclaire et Gosset; — M. Sébileau, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Cunéo, suppléant.

SAMEDI 21 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Troisier et Thiroloix; — (2e série) : MM. G. Ballet, Renon et Jeanselme; — M. Widal, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Demelin; — M. Hartmann, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — La Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris, après avoir voté le principe de la rémunération des services chirurgicaux par les blessés du travail, a nommé une commission composée de MM. Perier, Ricard et Sébileau pour étudier la façon de faire entrer ce vœu dans la pratique.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'Académie : M. le médecin-major Duville, M. le médecin aide-major Feray (des troupes coloniales), MM. les docteurs Boccard (de Jujurieux), Doury et Mouchotte (de Paris), Studer (de Vernon).

Conférences de médecine légale psychiatrique. — M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, chargé du cours de médecine légale psychiatrique, commencera ses conférences le samedi 21 novembre 1903, à une heure et demie, et les continuera les samedis suivants, à la même heure, 3, quai de l'Horloge.

Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté, à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur quatrième examen de doctorat.

Après quatre mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

Conférence privée d'internat. — MM. Alquier, ancien interne, et Bailleul, interne des hôpitaux, reprendront leur conférence privée d'internat au commencement de décembre. S'adresser à M. Bailleul, pavillon 8, ou chez M. Alquier, 142, boulevard Montparnasse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Mécanisme et éducation des mouvements, par Georges DEMENY, professeur de physiologie appliquée à l'école de gymnastique de Joinville-le-Pont, et du cours d'éducation physique de la ville de Paris, directeur du cours normal de l'Université, In-8° de la bibliothèque scientifique internationale, avec 565 fig., cartonné à l'anglaise. — Prix : 9 francs. — Paris, Félix Alcan.

La protection de la santé publique. Loi, commentaires de la loi, règlements d'administration, par le docteur MOSNY, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 95 p. (Actualités médicales.) — Prix : cart. 1 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Les neuro-arthritiques à Plombières, par le docteur Emile HAMAIDE, médecin à Plombières. 1 vol. in-8° de 76 p. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LES RÉFORMES DE L'AGRÉGATION

La question des réformes de l'agrégation s'impose de plus en plus à l'attention; la presse médicale s'en est occupée à plusieurs reprises; des journaux politiques ont pensé que les intérêts des agrégés étaient assez importants pour en entretenir leurs lecteurs; divers conseils généraux ont émis des vœux pressants en faveur des réformes attendues. L'administration supérieure elle-même s'est émue, et la presse nous a appris qu'une commission spéciale des réformes venait d'être nommée. En somme, il est permis, je crois, de penser que, depuis l'année dernière à pareille époque, la question a fait un pas en avant. La nouvelle commission s'inspirera à la fois des intérêts de l'enseignement et de ceux de ses membres les plus sacrifiés. Il y aurait donc intérêt maintenant à étudier des solutions pratiques à la question qui nous occupe.

Le Congrès des agrégés qui s'est réuni en mars dernier a formulé un projet, qui, bien qu'adopté par la majorité des votants, n'a pas cependant rencontré une très grande faveur. Il est en effet passible de nombreuses objections; la principale est la suivante : dans une interview paru dans le *Journal* du 12 juillet 1903, interview qui n'a pas été démentie, M. le directeur de l'enseignement supérieur s'est déclaré opposé à ce projet qui comporte de nouvelles dépenses, et surtout de nouveaux fonctionnaires qu'il serait difficile d'utiliser. « Une commission sera nommée, ajoutait-il, qui ne sera pas une commission d'enterrement. » C'est à cette commission, constituée actuellement, qu'il y a lieu de soumettre les projets.

En deux articles publiés dans la *Gazette des hôpitaux* des 17 et 24 mars 1903, j'ai résumé l'ensemble des raisons qui militent en faveur de la réforme; j'ai discuté principalement l'argument fondamental de ceux qui s'opposent à la réalisation du progrès que nous réclamons; on peut le formuler ainsi : « Les intérêts des candidats sont aussi respectables que ceux des agrégés; or, diminuer le nombre de places, c'est nuire aux candidats. » Quoi que l'on en puisse penser, cette raison est mauvaise; elle n'a en sa faveur que son ancienneté et laisserait supposer que les places d'agrégé sont créées pour le plaisir d'y caser des candidats. En outre, il est quelque chose de plus respectable que les intérêts des agrégés et même ceux des candidats : c'est l'intérêt des Facultés. Or nul ne peut nier que la perspective de neuf années de fonctions ne soit pour nuire au recrutement.

Je suis revenu en quelques lignes sur cet argument parce qu'il constitue à mon avis la pierre d'achoppement de toute réforme utile. *Si l'on veut maintenir le recrutement tel qu'il existe, si les concours doivent à l'avenir être aussi fréquents et comporter autant de places, il vaut mieux, je crois, renoncer à tout progrès dans notre organisation.* C'est que, dans ces conditions, toute modification ne peut viser en somme qu'à créer de nouveaux agrégés tout en conservant les anciens. Or, l'administration acceptera difficilement une pareille mesure, ainsi que je viens de le dire. En outre, et ceci est plus grave, serait-ce améliorer une institution, que nous considérons comme illogiquement constituée et unique en son espèce, que de la transformer dans un sens plus exceptionnel encore?

Ce qu'il faut, à mon avis, c'est convaincre nos représentants que les intérêts des candidats ne sont pas plus respectables que ceux de fonctionnaires qui ont conquis leur place au concours; c'est leur montrer que cette sollicitude qu'elle éprouve vis-à-vis de candidats dont elle ne connaît pas encore la valeur, l'administration serait mieux inspirée de la témoigner aux agrégés, candidats aussi, candidats à des chaires qu'ils obtiennent quelquefois grâce à leurs mérites, mais que le mérite ne suffit nullement à leur acquérir.

J'estime donc qu'il faut, avant tout, diminuer le nombre des places mises aux concours; en d'autres termes on ne doit déclarer une place vacante que lorsqu'elle est devenue libre d'une façon normale : décès, démission, retraite, nomination à d'autres fonctions.

Ce principe me semble fondamental, mais il faut reconnaître que son application soulève de grosses difficultés; il y a des obstacles qu'il est nécessaire d'envisager. L'appliquer immédiatement serait modifier profondément l'organisation de nos facultés et supprimer leur recrutement pour plusieurs années; une fois établi au contraire, la

régularité des concours reparaîtrait; ils seraient seulement moins fréquents. Il convient donc d'envisager les conséquences d'une pareille réforme.

a. Au moment de son application;

b. Lorsqu'elle aurait son plein effet.

Je commence tout de suite par la seconde question à laquelle il est plus aisé de répondre. Que deviendraient les concours si un nouveau règlement concernant tous les agrégés prenait son plein effet, dans une dizaine d'années par exemple? On ne saurait assurément répondre avec certitude; il est cependant possible de se faire une idée approximative du nouvel état de choses.

Je me bornerai au milieu montpelliérain que je connais bien, et je suppose que la réforme que je préconise ait été appliquée, il y a dix-huit ans pour la médecine et la chirurgie; je laisse de côté les autres sections qui soulèvent du reste beaucoup moins de difficultés.

En médecine, depuis et y compris le concours de 1886, neuf agrégés ont été nommés. Sur le nombre, quatre sont encore en exercice; des cinq autres. aucun n'est devenu agrégé libre; le déchet a donc été nul. En chirurgie, sur six agrégés nommés, trois sont encore en exercice; des trois autres un seul est devenu agrégé libre; en somme, un seul agrégé renvoyé sur huit sortis d'exercice, tel est le bilan de ces dernières années. On voit donc qu'en admettant que cette proportion se maintienne, le nombre de concours serait à peine diminué. Il est malheureusement à prévoir que les choses s'aggravent et c'est précisément ce qui inquiète les agrégés actuels; mais en somme nous demeurons bien loin de la proportion de 50 p. 100 à laquelle on évalue ordinairement la réduction probable du nombre de places mises au concours.

On peut donc admettre que, avec une nouvelle réglementation de ce genre, on pourrait faire au moins un concours sur deux. En fait cela revient à avoir à Montpellier pour la médecine environ une place tous les trois ans, pour la chirurgie une place tous les six ans au moins. Voilà l'écueil, dira-t-on, car l'on ne peut pas demander à un candidat d'attendre un concours pendant six ans. Pourquoi donc alors fait-on attendre les chimistes, les physiciens, neuf ans et souvent davantage, puisque leur prolongation paraît être maintenant une règle? Bien mieux, cette attente de neuf ans est régulièrement imposée aux accoucheurs sans que personne songe à s'en étonner. Pourquoi fait-on attendre indéfiniment les candidats qui désirent obtenir une place de chef de travaux, de maître de conférences dans une faculté des sciences? Il n'y a en somme, à mon avis, aucune bonne raison pour ne pas admettre cette diminution modérée du nombre de places mises au concours dès l'instant que, d'autre part, l'intérêt des Facultés le réclame.

Reste la seconde question. Que deviendrait le recrutement au moment de l'application d'une semblable réglementation? Prolonger tous les agrégés d'office équivaut évidemment à supprimer le concours pendant quelques années. Quelle serait la durée de cette période? On peut l'évaluer à Montpellier à dix ans environ pour la médecine (en mettant de côté l'éventualité d'une mort possible et ne considérant que les mises à la retraite régulières), à quinze ans pour la chirurgie. Je conviens que cette durée de repos est bien longue pour une Faculté, et qu'il est nécessaire de l'abréger. Mais je n'oublie pas, d'autre part, que les agrégés actuels ont été nommés avec des statuts anciens et que s'ils combattent pour la pérennité, ils ne font aucune difficulté de convenir] que l'Etat ne leur doit rien que le souci d'améliorer l'enseignement médical et de le diriger dans une voie de réforme et de progrès indispensables. Dans ces conditions, il est possible de trouver un juste milieu. Un conseil de faculté peut être considéré comme un parlement dont les pouvoirs sont très étendus. Pourquoi ne pas lui demander de désigner lui-même les agrégés à conserver? Ce vote, il l'émet maintenant, mais il est tantôt valable et tantôt caduc, et surtout il n'est valable que pour trois ans. On peut parfaitement admettre la possibilité d'une décision du conseil conférant à certains agrégés actuellement en exercice la pérennité, repoussant au contraire les autres. De la sorte, chaque faculté demeurerait maîtresse de son recrutement. Elle déciderait elle-même, comme elle le fait du reste maintenant, mais avec plus d'autorité, quels sont les agrégés qui méritent d'être conservés et quels sont ceux qui doivent être remplacés; elle limiterait ou élargirait à sa volonté le recrutement de son corps d'agrégés. Une solution de ce genre me paraît de nature à donner satisfaction aux divers intérêts, et surtout au plus considérable de tous, je veux dire l'intérêt de l'enseignement supérieur.

Cet article était déjà écrit lorsque M. le professeur Abelous (de Toulouse) a bien voulu me faire part du vœu qu'il a soumis au Conseil supérieur de l'Instruction publique, et dont l'exposé des motifs paraît avoir déterminé la nomination de la commission dont j'ai parlé plus haut.

Le projet de M. Abelous comporte essentiellement les points suivants :

1° Les agrégés se recrutent au concours : rien n'est changé au mode de recrutement actuel;

2° Ils sont nommés pour une période de neuf ans;

3° Au bout de six ans d'exercice, les agrégés soumettent leurs titres et travaux à l'appréciation d'un jury compétent. Ce jury est constitué par les professeurs des diverses facultés appartenant à la section à laquelle ressortit l'agrégé. La question posée par l'administration est la suivante : « Y a-t-il lieu de proroger M. X... dans ses fonctions d'agrégé pour une nouvelle période de neuf ans? »

La réponse est donnée au scrutin secret par *oui* ou par *non*, dans un bulletin clos qui est adressé au ministère sans aucun signe extérieur pouvant faire connaître sa provenance. Le dépouillement des votes est fait selon les formes usitées pour les élections au Conseil supérieur.

D'autre part, la Faculté est appelée à émettre un avis sur le zèle de l'agrégé au point de vue de l'enseignement.

C'est en se basant sur ces avis et après avoir pris ou non celui du comité consultatif que le ministre se prononcerait.

Au bout de cette nouvelle période de neuf années, c'est-à-dire après dix-huit ans d'exercice, l'agrégé est de droit prolongé jusqu'à soixante ans dans ses fonctions.

Tel est, dans ses lignes essentielles, le projet formulé par M. Abelous. Je me permets de faire remarquer qu'il est assez analogue à celui que j'ai développé plus haut. M. Abelous considère comme illusoire d'escompter la pérennité d'emblée; c'est aussi mon avis, et c'est pour cela que j'ai envisagé une période de transition qui commencerait dès l'application de la réforme. Le point principal, dans le projet de M. Abelous, comme dans celui que je viens de formuler, est la prolongation possible et définitive sur l'avis d'un jury compétent. Il diffère en ce que, au lieu du conseil de la Faculté, il institue une sorte de jury inter-facultés; cette modification ne sera pas, je crois, pour déplaire aux agrégés :

elle ne peut que leur assurer plus d'impartialité, puisqu'elle les soustrait aux petites rivalités locales; d'autre part, le conseil de la Faculté interviendrait toujours puisqu'il émettrait une opinion motivée sur l'aptitude de l'agrégé à l'enseignement : son avis serait assurément d'un grand poids.

Un point de détail qui n'est pas sans importance et auquel, je pense, les agrégés donneront leur approbation : la décision du ministre serait connue longtemps avant l'expiration des fonctions d'agrégé : cette disposition permettait ainsi à ceux qui ne seraient pas élus, de prendre leurs dispositions en conséquence.

En somme, je pense que le projet de M. Abelous constituerait, s'il était adopté, une amélioration fort importante; par la pérennité au bout de neuf ans elle donnerait à l'agrégation cette dignité qui, l'on en conviendra, n'est guère compatible avec une demande de renouvellement formulée tous les trois ans. Il est possible qu'il présente des inconvénients que je n'y ai pas vus. Quoi qu'il en soit, ce projet offre sur tous ceux qui ont été discutés dans ces dernières années, l'incontestable avantage d'exister officiellement en quelque sorte et d'avoir attiré l'attention de l'administration. A ce titre il mérite d'être discuté par les sociétés d'agrégés. Je crois qu'il serait désirable que chacune d'entre elles se réunît au plus tôt pour l'examiner et, au besoin, pour formuler des objections ou des critiques.

Dr LÉON IMBERT
Agrégé à la Faculté de Montpellier.

MÉNINGITE FIBRINEUSE COMPLIQUÉE D'HÉMORRAGIE CÉRÉBRO-MÉNINGÉE

Par M. G. Froin, interne des hôpitaux de Paris.

Les méningites à grandes réactions fibrineuses, avec xantochromie du liquide céphalo-rachidien, étaient inconnues jusqu'à ces derniers temps. Nous avons été l'un des premiers à en rapporter plusieurs exemples (1). M. Babinski vient d'en faire connaître récemment un nouveau cas (2). Ces faits sont importants, car ils vont constituer un groupe bien distinct dans la classification anatomo-clinique qui commence à s'édifier, grâce à la ponction lombaire. Pour comparer toutes ces réactions pathologiques, il faut consacrer des termes et fixer des règles en se laissant guider ici, bien entendu, sur l'observation rigoureuse des faits.

Déjà, dans ces processus méningés étudiés *in vivo*, nous avons beaucoup insisté avec MM. A. Chauffard et L. Boidin sur l'hémorragie méningée non accompagnée d'inflammation, et montré la fréquence de ses formes curables (3). Nous voulons aujourd'hui attirer l'attention sur les méningites compliquées d'hémorragie méningée, à propos d'un malade qui est mort récemment dans le service de notre maître M. Widal, à l'hôpital Cochin.

F..., âgé de quatorze ans, est apporté, à l'hôpital, dans le coma complet, le 11 octobre 1903. Sa mère nous dit qu'elle a une bonne santé et a eu deux enfants; l'un est bien portant, et celui qu'elle nous amène n'avait encore jamais été malade. Mais il y a une quinzaine de jours, il fut pris d'une céphalée progressivement croissante et d'une torpeur de plus en plus accentuée, avec fièvre continue. On pense à une fièvre typhoïde. Bientôt le malade ne s'alimente plus, maigrit considérablement. L'état comateux existe depuis la veille de l'entrée à l'hôpital; l'insensibilité est presque complète quand nous l'examinons.

C'est un adolescent, de taille proportionnée à son âge, ne présentant pas de déformation osseuse ni stigmate de dégénérescence. Il est émacié; le ventre est fortement rétracté. La respiration est superficielle et embarrassée. De temps en temps, il a des secousses de toux qui s'accompagnent de rejet, par la bouche, de mucosités et de salive. La langue est humide.

Les membres sont flasques. Il n'y a pas de signe de Kernig ni raideur de la nuque. Les réflexes rotuliens sont un peu diminués. Les réflexes crémastérien et abdominal sont abolis. Le signe de Babinski se produit en extension des deux côtés.

On note de l'insensibilité cornéenne et l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière. Les pupilles sont inégales, la pupille droite ayant à peu près les dimensions normales, tandis que la gauche présente de la mydriase.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire, et l'impulsion précordiale est forte. On sent à la pointe un frémissement cataire, et on entend un claquement prononcé du premier bruit. Il existe un souffle diastolique très fort, en jet de vapeur, qui se prolonge tout le long du sternum.

A l'auscultation des poumons, on n'entend aucun bruit anormal.

Le pouls = 84. La température = 39°1.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Le malade meurt une heure après son arrivée. La température = 38 degrés après le décès et 37°7, deux heures après.

Ponctions lombaires. — Une première ponction est pratiquée dans le cinquième espace.

Position assise.

Quantité : 10 centimètres cubes dans trois tubes.

Ecoulement en gouttes lentes.

Coloration rouge cerise, à peu près uniforme dans les trois tubes.

Nous sommes tellement surpris de trouver, chez ce malade, un liquide céphalo-rachidien hémorragique, que nous pratiquons immédiatement une seconde ponction lombaire dans le quatrième espace.

Quantité : 10 centimètres cubes dans trois tubes.

Ecoulement en jet, puis en gouttes rapides.

Coloration rouge cerise, uniforme dans les trois tubes.

Coagulums fibrineux. — Après plus de vingt minutes, nous constatons dans nos six tubes sanglants de petits coagulums ayant englobé des hématies. Outre leur apparition tardive, il est indiscutable que le volume de ces coagulums fibrineux n'est pas en rapport avec la quantité de sang mélangé au liquide céphalo-rachidien.

Centrifugation : Culot hématique assez volumineux. Liquide légèrement jaune.

Numération : Dans le quatrième espace : globules rouges = 45100; globules blancs = 600. Dans le cinquième espace : globules rouges = 48000; globules blancs = 300. Beaucoup

(1) G. Froin. Inflammations méningées avec réactions chromatique, fibrineuse et cytologique du liquide céphalo-rachidien, *Gaz. des hôpit.*, 3 sept. 1903.

(2) J. Babinski. Méningite hémorragique fibrineuse; paraplégie spasmodique. Ponctions lombaires; traitement mercuriel. Guérison, Soc. méd. des hôpit, 23 oct. 1903.

(3) A. Chauffard, G. Froin et L. Boidin. Formes curables des hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes, *Presse méd.*, 24 juin 1903. — A. Chauffard et G. Froin. Du diagnostic différentiel de la méningite cérébro-spinale et de l'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne. Soc. méd. des hôpit., 23 oct. 1903. — G. Froin. Le liquide céphalo-rachidien dans l'hémorragie cérébro-méningée, *Gaz. des hôpit.*, 5 nov. 1903.

de globules rouges sont crénelés ou sphériques et opaques. On voit quelques débris protoplasmiques.

Cytologie : Les globules blancs sont, par rapport aux globules rouges, en proportion beaucoup plus forte que dans un sang normal. Les grands éléments uninucléés sont extrêmement nombreux. Il y a aussi une lymphocytose abondante. Les polynucléaires sont rares.

On ne décèle aucun microbe.

Albumines : globuline et sérine en quantité très abondante.

Sucre : La liqueur de Fehling ne donne aucune réduction.

Cryoscopie : $\Delta = -0,50$.

Spectroscopie : Les raies de l'oxyhémoglobine sont absentes.

Urobiline : La fluorescence par le chlorure de zinc ammoniacal, négative dans le liquide céphalo-rachidien, est positive dans l'urine.

Inoculations : Une souris, injectée avec 1 centimètre cube du liquide céphalo-rachidien, n'est pas morte.

Deux cobayes ont reçu 1 centimètre cube dans le péritoine : l'un des deux, tué le 7 novembre, ne présentait aucune lésion de tuberculose.

Ensemencements : L'ensemencement de 4 centimètres cubes de sang, pris au pli du coude, dans 400 centimètres cubes d'eau peptonée, a été négatif. L'ensemencement de quelques gouttes de sang défibriné n'a donné également aucune culture.

Autopsie. — Le cœur pèse 260 grammes. Avant son ouverture, on constate une insuffisance aortique très nette, par l'épreuve de l'eau. Les trois valvules de l'aorte sont raccourcies, rétractées, et ont un bord libre extrêmement épaissi, dur au toucher. Les autres orifices sont normaux. Les poumons ne présentent rien de particulier, mais il existe un paquet de ganglions trachéo-bronchiques volumineux, présentant à la coupe de très nombreux noyaux blanchâtres, à aspect caséeux.

Le foie pèse 1230 grammes et paraît normal, ainsi que la rate, qui pèse 92 grammes, et les reins : le rein gauche, 145 grammes; le rein droit, 125 grammes.

Après ouverture du crâne, on ne note rien de particulier au niveau de la dure-mère. La convexité des hémisphères a un aspect normal. La base de l'encéphale est recouverte et cachée par une plaque de sang, véritable caillot membraniforme, qui s'épaissit au niveau de la moitié inférieure de la protubérance et du sillon bulbo-protubérantiel.

L'imbibition hémorragique se prolonge en avant sur les lobes frontaux ; de chaque côté elle fuse dans la scissure de Sylvius et dans la fente cérébrale de Bichat.

Le cervelet présente une plaque jaune verdâtre sur le vermis supérieur, ressemblant à l'exsudat fibrino-purulent, si fréquent dans cette région, au cours des méningites tuberculeuses.

Le sang coagulé, adhérent à la base de l'encéphale, est enlevé et dissocié en certains points : on constate qu'il enrobe des vaisseaux de moyen et de petit calibre, complètement thrombosés. Il y a des strates fibrineux sous la pie-mère : l'hémorragie est non seulement sous-arachnoïdienne, mais encore sous-pie-mérienne.

Les coupes pratiquées sur les hémisphères cérébraux montrent un aspect normal. Mais la protubérance, dont la face antérieure est comme tachetée de sang, présente dans toute sa masse de nombreux foyers hémorragiques. Parmi ces foyers, il en est deux plus volumineux qui affleurent le plancher du quatrième ventricule et l'aqueduc de Sylvius. Enfin, les coupes permettent de constater la présence d'un placard blanchâtre, dur, épais, de 1 millimètre environ, sur toute l'étendue de la moitié supérieure de la face antérieure de la protubérance.

La moelle est extrêmement congestionnée, tous les vaisseaux sous-pie-mériens sont fortement injectés. Les coupes de l'organe n'y montrent pas d'épanchement sanguin.

Coupes histologiques. — M. Letulle a eu l'extrême obligeance de voir quelques coupes histologiques pratiquées sur la protubérance, le vermis supérieur et les valvules aortiques. Voici ce qu'un examen très rapide lui a permis de constater.

Sur la protubérance, *la méninge est très épaissie et infiltrée d'éléments nucléaires.* Dans toute l'épaisseur de la substance nerveuse, des hémorragies ont dissocié les fibres. En deux ou trois points, au voisinage de la surface de la méninge, on voit comme des placards de nécrose aiguë, colorés en rose vif par l'éosine, présentant des parties mortifiées constituées par des globules rouges jaunâtres, enfermés dans une gangue conjonctive qui est rose en certains points. Certains troncs vasculaires sont atteints d'endophlébite et d'endartérite; quelques-uns sont thrombosés. On voit une cellule géante dont la périphérie est nécrosée.

Au niveau du vermis supérieur, la méninge et les prolongements qu'elle pousse entre les circonvolutions cérébelleuses sont gorgés d'éléments cellulaires, tout petits, extrêmement serrés. Dans ces replis méningés, il y a de nombreuses gommes miliaires caséeuses. Leur centre est ramolli : il y flotte un petit nombre de noyaux, dans une substance coagulée. Quelques éléments n'ont plus de noyau. Dans quelques espaces, on trouve, au voisinage de ces gommes miliaires, des cellules géantes peu volumineuses. Tout cela ressortit plutôt à la syphilis qu'à la tuberculose. Deux ou trois coupes, colorées par le Ziehl, n'ont pas montré le bacille de Koch.

Les valvules sigmoïdes ont un bord libre très épais, constitué par un bourrelet fibreux, dense, dépourvu d'éléments cellulaires et peu vasculaire. Il n'y a pas de calcification. De place en place, sur le bord de la valvule, il y a des îlots fibreux qui s'enfoncent assez profondément dans son épaisseur.

Une plaque d'aortite montre un épaississement de la paroi artérielle, avec de nombreux capillaires occupant au moins le tiers externe de la mésartère.

Ce cas n'est pas entièrement élucidé au point de vue des lésions anatomiques et de leurs causes. Ce chapitre de l'observation sera complété plus tard.

L'intérêt qu'il présente pour nous à l'heure actuelle porte sur ce fait qu'il constitue un document d'une grande valeur dans l'étude des liquides céphalo-rachidiens hémorragiques. Il ne nous a pas montré, en effet, les caractères constants des liquides sanglants par ruptures vasculaires, dues à un traumatisme ou à une vascularite. Il existait en même temps une méningite, et le liquide céphalo-rachidien est venu nous le prouver, avant la mort.

Présence de coagulum fibrineux. — Les six tubes dans lesquels nous avons recueilli du liquide céphalo-rachidien ont présenté un coagulum fibrineux. Cela ne se voit jamais dans les hémorragies vulgaires, dues par exemple au traumatisme, à l'athérome ou à l'artérite syphilitique. L'absence de fibrine, dans ces cas-là, constitue un caractère de

haute valeur qui a été mis en évidence par MM. Tuffier et Milian (1); il ne nous a jamais manqué dans toutes nos observations d'hémorragie méningée (2), dues aux causes que nous venons d'énumérer.

On pouvait supposer qu'il ferait défaut si l'hémorragie venait se superposer à une méningite, surtout si l'on considère cette variété d'inflammations méningées avec grande réaction fibrineuse que nous avons été l'un des premiers à faire connaître (3).

Dans ces inflammations, peu de temps après l'extraction du liquide céphalo-rachidien, on voit dans les tubes, des prises fibrineuses plus ou moins massives. Qu'une hémorragie se produise dans cet état morbide, et nous verrons s'unir deux sympômes ordinairement opposés : un liquide sanglant et une précipitation de fibrine. C'est ce qui a dû arriver chez notre malade. Nous pensons qu'il avait une méningite à réaction fibrineuse, et qu'il a fait la veille de son entrée à l'hôpital une hémorragie cérébro-méningée.

Les constatations faites à l'autopsie nous ont aidé pour faire la démonstration de cette succession morbide, en nous montrant le *double processus*, *méningitique* et *hémorragique* : le premier sous forme d'épaississement et d'induration de la pie-mère, le second constitué par des plaques fibrineuses étendues sur la base de l'encéphale.

Le sang s'est donc comporté dans ce cas comme dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne la plus banale, et nous n'avons pas eu dans nos tubes un coagulum fibrineux en rapport avec l'abondance de l'hémorragie. Celle-ci en effet avait collecté sa fibrine dans le sac arachnoïdien, et nous n'avions recueilli dans nos tubes que la fibrine appelée dans la séreuse par l'acte inflammatoire. Or, la réaction fibrineuse n'a point été postérieure à l'hémorragie; l'hémorragie méningée simple ne crée jamais par elle-même cette réaction (4).

En dehors de la fibrine nous signalerons aussi d'autres caractères moins importants, qui plaidaient en faveur de la méningite et que nous allons rapidement passer en revue.

Abondance des globules blancs. — Les globules blancs sont en très grande proportion par rapport aux globules rouges. Ainsi, nous trouvons dans le quatrième espace 600 globules blancs pour 45 100 globules rouges. C'est là un rapport absolument exceptionnel dans une hémorragie méningée vulgaire, surtout dans un cas comme celui-ci où l'état comateux récent et la xanthochromie légère nous indiquaient que l'hémorragie venait de se produire. Pour citer un exemple et bien montrer l'opposition, nous avons vu dans un cas d'hémorragie par athérome artériel (5), au troisième jour, 700 globules blancs pour 130 000 globules rouges.

Cette abondance des globules blancs était également manifeste sur nos préparations et incompatible avec une hémorragie récente non accompagnée de méningite.

Cryoscopie. — Le point de congélation, dans ce cas, était à — 0,50. C'est là un fait absolument exceptionnel dans une hémorragie par rupture vasculaire simple : elle ne donne jamais un semblable abaissement du point cryoscopique.

Nous n'insisterons pas sur la recherche des microbes par l'examen direct ou par la culture, ni sur les ensemencements du sang ou du liquide céphalo-rachidien, selon la technique moderne, qui peuvent venir dans ces variétés de méningites, ajouter une démonstration étiologique à ce signe capital : existence d'un coagulum fibrineux dans le liquide céphalo-rachidien, en cas de méningite compliquée d'hémorragie sous-arachnoïdienne.

Nous voulons maintenant bien spécifier la place de cette hémorragie méningée dans la classification anatomo-clinique dont nous parlions au début de ce travail.

Il s'agit là vraiment d'une méningite hémorragique. En est-il de même des méningites fibrineuses à liquide jaune? Nous ne le pensons pas, ou du moins nous croyons qu'il est bon de les séparer. Et pour comprendre ces faits, il faut comparer les phénomènes qui se passent dans la méninge, à ceux que l'on constate au niveau de la plèvre. Dans cette séreuse, on distingue des pleurésies séro-fibrineuses hémorragiques et purulentes. Rien n'empêche d'appliquer cette division à la méninge. La méningite purulente est bien isolée dans le cadre et nous n'y insisterons pas. Mais nous pensons qu'il faut accepter, en outre, ce chromo-diagnostic simple, à deux termes : méningite à liquide jaune avec réaction fibrineuse et méningite hémorragique. Il est vrai qu'histologiquement la première contient des globules rouges. Mais n'en est-il pas de même pour toutes les pleurésies sero-fibrineuses?

En réalité il faut simplement tenir compte de la scène ou se passent les actes morbides. Ils ne se supperposent pas d'une façon étroite et ne sont pas rigoureusement similaires dans la plèvre et dans la méninge. Dans la plèvre, les réactions xanthochromique, fibrineuse et cytologique, ont le plus souvent des rapports constamment identiques pendant toute la durée de l'inflammation pleurale. L'exsudation, émanation toute entière de la sérosité sanguine, conserve l'aspect invariable propre au sérum sanguin. Le sac arachnoïdo-pie-mérien au contraire constitue une cavité réelle, toujours remplie par le liquide céphalo-rachidien, au milieu duquel se passent les réactions morbides. C'est d'ailleurs grâce à cette permanence de la cavité que nous pouvons l'explorer à coup sûr, même au moment de la plus grande atténuation des phénomènes. Aussi, au milieu des changements variés des tableaux chromatiques et cellulaires qui attirent notre regard et qui frappent notre rétine, on retrouve toujours le liquide céphalo-rachidien, avec sa limpidité parfaite, constituant comme un fond invariable et uniforme qui se détache au moment de l'atténuation et de l'effacement des processus pathologiques. L'inflammation est-elle intense? nous avons les trois réactions analogues à celles de la pleurésie séro fibrineuse : la sérosité inflammatoire avec son sérochrome, ses globules rouges et blancs, sa fibrine envahit la cavité infectée. L'inflammation est-elle légère ou atténuée? nous ne saisissons que la fibrine et les éléments cellulaires; le sérochrome n'existe plus ou est en trop grande dilution pour se manifester à nos yeux. Cela va encore plus loin : quand la poussée inflammatoire est à son minimum, on ne voit persister que la réaction cellulaire, trahie seulement par la centrifugation du liquide. On est tout près alors, dans cette chaîne de réactions décroissantes, de la simple irritation méningée, avec ses seules réactions cellulaires. Ainsi, dans un des cas que nous avons publiés (1), nous avons pu saisir toute cette série de réactions inflammatoires dégradantes. Il faut donc compter avec ces disso-

(1) Tuffier et Milian. *Presse méd.*, 5 mars 1902.
(2) G. Froin. Loc. cit.
(3) G. Froin. Loc. cit.
(4) G. Froin. Loc. cit.
(5) G. Froin. Loc. cit.

(1) G. Froin. Loc. cit.

ciations morbides, dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne, et nous pensons qu'en regard de la méningite hémorragique dont nous venons de rapporter un cas indiscutable, il faut placer l'inflammation méningée avec réactions chromatique, fibrineuse et cytologique du liquide céphalo-rachidien.

XVI[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[TENU A PARIS, OCTOBRE 1903 (1)]

FACE — CRANE

M. Morestin croit que le plus souvent le chirurgien n'enlève pas assez largement de tissu dans les cas de **cancer de la lèvre**; au lieu de tailler un V suivant l'usage habituel, il enlève un trapèze correspondant en haut à la moitié de la lèvre et descendant jusqu'à l'éminence du menton. Pour la réparation, il utilise le procédé de Larger et fait la restauration immédiate.

M. Jacques (de Nancy), tout en reconnaissant que les procédés de Luc, d'Ogston et de Kunt ont donné de bons résultats, leur reproche de prédisposer à la récidive à cause de l'insuffisance du curetage des cellules de l'ethmoïde; il propose une méthode qu'il appelle le **traitement idéal de la sinusite frontale chronique suppurée.**

Ce traitement consiste surtout à attaquer le sinus frontal par son plancher; auquel on pratique une large ouverture, à cureter très soigneusement la partie verticale du sinus désormais facilement accessible, à réséquer tout le plancher du sinus dans sa portion orbitaire et à détruire tout l'ethmoïde antérieur. Ce procédé supprime toute la cavité sinusienne sans nuire à l'esthétique; il permet de réséquer la totalité de la masse latérale de l'ethmoïde; le sinus, largement ouvert inférieurement, se draine très bien.

M. Sébileau fait remarquer qu'il y a une variété considérable de sinus et de sinusites, ce qui explique toutes les variétés de procédés opératoires. Le procédé de M. Jacques peut être dangereux dans certains cas de sinus frontal petit, car, malgré toute son habileté, le chirurgien est trop exposé à pénétrer dans le cerveau. D'autre part, si le sinus est grand, il est tout à fait impossible, avec le procédé de M. Jacques, d'aller à l'extrémité externe du sinus; et le curetage étant insuffisant, la guérison définitive est impossible.

Le meilleur traitement de la sinusite est le plus simple et celui qui donne le maximum de sécurité; il peut se résumer ainsi : ablation large de la paroi frontale, curetage très soigné de toute la cavité sinusienne, destruction des cellules ethmoïdales, agrandissement de l'infundibulum, en un mot, c'est le procédé de Kunt.

M. Villar (de Bordeaux) fait connaître un cas assez rare **d'épithélioma de la peau ayant perforé le frontal** et envahi la dure-mère. Il fait en outre une communication intéressante sur une variété de **pseudo-kystes sus-dure-mériens.**

Il a eu l'occasion d'opérer un jeune malade atteint de cette variété de collection séreuse qu'il propose de désigner sous le nom de pseudo-kyste séreux, et il a pu réunir quatre autres observations semblables.

Tous les malades étaient jeunes et chez tous les accidents moteurs ou psychiques n'ont fait leur apparition que plusieurs années après un traumatisme.

Trois hypothèses ont été invoquées pour expliquer la formation de ces collections séreuses : transformation d'un hématome, lésions de pachyméningite hémorragique, irritation par des esquilles.

Le diagnostic est impossible à faire.

Le traitement consistera dans l'ouverture du crâne et l'évacuation de la collection. Les quatre malades opérés ont très bien guéri.

M. Paul Delbet rapporte un cas d'**épilepsie jacksonienne** survenue treize ans après un violent traumatisme. A l'occasion de ce cas, l'orateur passe en revue les indications de la trépanation cranienne.

M. Vidal (de Périgueux) vante les mérites de la **résection du sympathique cervical dans l'épilepsie essentielle.** Ses résultats sont en contradiction avec ceux qu'ont obtenus les auteurs les plus compétents.

M. Moure (de Bordeaux) rappelle que l'un des premiers il a signalé un cas de **cellules mastoïdiennes** aberrantes. Depuis, les faits se sont multipliés et nombre d'auteurs ont signalé des cellules isolées, occupant soit la paroi postérieure, soit la portion inférieure de la mastoïde. M. Moure en signale aujourd'hui d'autres siégeant profondément le long de la paroi interne et n'ayant aucune communication soit entre elles, soit avec l'autre.

On n'en est plus aujourd'hui à compter ces anomalies des cellules mastoïdiennes.

A l'occasion d'un cas de **laryngectomie pour cancer**, M. Castex en décrit la technique, en règle les détails et en signale les multiples difficultés.

M. Faure a opéré un malade atteint d'un sarcome de la région glosso-épiglottique donnant lieu à des phénomènes graves d'obstruction du pharynx et s'accompagnant d'un volumineux paquet ganglionnaire des deux côtés. Il a d'abord enlevé les ganglions à droite et à gauche et ligaturé les deux carotides externes. Puis, après la trachéotomie préalable, il a incisé sur la ligne médiane, a enlevé l'os hyoïde, et, par la voie sublinguale, a pu très facilement extraire le sarcome. Cette tumeur présentait deux lobes, gros chacun comme un œuf de poule, qui furent énucléés, et il procéda ensuite à l'oblitération de la ligne médiane. La canule trachéale fut laissée deux mois en place. Actuellement, l'opération date de dix mois, et le malade est guéri. Il insiste sur la facilité et l'excellence de la **voie transhyoïdienne** qui permet un accès des plus faciles.

M. Moure a employé une fois la voie transhyoïdienne dans un cas analogue. Les résultats immédiats, d'après lui, sont excellents, mais il n'en va pas de même des résultats éloignés. Ainsi, chez son malade, un an après l'opération, les deux valves du thyroïde se sont rapprochées l'une de l'autre et presque accolées, si bien que les troubles respiratoires ont nécessité une trachéotomie secondaire, et l'introduction de la canule fut extrêmement difficile, le conduit aérien ayant pris la forme d'une simple fente.

M. Broca, au cours de ses opérations de fistule congénitale, a eu l'occasion, vingt-cinq ou trente fois, d'enlever l'os hyoïde sans qu'il en soit résulté les inconvénients à longue échéance que signale M. Moure.

M. Gaudier (de Lille) a enlevé par cette voie transhyoïdienne une tumeur pharyngo-laryngée du volume d'une orange.

(1) Suite — Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 129, p. 1274.

MAMELLE

M. Chavannaz (de Bordeaux) est un partisan convaincu des **nouvelles méthodes opératoires pour le cancer du sein.** Sa statistique est intéressante. Il est intervenu chez 30 malades. Sur ces 30, 9 ont été opérées depuis plus de trois ans, 5 depuis plus de deux ans, 6 depuis plus d'un an. Les autres ont été soumises à l'intervention, soit à la fin de 1902, soit dans le courant de 1903.

Il n'a observé aucun accident opératoire.

Ses cas n'ont pas été choisis, bien au contraire. Des 9 malades opérées depuis trois ans, 3 sont encore vivantes et bien portantes; les temps écoulés depuis l'opération sont respectivement de quatre ans et quatre mois, de quatre ans et un mois, et enfin de trois ans et quatre mois. Cette dernière malade est particulièrement à noter, car il s'agissait d'un cancer massif du sein chez une femme relativement jeune, puisqu'elle n'avait que quarante ans.

Sur les 30 opérées, il n'a actuellement observé que deux récidives locales.

Les méthodes de Willy Meyer et d'Halsted lui ont donné l'impression d'une véritable bénignité opératoire, et il n'a pas hésité à intervenir récemment chez une femme enceinte; la grossesse a continué son cours.

Dans tous les cas, il cherche depuis longtemps la réunion immédiate, quelquefois par simple libération et glissement, le plus souvent par une large autoplastie.

Les résultats fonctionnels sont excellents, en dépit des larges sacrifices musculaires.

M. Reynès (de Marseille) rapporte un cas fort curieux de **cancer inopérable du sein traité par la castration ovarienne.**

G.-T. Beatson, le premier en 1896, fit connaître à Edimbourg deux cas de cancer inopérable des mamelles traités avec succès par la castration ovarienne. Connaissant ce travail, M. Reynès pratique le 20 mai 1903, avec l'assistance de son collègue, le professeur Combalat, la castration utéro-ovarienne par laparotomie, chez une femme de trente-deux ans, qui venait d'être réglée deux jours avant, et était atteinte d'un double cancer des mamelles, inopérable, avec tumeurs volumineuses, ganglions axillaires, ulcération à gauche. La nature épithéliomateuse maligne fut vérifiée au microscope par le professeur Cornil. Un mois après, la régression des néoplasmes est manifeste : en deux mois l'ulcération est cicatrisée. Bref, aujourd'hui après cinq mois, la guérison semble obtenue : localement il n'y a presque plus rien; l'état général est excellent. C'est un merveilleux résultat.

A New-York, Robert Abbe aurait également obtenu de brillants résultats dans 2 ou 3 cas semblable. M. Reynès déclare que son opérée a reçu des piqûres de quinine : mais jusqu'au moment de la laparotomie, elles n'ont rien produit : la régression atrophique du cancer a marché avec une étonnante rapidité après la castration.

M. Tailhefer (de Béziers) rapporte un cas intéressant de **galactocèle.** Il s'agit d'une jeune femme de vingt ans qui, un mois après son premier accouchement, vit son sein gauche augmenter progressivement de volume, sans aucune douleur. Quand M. Tailhefer vit la malade pour la première fois, c'est-à-dire neuf mois après le début de son affection, le sein avait le volume d'une tête d'adulte.

Le diagnostic posé étant celui de kyste du sein, la tumeur fut ponctionnée et curetée. Le liquide examiné avait la composition du lait, sauf qu'il ne renfermait pas de lactose. Il contenait quelques staphylocoques et un microbe analogue à celui de Friedlander. Cependant, le chimiste qui examina le liquide n'a pas trouvé le produit de fermentation du sucre et, d'ailleurs, le lait du sein opéré contenait beaucoup moins de lactose que le lait de l'autre sein. (*A suivre.*)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(10 NOVEMBRE 1903)

Un grand journal du matin ayant annoncé, non sans pompes, que M. Marmorek, de l'Institut Pasteur, allait faire à l'Académie une communication sensationnelle sur un **sérum antituberculeux** de son invention, dès le début de la séance, les places réservées au public étaient toutes occupées et l'élément féminin y entrait pour une grande part. Depuis que l'Académie a transporté ses pénates rue Bonaparte, on ne s'était jamais trouvé à pareille fête. Mais ce public a été déçu; M. Marmorek — non plus de l'Institut Pasteur, puisqu'il vient de donner sa démission — n'a pas été appelé à la tribune.

M. Blanchard est revenu sur la **maladie du sommeil.** Il a répondu à M. Chantemesse qui lui a répondu à son tour sur des questions de priorité; ces deux messieurs ont fini par se trouver d'accord, à peu près comme Harpagon et son fils, au sujet de Marianne, après l'entremise de Laflèche.

Dans la dernière séance M. Vallin, en réponse à une lettre du ministre de la Guerre, a fait une importante communication sur **l'alimentation des garnisons en eau potable.** Dans cette communication, M. Vallin avait assez sévèrement jugé l'emploi des filtres qui, disait-il, pouvaient devenir dangereux en raison même de la sécurité trompeuse qu'ils donnaient.

Les stérilisations à la chaleur, depuis quelque temps à l'essai, ont donné jusqu'ici d'excellents résultats. Mais l'expérience qu'on en a faite n'est pas assez longue pour qu'on puisse se prononcer définitivement. M. Vallin terminait son rapport par les conclusions suivantes :

1° La première et la meilleure mesure prophylactique contre l'invasion des maladies dont le germe peut être véhiculé par l'eau est assurément de doter toutes les garnisons d'une eau de source pure et de bonne qualité, bien captée, bien protégée et bien surveillée, de façon à éviter toute chance de contamination même passagère.

2° Quand ces conditions sont remplies, il devient inutile d'avoir recours à un moyen quelconque de stérilisation de l'eau, si ce n'est d'une façon temporaire en cas d'accident.

3° Sans renoncer aux filtres, qui rendent de grands services quand ils sont bien entretenus et bien surveillés, il y a lieu de multiplier, à titre d'essai, l'emploi des stérilisateurs par la chaleur, en prenant les plus grands soins pour restituer et conserver toute sa fraîcheur à l'eau stérilisée, non moins qu'à l'eau filtrée pendant la saison chaude.

M. Kelsch qui, de son propre aveu, a été pour beaucoup dans l'adoption de ces filtres, est venu déclarer tout d'abord qu'il s'unissait complètement aux conclusions de M. Vallin, puis, il est entré dans des explications détaillées au sujet des raisons qui ont fait adopter l'usage des filtres dans les casernes qui, malgré tout, ont rendu des services, car la fièvre typhoïde a beaucoup diminué dans l'armée après leur emploi.

Les conclusions de M. Vallin ont été ensuite mises aux voix et adoptées.

M. Gariel présente, au nom du docteur Marage, les résultats d'expériences entreprises à Bourg-la-Reine, pour mesurer et développer l'**audition chez les sourds-muets**.

On a pris vingt-quatre enfants absolument sourds, qu'un tirage au sort a divisés en deux groupes : le groupe impair servant de témoin, le groupe pair étant soumis régulièrement, chaque jour, aux vibrations de l'appareil qui a déjà servi pour le traitement de la surdité due à l'otite scléreuse.

Au bout de six semaines tous les enfants entendaient les instruments de musique, alors qu'ils n'avaient jamais rien entendu précédemment; trois entendaient des phrases parlées près de l'oreille, et deux pouvaient suivre une conversation avec une personne parlant à une distance d'un mètre sans élever la voix.

M. Gariel insiste sur l'excellence de ces résultats; et, de plus, il fait remarquer que jamais, jusqu'ici, on n'avait pu mesurer exactement l'audition des sourds-muets; tandis que maintenant, avec la sirène à voyelles du docteur Marage, on détermine très rapidement ce qu'un sourd-muet peut entendre.

M. Phocas (d'Athènes) communique un cas d'**anévrisme faux consécutif de l'artère fémorale traité par la ligature de l'iliaque externe, guérison.**

Jeune homme de dix-huit ans ayant reçu un coup de couteau au pli de l'aine. Il se forme un anévrisme inguinal, d'abord masqué par l'existence de ganglions et d'un chancre, bientôt apparent. L'anévrisme prend au bout de quelques jours un grand développement. Il présente les signes classiques des anévrismes et s'enflamme. M. Phocas hésite de faire l'extirpation, fait la ligature de l'iliaque externe et le malade guérit rapidement sans aucune suite fâcheuse.

Se basant sur ce fait et sur d'autres analogues présentés par M. Berger, l'auteur plaide la cause de la ligature, opération très simple dans son exécution, très bénigne dans ses suites, très sûre dans ses effets. Malgré le remarquable plaidoyer de M. Delbet en faveur de l'extirpation, la ligature paraît être souvent dans le traitement des anévrismes inguinaux le traitement de choix, l'extirpation restant une méthode exceptionnelle répondant à des indications spéciales. La ligature est plus simple dans son exécution. Elle n'est pas une opération exigeant de l'habileté et du sang-froid. Elle est réglée et facile. Elle n'offre pas plus de mortalité que l'extirpation. Peut-être même aseptiquement faite est-elle plus bénigne.

En ce qui concerne les accidents il est probable que l'hémorragie, l'inflammation du sac et même la gangrène ne sont pas des accidents dus à la méthode mais aux fautes d'asepsie qu'on commet.

Enfin si la récidive survient, ce qui d'après les statistiques est rare, il serait toujours temps d'avoir recours à une extirpation.

M. Phocas, en terminant, insiste sur une modification intéressante dans le manuel opératoire de la ligature de l'iliaque externe. En plaçant le malade dans la position réclinée de Trendelenburg la découverte et la ligature de l'artère deviennent des actes si simples que cinq minutes suffisent pour mener à bon terme l'opération. Les accidents opératoires tels que la blessure du péritoine sont évités facilement à l'aide de cette précaution.

M. Rœtterer, candidat pour la section d'anatomie et de physiologie, a fait une communication dont nous n'avons pu entendre un traître mot.

Le reste de la séance a été occupé par la lecture de nombreux rapports de prix.

QUESTION D'INTERNAT

Diagnostic des ulcérations de la langue (1).

2° Les *ulcérations siègent uniquement à la langue.*

Elles sont : *a*. simples; *b*. spécifiques.

a. Ulcérations simples. — Tantôt la langue hypertrophiée (glossites, macroglossie) vient se comprimer sur les dents saines; tantôt la langue saine est lésée par des dents déviées ou cariées (molaires inférieures).

On remarque d'abord une phase, inconstante, de glossite chronique : sur le bord de la langue se forme un nodule diffus, marqué d'une empreinte dentaire; puis, se creuse une ulcération, peu profonde, allongée, à bord sinueux et à pic, à fond finement granuleux, recouverte assez souvent d'un enduit pultacé et entourée d'une zone indurée.

Cette ulcération est douloureuse. L'haleine devient fétide. Parfois se forme une adénite sous-maxillaire.

La constatation d'un chicot en regard de l ulcération détermine le diagnostic, confirmé par la guérison rapide après enlèvement de la dent et gargarismes au chlorate de potasse.

Les ulcérations spécifiques, diathésiques ou néoplasiques se localisent volontiers en regard d'une dent cariée et irrégulière, ce qui rend souvent le diagnostic difficile.

Les ulcérations du frein de la langue dans la coqueluche ne doivent pas être oubliées. Leur pathogénie.

b. Ulcérations spécifiques. — A. **Syphilis.** — Les ulcérations syphilitiques sont des chancres ou des gommes. Les plaques muqueuses ne sont pas des ulcérations, mais peuvent s'ulcérer secondairement; ce sont alors des ulcérations, multiples en général, recouvertes d'une pellicule blanchâtre caractéristique qui, enlevée, laisse à nu un fond rougeâtre et saignant facilement.

α. *Chancre induré.* — Unique et solitaire, il siège presque toujours à la pointe. Il est assez rare. C'est une ulcération arrondie, peu profonde, à fond plat et grisâtre, à bords rouges, saillants, indurés, comme taillés à l'emporte-pièce, reposant sur une base indurée caractéristique. Elle s'accompagne d'une adénopathie sous-maxillaire indolente, en pléiade. La réparation commence au bout d'une quinzaine. La santé générale est conservée.

β. *Gommes.* — Les gommes qui occupent la face dorsale et les bords de la langue sont d'abord très dures et déforment l'organe qui semble *bourré de noisettes.*

Puis elles deviennent fluctuantes, la muqueuse rougit et s'ulcère. Chaque gomme devient alors une ulcération profondément excavée, à bords taillés à pic, à fond grisâtre et bourbillonneux, reposant sur une base indurée et lardacée; elle n'est ni purulente ni saignante. Souvent douloureuse, elle gêne la mastication, la déglutition. Elle ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire. Les accidents syphilitiques antérieurs ou concomitants aident au diagnostic. Le traitement spécifique provoque la guérison, mais souvent non sans déformation.

Pour les formes atypiques, la présence d'ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses chez un syphilitique, l'examen histologique et bactériologique tranche les hésitations.

Signaler ici les ulcérations fissuraires de la syphilis tertiaire dans le *syphilome scléreux* : langue en plancher, langue de Clarke.

B. **Tuberculose.** — α. *Ulcérations tuberculeuses franches.* — Plus fréquentes chez l'homme, elles sont primitives ou secondaires, selon qu'elles atteignent un sujet sain ou déjà infecté (poumons, larynx surtout). Elles débutent par des *points jaunâtres*, gros comme des têtes d'épingle; à ce ni-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 128, p. 1266

veau, l'épithélium se détruit. On constate alors une ulcération, presque toujours unique, siégeant vers les bords ou la pointe, d'abord arrondie, puis irrégulière, à bords déchiquetés, nettement découpés en *contours géographiques*, à peine saillants; son fond est presque toujours mamelonné, pâle et grisâtre; aux angles, on remarque de petites saillies semblables à des grains de sagou mal cuits, et, tout autour, un semis de petits *points jaunâtres* (Trélat), qui peuvent s'ulcérer pour fusionner avec la grande ulcération; la base de celle-ci n'est pas indurée, mais elle peut reposer sur une glossite interstitielle qui simule une induration. Les ulcérations tuberculeuses s'accompagnent souvent d'une adénopathie sous-maxillaire qui peut aboutir à la caséification. Elles provoquent des douleurs très vives, irradiées vers l'oreille, rendant pénibles la mastication et la déglutition.

L'examen du sujet révèle habituellement des lésions thoraciques anciennes, ainsi que d'autres ulcérations sur les amygdales, le voile du palais, etc.

Ces ulcérations sont très tenaces, ont peu de tendance à la guérison.

Si on hésite entre la tuberculose et la syphilis, le traitement spécifique sert de pierre de touche. On peut encore exciser une partie des tissus atteints, faire des cultures et des inoculations ou bien pratiquer l'examen histologique.

β. *Tuberculose profonde parenchymateuse* (abcès froids).

Cette forme, très rare, débute par une ou plusieurs nodosités dans l'épaisseur de l'organe, qui se ramollissent, s'ulcèrent et laissent un trajet fistuleux.

C'est surtout l'état du sujet, phtisique, qui fait faire le diagnostic avec une gomme ramollie, diagnostic qui serait impossible sans ponction exploratrice.

C. **Cancer.** — A la période d'état, l'épithélioma s'ulcère. L'ulcération est unique, profonde, anfractueuse, à bords indurés et renversés en dehors, elle est couverte de fongosités mollasses, saigne très facilement et laisse écouler un ichor fétide. Dans la forme *végétante*, les masses fongueuses peuvent envahir une partie de la cavité buccale. Dans la forme *rongeante*, la langue est détruite plus ou moins complètement.

L'ulcération repose sur une masse indurée irrégulière. Des adhérences collent la langue au plancher de la bouche. Des douleurs lancinantes, surtout sous forme d'otalgie, et des hémorragies souvent très abondantes, viennent compliquer le tableau.

L'adénopathie sous-maxillaire et carotidienne est constante; elle est formée de ganglions durs, mobiles, douloureux, qui se prennent en chou-fleur et s'ulcèrent, fournissant un ichor abondant et fétide. Parfois l'adénopathie a un début inflammatoire, puis prend ensuite l'évolution habituelle.

L'épithélioma de la langue frappe *presque toujours* les hommes et les anciens syphilitiques atteints de leucoplasie (*toujours*, pour Gaucher, Landouzy).

A part l'aspect clinique, l'absence d'autre lésion tuberculeuse ou syphilitique, l'hérédité néoplasique fait soupçonner le diagnostic que confirme l'examen microscopique d'un fragment excisé.

D. **Actinomycose.** — Elle peut produire à la langue une tuméfaction qui finit par s'ulcérer. Le pus qui s'écoule renferme de petits grains jaunes formés par la réunion de petites boules où l'on reconnaît au microscope le champignon de l'actinomycose. Cette ulcération siège presque toujours à la pointe.

Son diagnostic, cliniquement, est très difficile; il ne se fait qu'au microscope.

Terminer sur la difficulté du diagnostic clinique des ulcérations de la langue et sur l'utilité de l'examen bactériologique et histologique (biopsie).

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Sciatique et arthrite rhumatoïde de la hanche. (*Lancet*, 22 août 1903, p. 51.) — M. William Bruce, dans un travail très documenté, met en discussion la nature de la sciatique et envisage son traitement rationnel. Frappé de l'influence du repos sur l'amélioration des symptômes, il a été amené à rechercher quel rôle peut jouer l'articulation de la hanche dans le syndrome morbide. Il a pu examiner méthodiquement un grand nombre de cas, étudiant les mouvements communiqués et recherchant les points douloureux. L'articulation est souvent un peu plus saillante et plus douloureuse que du côté sain. La comparaison des deux hanches facilite cette recherche. Selon M. William Bruce, la sensibilité à la pression du niveau du tronc du nerf sciatique est très rare. La douleur du genou s'explique fort bien si on envisage le trajet du nerf obturateur. Passant au crible les caractères des points douloureux classiques l'auteur les explique en invoquant les connexions nerveuses de l'articulation de la hanche. Se basant sur les signes cliniques et sur les conditions diathésiques dans lesquelles l'affection s'observe, il est amené à la considérer comme un trouble articulaire de la hanche intimement lié à la goutte ou au rhumatisme. Sur 125 observations M. Bruce a trouvé des lésions goutteuses ou rhumatismales au niveau d'autres jointures dans 52 p. 100 des cas; dans 22 p. 100 il existait simultanément du lumbago. La plupart des cas ont fini par guérir; quelques-uns d'entre eux ont abouti à un degré d'ankylose plus ou moins marqué. L'auteur tire un argument de ce fait que l'atrophie qu'on observe porte sur la fesse principalement et non sur tout le membre, ce qui est en contradiction avec l'hypothèse d'une névrite du sciatique. De plus, la réaction de dégénérescence n'existe jamais.

La base du traitement est le repos. Ce n'est qu'après la période inflammatoire que les massages et l'électricité peuvent rendre des services. A. Housquains.

Chorée grave avec état de mal. (G. Cazal. *Arch. méd. de Toulouse*, 15 sept. 1903.) — Il s'agit d'une chorée grave, avec état de mal, s'étant terminée par la guérison, malgré l'existence de l'ensemble symptomatique habituel des chorées mortelles et notamment de troubles graves de l'état mental.

Chorée survenue chez un sujet ayant atteint l'âge de la puberté.

L'origine infectieuse de cette chorée paraît suffisamment démontrée par plusieurs caractères, et plus particulièrement par l'existence d'une endocardite et d'arthropathies. La nature rhumatismale de cette affection ne paraît pas douteuse.

Et l'auteur ajoute : « L'aphasie peut s'observer à la suite des chorées graves comme à la suite des maladies infectieuses de l'enfance.

Dans les formes graves, la médication arsenicale constitue le meilleur traitement à opposer à la chorée maladie; quand il y a état de mal, il convient d'y associer le chloral à doses assez élevées, très utile contre la chorée symptôme.

En présence d'un cas de chorée, surtout chez un enfant au-dessus de douze ans, il faut penser à sa transformation possible en chorée suraiguë dont le pronostic, extrêmement grave, contraste avec l'habituelle bénignité de la danse de Saint-Guy. » L. Gayard.

CHIRURGIE

Deux cas d'appendicite à terminaison anormale. [M. Ferlin (de Valence). *Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, 1903, p. 192.] — L'auteur rapporte deux observations intéressantes. L'une a trait à une appendicite terminée par

rupture dans la vessie et rentre dans des cas déjà observés (Jalaguier). L'autre, plus originale, est un exemple, que nous croyons unique, de *vomique appendiculaire*. Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans, qui, le huitième jour après le début d'une crise appendiculaire violente, rejette par la bouche un bon demi-litre de pus. A la suite de cette évacuation, l'état général s'améliore, la fièvre tombe. Au bout d'un mois, toute douleur a disparu à la palpation, la fosse iliaque et le flanc droit ont repris toute leur souplesse, la guérison est complète. L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'anthrax. (Brocq. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 oct. 1903, p. 731.) — La levure de bière, qui constitue le meilleur traitement de l'anthrax, quand elle est fraîche, n'est pas toujours d'une utilisation facile et d'ailleurs ne réussit pas toujours. Mais il y a d'autres médications à employer. Le sulfure de lithium peut donner de bons résultats, mais on peut employer d'autres préparations soufrées comme dans la formule suivante :

Soufre lavé	0g20	centigrammes.
Bicarbonate de soude	0g30	—
Cascara	0g25	—

Pour un cachet.

La poudre de cascara, qui ne doit être donnée qu'au cas où il est nécessaire d'employer un laxatif, doit être donnée au lieu de la magnésie qui, mêlée avec le soufre, peut constituer de véritables blocs fort difficiles à expulser.

Mais en même temps que ce traitement général, le traitement local ne doit pas être négligé.

Ce seront, d'abord, des lavages au savon pour désinfecter la peau, sur le cou surtout, que ces lésions ont si souvent pour point de départ, ainsi que des badigeonnages avec l'alcool camphré. On peut y ajouter encore des frictions sur tout le corps à titre prophylactique pour éviter les pullulations.

Quand le furoncle est tendu et douloureux, rien ne vaut mieux pour calmer cette douleur que les pulvérisations ou les applications de cataplasme de fécule faits avec de l'eau bouillie. Une précaution à prendre, car il faut indiquer les choses minutieusement pour éviter les phénomènes douloureux, est de mettre une couche épaisse de pommade adhérente sur la peau pour que le cataplasme n'adhère pas douloureusement à ces parties, ou qu'en séchant il n'excorie pas les parties que la pommade protège contre les inoculations consécutives.

On peut d'ailleurs remplacer les cataplasmes par des enveloppements humides, que l'on évitera de recouvrir d'une enveloppe imperméable comme la gutta-percha. Cette dernière doit être remplacée par l'ouate hydrophile. La pommade à appliquer peut être formulée ainsi :

Lanoline	15	grammes.
Vaseline	25	—
Oxyde de zinc	5	—

Il est à noter que des poussées de furoncles peuvent se produire chez des sujets atteints de diverses affections cutanées habituelles, comme l'eczéma, le psoriasis. Cette coïncidence est parfois l'indice de la résolution de ces dernières. L. GAYARD.

L'état actuel de l'opothérapie. (X. Arnozan. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1903, nos 44 et 45.) — Fort intéressant rapport présenté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, et que l'auteur résume de la façon suivante :

« Nous pouvons dire que la découverte de Brown-Séquard a doté la thérapeutique de deux agents incomparables, le suc thyroïdien et l'adrénaline; de quelques autres d'une efficacité plus limitée, mais très intéressants, tels que les sucs ovarien, hépatique et pulmonaire; que tous ces agents organiques doivent être maniés d'une façon très discrète, en raison des accidents qui succèdent à leur emploi abusif ou intempestif; que le vrai mécanisme de l'action opothérapique est à peine entrevu et ne sera élucidé que par de longues recherches physiologiques et biochimiques à peine ébauchées à l'heure actuelle. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lille.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Petit, Descarpentries, Looten, Gugelot et Chaix; internes provisoires, MM. Lequette, Duprez, Dubois, Ponthieu et de Swarte.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Gahlinger, Denizard, Cannac, Verhaeghe, Bernard, Bocquillon, Marsy, Desruelles, Cheneby, Riche, Lemoine, Tramblin, Deblock, Carlier, Ammeux, Gosselin, Beun, Vantourout, Bouly, Bloud, Ruyssen, Brohan et Michel.

— *Marseille.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Alaize, Beltrami, Audibert, Terras, Vallon, Platon et Vincentelli.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Soulas, Jouve, Barberis, Balata, Bain, Dugas, Fiolle, Cros, Angelvin, Sauvan (Félix), Malavialle, Passeron, Vignard.

Facultés de médecine. — Le jury du concours d'agrégation en médecine qui doit s'ouvrir le mois prochain est provisoirement composé de MM. les professeurs Bouchard, Landouzy, Raymond, Gilbert, Gaucher (de Paris), Mossé (de Toulouse), Tripier (de Lyon), Ferré (de Bordeaux) et Spillmann (de Nancy).

La réforme de l'agrégation. — MM. Liard, Bayet, Debove, Pitres, Abelous et Cazeneuve sont nommés membres de la Commission instituée au ministère de l'Instruction publique pour étudier les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter dans l'agrégation des Facultés de médecine.

Colonies. — Le *Journal officiel* du 11 novembre publie un décret relatif à l'organisation générale des services de santé coloniaux.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur agrégé Brun, chirurgien des hôpitaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie mentale publié sous la direction de M. Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, président de la Société médico-psychologique et de la Société de psychologie, vice-président de la Société d'histoire de la médecine, par MM. D. Anglade, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux, F.-L. Arnaud, médecin directeur de la maison de santé de Vanves, H. Colin, médecin en chef de l'asile de Villejuif, E. Dupré, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, A. Dutil, ancien chef de clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, J. Roubinovitch, médecin-adjoint de la Salpêtrière, J. Séglas, médecin de l'hospice de Bicêtre, Ch. Vallon, médecin en chef de l'asile clinique (Sainte-Anne). In-8° jésus de 1624 p., cart. toile, tête dorée, avec 215 fig. dans le texte et 6 pl. en chromolithographie hors texte. — Prix : 26 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 132. — SAMEDI 14 NOVEMBRE 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 14 NOVEMBRE 1903. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les grenouillettes.

Par M. Jules ABADIE, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

I

Sous le nom de « grenouillette » ou « ranule » on a décrit des affections absolument disparates par leur constitution (grenouillettes sanguine, hydatique, graisseuse) et disparates par leur siège (grenouillettes sublinguale et sus-hyoïdienne).

Une semblable confusion se produit toutes les fois qu'une affection est individualisée à l'aide d'un terme qui rappelle seulement un symptôme. En disant « grenouillette » on établissait seulement une analogie entre la gêne de la voix ou la saillie sous-maxillaire qu'entraînait une tumeur du plancher de la bouche, et le coassement des batraciens ou la saillie que produisent chez eux les mouvements de respiration. Peu importait le siège exact ou la nature même de la tumeur qui produisait de tels troubles.

La précision actuelle des données anatomiques et la clarté croissante des explications pathogéniques imposent un travail d'élimination, puis de classement.

Un premier abus est criant : c'est l'emploi du terme « grenouillette graisseuse » pour désigner le lipome du plancher de la bouche; cette tumeur solide a tous les droits à ne jamais rentrer dans le cadre des ranules. De même, un calcul salivaire enclavé dans le canal de Wharton emprunte injustement le nom, expressif cependant, de « ranule pétrifiée » ou « grenouillette calculeuse » (1).

Mais nombre d'auteurs modernes désignent encore sous le même non générique toutes les tumeurs kystiques du plancher buccal, quelle qu'en soit la nature. Ici encore on doit élaguer et décrire à part les kystes hydatiques (grenouillette hydatique de Laugier), les tumeurs érectiles (grenouillette sanguine de Dolbeau), les sublinguites (grenouillettes inflammatoires), les kystes dermoïdes du plancher de la bouche.

(1) On trouve encore cependant : COULHON. Etude clinique sur la ranule pétrifiée (grenouillette calculeuse), *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 27

Nous voici amenés à la définition encore classique des traités : les grenouillettes sont des tumeurs enkystées d'origine salivaire (Hartmann, Morestin).

Des travaux récents parus depuis 1900 ne permettent plus, à l'heure actuelle, d'accepter une telle définition basée sur une pathogénie jugée inexacte. Et nous dirons :

Les grenouillettes sont des kystes congénitaux du plancher buccal. Par là se trouve indiquée l'origine caractéristique de ces tumeurs liquides; elle suffit à leur donner en même temps une signature anatomique.

Ainsi comprises, les grenouillettes ne présentent plus que deux variétés distinctes :

1° Grenouillette sublinguale ou commune;

2° Grenouillette sus-hyoïdienne.

Mais, avant d'entrer dans l'étude de ces grenouillettes proprement dites, il faut éliminer deux affections, l'une aiguë dont la nature est des plus discutées et l'allure clinique toute spéciale; l'autre appelée « congénitale », visible dès la naissance et due à une malformation de l'appareil salivaire.

I. La *grenouillette aiguë* peut survenir au cours d'une stomatite, mais coïncide le plus souvent avec la présence d'un calcul ou d'un corps étranger du canal de Wharton; en quelques heures apparaissent et rétrocèdent des douleurs vives, une tuméfaction du plancher de la bouche soulevant la langue, la collant au palais avec phénomènes asphyxiques. La lésion anatomique reste douteuse : œdème sous-muqueux (Le Fort et Duplay)? développement brusque d'un petit kyste latent (Recklinghausen)? simple poussée congestive (Dolbeau)? Pour le plus grand nombre, il y a distension brusque du canal de Wharton en arrière d'un obstacle (calcul); mais expérimentalement Tillaux a observé la rupture avant même que le calibre fût très augmenté, sans dilatation sacciforme. Il préfère invoquer une rupture du canal avec irruption de salive dans la problématique bourse de Fleischmann niée par Richet, Paulet, Sappey, Azoulais.

II. La *grenouillette congénitale* ou des *nouveau-nés*, très rare, relève le plus souvent d'une oblitération de l'ostium ombilicale avec rétro-dilatation du canal de Wharton et ne demande qu'un coup de ciseaux ouvrant un passage à la salive pour guérir définitivement par fistulisation de l'ouverture ainsi pratiquée. Sultan en rapporte un exemple bilatéral. Dans d'autres cas, la grenouillette congénitale siège dans la langue ou au niveau des glandes sublinguales; son étude doit être confondue avec celle de la grenouillette commune, elle n'a de spécial que son apparition précoce.

II

La **grenouillette commune** ou **sublinguale** est d'une étude pleine d'intérêt; il n'en faudrait pour preuves que les descriptions si différentes qui ont été données de ses lésions, et les théories opposées qui ont tenté d'en expliquer l'origine.

Historique. — Son histoire est des plus vieilles; les thèses si documentées de Demons et de Suzanne contiennent à son sujet de très nombreuses indications bibliographiques. On peut la diviser en quatre périodes.

Dans une *première période*, on ne sait rien du siège exact de la tumeur ni de son origine. Pour Hippocrate, il s'agit d'une inflammation locale, d'une « hypoglossite ». Aétius y voit des varices, Celse en fait un abcès sublingual. Pour A. Paré, la grenouillette n'est qu'un amas de matière pituiteuse tombant du cerveau sous la langue! Fabrice d'Aquapendente la range cependant dans la classe des kystes.

La découverte des canaux excréteurs salivaires en 1656 par Wharton, quelques années plus tard par Rivinus, Bartholin, Walther, marque le début d'une *deuxième période*. Et successivement Munnichs, Stalpart, van der Wiel, Jourdain, invoquent une dilatation des canaux excréteurs en arrière d'une oblitération accidentelle. Cette conception, adoptée par l'Académie de chirurgie, règne alors en maîtresse. En 1757, Louis l'adopte, mais admet que l'oblitération peut aussi être congénitale.

Troisième période. — Breschet le premier (1817), puis Dupuytren, Malgaigne transportent en amont des canaux excréteurs le siège initial des lésions : il s'agit d'une tumeur cystiforme développée aux dépens d'une glande sublinguale. Robin en 1857 donne le premier un bon examen anatomique. Dès lors apparaissent de loin en loin des travaux importants dont tous les auteurs incriminent les glandes salivaires : ce sont Recklinghausen (1881), Sonnenburg (1883), Bazy (1883), Suzanne (1887), von Hippel (1897), Sultan (1898), Mintz (1899). Il est bon de noter qu'en 1876, Neumann observe une grenouillette à épithélium cilié et rattache sa formation au canal de Bochdalek.

La *quatrième période* enfin s'ouvre en 1900 avec le mémoire d'Imbert et Jeanbrau : les grenouillettes rentrent dans le cadre des kystes congénitaux. Cette conception nouvelle est confirmée par Cunéo et Veau.

Étiologie. — L'étiologie présente peu d'intérêt. La grenouillette sublinguale est peu commune; elle se présente surtout chez l'adulte et surtout chez la femme; on en observe cependant chez l'enfant (nous en avons vu personnellement deux cas chez des fillettes) et dès la naissance (1).

L'hérédité ne semble avoir nulle influence, et une seule fois Sultan a noté la coexistence d'une autre malformation congénitale, d'une asymétrie faciale.

Les conditions dans lesquelles se montre la ranule n'ont pu être précisées et l'on a invoqué en vain comme causes prédisposantes les professions de chanteur, avocat, prédicateur, etc., ou une altération primitive de la salive; et, comme causes occasionnelles, les stomatites, les aphtes, un spasme des canaux excréteurs.

La conception actuelle de leur origine montre d'ailleurs l'inanité de toutes ces hypothèses : pour la grenouillette comme pour tous les kystes congénitaux, on ne sait quelle cause provoque l'activité cellulaire tardive des restes embryonnaires qui leur donnent naissance.

Symptomatologie. — La symptomatologie de la grenouillette présente un ensemble de caractères presque toujours identiques.

Le début est insidieux, lent, indolore; il faut déjà une certaine gêne de la parole ou de la déglutition pour attirer l'attention du malade et la tumeur a dès lors acquis quelque volume.

Elle se présente sous la forme d'une saillie anormale, de volume variable, siégeant entre l'arcade alvéolaire et la base de la langue, sur le plancher buccal. D'abord unilatérale, elle peut au cours de son développement gagner puis dépasser la ligne médiane, soulever le frein de la langue qui marque sa place par un sillon tendu, et occuper enfin tout l'espace entre la langue et la mâchoire. Sa forme change alors, et d'allongée d'arrière en avant devient plutôt transversale. Légèrement transparente, d'un gris rosé ou bleuâtre, elle est recouverte par la muqueuse buccale mobile à sa surface. Si d'une main ou du pouce on soutient extérieurement la région sous-maxillaire, on constate que la tumeur est indolore et très nettement fluctuante. Si l'on fait une ponction, elle donne un liquide filant, visqueux, légèrement opalin, comparable à du blanc d'œuf, et dont l'aspiration est difficile. Enfin, caractère important et qui fut toujours vérifié quand on le rechercha, le cathétérisme du canal de Wharton à l'aide d'un fil d'argent ou le dépôt d'une substance sapide sur la muqueuse, montre la parfaite perméabilité de ce canal et son indépendance.

Les symptômes fonctionnels sont longtemps insignifiants : pas de douleurs, seulement de la gêne de la déglutition et de la phonation; chez l'enfant, la succion peut être empêchée.

Marche. — Dans sa marche la tumeur n'a nulle tendance à rétrocéder, elle peut acquérir un volume relativement considérable au point de repousser la langue contre le voile du palais et de remplir toute la cavité buccale. Sonnenburg rapporte un cas où la langue refoulée et amincie ne paraissait guère avoir plus de 2 millimètres d'épaisseur. La mastication devient alors impossible, la respiration se trouve gênée, la bouche reste entr'ouverte, la salive s'écoule constamment au dehors.

Plus souvent la tumeur crève spontanément avant d'avoir acquis un tel développement; elle évacue son contenu, mais l'orifice ne tarde pas à se refermer spontanément, il y a récidive sur récidive. Rarement la suppuration a été notée.

Il est à remarquer (et nous y reviendrons en étudiant la grenouillette sus-hyoïdienne) qu'assez souvent, au cours de son développement, la grenouillette commune, sublinguale, s'accompagne d'une tumeur sus-hyoïdienne, soit transitoire, soit définitive, communiquant manifestement avec la première ou acquérant son indépendance.

Le pronostic de la ranule, malgré la fréquence des récidives, demeure bénin, surtout chez l'adulte. Voici cependant deux cas de mort rapportés par Bruns et par Diemerbrœck; dans l'un, elle survint pendant un accès de suffocation; dans l'autre l'asphyxie fut causée par la rupture du kyste et la chute du liquide dans les voies respiratoires. Mais jamais on n'a observé de dégénérescence maligne.

Anatomie pathologique. — C'est à l'anatomie pathologique que commence vraiment l'intérêt de la grenouillette.

Macroscopiquement, il s'agit d'une poche kystique, unilocu-

(1) Les cas de grenouillette congénitale ou des nouveau-nés qui ne relèvent pas de l'imperforation du canal de Wharton doivent, en effet trouver place ici.

laire le plus souvent, de volume variable. Sa paroi est généralement mince, parfois un peu épaisse, nettement individualisée au-dessous de la muqueuse buccale qui glisse à sa surface, plus adhérente aux plans profonds du plancher de la bouche. Le liquide qu'elle renferme est absolument différent de la salive : cela est à retenir ; les analyses de Bœdeker, Weber, Gmelin, Haller l'ont bien montré ; on n'y trouve en effet ni sulfocyanures, ni ptyaline, ni ferment saccharifiant, par contre il renferme de la mucine et de l'albumine. Sa composition se rapproche donc de celle des kystes congénitaux du cou.

Quant au *siège* et à la *structure histologique* de la paroi, ils ont été diversement décrits. Ces divergences sont d'importance capitale, car sur elles reposent des théories pathogéniques opposées.

Robin trouve un épithélium discontinu reposant sur une couche fibro-plastique ou embryonnaire avec intégrité des éléments glandulaires adjacents.

Recklinghausen décrit à son kyste un épithélium cilié et le même épithélium est encore signalé par Neumann : il est d'importance capitale.

Bazy et Mériot décrivent ensuite une muqueuse très épaisse avec dépressions en doigt de gant tapissées d'une couche d'épithélium cylindrique ; des cavités voisines, closes, à épithélium cylindrique, sont de véritables grenouillettes en miniature. Au-dessous, couche fibro-plastique embryonnaire.

La thèse de Suzanne est le travail où l'on trouve le plus de documents précis : il est fondamental. L'auteur décrit un épithélium discontinu, formé de cellules cylindriques irrégulières en une seule couche, ou de plusieurs assises de cellules cubiques en dégénérescence muqueuse, reposant sur une couche de substance amorphe au sein de laquelle se trouve un très grand nombre de cellules embryonnaires. Tout autour, dans le tissu conjonctif, séparées les unes des autres par d'épaisses cloisons conjonctives riches en cellules embryonnaires, ou peu à peu communiquantes jusqu'à s'agrandir dans la cavité principale, de nombreuses aréoles sont remplies de cellules en dégénérescence muqueuse. Dans le derme sous-muqueux, les lobules glandulaires sont peu à peu étouffés par la sclérose ou subissent la dégénérescence muqueuse jusqu'à former une sorte de pseudo-cavité kystique par juxtaposition, puis fusion. Les travaux de Sonnenburg, von Hippel, Sultan, Mintz, confirment les observations histologiques de Suzanne, qui restent classiques.

Cependant, quelques particularités sont à relever. Sonnenburg a constaté le revêtement épithélial dans une série de cas, mais non pas dans tous. Von Hippel n'a pas rencontré la dégénérescence muqueuse de Suzanne, mais seulement des lésions atrophiques glandulaires et des dilatations kystiques portant sur les petits canaux excréteurs ; il insiste sur la zone embryonnaire, trouve des analogies avec la structure des fistules branchiales et signale la difficulté de différenciation entre cette couche et l'épithélium. Sultan accentue encore ce défaut de limite précise ; enfin Mintz confirme la discontinuité de l'épithélium.

Montade (1900) rapproche la grenouillette des kystes de l'ovaire et en fait un cysto-épithélioma de la glande sublinguale. Anatomiquement et cliniquement, cette hypothèse manque de preuves.

L'étude récente d'Imbert et Jeanbrau vient accentuer encore l'importance des remarques successives de Sonnenburg, von Hippel, Sultan et Mintz. Ils ont eux-mêmes nettement observé et l'absence de tout revêtement épithélial et l'importance de la zone embryonnaire à cellules profondes, arrondies, à couche superficielle facilement détachable, pseudo-épithéliale, de cellules cylindriques. Quant aux éléments glandulaires, ils étaient absolument intacts sans rien qui rappelât les lésions de Suzanne ou de von Hippel. L'étude critique que ces auteurs ont faite des travaux antérieurement parus permet, à l'heure actuelle, de tirer les *conclusions* suivantes :

Il y a deux types essentiels de grenouillette sublinguale, et ces deux types se distinguent essentiellement par leur structure histologique, parfois aussi par leur siège anatomique :

1° L'une, *grenouillette commune proprement dite*, la plus fréquente, a comme caractères histologiques assez constants et permanents pour constituer un type :

a. Un épithélium discontinu, parfois totalement absent, formé d'une ou plusieurs couches de cellules cubiques ou polygonales ;

b. Une couche embryonnaire absolument constante, formée de cellules arrondies, avec un assez grand nombre de vaisseaux ;

c. Une couche de tissu conjonctif avec des fibres musculaires striées ;

d. Les lésions glandulaires seules sont imprécises : différentes chez Suzanne et von Hippel, elles n'existaient pas chez Imbert et Jeanbrau.

2° La seconde variété, *grenouillette à cils vibratiles*, très rare, ne peut guère être étudiée que d'après 4 observations, 2 de Recklinghausen et Neumann, 2 de Sultan (1). Dans tous les cas, on a trouvé une paroi fibreuse conjonctive tapissée d'un épithélium spécial, qui en est la véritable caractéristique : un épithélium cilié.

Le *siège* de ces deux variétés semble être différent. La ranule classique se développe dans la région de la glande sublinguale au milieu même de ses acini. La grenouillette à épithélium cylindrique cilié se trouve située sous la pointe de la langue (Recklinghausen) ou dans le plancher buccal (Sultan) ; elle est alors bilatérale, quoique avec un volume médiocre, et se distingue par là de la première variété, ordinairement latérale et non médiane. Toutefois, il ne faudrait pas exagérer l'importance de ces différences de siège et en tirer des caractères vraiment distinctifs : la grenouillette à cils vibratils peut simuler absolument la grenouillette classique, et bien des cas pour lesquels l'examen histologique n'a pas été fait peuvent se rapporter à cette variété.

Donc, ni siège ni caractères macroscopiques ne sont suffisants ; *il faut l'examen microscopique* qui donne, lui, une véritable signature histologique et permet à la fois de séparer les grenouillettes d'avec les autres tumeurs liquides du plancher de la bouche d'allure semblable, et de différencier du même coup les deux variétés anatomiques de ranules.

Pathogénie. — La pathogénie a constamment subi l'influence des trouvailles anatomiques et varié avec elles. Nous étudierons successivement : A. la grenouillette commune, vraie, B. la grenouillette à épithélium cilié.

A. *Grenouillette commune vraie*. — Voici d'abord trois hypothèses définitivement ruinées :

(1) Poschen, dans sa thèse de 1892, signale aussi un cas d'Hildebrand (in *Arch. f. klin. Chir.*, 1895, Bd. 49, p. 167). Imbert et Jeanbrau n'ont rien trouvé de semblable dans l'article indiqué. Ils n'ont pu non plus se procurer le cas de Cambria encore signalé par Poschen.

1. L'une invoquait la rétention par oblitération du canal de Wharton; or nous avons signalé sa constante perméabilité quand on l'a exploré;

2. L'autre, avec Fleischmann, localisait la grenouillette dans une bourse muqueuse sublinguale, et Tillaux soutient encore cette opinion. Outre que la bourse de Fleischmann est inconstante, que son existence est même niée par Richet, Paulet, Sappey, etc., la structure de la grenouillette ne rappelle en rien celle d'un hygroma.

3. Troisième hypothèse due à Recklinghausen : la grenouillette proviendrait de la glande de Nühn-Blandin. Or, par une surprenante erreur, cette théorie fut émise à propos d'une grenouillette à cils vibratiles, dont l'épithélium cilié ne saurait s'expliquer en partant d'une glande. Cette théorie est reconnue fausse après avoir eu une longue influence sur l'opinion allemande qui s'obstinait, malgré les travaux de Suzanne, à incriminer la glande de Nühn-Blandin.

Les théories de Suzanne et de von Hippel sont autrement importantes.

4. Pour Suzanne, dont les idées sont devenues classiques et le restent encore dans les Traités, la glande sublinguale, siège d'une irritation chronique, est envahie par une sclérose très intense; les éléments glandulaires s'atrophient; en outre, ils dégénèrent par altération muqueuse et les alvéoles ainsi formées finissent par se fusionner en une vaste poche kystique. En somme, *il s'agit essentiellement d'une dégénérescence muqueuse des acini glandulaires*. — A cela, Imbert et Jeanbrau objectent comme faits : l'inconstance et la variabilité des lésions observées par les différents auteurs au niveau des glandes; le caractère exceptionnel d'une dégénérescence muqueuse que, seul, Suzanne a observée et que von Hippel n'a point rencontrée; la fréquence avec laquelle on a, au contraire, trouvé les éléments glandulaires normaux. On s'explique aussi difficilement comment une sclérose qui aboutit normalement à l'atrophie peut aussi conduire à la dégénérescence muqueuse; enfin, pour que cette dégénérescence pût aboutir à la formation d'une tumeur kystique volumineuse, il faudrait qu'elle se trouvât associée à un actif processus de régénération cellulaire : or il n'en est rien, et les cellules épithéliales se multiplient si peu qu'elles ne peuvent même produire un revêtement continu!

5. Von Hippel accuse également la glande sublinguale; seulement, c'est dans les petits conduits excréteurs, non plus dans les culs-de-sac glandulaires, qu'il localise la lésion initiale; n'admettant pas la dégénérescence muqueuse de Suzanne, il revient à la vieille théorie et invoque la *rétention de la sécrétion glandulaire dans les petits conduits*. Ceux-ci forment de petits kystes bientôt fusionnés entre eux. La lésion initiale est une inflammation interstitielle, chronique, partielle, de la glande sublinguale, de cause inconnue.— Plusieurs objections peuvent être faites : en aucun point des coupes on ne trouve ni d'acini normaux, ni de communication entre les dilatations kystiques des petits canaux excréteurs et les culs-de-sac glandulaires; la zone embryonnaire est difficilement explicable, même en admettant une inflammation chronique; enfin, expérimentalement, l'obstruction d'un canal excréteur ne provoque nullement une grenouillette. Voilà donc encore une théorie obscure.

6. Aussi la nouvelle conception d'Imbert et Jeanbrau, conception de l'origine congénitale, se présente-t-elle sous un aspect d'autant plus séduisant. La grenouillette serait un *kyste congénital du plancher de la bouche*, n'ayant d'autres rapports avec la glande que ceux de voisinage ou peut-être d'une commune origine embryonnaire; il proviendrait « d'un vice de développement encore inconnu dans sa nature, mais pouvant peut-être se rattacher à l'histoire des dérivés branchiaux ». Les objections faites aux théories précédentes servent ici d'arguments; on s'explique : la diversité des lésions glandulaires; le revêtement cellulaire si singulier et très semblable au revêtement de certaines fistules branchiales ou des kystes congénitaux du cou; la couche lymphoïde caractéristique de ces mêmes formations (Mielecki et Kostanicki) et qui est constante dans la grenouillette; enfin, la présence possible d'amas épithéliaux aberrants (von Hippel, Sultan). On peut encore tirer argument de la rareté des communications de la glande et du kyste, de l'absence dans le liquide de tout élément chimique rappelant la salive, toutes choses difficiles à expliquer si l'on admet que la grenouillette prend son origine dans l'épithélium des glandes sublinguales. De même, la cautérisation qui peut guérir la ranule ne peut cependant qu'aggraver les lésions inflammatoires causales. Et comment expliquer encore la fermeture rapide après incision, la récidive sous forme de grenouillette sus-hyoïdienne, particularités qui s'éclairent fort bien en admettant un kyste congénital? Cette théorie se trouve appuyée à la Société anatomique par la haute compétence du professeur Cornil.

Imbert et Jeanbrau se bornaient à dire que l'origine congénitale « se rattache peut-être à l'histoire des dérivés branchiaux ». Cunéo et Veau précisent davantage : « La grenouillette, disent-ils, se développe aux dépens de débris épithéliaux qui restent inclus dans la profondeur lors de la fermeture du sillon paralingual externe. »

Ils s'appuient, pour défendre cette hypothèse : 1° sur les rapports de la grenouillette commune qui sont précisément ceux de ce sillon; 2° sur l'évolution de la tumeur, qui rappelle celle d'un kyste mucoïde; 3° sur l'étude histologique « qui nous fournit les arguments les plus décisifs en faveur de la théorie de l'origine embryonnaire ». Le dernier argument emprunté au travail d'Imbert et Jeanbrau, dont il n'est que le résumé, est aussi le plus important; mais il ne prouve et ne peut prouver qu'une chose : la congénitalité de la grenouillette commune; c'est aller trop loin, pensons-nous, que de lui demander le point de départ précis de la lésion; quant aux deux premiers arguments, il est permis de les trouver insuffisamment démonstratifs pour ce point spécial.

En tous cas, la pathogénie de la grenouillette commune se résume clairement à l'heure actuelle et légitime la définition que nous en donnions.

B. Pour la *grenouillette à cils vibratiles*, les hésitations ont été moins longues, et presque d'emblée on a invoqué une origine congénitale.

Recklinghausen, seul, a incriminé la glande de Nühn-Blandin : en ce faisant, il a confondu une grenouillette à cils vibratiles avec une ranule commune : première erreur; il a rattaché la ranule commune à la glande de Nühn-Blandin : deuxième erreur. Une telle confusion doit être oubliée.

Dès 1876, Neumann rattachait cette variété kystique au canal de Bochdalek, reste du canal thyréo-glosse décrit par Bochdalek en 1866, étudié par Chemin (1) en 1896. Neumann revient encore sur sa première opinion en 1886 et Sultan

(1) Chemin. *Des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane* Th. de Bordeaux, 1896-1897. n° 40.

publie un cas du même genre en 1898. Il existerait des diverticules du canal thyréo-glosse, qui se portent en avant et en dehors, sont tapissés d'un épithélium à cils vibratiles; c'est de là que tirerait son origine la grenouillette à épithélium vibratile.

En 1900, Imbert et Jeanbrau confirment cette opinion et invoquent l'intervention d'un diverticule du canal de Bochdalek; mais ils disent aussi : « Ne pourrait-il se faire qu'un amas de cellules ciliées fut inclus sous la muqueuse au moment où se forme la glande? Cela expliquerait le siège si superficiel de certains kystes et leurs rapports intimes avec les glandes. » Et cette hypothèse tente d'expliquer les cas de Recklinghausen, de Sultan.

Cunéo et Veau vont plus loin. Ils refusent tout rôle au canal de Bochdalek et admettent que « comme les autres variétés, la grenouillette à cils vibratiles dérive de l'inclusion de l'epithélium du plancher, puisque celui-ci est cilié à un stade donné de développement ».

Cette hypothèse, analogue à celle que nous venons de formuler d'après Imbert et Jeanbrau, est assez plausible : mais il est d'autant plus difficile d'en démontrer l'exactitude que nous ignorons quelles sont exactement les régions du plancher de la bouche qui sont pourvues d'un épithélium cilié à une époque quelconque de leur développement.

Diagnostic. — Le diagnostic de la grenouillette sublinguale soulève deux questions : Y a-t-il grenouillette? A quelle variété appartient-elle?

Cette seconde question ne peut être résolue que par le microscope; les caractères cliniques sont trop semblables pour permettre une distinction qui n'a, du reste, qu'un intérêt anatomique.

Or la physionomie clinique d'une ranule est assez spéciale pour qu'on puisse en général, au premier aspect, faire le diagnostic positif.

On pourrait cependant être trompé par :

Un abcès ou phlegmon du tissu cellulaire du plancher de la bouche; il est ordinairement douloureux, d'allure et d'aspect inflammatoire;

Une tumeur sanguine érectile (grenouillette sanguine de Dolbeau), violacée, réductible, augmentant par l'effort;

Un lipome sublingual, très rare, non fluctuant;

Un abcès froid du plancher de la bouche, plus rare encore, ou secondaire à une adénite sous-maxillaire saillante sous le plancher, et de diagnostic facile.

Mais l'erreur est surtout possible avec :

Le kyste hydatique (grenouillette hydatique de Laugier), très rare, il est vrai, et dont la paroi serait perçue plus dure, plus épaisse, la fluctuation plus profonde;

Le kyste dermoïde du plancher buccal, ordinairement médian, blanchâtre, plongeant plus profondément, mou sans être fluctuant, gardant l'empreinte du doigt (1).

Traitement. — Le traitement de la grenouillette a mis en œuvre nombre de procédés :

D'abord la *ponction simple*. La récidive est la règle; la suppuration s'observe dans un cas de J.-L. Petit;

L'*incision simple* aboutit aux mêmes échecs. Rossius, Rivière, Hueter, Louis l'ont essayée. Elle est abandonnée définitivement.

(1) Delore a publié un cas très démonstratif qu'il a malheureusement le tort de désigner sous le nom de « grenouillette congénitale ». Il s'agissait d'un énorme kyste dermoïde soulevant la langue contre le palais (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, Paris 1900, XLVII, 217-218.)

Une *fistule persistante* empêcherait la récidive. Aussi, après incision, Dupuytren place une courte canule en bouton de chemise; la poche se rétrécit peu à peu. Laugier, Verneuil mettent un séton, Chassaignac un tube de caoutchouc perforé. Jobert (de Lamballe) est plus ingénieux encore : il incise largement et suture les lèvres de l'incision du kyste éversées aux lèvres de la muqueuse; telle est la *batrachosioplastie*; la longueur du mot indique celle de la réussite.

La *cautérisation* est d'abord tentée au fer rouge par A. Paré; plus tard, par Louis, le baron Larrey. Philippeaux préférait le canquoin; Dionis, l'esprit de vitriol mélangé au miel rosat; Callisen, les acides minéraux.

Les *injections modificatrices* s'en rapprochent comme principe, mais sont plus récentes d'application. Elles peuvent être faites après évacuation préalable du kyste : Bouchacourt a obtenu de bons résultats avec la teinture d'iode, L. Labbé avec l'eau alcoolisée. Ou bien, on injecte, sans évacuer, un liquide caustique énergique tel que le chlorure de zinc concentré (Panas) ou en déliquium (Th. Anger), à la dose de quelques gouttes prudentes. Enfin, Verneuil retire d'abord un peu du contenu du kyste et le remplace par du chlorure de zinc au dixième; Le Dentu draine quelques jours après.

L'*excision partielle avec modification des parois* a été utilisée par Denonvilliers, Trélat, Labbé, Lannelongue, Jarjavay. On excise la partie supérieure et l'on cautérise à fond au nitrate d'argent ou au chlorure de zinc au dixième. C'est là le procédé le plus simple, le plus communément employé et dont les résultats sont généralement très satisfaisants.

Enfin, l'*extirpation totale* préconisée par Celse, Albucasis, puis tombée en disgrâce, reprend crédit avec Malgaigne; elle est fort prônée par Fassenot, par Krabbel; on excise la partie exubérante, puis, de la pince soulevant le fond de la cupule, on abrase la paroi aux ciseaux. Félizet indique une technique très intéressante; elle consistait d'abord à anesthésier la région par l'injection de XII gouttes de cocaïne au vingtième, puis à injecter de l'eau boriquée soigneusement entre le kyste et la muqueuse ou les plans profonds, opérant ainsi un clivage par hydrotomie; après incision, une éponge étant glissée dans la cavité, on est placé dans les conditions d'extirpation d'une tumeur solide à clivage facile. Plus tard, Félizet constata que l'hydrotomie donne une analgésie suffisante et supprima la cocaïne.

Les résultats fournis par ces différents procédés ne sauraient être comparés. Les quatre premiers sont suivis d'insuccès, de récidives, ou sont lents et compliqués. Bref, il n'en saurait plus être question.

L'injection modificatrice est inconstante.

Restent donc l'excision partielle avec cautérisation et l'extirpation totale.

La première méthode est le procédé le plus simple, le plus rapide, peu douloureux sans anesthésie; ses résultats sont le plus souvent satisfaisants, sans récidive. Bref, il est le plus communément employé, surtout avec le chlorure de zinc au dixième.

L'ablation totale demande plus d'expérience; elle met, il est vrai, sûrement à l'abri d'une récidive. Quant au danger de l'anesthésie, on peut très bien l'éviter en pratiquant l'hydrotomie analgésiante de Félizet, mais en adoptant plutôt que l'eau boriquée la solution de Schleich (1).

(1) Invité par les exemples que nous avions eus sous les yeux en Allemagne, nous avons à notre tour essayé, dans le service de notre

III

La grenouillette sus-hyoïdienne doit être immédiatement rattachée à la ranule sublinguale; sa parenté étroite se manifeste dès l'étiologie et nous la verrons dominer à la fois l'étude clinique, anatomique et thérapeutique.

Son HISTOIRE est de date récente. La première observation remonte à Louis (1757), mais il faut arriver aux auteurs du *Compendium* pour trouver l'affection nettement indiquée : Denonvilliers et Gosselin lui consacrent un court chapitre; ils empruntent un premier fait à la thèse de Leflaive (1852) et imposent la dénomination qui, depuis, a été conservée. En 1853, la thèse de Bimbard apporte deux nouveaux cas. Hubsch (de Constantinople) en fait connaître un en 1856. A la même date, Friedr. Pauli fait paraître un mémoire allemand, le seul qui ait été publié à l'étranger sur cette question.

En 1869-70, la Société de chirurgie entend deux rapports de Forget, puis une réponse de Giraldès qui spécifie nettement le siège de la tumeur au-dessous de l'aponévrose cervicale. Le sujet demeurait cependant encore neuf lorsque Cadiot, sous l'inspiration de Gosselin, en fit une remarquable étude en 1879. Depuis lors, le mémoire de Delens en 1881, la discussion soulevée à la Société de chirurgie en 1882 par une observation de Dieu, les recherches anatomiques de Morestin en 1897 apportent et des faits nouveaux et des idées plus nettes en pathogénie.

Citons encore les thèses de Bay (1881), Charvaillat (1895), Boyer (1896), Maincent (1899); les observations de Sengensse (1897), Terrier (1900), Amato (1901); les articles de Hartmann et Morestin.

Parmi les classiques étrangers, seul Gross étudie la grenouillette sus-hyoïdienne; il rapporte un peu trop succinctement un cas intéressant.

L'ÉTIOLOGIE commence par établir une distinction dont nous avons déjà fait prévoir l'importance et que nous retrouverons ensuite dans chaque chapitre.

La grenouillette sus-hyoïdienne est très souvent consécutive à une grenouillette sublinguale, surtout déjà traitée. A côté de ces cas, les plus fréquents, se trouvent ceux où simultanément deux ranules se développent, l'une dans la région sublinguale, l'autre dans la région sus-hyoïdienne. Enfin, très exceptionnellement, on peut rencontrer (Gross) une grenouillette d'emblée sus-hyoïdienne et rien que sus-hyoïdienne.

Au total, c'est là une affection rare; Delens en 1881 n'en relevait que 8 cas, Maincent en 1900, 24; encore faut-il en retrancher une observation deux fois rapportée, et d'autres d'interprétation douteuse ou manifestement erronée. L'âge de prédilection est l'âge adulte; seul, Schwerin (1) a rapporté un cas de « grenouillette sus-hyoïdienne congénitale »; il s'agissait de kystes multiples à contenu séro-sanguinolent formés aux dépens des glandules sublinguales.

La SYMPTOMATOLOGIE est facile à résumer.

Soit primitivement, soit plus souvent à la suite d'une grenouillette sublinguale commune qui s'est ouverte spontanément ou a été traitée, qui existe encore ou qui a disparu, apparaît et se développe lentement, sans douleurs et sans gêne fonctionnelle, une tumeur latérale, en arrière du rebord maxillaire. Ovoïde, mais de *limites peu nettes*, sans altération de la peau mobile à sa surface, la tumeur est fluctuante et surtout présente une *mollesse toute particulière;* elle donne la sensation d'une poche complètement remplie, sensation que Perier et Forget comparent au mouvement ondulatoire des épanchements traumatiques de sérosité. Le canal de Wharton a toujours été trouvé perméable.

Lorsqu'il existe simultanément une poche sublinguale, on peut, par la pression alternée sur les deux tumeurs, faire refluer le liquide de l'une dans l'autre; les deux poches sont alors communicantes. Ce fait est loin d'être constant et l'on peut observer leur indépendance parfaite.

Dans sa MARCHE, la tumeur n'a nulle tendance à rétrocéder; mais son développement est très lent; des mois, des années même s'écoulent avant que le malade soit assez importuné par le volume de sa tumeur et songe à demander secours. De latérale, la grenouillette devient peu à peu médiane; très exceptionnellement, elle dépasse en bas l'os hyoïde, et Delens rapporte un cas où elle descendait à deux travers de doigt de l'insertion sternale du sterno-cléido-mastoïdien.

L'absence de troubles fonctionnels est quasi la règle, et bien rares sont les faits comme celui de Le Dentu-Maincent où l'on note une gêne notable de la mastication, de la déglutition, de la phonation.

La tumeur sublinguale concomitante peut présenter des augmentations temporaires de volume; deux des malades de Delens voyaient leur tumeur du plancher de la bouche augmenter de volume au moment des règles.

Les deux ranules peuvent même suivre une véritable marche oscillante; tel un cas de Boyer : sublinguale, puis sus-hyoïdienne, la tumeur devint encore sublinguale.

Le PRONOSTIC reste, en définitive, bénin, d'une affection qui constitue surtout une difformité.

De l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, il y a surtout à retenir le siège de la tumeur, ses relations avec la ranule sublinguale; mais on chercherait en vain ce que l'histologie donnait pour la grenouillette commune : une structure typique.

Le *siège* a été nettement établi par Giraldès : la grenouillette sus-hyoïdienne est située sous l'aponévrose superficielle; exceptionnellement elle dépasse les limites de la région sus-hyoïdienne; Boyer rapporte un cas opéré par Desprès où le kyste dut être disséqué de la trachée et de la gaine des vaisseaux.

La paroi est ordinairement mince, blanchâtre, la poche uniloculaire, le contenu semblable à celui de la ranule commune, et l'on ne saurait considérer comme cas de grenouillette ceux où le liquide était séreux (Périer-Forget, Le Fort) avec des paillettes de cholestérine (Gosselin) ou dermoïde (Gillette).

La classification que Delens adoptait en 1881 peut encore nous guider pour exposer les *rapports de la grenouillette sus-hyoïdienne* avec les formations kystiques voisines.

1° Une grenouillette sublinguale prend un tel développement qu'elle vient faire saillie à la région sus-hyoïdienne. J.-L. Petit cite un cas, mais il s'agissait sans doute d'une tumeur autre qu'une ranule; l'observation de Périer signale nettement la saillie dure, sous-maxillaire de la grenouillette sublinguale, perceptible par la palpation à travers un kyste sus-hyoïdien simultané; Charvailhat rapporte un cas où Félizet diagnostiqua une grenouillette sublinguale avec prolongement sus-hyoïdien.

---

maître, M. Forgue, l'emploi des solutions de Schleich, et les résultats obtenus ont été parfaits toutes les fois qu'il s'est agi de tumeurs (lipomes ou sarcomes) ou d'abcès froids, sus-jacents à un plan osseux et susceptibles d'être soulevés et entourés par une zone hydrotomisée.

(1) SCHWERIN. *Berlin. klin. Wochens.*, 1877, n° 3, p. 37, et n° 8, p. 109.

2° Une grenouillette sublinguale existe avec un kyste sus-hyoïdien qui, de par son contenu, n'est pas une grenouillette (cas de Périer et Forget, Le Fort, Gosselin).

Dans ces deux variétés, il ne s'agit nullement, en réalité, de grenouillette sus-hyoïdienne. Trop souvent la confusion est faite.

3° Il existe une ranule sus-hyoïdienne sans coïncidence de ranule intra-buccale. La grenouillette est alors nettement individualisée, indépendante. Cette variété est exceptionnelle (1 cas de Gross, 1 de Charvailhat, 2 de Boyer).

4° Il a existé (Bimbard, Després, Leflaive, Maincent, Terrier) ou il existe encore une tumeur sublinguale au moment où apparaît la tumeur sus-hyoïdienne, et les deux collections communiquent entre elles ou bien restent indépendantes. La communication s'établit soit à travers les filets du mylo-hyoïdien (Hartmann, Morestin), soit entre les muscles géniens (Dieu), soit en arrière du bord postérieur du mylo-hyoïdien (Hartmann).

Il est très exceptionnel de voir la collection sus-hyoïdienne apparaître en même temps que la collection sublinguale, ou même la précéder (Leflaive).

Bref, une poche ou deux, tels sont les caractères macroscopiques de la lésion. Et nous devons nous borner là.

Il n'existe en effet *aucun examen histologique* précis de sa paroi ; écrire que « l'examen de la pièce montra que la grenouillette était d'origine salivaire » (Boyer pour un cas de Després) ne suffit pas à imposer la conviction.

En résumé, types macroscopiques très divers avec erreurs d'interprétation fréquentes et nulle étude histologique.

Ces deux raisons suffisent à rendre la PATHOGÉNIE indécise et multiple dans ses hypothèses.

Les auteurs ont incriminé :

1° La bourse de Fleischmann ; Jobert y plaçait le siège de la collection ; Tillaux estime encore qu'il s'agirait d'un kyste séreux de cette bourse, insinué entre les muscles sus-hyoïdiens ;

2° Le canal de Wharton. Pauli croit à la distension du canal (ptyalo-ectasie, grenouillette primitive) suivie de la rupture de ce conduit et de l'épanchement du liquide dans le tissu cellulaire.

Cadiot invoque la dilatation du canal vers le triangle hyo-digastrique par rétro-dilatation de la glande elle-même. Nous avons déjà discuté cette hypothèse d'oblitération du canal de Wharton, suffisamment infirmée par les faits.

3° La glande sublinguale seule. Une grenouillette vulgaire arrêtée dans son évolution vers la bouche par l'existence de tissu cicatriciel résultant d'une intervention antérieure, se développerait vers la région sus-hyoïdienne (Cadiot).

4° Les prolongements de la glande sublinguale à travers les fibres du mylo-hyoïdien. Une grenouillette sublinguale pourrait, grâce à eux, devenir sus-hyoïdienne, ou bien, d'emblée, un kyste se développerait dans ces prolongements (Morestin).

5° La glande sublinguale et la glande sous-maxillaire. Il y aurait développement simultané d'une grenouillette aux dépens de chacune d'elles ; les deux tumeurs pourraient arriver au contact et communiquer secondairement (Louis, Giraldès, Delens).

6° Enfin, la glande sous-maxillaire accessoire de Nitot (1). « Cette petite glande, après avoir fourni des kystes à la région buccale, en fournit de nouveaux à la région sous-maxillaire lorsque les premiers ont été détruits » (Delens).

Sauf la première, toutes ces hypothèses, dont la plus récente est celle de Morestin, cousidèrent toute grenouillette comme d'origine glandulaire. Nous avons vu combien la conception actuelle se trouve différente qui attribue à la ranule commune une origine congénitale.

Etant donné les relations étroites qui rattachent et la grenouillette sublinguale et la grenouillette sus-hyoïdienne, il est tout naturel d'admettre pour l'une et l'autre la même explication, car les arguments qui militent en faveur de l'une se retrouvent en faveur de l'autre.

La grenouillette sus-hyoïdienne serait donc d'origine congénitale, développée aux dépens de restes embryonnaires voisins des glandes salivaires ou inclus en elles.

Mais, pourrait-on objecter, les régions sublinguale et sus-hyoïdienne sont bien différentes, séparées qu'elles sont par tout le plancher musculaire. En réalité ces deux régions sont intimement solidaires au point de vue embryologique et la sangle musculaire, cloison anatomique, ne délimite nullement deux territoires de formation distincte. Ne voit-on pas la glande sublinguale envoyer des prolongements à travers elle ? Et surtout ne sont-ce pas les mêmes germes embryonnaires qui donnent naissance aux glandes sublinguales situées au-dessus, et aux glandes sous-maxillaires situées au-dessous ?

La conception nouvelle qu'Imbert et Jeanbrau ont eue de la ranule commune peut donc s'étendre à la ranule sus-hyoïdienne, mais demande la confirmation d'examens histologiques. Et si la détermination plus précise mais hypothétique que Cunéo et Nau ont ajoutée se trouve vérifiée par les faits pour la grenouillette sublinguale, rien ne s'oppose *a priori* à ce qu'elle s'applique aussi à la grenouillette sus-hyoïdienne.

Le DIAGNOSTIC est en général facile : tumeur latérale, aux limites indécises, d'une mollesse spéciale, le plus souvent associée ou consécutive à une tumeur liquide sublinguale.

La confusion est cependant possible avec un lipome, un kyste hydatique, un abcès froid, un kyste dermoïde latéral [Morestin (1)] ou médian (Gillette), un kyste séreux (Gosselin).

Les observations de Périer et de Le Fort montrent assez combien il peut être délicat de déterminer la présence simultanée d'un kyste séreux.

Pour être complet, le diagnostic devra révéler également s'il existe une communication avec la poche sublinguale et cela par la pression alternative. Mais on est très souvent rendu hésitant ou trompé par la mobilité même du plancher buccal ; dans un cas de Delens, il semblait au contraire que l'on n'obtenait pas de reflux, sans doute à cause de la mollesse de la poche ; et cependant l'évacuation de la collection sublinguale vida en même temps la tumeur sous-maxillaire.

Ici encore le TRAITEMENT est sans cesse tenu en échec par la récidive.

Ponction, incision, injections modificatrices, ablation, etc., ont été tour à tour employées. A l'heure actuelle, le procédé de choix nous semble être l'ablation complète comme le fit Terrier, soit après échec de l'injection modificatrice, soit plutôt d'emblée.

(1) NITOT. *Archives de physiologie*, mars-avril 1880.

(1) MORESTIN. Kyste dermoïde latéral pris pour une grenouillette sus-hyoïdienne, *Bull. Soc. anat.*, oct. 1898.

Encore les indications varient-elles suivant qu'il existe une ou deux poches, et lorsque les deux poches existent, suivant qu'elles communiquent ou non entre elles.

a. Grenouillette sus-hyoïdienne unique : injection modificatrice. De préférence, ablation totale.

b. Ranules sus-hyoïdienne et sublinguale coexistantes : commencer toujours par traiter la sublinguale. Souvent cela suffira, même si la deuxième tumeur ne communique pas (Louis, Delens, etc.), lorsqu'on emploiera des agents modificateurs. Sinon, en une seconde séance traiter la sus-hyoïdienne isolée.

On peut, de prime abord, faire l'ablation de l'une et l'autre tumeur. On ne s'expose pas, de la sorte, à voir se multiplier les récidives et à en venir enfin à l'ablation (voir le cas de Terrier).

Telle nous semble devoir être comprise à l'heure actuelle la question des grenouillettes. Le chapitre de pathologie qu'elle constitue est une preuve, ajoutée à tant d'autres, du rôle important des dérivés branchiaux.

BIBLIOGRAPHIE

I. Grenouillette sublinguale (1). — 1. ACHARD et LANNELONGUE. *Traité des kystes congénitaux*, Paris 1886, p. 416 (Bibliographie). — 2. ALBERT. Die neuesten Ansichten über die Natur der Ranula, *Allg. Wien. med. Zeits.*, 1887, XXXII, p. 379. — 3. AUTHENAC. *Des grenouillettes ou kystes muqueux du vestibule de la bouche*, Th. de Montpellier 1886-87, n° 47. — 4. BAPHIADES. *Ueber di Ranula*. Th. de Wurtzbourg, 1876. — 5. BAZY. Anatomie pathologique de la grenouillette sublinguale ou commune, Soc. anat., 1883, et *Progr. méd.*, Paris 1883, p. 735. — 6. BREDA. Contribuzz. alla pathol. dell. giand. intra musc. linguali, *Revue clin. de thérap.*, Napoli 1884, p. 270, et in *France méd.*, Paris 1884, II, p. 1299-1304. — 7. BRESCHET. Considérations sur la tumeur nommée communément ranule ou grenouillette, *Journ. univ. des sc. méd.*, Paris 1817, VIII, p. 296. — 8. BRYK. Klin. Bemerk ueber die Ranula, *Œsterr. Zeit. f. prakt. Heilk.*, Vienne 1873, n° 10 et suiv. — 9. CHABERT. *Des grenouillettes*, Th. de Montpellier 1885, n° 55. — 10. CHASSAIGNAC. Grenouillette traitée par le tube perforé, *Gaz. des hôpit.*, 1864, p. 105. — 11. CHAUVEL. Art. GRENOUILLETTES in *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris 1884, 2e série, X, p. 628 (Bibliographie). — 12. CLÉMENT. Ranula, *Pacific. stomatol. gaz.*, San-Francisco 1897, V, 100. — 13. CORNIL et RANVIER. *Man. d'histol. pathol.*, Paris 1883, t. II, p. 246. — 14. CUNÉO et VEAU. Pathogénie de la grenouillette sublinguale commune, *Presse méd.*, 1902, p. 1042. — 15. DEMONS. *Des kystes du plancher de la bouche confondus sous le nom de grenouillettes*, Th. de Paris 1868, n° 237 (Bibliographie). — 16. DESPRÉS. *Gaz. des hôpit.*, 1881, n° 38, p. 298. — 17. DUPLAY. Grenouillette sublinguale, *Gaz. hebd.*, 1897, p. 1108. — 18. ELLINGER. Ueber die Ranula, eine Retensionscystengeschwulst der Unterzungendrüse, *Deuts. Zeit. f. Thiermed.*, Leipzig 1892-93, p. 261-73. — 19. FÉLIZET. De l'opération radicale de la grenouillette : hydrotomie, extirpation, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, XVII, 603-605. — 20. FLEISCHMANN. Ueber neuentdeckte Schleimbeutel unter der Zunge (Froschgeschwulst), *Repert. f. d. ges. Med.*, Iéna 1841, p. 256. — 21. VON GORUP BESANEZ. Ueber die natur des Inhalts der Froschgeschwulst, *Arch. f. physiol. und path. Chem. und Mikr.*, Vienne 1845. — 22. HARTMANN. Art. GRENOUILLETTE in *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, 2e édit., t. V, p. 301. — 23. HERGÈS. Ueber die Behandlung der Ranula, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1884, p. 452. — 24. HERNANDEZ BRIZ. Tratamiento de la ranula en los niños, *Rev. clin. de l. hosp.*, Madrid 1891, 64-68. — 25. VON HIPPEL. Ueber Bau und Wesen der Ranulä, *Arch. de Langenbeck*, LV, 1897, p. 165. — 26. VON HIPPEL. Die Operation der Ranula, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1897, LV, p. 893-95. — 27. HOFMOKL. Ranula von ungewöhnlischer Form und Grösse, oder angeborene Halscyste. Extirpation. Heil., *Ber. d. K. K. Krankenanst. Rudolf*, Stiftung 1890, 287. — 28. IMBERT et JEANBRAU. Pathogénie des grenouillettes, *Revue de chir.*, août 1901 (Bibliographie). — 29. IMBERT et JEANBRAU. Sur la pathogénie de la grenouillette commune, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, 1901, III, p. 285. — 30. IMBERT et JEANBRAU. Un cas de grenouillette sublinguale; son origine congénitale, *Montpellier méd.*, 1902, XIV, 193-198. — 31. IMBERT et JEANBRAU. Sur la pathogénie de la grenouillette commune, *Montpellier méd.*, 1903, XVI, n° 7, p. 171. — 32. KÖNIG. Ueber Fistula colli congenita, *Arch. de Langenbeck*, t. LI, 1896, p. 578. — 33. KRABBEL. Zur Operation der Ranula, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1880, VII. — 34. DE LANDETTA. *Réflexions sur quelques tumeurs sublinguales*, Th. de Paris, 1863, n° 40. — 35. LEFLAIVE. *De la grenouillette et de son traitement*, Th. de Paris, 1852. — 36. LELIÈVRE. *De la grenouillette*, Th. de Paris, 1861, n° 141. — 37. LOUIS. Sur les tumeurs salivaires des glandes maxillaires et sublinguales et sur les fistules que cause leur ouverture, *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, Paris 1757, t. III, p. 460. — 38. MACHENAUD. Grenouillette, *Arch. de méd. nav.*, Paris 1900, LXXIII, p. 294. — 39. MASSE. *Mém. de méd. et de chir.*, Paris 1885. — 40. MAYNIER. *Etudes sur la nature de la grenouillette et sur son traitement*, Th. de Paris 1855, n° 80. — 41. MÉRIOT. *De la grenouillette sublinguale*, Th. de Paris, 1883. — 42. MICHEL. Sur six cas d'extirpation de grenouillettes aiguës et chroniques, *Gaz. hebd.*, 1877, t. XIV, p. 252. — 43. MINTZ. Glandula sublingualis und Ranula, *Zeits. f. Chir.*, 1899, LI, p. 185. — 44. MONTADE. *Contribution à l'étude anatomo-pathologique, pathogénique et clinique de la grenouillette sublinguale*, Th. de Paris, 1900, n° 516. — 45. MORESTIN. Art. GRENOUILLETTE, in *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, 1re édit., VI. — 46. MORESTIN. Grenouillette sublinguale, *Bull. Soc. anat.*, Paris 1902, IV, 711-716. — 47. NEUMANN. Flimmerepithel in Œsophagus mens. Embryonen, *Arch. f. mikros. Anat.*, 1876, t. XII. — 48. NEUMANN. Ein Beitrag zur Kenntniss der Ranula, *Arch. de Langenbeck*, 1876, XX, p. 825. — 49. NEUMANN. Ueber die Entstehung der Ranula aus den Bochidaletta schen Drüsentschlauchen der Zungenwursel, *Arch. de Langenbeck*, 1886, t. XXXIII, p. 590. — 50. OVERBECK. Zur Behandlung der Ranula, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1884, XXX, p. 452. — 51. PAGET. Large ranula, *Stud. old case books*, Lond. 1891, 152-154. — 52. J.-L. PETIT. Ranule ou grenouillette, *Œuvres posthumes*, Paris 1774, I, p. 126. — 53. POSCHEN. *Die Ranula und ihre Therapie*, Th. de Köln, 1892 (P. Brandt). — 54. RAHN. *Beitrag zur Kenntniss der Ranula*, Berlin 1890. — 55. REINBACH. Zur Lehre von den sublingualen Geschwülsten des Kindesalters, *Beitr. z. klin Chir.*, Tübingen 1897, XVIII, 451. — 56. RECKLINGHAUSEN. Ueber die Ranula, die Cyste der Bartholin'schen Drüse, und die Flimmercyste der Leber, *Arch. de Virchow*, 1881, LXXXIV, p. 425. — 57. ROBIN. Note sur la structure de la membrane des kystes sublinguaux appelés grenouillettes, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1857, IV, 207. — 58. ROSENBERG. Die Geschw. des Zungengrundes, *Deuts. med. Wochens.*, 31 mars 1892, 283, et 7 avril, 311. — 59. ROSS. Notes on subling. ran., its etiol. and histol., *Intercolon Q. J. M. and S.*, Melbourne, 1894-95. — 60. SCHOLAND. *Ueber Entst. und Behand. der Ranula*, Inaug. diss., Leipzig 1901, n° 10. — 61. SEGALA ESTABELLA. Ranula subling. Hydrotomia y extirpacion, *Independencia medica*, Barcelona, 1893, 35, et Tesis doctorado, Barcelona 1894. — 62. SONNENBURG. Sitz und Behand. der Ran., *Arch. de Langenbeck*, 1883, XXIX, 627. — 63. SPINDLER. *Grenouillette, son traitement par l'extirpation totale après hydrotomie du plancher de la bouche et tamponnement de la poche*, Th.

(1) Pour compléter la bibliographie avant 1886, de laquelle nous n'avons retenu que les noms les plus importants, consultez les thèses de Demons et Suzanne, le mémoire de Chauvel.

de Paris, 1898-99, n° 102. — 64. STEIN. Traitement de la grenouillette, *Wratch.*, Saint-Pétersbourg 1892, XIII, 653. — 65. SULTAN. Zur Kenntniss der Halscysten und Fisteln, *Zeits. f. Chir.*, 1898, XLVIII, 113. — 66. SUZANNE. *Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche avec étude anatomique et pathogénique sur la grenouillette commune ou sublinguale*, Th. de Bordeaux, 1886-87, n° 109 (Bibliographie). — 67. TILLAUX. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1858, p. 93. — 68. TILLAUX. Th. de Paris, 1862, n° 20. — 69. TILLAUX. Discussion sur la grenouillette, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1875, I.

II. **Grenouillette sus-hyoïdienne.** — (1) AMATO. Raro caso di ran. sal. sopraioïdea tratt. colla tintura di iodo, *Gazz. d. Osp.*, Milano 1901, XXII, 1006. — (2) BAY. *Contribution à l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne*, Th. de Paris, 1881, n° 378. — (3) BOYER. *Traité des maladies chirurgicales*, 1822, VI, 289. — (4) BOYER. *Contribution à l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne*, Th. de Paris, 1881, n° 378. — (5) BOYER. Traitement de la grenouillette sus-hyoïdienne latérale, *Province méd.*, Lyon 1897, XI, 112. — (6) CADIOT. *Étude sur la grenouillette sus-hyoïdienne*, Th. de Paris, 1879, n° 310. — (7) CHARVAILHAT. *Grenouillette sus-hyoïdienne*, Th. de Paris, 1895. — (8) DELENS. De la grenouillette sus-hyoïdienne, *Revue de chir.*, 1881, p. 207 (Bibliogr.). — (9) DENONVILLIERS (et GOSSELIN). *Compendium de chirurgie.* — (10) DESPRÉS. Grenouillette sublinguale; récidives multiples; transformation en une grenouillette sous-maxillaire; récidives multiples. Ablation de la grenouillette et de la glande sous-maxillaire; guérison, *Gaz. des hôpit.*, LXIX, 549. — (11) DIEU. Grenouillette sublinguale opérée par excision et cautérisation; récidive sus-hyoïdienne, excision, guérison, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1881, 456-62-75-98-518. — (12) DUPUYTREN. *Cliniques chirurgicales*, 2e éd., III, p. 412. — (13) FORGET. De la coexistence d'une grenouillette sublinguale et d'un kyste sus-hyoïdien, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1870, p. 299. — (14) GILLETTE. Grenouillette sublinguale et sus-hyoïdienne, *Journ. des conn. méd. prat.*, 1884, p. 107. — (15) GIRALDÈS. Réponse à un rapport de Forget (v. Forget). — (16) GOSSELIN. Forme insolite de grenouillette sublinguale et sus-hyoïdienne, *Gaz. des hôpit.*, Paris 1880, n° 73, p. 577. — (17) GROSS. *A system of surgery*, II, p. 534, 5e édit. — (18) HUBSCH (de Constantinople). Engorgement des glandes sublinguale et sous-maxillaire; grenouillette; guérison par une médication mixte, *Gaz. hebd.*, 1856, p. 706. — (19) JOBERT DE LAMBALLE. Grenouillette, etc., *Gaz. des hôpit.*, 1851, p. 401. — (20) LEFLAIVE. (Voir Gren. subling., n° 35.) — (21) LE FORT. (Voir FORGET.) — (22) LELIÈVRE. (Voir Gren. subling., n° 36.) — (23) LOUIS. (Voir Gren. subling., n° 37.) — (24) MAINCENT. *Contribution à l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne*, Th. de Paris, 1899, n° 439. — (25) MORESTIN. Art. GRENOUILLETTE, in *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. VI, p. 278. — (26) MORESTIN. Pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne, *Gaz. des hôpit.*, Paris, 1897, LXX, 529. — (27) MORESTIN. Des prolongements de la glande sublinguale à travers le muscle mylo-hyoïdien et de leur rôle dans la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne, *Bull. de la Soc anat.*, 1897, LXXII, 307. — (28) PAULI. *Arch. f. klin. Chir.*, II, 1861, n° 1. — (29) PERROUD. Th. de Paris, 1858. — (30) J.-L. PETIT. *Traité des maladies chirurgicales*, 1790, I, 184. — (31) PICHON. Th. de Paris, 1854. — (32) SCHWERIN. *Berlin. klin. Wochens.*, 1877, nos 3 et 8. — (33) SENGENSSE. Grenouillette sus-hyoïdienne consécutive à une grenouillette sublinguale, *Ann. de la policlin. de Bordeaux*, 1897, 477. — (34) TERRIER. Grenouillette sus-hyoïdienne, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900, XXVI, 525.

Grenouillette aiguë. — BOURRÉE. *Contribution à l'étude de la grenouillette aiguë sublinguale*, Th. de Paris, 1886. — DU CANE. A case of double acute ranula, *The Lancet*, 1890, 463. — CONSTANTIN. *La grenouillette aiguë et son traitement*, Th. de Paris, 1875. — TILLAUX. Pathogénie de la grenouillette aiguë, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1874, p. 319; — De la grenouillette aiguë sublinguale, *Paris méd.*, 1887, 189.

Grenouillette congénitale. — FLINN. A rare case of the congenital form of ranula, *Tr. Roy. Acad. M. Ireland*, Dublin 1890, 222. — FODERL. Uber einen Fall von congenitaler Ranula glandulæ Nuhni, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1894-95, XLIX, 530. — GUINARD. Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Wharton, *Gaz. hebd. de Paris*, 1888, p. 9 (Bibliogr.). — GUYON. Dilatation congénitale du canal de Wharton, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1866, VII, 145. — RÉMIGNON. *De la grenouillette congénitale par dilatation du canal de Wharton imperforé*, Th. de Paris, 1885, n° 281. — RICHER. *De l'oblitération congénitale du canal de Wharton*, Th. de Paris, 1883, n° 33. — ZANARDI. Sopra un caso di ranula congenita di grandi dimensioni, *Gazz. d. Osp.*, Milano 1902, XXIII, 827.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(11 NOVEMBRE 1903)

M. le président, après la lecture de la correspondance, annonce à la Société la perte regrettable de M. Brun et retrace en quelques mots la vie toute de labeur et d'honorabilité de cet estimable collègue. Puis, en signe de deuil, il lève la séance.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

L'iboga et son principe actif, l'ibogaïne.

L'iboga est une plante originaire du Congo qui jouit dans son pays d'origine d'une réputation analogue à celle de la coca et de la kola. Les indigènes l'entourent de soins religieux et en font un usage constant, prétendant avec raison que l'absorption d'une certaine quantité de la plante donne des forces nouvelles et permet de résister à une longue fatigue en enlevant tout besoin de sommeil. Ils lui attribuent des vertus aphrodisiaques.

Importé en Europe, l'iboga a fait l'objet de recherches suivies, notamment de la part de MM. Dibowski et Landrin, l'un d'eux en ayant vérifié les propriétés physiologiques dans un long voyage d'exploration au Congo même. Ils ont trouvé que l'iboga renfermait un alcaloïde parfaitement cristallisé auquel ils ont donné le nom d'ibogaïne.

La plupart des sels d'ibogaïne sont incristallisables; toutefois le chlorhydrate fait exception et cristallise au contraire parfaitement bien.

Les recherches de divers physiologistes, MM. Phisalix, Lambert, etc., ont confirmé les observations précédentes et notamment les propriétés excitantes de l'ibogaïne. A dose forte, l'excitation fait place à la stupeur, la respiration est atteinte, les muscles se paralysent, la température s'abaisse, il survient une dépression générale et l'animal meurt dans le collapsus et l'algidité. L'intoxication ibogaïnique présente une analogie frappante avec celle que produit la cocaïne. Au point de vue médical, l'ibogaïne est un tonique puissant dont l'usage à faible dose est sans danger et qui sera employé avec succès dans tous les cas d'atonie musculaire ou nerveuse et dans les suites de convalescences. Son usage donne également les meilleurs résultats dans le traitement général de la neurasthénie et des autres maladies nerveuses.

Sous l'influence du principe actif de l'iboga, les forces intellectuelles reprennent leur activité, la volonté se développe, l'imagination acquiert toute sa vivacité et le sommeil sûr, réparateur, s'affirme. Il se produit tout à la fois une régénération morale et physique. Chez l'homme sain, le même alcaloïde développera les forces et éloignera complè-

tement toute fatigue de travail. Enfin, les gens de sport y puiseront des forces nouvelles avant de se livrer à des exercices violents.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Saint-Étienne.* — La Commission administrative des Hospices civils de Saint-Étienne prévient qu'il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 6 juin 1904, un concours public pour une place de médecin de ses établissements.

Ce concours aura lieu devant la Commission, assistée d'un jury médical. Il se composera de cinq épreuves.

Le médecin à nommer entrera en fonctions le 1er octobre 1904; son traitement est fixé à 2000 francs par an.

S'adresser, pour tous renseignements, au secrétariat des hospices, rue Valbenoite, 40, à Saint-Étienne.

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — Les prix de la Faculté ont été attribués comme suit :

Prix de la Faculté : Première année, médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Bauvieux; première mention honorable, M. Courboulès; deuxième mention honorable, M. Charbonnel; — deuxième année, médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Lautier; — troisième année, médaille d'argent et 185 francs de livres, M. G. Boutin; mention très honorable, Mlle Campana; mention honorable, M. Ducros; — quatrième année, médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Le Gorgeu; mention très honorable, M. Lebœuf; mentions honorables, MM. Brimant et Goéré.

Prix de la Ville de Bordeaux : 300 francs (médaille de vermeil et livres), M. Charrier; mention honorable, M. Busquet.

Prix triennal Gintrac : 1200 francs (prix de thèse), M. J. Abadie.

Prix Godard : 2000 francs, M. Jacques Carles.

Prix des thèses : Médaille d'or et 400 francs espèces, M. de Goyon; — deuxièmes prix, médaille d'argent et 170 francs espèces, MM. Ed. Aubaret, Paul Lemaire et J. Peytoureau; — troisièmes prix, médaille de bronze, MM. Capdevielle, Jacques Carles, Casati, Joseph Duvergey, Fournier, Huot, Jauneau, Jean Lafargue, Lancelin, Le Maître, Jean Pery, Maurice Philip, Saux.

Prix des Amis de l'Université : Médaille d'argent et 500 francs espèces, M. J. Galtier.

Prix de Médecine coloniale et d'études exotiques : Pour la première fois, la Faculté avait à attribuer deux médailles de vermeil (une de la Faculté, l'autre donnée par l'Institut colonial) destinées à récompenser les meilleurs travaux sur la médecine coloniale. La première a été obtenue par M. Rouffiandis, la seconde par M. Tardif, anciens élèves de l'École principale du service de santé de la marine et des colonies à Bordeaux, aides-majors de première classe aux troupes coloniales.

Guerre. — Par décret en date du 8 novembre 1903, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations ci-après indiquées :

MM. Donet, 60e d'infanterie; — Lannaux, 11e bataillon de chasseurs à pied; — Rondot, hôpital militaire de Belfort; — Chavanne, 133e d'infanterie; — Artus, 28e bataillon de chasseurs à pied; — Jouffreau, 29e bataillon de chasseurs à pied.

— Par décision ministérielle du 7 novembre 1903, M. le médecin-inspecteur Pierrot, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, membre du comité technique de santé, est nommé directeur du service de santé du 6e corps d'armée, à Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Strauss, appelé à un autre emploi. — Maintenu au comité technique de santé.

— Par décision ministérielle du 8 novembre 1903, les médecins aides-majors de deuxième classe, élèves sortants de l'École d'application du service de santé militaire, dont les noms suivent, ont reçu les affectations ci-après :

MM. Reverchon, hôpital militaire du Val-de-Grâce (chirurgie spéciale); — Trenel, 12e d'artillerie; — Sicre, hôpital militaire du Val-de-Grâce (laboratoire de bactériologie); — Poutrin, hôpital militaire Saint-Martin; — Pinchon, 7e dragons; — Guiot, hôpital militaire Saint-Martin; — Dupont, 15e d'artillerie; — Doche, hôpital militaire de Bordeaux; — Duc, hôpital militaire de Toulouse; — Plisson, hôpital militaire Saint-Martin; — Henry, hôpital militaire Bégin; — Botte, 107e d'infanterie; — Bodin, hôpital miltaire de Bordeaux; — Gras, 32e d'artillerie; — Coze, 16e chasseurs à cheval; — Chevrant, 4e du génie; — Ribaut, hôpital militaire Bégin; — Polliot, 26e d'artillerie; — Lhomme, 5e dragons; — Lère, hôpital militaire de Toulouse; — Pacalin, 30e bataillon de chasseurs; — Gay-Bonnet, 63e d'infanterie; — Beyne, hôpital militaire de Bordeaux; — Bergé, hôpital militaire de Toulouse; — Gilet, hôpital militaire Bégin; — Gaud, hôpital militaire de Versailles; — Grognard, 140e d'infanterie; — Coissard, 121e d'infanterie; — Miorec, 6e du génie à Angers; — Pheulpin, 14e chasseurs à cheval; — Pirsche, 25e dragons; — Bathias, 25e d'artillerie; — Aubert, 20e d'artillerie; — Yvernault, 90e d'infanterie; — Geniaux, 118e d'infanterie; — Lemoine, 8e chasseurs à cheval; — Gèzes, 131e d'infanterie; — Severac, 29e dragons; — Sibille, 17e chasseurs à cheval.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Cloaguen, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur le remorqueur le *Goliath.*

— Par décret en date du 10 novembre, les hôpitaux de la marine cessent d'être desservis par des Sœurs hospitalières.

Leçons sur la syphilis. — *Hôpital Broca* (111, rue Broca). — M. le docteur G. Thibierge commencera une série de leçons sur la syphilis le dimanche 15 novembre 1903, à dix heures, à l'hôpital Broca, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Cette série comprendra dix leçons sur la syphilis primaire et secondaire.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur F. Terrien, ancien chef de clinique ophtalmologique, recommencera le 17 novembre 1903, à deux heures, dans la salle de consultation de la Clinique, à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique des maladies des yeux avec présentation de malades. Il le continuera les jours suivants à la même heure.

Ce cours, comprenant dix-huit leçons, est spécialement destiné aux médecins praticiens et aux étudiants qui préparent le cinquième examen de doctorat (première partie).

Il portera sur le diagnostic et le traitement des maladies les plus fréquentes de l'œil et de ses annexes, sur les soins à donner aux blessés, etc.

Le droit à verser est de 15 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français ou étrangers sur la présentation de la quittance du droit de versement. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Inauguration. — Le nouveau service d'électrothérapie, photothérapie et radiothérapie du docteur Leredde, 9 *bis*, rue Beudant (17e), sera inauguré le dimanche 15 novembre à dix heures du matin.

Les consulations de nourrissons, par Ch. Maygrier, professeur agrégé, accoucheur de la Charité. N° 35 de l'*Œuvre médico-chirurgical.* 1 broch. gr. in-8° avec fig. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Les neuro-arthritiques à Plombières, par le docteur Emile HAMAIDE, médecin à Plombières. 1 vol. in-8° de 76 p. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

UNE OBSERVATION DE BOTRYOMYCOSE DU DOIGT

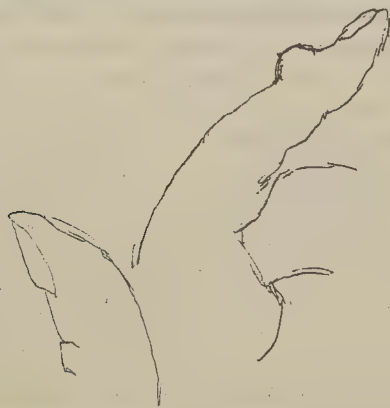
Par M. Jean Ferrand,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

La nature des tumeurs botryomycosiques est encore aujourd'hui discutée et leur étude incomplète. Nous rapportons une observation personnelle d'une tumeur de ce genre que nous avons pu examiner histologiquement :

Le T..., âgé de trente-deux ans, salle Sandras, n° 20, a exercé la profession de terrassier.

Le 15 juillet 1903 le malade a été mordu à la face dorsale de l'index gauche par un jeune homme de vingt-deux ans qu'il prétend être syphilitique et tuberculeux, mais celui-ci n'a pu être examiné et nous ne savons rien sur son compte.

Environ une semaine après, la morsure aurait formé une ulcération d'environ 1 centimètre de diamètre d'abord déprimée en godet et de laquelle suintait une certaine quantité de pus. A ce moment la plaie était douloureuse. Environ trois semaines après l'accident l'ulcération a commencé à



bourgeonner et peu à peu est apparu un gros bourgeon charnu qui n'a cessé de croître jusqu'au jour où le malade est entré à l'hôpital.

Le malade entre à Beaujon le 10 septembre 1903.

La tumeur siège à la face dorsale de l'index de la main gauche à 1 ou 2 centimètres en arrière de la matrice de l'ongle, au-dessus de l'articulation de la phalangette.

Elle atteint le volume d'un gros pois et présente un aspect irrégulier assez muriforme comme une framboise et est légèrement ulcérée.

La consistance est molle et la pression sur la tumeur même fait sourdre une légère gouttelette de pus très fluide.

En somme, l'aspect de la tumeur est celui que l'on voit reproduit sur toutes les figures de tumeurs botryomycosiques. Elle n'est du reste pas douloureuse, sans être cependant insensible. On peut la palper sans provoquer aucune douleur.

Il y a au-dessous, dans l'articulation de la phalangette, un peu d'arthrite et l'on sent les surfaces cartilagineuses usées et les surfaces osseuses frotter l'une sur l'autre.

Le pus et le sang recueillis par pression et examinés directement n'ont fourni aucun résultat. Il a même été impossible d'y déceler la présence du moindre grain jaune.

Après cautérisation de la surface, un tube de gélose a été ensemencé avec un fragment pris dans l'intérieur même de la tumeur. Résultat après vingt-quatre heures d'étuve : staphylocoques dorés et quelques colonies de streptocoques.

Après quelques jours de pansement à l'eau bouillie la tumeur a été extirpée par M. Foisy, interne à l'hôpital Beaujon. Pendant l'opération même, des fragments ont été prélevés et ont servi à ensemencer d'autres tubes de gélose sur lesquels il n'a poussé que du staphylocoque.

Après curetage des surfaces osseuses malades la plaie a été refermée, en partie drainée et a guéri en quelques semaines.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il n'y avait aucun élément parasitaire décelable et visible par les techniques habituelles.

Même au niveau de la région ulcérée on ne trouvait pas trace sur les coupes des microbes habituels des suppurations, tandis que les cultures révélaient leur présence.

De plus l'examen des coupes montre qu'il s'agit d'une production cutanée inflammatoire. Il y a surtout une hypertrophie des éléments de la peau et cette hypertrophie porte surtout sur les vaisseaux. C'est dans la couche sous-dermique que l'on en rencontre le plus. Ils sont bien caractéristiques avec leur endothélium aplati ; du reste la plupart sont remplis de globules sanguins de sorte qu'il ne peut y avoir erreur sur leur nature.

Aux abords de l'ulcération on voit une grande épaisseur de cellules malpighiennes et une certaine hypertrophie des papilles dermiques.

En tous cas il n'y a aucune prolifération épithéliale anormale et je ne crois pas que l'on puisse même accuser l'hypertrophie des glandes sudoripares de la région.

Il n'y a donc qu'une prolifération des tissus de la peau surtout marquée par l'augmentation des éléments vascu-

laires comme on en trouve dans les lésions cutanées chroniquement enflammées.

De l'étude bactériologique et histologique de cette tumeur nous pouvons conclure qu'il ne s'agit pas d'un brotryomycome. Si l'aspect clinique et l'évolution sont bien conformes à ce que l'on observe dans les tumeurs botryomycosiques, il est certain qu'il nous a été impossible de trouver trace de streptothricées dans la tumeur.

D'autre part le point de départ sudoripare que l'on a voulu attribuer à ces tumeurs pour les considérer comme épithéliomes ne nous semble pas vraisemblable dans notre cas particulier.

Les lésions que nous avons eues sous les yeux sont des lésions d'inflammation banale qui ne permettent pas d'individualiser la tumeur.

Nous sommes par conséquent de l'avis de Savariaud et Deguy, encore récemment exprimé au Congrès de chirurgie, et tout au moins dans notre cas particulier, cette botryomycose doit être considérée comme une variété de staphylococcose aboutissant à la formation de bourgeons charnus, véritable néoplasie inflammatoire de la peau.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(13 NOVEMBRE 1903)

La question de la déchloruration et de la chloruration dans le régime soit des cardiaques, soit des cirrhotiques, a fait l'objet hier de trois nouvelles communications, l'une de M. Chauffard, la deuxième de MM. Widal, Froin et Digne, la troisième de MM. Vaquez et Laubry. Cette question, intéressante au premier chef, n'est pas épuisée puisque dans la prochaine séance, nous entendrons deux nouvelles communications de MM. Merklen et Achard, et sans doute d'autres auteurs viendront peu à peu ajouter leur contribution à cet édifice nouveau.

M. Chauffard a observé un cirrhotique atteint d'ascite lactescente depuis un an et déjà huit fois ponctionnée, chez lequel le régime déchloruré a donné les résultats suivants : l'ascite a récidivé, mais les œdèmes ont disparu, et l'étude de la courbe des poids permet d'évaluer à 11 kilogs la perte de sérosité œdémateuse ; on en peut déduire l'action nocive de la chloruration, l'action de la cure déchlorurée restée nulle pour l'ascite, mais singulièrement efficace pour les œdèmes associés.

Les recherches de MM. Widal, Froin et Digne ont trait à neuf malades porteurs tous d'œdèmes apparents ou de traces d'œdème. Les auteurs arrivent à ce résultat que tout cardiaque, même sortant d'une crise d'asystolie avec œdème, n'est pas sensible à l'ingestion de chlorure de sodium. Ils affirment que le régime déchloruré, composé de pain, de pommes de terre, de viande, de beurre (tous aliments préparés sans sel) appliqué chez les cardiaques, a laissé le poids stationnaire ou ne l'a fait diminuer que peu.

Le régime déchloruré a arrêté le poids dans sa marche ascendante, mais n'a pas su le faire baisser de façon sensible. Chez le brightique, on assiste souvent à des effondrements de poids que l'on rencontre rarement chez les cardiaques. C'est qu'au cours des cardiopathies, les conditions de la chloruration sont tout autres qu'au cours des néphrites. Chez le cardiaque, la chloruration est pour ainsi dire passive. Le chlorure ingéré, entraîné par le courant osmotique dévié, va s'accumuler dans les régions où, sous l'influence de la défaillance cardio-vasculaire, la stase est déjà la plus marquée. Le sel attire à leur niveau de nouvelles quantités de liquide et les infiltrations en augmentent d'autant. En supprimant le sel du régime d'un cardiaque, on supprime du même coup une cause d'hydratation, et on arrête le progrès des infiltrations. Donc chez le cardiaque, l'action du régime déchloruré sur les œdèmes est plutôt suspensive que curative, et elle ne fournit pas la même fonte des infiltrations que chez certains brightiques.

MM. Vaquez et Laubry communiquent l'observation de plusieurs malades soumis alternativement à un régime fortement chloruré et à un régime pauvre en sel marin. L'un d'entre eux a été suivi ainsi pendant plus de trois mois.

Ils en concluent que le premier régime est généralement dangereux pour les cardiaques, qu'il expose à des troubles généraux ou locaux. Tantôt en effet il provoque l'apparition d'œdème, exagère les œdèmes préexistants, exposant ainsi à des accidents mécaniques. Tantôt il est suivi de troubles fonctionnels variés, dyspnée, insomnie, vomissements apparaissant sans œdème, mais correspondant à la phase d'œdème interstitiel d'Achard et Lœper, de préœdème de Widal, et se traduisant objectivement par une augmentation de poids. Tantôt enfin il occasionne ou exagère l'albuminurie. Le bouillon agit surtout dans ces cas par sa forte teneur en chlorures.

Le régime déchloruré est inutile *chez les cardiaques bien compensés*, sauf dans les périodes possibles de rétention chlorurée.

Il est indiqué *dans les asystolies passagères*, soit en cours d'évolution, soit surtout lorsque le malade, au moment de sa crise et de la rémission de ses troubles circulatoires, réclame une alimentation plus substantielle. Ce régime constitue ainsi une transition utile entre le régime lacté et l'alimentation normale. Il agit donc moins comme cure de déchloruration que comme *ration d'entretien.*

Enfin, *dans les asystolies chroniques*, le régime déchloruré n'a aucune efficacité spéciale. Mais il peut être sans inconvénient substitué au lait, variant ainsi l'alimentation du malade, calmant son dégoût, luttant avec avantage contre les troubles digestifs et la dénutrition qui en résulte.

M. J. Belin et son interne M. L. Jullich communiquent une observation d'**anévrisme de l'aorte rupturé dans le poumon.** Ils présentent la pièce anatomique qui montre que cette ectasie s'est développée sur une crosse aortique anormale dans son trajet, dans ses rapports et dans ses branches.

Cette crosse franchit le pédicule du poumon droit et rejoint sur le côté droit de l'œsophage un gros tronc artériel rétro-œsophagien. Ce tronc rétro-œsophagien se continue avec une sous-clavière gauche, la naissance de celle-ci est marquée par une diminution brusque de calibre et un branchement à angle droit. Un ligament artériel vient se jeter sur ce tronc rétro-œsophagien au point de naissance de la sous-clavière. Sous ce ligament passe le récurrent gauche, disposition qui confirme la démonstration faite par M. Cannieu dans un mémoire de la *Bibliographie anatomique* de 1895, à savoir que le récurrent est le nerf, non de l'arc aortique, mais de celui dont dérive le ligament artériel. La crosse aortique donne naissance d'avant en arrière à la carotide primitive gauche, à la carotide primitive droite et à la sous-clavière droite d'où naît la vertébrale.

Le tronc artériel-brachio-céphalique n'existe pas. Il n'y a pas transposition des viscères.

Cette disposition dérive du schéma embryologique par

atrophie du quatrième arc aortique gauche et de son segment intermédiaire postérieur. Le gros tronc artériel rétro-œsophagien d'où naît la sous-clavière, est l'homologue de la descendante gauche.

La radiographie avait montré une poche anévrismale, tout entière située à droite de la ligne médiane, disposition qui concorde avec la latéro-position droite de la crosse aortique.

MM. Brissaud et H. Grenet présentent un ouvrier, travaillant dans la nacre depuis l'âge de onze ans et employé plus spécialement à tourner des boutons depuis deux ans. Il présente le reliquat d'une ancienne pleurésie et des signes d'induration du sommet gauche. Les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch; mais on trouve, dans l'expectoration, des particules anguleuses, se dissolvant avec effervescence dans l'acide chlorhydrique et ressemblant tout à fait à la poussière de nacre que l'on recueille dans l'atelier. Ces poussières sont retrouvées dans l'expectoration près d'un mois après la cessation de tout travail. Ce fait est intéressant, puisqu'il démontre la possibilité de la **persistance de la poussière de nacre dans l'expectoration des ouvriers**, vingt-six jours après la cessation de tout travail.

M. Dopter présente l'observation d'un malade, qui, au cours d'une convalescence de fièvre typhoïde, a présenté brusquement tous les signes d'un **épanchement pleural droit**, dominant toute la scène morbide, du moins au début, bientôt suivi de tous les syptômes de la dothiénentérie.

Il s'agissait d'un pleuro-typhus de rechute.

Au point de vue cytologique, comme dans les cas précédemment publiés, on notait: polynucléose dominante, cellules endothéliales isolées et en placards. Plus tard, persistance de ces dernières et lymphocytose presque exclusive.

L'inoculation au cobaye a été négative.

Enfin, l'ensemencement du liquide pleurétique a donné du bacille d'Eberth à l'état de pureté. Mais, fait intéressant, alors que quelques gouttes de liquide ensemencé dans des tubes de bouillon n'a donné qu'un résultat négatif, 350 centimètres cubes du même milieu, placé dans un ballon, ont été fertilisés par l'ensemencement de 5 centimètres cubes du liquide. Cette méthode, identique à celle qui est utilisée pour la recherche des bacilles d'Eberth dans le sang, permet de supposer que la recherche du bacille typhique dans les épanchements sera plus souvent positive, mais non constamment, car un autre cas semblable n'a donné que des résultats négatifs.

MM. Ad. Laffitte et Moncany ont étudié les **pigmentations anormales des tuberculeux**. Ils rappellent que l'existence de pigmentations anormales chez les tuberculeux est de notion courante, et que le rapport de ces pigmentations avec des altérations des capsules surrénales a été soupçonné. Ils montrent que ces pigmentations sont fréquentes, puisque, sur 27 malades tuberculeux pris au hasard dans le service temporaire de l'hôpital Saint-Louis, les auteurs ont constaté 7 fois une pigmentation plus ou moins marquée, soit dans plus du quart des cas, et qu'ils ont noté 3 fois des taches pigmentaires des muqueuses, soit dans 11 p. 100 des cas. Ils ajoutent que la coloration anormale de la peau ou des muqueuses peut se voir à toutes les périodes de l'évolution tuberculeuse. Sur leurs 7 malades, 6 étaient à la première ou seconde période, 1 seul était à la période cavitaire.

M. Ad. Laffitte lit une note sur l'**opothérapie pancréatique dans le diabète**. Ses observations se rapportent :

1° A 3 cas de diabète arthritique;

2° A 1 cas de diabète maigre;

3° A 1 cas de glycosurie simple chez un arthritique.

Il résulte de ces observations que, dans certains cas, le diabète constitutionnel est très heureusement modifié par l'opothérapie pancréatique. Mais ces résultats sont obtenus par l'ingestion de pancréas frais. La glande doit être absorbée immédiatement après la mort de l'animal, et crue. C'est là une condition essentielle du succès.

L'absorption au bout d'un jour ou même de quelques heures donne des résultats incertains ou minimes. L'action de la chaleur, même modérée, enlève à la glande tout pouvor curatif.

XVIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[TENU A PARIS, OCTOBRE 1903 (1)]

ŒSOPHAGE — ESTOMAC

M. Delagenière (du Mans) rapporte deux cas nouveaux où il a utilisé la voie **endo-stomacale pour pratiquer le cathétérisme de l'œsophage rétréci**.

A l'aide d'une bougie, introduite par la plaie d'une gastrotomie, il attire dans l'estomac une sonde œsophagienne introduite par voie nasale. Un de ses malades atteint de néoplasme œsophagien a succombé rapidement; ce qui confirme cette règle que soit de haut en bas, soit de bas en haut, il ne faut pas dilater un cancer de l'œsophage.

Mais ce procédé qu'a employé M. Delagenière est très utile et a déjà été utilisé dans les cas de rétrécissement œsophagien infranchissable de haut en bas.

Ce cathétérisme rétrograde a également permis à M. Roux (de Lausanne) de franchir des rétrécissements qu'aucun instrument introduit de haut en bas ne pouvait traverser. Mais MM. Frœlich (de Nancy) et Broca déclarent que, dans plusieurs cas personnels, des rétrécissements sont restés également infranchissables par la voie rétrograde endo-stomacale.

M. Reynier fait une intéressante communication sur les **paralysies stomacales post-opératoires** que tous les chirurgiens ont observées et qu'il est utile de faire connaître. Ce sont des malades qui, pendant les premières heures qui suivent l'anesthésie, ne vomissent pas; puis, au bout de quarante-huit heures, quelquefois plus tôt, les traits s'altèrent, prennent l'aspect péritonéal, le pouls devient petit, précipité, sans que la température monte; il y a une certaine anxiété du malade avec dyspnée, mais beaucoup moins marquée que dans la péritonite. Les malades sont pris, dans quelques cas, de hoquet, puis de vomissements; mais le caractère de ces vomissements a quelque chose de particulier : le plus souvent ce sont des vomissements noirâtres, rappelant comme couleur les vomissements fécaloïdes, s'en distinguant cependant par leur odeur moins fétide. Ces vomissements, constitués par du sang digéré, ne sont jamais très abondants, au moins au début; ce n'est quelquefois que très tardivement, au moment de la mort, qu'il se fait une évacuation abondante de ces matières noirâtres, et c'est souvent dans ce vomissement final que le malade meurt. Ces vomissements sont dus à ce que, dans un estomac paralysé

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 129, p. 1274, et n° 131, p. 1294.

et dilaté, les parois se congestionnent et saignent comme dans une vessie paralysée; et ces hématémèses répondent aux hématuries des dilatés.

Du côté de l'abdomen, le ventre, au début, conserve sa souplesse, et c'est en cela que cette affection se distingue de la péritonite : il n'y a pas de contracture, mais peu à peu le ventre se ballonne, et l'on voit se développer une tumeur, quelquefois considérable, qui envahit une partie de l'abdomen; tumeur mate le plus souvent, mais qui peut donner aussi de la sonorité à la percussion lorsqu'il se produit des gaz dans ces estomacs dilatés. On comprend que, devant ces symptômes, on ait souvent cru avoir affaire à de la péritonite ou à des phénomènes d'occlusion intestinale; d'autant plus que si, souvent au début, le malade a pu rendre des gaz, par le fait de ce développement anormal de l'estomac paralysé, il se produit une compression de la masse intestinale et des symptômes de l'occlusion intestinale.

Ces paralysies stomacales se distinguent des péritonites par infection par absence de contractures et de douleur vive à la pression, par l'émission, dans quelques cas, de gaz par l'anus, indiquant qu'il n'y a pas de paralysie intestinale, enfin par la température et la dyspnée moins accélérée.

Que faire en face de pareils accidents?

Dès qu'on voit ou qu'on soupçonne les symptômes de cette paralysie stomacale, surtout si on observe de ces vomissements noirâtres, il ne faut pas hésiter à faire rapidement le sondage de l'estomac, quelque difficile qu'il soit chez un malade alité et qui vient d'être opéré; on y arrive cependant en usant de patience et en faisant comprendre au malade l'importance de cet acte. Par cette évacuation et le lavage à l'eau de Vichy ou à l'eau bouillie qui la suit, on arrive le plus souvent à arrêter les vomissements et à rendre sa tonicité à la paroi stomacale.

Si, toutefois, les accidents se reproduisaient, il ne faudrait pas hésiter à réitérer ce cathétérisme stomacal. On se trouve bien également des injections de strychnine qui, dans une observation de M. Reynier, ont agi merveilleusement, associées à l'évacuation de l'estomac par des purgatifs.

En agissant ainsi et en se hâtant, il sera possible de sauver un grand nombre de malades qui, pour la plupart, seraient condamnés sans cette thérapeutique.

M. Phocas (de Lille) relate un cas de **diverticule de l'œsophage**, décrit sous le nom de diverticule de propulsion; il conseille soit l'extirpation totale, soit l'extirpation large du diverticule. Ces opérations ont été faites 15 fois avec 3 morts.

C'est ce que confirme M. Depage (de Bruxelles) qui a opéré avec succès 3 cas, aussi facilement que s'il opérait un sac herniaire.

M. Girard (de Berne) n'est pas de cet avis, l'opération, facile lorsqu'il s'agit de diverticules purement cervicaux, devient difficile et grave quand les diverticules descendent dans le thorax, il est difficile alors d'éviter l'infection grave de la plaie opératoire avec toutes ses conséquences. Aussi, quand les diverticules sont profonds, il n'hésite pas à pratiquer la gastrostomie. Lorsqu'ils sont superficiels et de volume moyen, il se contente de les invaginer dans l'œsophage où ils s'atrophient à la longue sans gêner la déglutition.

A l'occasion d'une **plaie de l'estomac** par arme à feu opérée et guérie par la suture, M. Auvray étudie les procédés opératoires applicables aux divers cas.

Les seuls cas intéressants et difficiles sont ceux de plaie de la face postérieure de l'estomac. Toutes les fois que cette plaie pourra être suturée à la brèche faite à l'épiploon gastro-colique, à laquelle on adjoindra ou non la résection du bord cartilagineux du thorax, cette voie devra être suivie, car il y a un grand avantage chez des blessés gravement atteints à ne pas prolonger l'acte opératoire.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, de plaies limitées à la muqueuse postérieure, il faut agir sur cette muqueuse après gastrotomie antérieure. S'il s'agit d'une section nette de la muqueuse, celle-ci sera suturée et les vaisseaux qui pourraient donner du sang seront liés; s'il s'agit d'une plaie contuse, il faut pratiquer la résection de la muqueuse en dépassant les limites de la contusion; M. Auvray estime, d'après ses expériences, qu'on peut réséquer sans inconvénient des lambeaux de muqueuse présentant les dimensions d'une pièce de 5 francs et suturer ensuite les bords de la plaie ainsi créée; ce rapprochement est possible grâce au glissement que présente la muqueuse sur les couches sous-jacentes; au delà de ces limites, et pour éviter la section de la muqueuse par les fils à suture, et aussi dans les cas où la contusion profonde pourrait faire craindre une désorganisation de la couche musculaire sous-jacente à la muqueuse, il conseille de réséquer la portion de paroi contuse dans toute son épaisseur, la résection comprenant la muqueuse et la couche musculo séreuse. La résection de la portion contuse est le seul moyen de prévenir la formation d'une escare et la production consécutive d'un ulcère de l'estomac au moment de la chute de l'escare, comme on en a rapporté des exemples.

Les procédés de **gastrostomie** viennent encore s'enrichir d'une nouvelle unité. Pour avoir un orifice continent, M. Depage (de Bruxelles) a imaginé un procédé qui consiste essentiellement à tailler dans la paroi antérieure de l'estomac un étroit lambeau vertical à base supérieure et à transformer ce lambeau en un étroit canal musculo-muqueux, c'est-à-dire à la fois continent et incapable d'être digéré. Il suffit pour cela de relever le lambeau, de suturer la petite perte de substance gastrique jusqu'au voisinage de la base du lambeau, où on ne laisse subsister qu'un petit orifice, de continuer ensuite la suture en rapprochant, en forme de cylindre, les bords du lambeau et d'introduire enfin ce cylindre ou conduit dans la plaie pariétale où il vient affleurer à la peau.

Ce petit procédé serait simple et, d'une exécution facile, demanderait à peine un quart d'heure pour être exécuté.

L'avenir nous dira quel accueil les chirurgiens feront à cette technique qui nous paraît plus compliquée qu'elle ne l'a semblé à l'auteur.

M. Mauclaire fait connaître l'observation rare d'un **cancer du pylore à évolution lente**, chez une jeune fille de vingt-cinq ans. Cette malade a subi de 1898 à 1903 quatre opérations dont la dernière purement exploratrice permet de constater la marche progressive du néoplasme.

Il sera intéressant de voir le microscope déterminer la variété exacte de cette tumeur.

M. Goullioud (de Lyon) conseille au cours des opérations sur l'estomac et sur l'intestin d'interrompre l'anesthésie générale pendant le temps abdominal de l'intervention. La sensibilité très obtuse de l'estomac et de l'intestin permet cette **anesthésie discontinue**, précieuse chez les malades débilités et dans les opérations longues.

Nous ne ferons qu'une remarque à M. Goullioud, c'est la

fréquence des vomissements — si gênants dans la chirurgie abdominale — pendant les anesthésies incomplètes.

M. Montprofit a pratiqué jusqu'ici 151 **gastro-entérostomies**. Sur ses 50 derniers cas, il a employé le procédé en Y de Roux 35 fois. C'est pour lui le procédé de choix supérieur à tous les autres procédés.

La couche musculaire de l'estomac est le point de départ de tumeurs musculaires à fibres lisses, ou **léiomyomes**, qui tantôt se développent dans la cavité de l'organe, tantôt s'extériorisent du côté de la cavité péritonéale. Celles-ci ont plus de tendance à atteindre de grandes dimensions. C'est du côté de la petite et de la grande courbure qu'elles se développent, en dédoublant les feuillets des épiploons. Les unes restent bénignes, amenant même peu de troubles; d'autres prennent une vraie malignité.

M. Goullioud (de Lyon) a eu deux fois l'occasion de rencontrer ces tumeurs volumineuses malignes de l'estomac, de nature musculaire.

M. Pauchet (d'Amiens) fait l'apologie du **bouton de Murphy** qu'il a employé 42 fois en quinze mois avec 3 décès seulement. Il est une phrase de sa communication qui n'attirera pas à lui les suturistes. C'est la suivante : « Il est plus difficile de mettre bien un bouton quede faire une suture suffisante. » Aussi malgré le plaidoyer du chirurgien d'Amiens, le clan des boutonnistes restera toujours très restreint.

Le même chirurgien fit l'étude des meilleures **voies d'accès de la rate, dans le cas de rupture traumatique**, il arrive à la technique suivante :

Large incisision paracostale de la peau et des muscles. Incision prudente du péritoine en évitant d'entamer le mésocôlon descendant. Ecartement de l'estomac et abaissement du côlon par les mains d'un aide. Soulèvement du rebord thoracique par une valve abdominale. Recherche de la rate, examen des lésions et appréciation de sa mobilité. Pose des clams sur les pédicules gastro-pancréatico-spléniques et fréno-spléniques. Hémostase définitive constituée soit par les pinces qu'on laisse à demeure, si les pédicules vasculaires sont courts et peu mobiles, soit par des ligatures. Tamponnement et drainage.

Des dix cas de **rétention iléo-cæcale** que rapportent M. Hartmann et M. Delaunay, il résulte que la résection du cæcum doit se faire avec fermeture des deux bouts et anastomosé latérale. M. Delaunay conseille en plus d'invaginer profondément la suture terminale, avant de faire la suture séro-séreuse. De la sorte, on éviterait les fistules intestinales consécutives. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

Pommade contre les hémorroïdes.

Chrysarobine	0gr60
Thigénol Roche	5 grammes.
Vaseline	25 —

F.S.A. Une pommade.

On peut également faire un badigeonnage des tumeurs hémorroïdales avec du thigénol pur deux fois par jour après un bain de siège froid. On obtient ainsi non seulement la disparition des démangeaisons et des douleurs, mais encore une diminution sensible du volume de ces tumeurs.

BRUN

L'année 1903 sera, pour les chirurgiens des hôpitaux de Paris, la mauvaise année. Après Panas, Bouilly, Gérard Marchant, Bouglé, voici Brun qui disparaît, ayant à peine atteint l'âge de quarante-neuf ans.

Ceux qui ont connu Brun dans ces dernières années n'ont connu qu'un homme qu'une lente maladie avait rendu triste, silencieux, et quelque peu misanthrope. Ce n'était plus le véritable Brun d'autrefois. Ses camarades, ses concurrents n'oublieront jamais sa simplicité élégante, son esprit fin et distingué, la sûreté vraiment remarquable de son jugement si droit, si précis. Lors des conférences d'agrégation, chez le professeur Berger, les argumentations de Brun étaient un vrai régal C'était plaisir d'entendre sa discussion serrée, sa parole claire et sympathique, ne s'égarant pas dans les à-côtés. On peut le dire maintenant, sans, hélas! froisser sa modestie, Brun était alors l'esprit le plus brillant de sa génération.

Après avoir fait preuve de mérites chirurgicaux de premier ordre, Brun quitta la chirurgie générale pour l'ophtalmologie et on le vit, plusieurs années durant, suppléer à l'Hôtel-Dieu le professeur Panas. Mais l'ophtalmologie ne lui donna pas les satisfactions qu'il en attendait; il rentra dans la chirurgie et s'adonna à la chirurgie infantile. Il apporta dans cette chirurgie spéciale ses grandes qualités d'opérateur méthodique et sûr de lui. Il y fit preuve de sa netteté d'esprit coutumière. Pour ne parler que de l'appendicite, question si complexe et encore si peu résolue, on peut dire que les chirurgiens, après des discussions sans fin, arrivent peu à peu à la conception que Brun avait formulée depuis longtemps déjà.

Sa droiture, son incontestable honorabilité, ses qualités morales et professionnelles, la sûreté de son jugement, lui avaient valu, de la part de ses collègues, un témoignage de confiance auquel il avait été particulièrement sensible. Il était, depuis 1898, le représentant des chirurgiens au Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Malgré la maladie qui commençait à le miner, il apporta dans ces délicates fonctions la même conscience qu'il apportait à tout ce qu'il touchait.

Brun est mort entouré de l'estime et de l'amitié de tous ses collègues, et c'est le cœur rempli d'une profonde émotion qu'ils l'ont accompagné à sa demeure dernière.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

(ACTES DU 23 AU 28 NOVEMBRE 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 23 NOVEMBRE, à une heure. — 1er (oral) : MM. Mauclaire, Retterer, Sébileau.

2e : MM. Ch. Richet, Remy et Broca (André); — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Tuffier, Walther et Legueu; — (2e partie) : MM. Brissaud, Tessier et Legry; — M. Gosset, suppléant.

MARDI 24 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Chassevant et Jeanselme.

4e, *Salle Thouret* : MM. Proust, Dupré et Richaud; — M. Thoinot, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Schwartz et Marion; — (2e partie) : MM. Raymond, Vaquez et Gouget; — M. Langlois, suppléant.

MERCREDI 25 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (1re partie

oral), *Salle Richet* : MM. Tuffier, Remy et Lepage ; — (2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Blanchard, Roger et Legry ; — M. Retterer, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Dejerine, Letulle et Teissier ; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 26 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (1re partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Poirier, Marion et Demelin ; — (2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Joffroy, Renon et Guiart ; — M. Launois, suppléant.

VENDREDI 27 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Besançon.

4, *Salle Broussais* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Reclus et Mauclaire ; — M. Sébileau, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 28 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, G. Ballet et Achard ; — (2e série) : MM. Troisier, Thiroloix et Renon ; — M. Dupré, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bonnaire ; — M. Thiéry, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Chifolieu et Cherrier.

Guerre. — M. le médecin-major de deuxième classe Séguin, du 3e d'infanterie coloniale, a été mis à la disposition du ministre des Colonies pour être détaché à l'Institut Pasteur de Lille et occuper ultérieurement l'emploi de médecin-major du service antirabique à l'hôpital militaire d'Hanoï.

— Ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe et maintenus à leurs postes actuels :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Coudeyras, au 114e d'infanterie ; Cohadon, au 59e d'infanterie ; Derappe, au 40e d'artillerie ; Chanal, au 113e d'infanterie ; Louet, au 11e hussards, et Bauby, au 13e dragons.

Marine. — Par décision ministérielle ont été nommés élèves du service de santé de la marine : MM. Moreau, Robert, Rebufat, Guérin, Cantin, Le Dentu, Solacroup.

Unions des syndicats médicaux du Sud-Est. — Dimanche 8 novembre a eu lieu, au local habituel des réunions du Syndicat des médecins du Rhône, l'assemblée convoquée pour fonder l'Union des syndicats médicaux du Sud-Est, union qui comprend les départements suivants : Ain, Hautes-Alpes, Ardèche, Drôme, Isère, Jura, Loire, Haute-Loire, Rhône, Saône-et-Loire, Savoie, Haute-Savoie.

Après une allocution de bienvenue adressée aux membres présents par M. Aubert, président du Syndicat des médecins du Rhône et la discussion sur différents points qui intéressent l'avenir de l'œuvre, un bureau a été nommé. Ce bureau comprend six vice-présidents, de façon à donner un représentant aux diverses régions du Sud-Est ; il est ainsi constitué : MM. les docteurs Albertin, président ; Chambard-Hénon, Latouche, Riolasci, Fayard, Forestier, Passerat, vice-présidents ; Bolliet, secrétaire général ; Reverdy, secrétaire adjoint ; Proby, trésorier ; Sargnon, archiviste. (*Lyon méd.*)

Exercices pratiques de diagnostic bactériologique, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. le docteur Griffon, préparateur. — Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le mardi 24 novembre 1903.

Des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu de trois heures à cinq heures et demie, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du cours. — Première leçon : Technique de la coloration des microbes ; méthode de Gram.

Deuxième leçon : Technique de la culture des microbes et des inoculations.

Troisième leçon : Analyse bactériologique du pus : microbes pyogènes aérobies.

Quatrième leçon : Analyse bactériologique des crachats non tuberculeux.

Cinquième leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — Tuberculose et pseudo-tuberculose.

Sixième leçon : Analyse bactériologique des angines.

Septième leçon : Séro-diagnostic.

Huitième leçon : Globules blancs et cyto-diagnostic.

Neuvième leçon : Analyse bactériologique du sang et des sérosités pathologiques pleurales et cérébro-spinales. Méningocoques.

Dixième leçon : Analyse bactériologique de l'eau et des matières fécales.

Onzième leçon : Diagnostic des microbes anaérobies.

Douzième leçon : Analyse bactériologique de la peste et du choléra.

Treizième leçon : Diagnostic bactériologique des infections de l'appareil génito-urinaire ; gonocoque, bacille du chancre mou.

Quatorzième leçon : Diagnostic bactériologique des lésions microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à payer pour cette série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Nota. — Deux autres séries analogues auront lieu dans le courant de l'année scolaire, l'une aux vacances de Pâques, l'autre au mois de mai.

Hôpitaux de province. — *Saint-Germain-en-Laye.* — Un concours est ouvert pour la nomination d'un interne titulaire en médecine et en chirurgie et de quatre internes provisoires.

Ce concours, qui comporte une épreuve orale et une épreuve écrite, aura lieu le 12 décembre 1903.

Les candidats ne doivent pas avoir atteint l'âge de vingt-six ans avant le 1er novembre 1903. Ils devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration et déposer leurs pièces avant le 5 décembre.

Les fonctions des internes commenceront le 1er janvier 1904. Celles de l'interne titulaire expireront le 31 décembre 1905 et celles des internes provisoires le 31 décembre 1904.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. — MM. les docteurs Trousseau, Chevallereau, Valude et Kalt, ont commencé, le mardi 10 novembre, des leçons cliniques et les continueront les mardis suivants.

La leçon sera faite alternativement par l'un des quatre médecins de la Clinique, dans l'ordre et aux heures ci-après :

M. le docteur Trousseau, une heure un quart ; M. le docteur Chevallereau, une heure et demie ; M. le docteur Valude, deux heures ; M. le docteur Kalt, deux heures.

Consultations et opérations à une heure.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

TRÈS PRESSÉ. — Médecin, obligé quitter Paris pour raisons de santé, désire céder immédiatement clientèle très importante dans quartier aristocratique. Rapport 40 000 francs par an. — S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Ve.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

DES EFFETS DE L'HYPERCHLORURATION

CHEZ LES ANIMAUX NÉPHRECTOMISÉS

Par MM. E. LESNÉ et Charles RICHET fils (1).

Nous avons déjà montré (2) que certaines substances solubles non toxiques telles que urée, sucres et surtout chlorure de sodium, diminuent la toxicité d'autres substances telles que l'iodure de potassium, le chlorhydrate d'ammoniaque, le chlorhydrate de cocaïne injectés, simultanément, dans la circulation générale chez le chien. Nous avons aussi démontré que la toxicité de l'urine en nature recherchée par la méthode des injections intra-veineuses était diminuée quand on additionnait cette urine de chlorure de sodium.

Il était intéressant de voir si chez des chiens néphrectomisés l'auto-intoxication urinaire n'était pas modifiée par l'ingestion préalable de ces substances. Pour ce faire nous avons soumis les animaux exactement à la même alimentation pendant cinq jours, à savoir : 40 grammes de viande, 40 grammes de farine et 40 grammes de lait par kilogr.; après l'opération le même régime était continué.

Mais tandis que les uns recevaient uniquement cette nourriture, aux autres nous avons donné 40 grammes de sucre ou 5 grammes d'urée, ou 2gr5 de NaCl par kilogramme. Tous ces animaux ont maigri après la néphrectomie et à l'autopsie aucun d'eux ne présentait d'œdème appréciable.

Les résultats fournis par ces expériences sont consignés dans les tableaux suivants :

Durée de survie après l'opération.	Moyenne.
Chiens témoins :	
43 heures.	53 heures.
48 —	
68 —	
Chiens ingérant de l'urée :	
48 —	54 —
60 —	
Chiens ingérant du sucre :	
73 heures.	81 heures.
90 —	
Chiens ingérant du chlorure de sodium :	
66 —	93 —
84 —	
130 —	

(1) Travail de laboratoire du professeur Richet.
(2) Soc. de biol., 27 mars et 9 mai 1903.

Donc avec l'urée aucune influence, tandis que le sucre et surtout le chlorure de sodium prolongent la vie dans la proportion de 5 à 8 pour le sucre et de 5 à 9 pour le chlorure de sodium.

Ces résultats concordent donc avec ceux précédemment obtenus quand nous cherchions à diminuer la toxicité immédiate de substances bien définies. C'est en effet le sucre et surtout le chlorure de sodium qui nous avaient fourni les résultats les plus nets.

Le pouvoir antitoxique du chlorure de sodium manifeste dans ces expériences est à signaler à côté de la nocivité qu'il présente dans d'autres circonstances. M. Widal a en effet mis hors de doute que chez les malades atteints de néphrite parenchymateuse l'œdème apparaît à la suite de l'ingestion de chlorure de sodium; il est conséquence de la rétention chlorurée. Il s'agit en réalité de conditions expérimentales très différentes et l'on ne peut considérer comme identiques les troubles urinaires qui s'établissent lentement chez les brightiques et l'anurie complète produite brusquement par la suppression des deux reins.

Nos expériences montrent uniquement que, chez les chiens néphrectomisés, l'hyperchloruration retarde les phénomènes d'auto-intoxication. Pour expliquer ce fait nous admettons la même hypothèse que dans nos expériences précédentes : il y a très probablement saturation cellulaire par le chlorure de sodium, et il s'ensuit que pendant un certain temps les substances toxiques non éliminées par le rein ne dialysent pas à travers les organismes cellulaires.

SUR UN NOUVEL APPUIE-TÊTE ADAPTÉ A LA POSITION DE « ROSE »

POUR FACILITER LES OPÉRATIONS FAITES DANS CETTE POSITION

Par J.-Ch. SAUTIER,
Chirurgien dentiste de la Faculté de médecine de Paris.

La marche d'une opération peut être singulièrement facilitée ou contrariée suivant l'attitude imposée au sujet, et

c'est d'ailleurs une règle fondamentale et du reste très rationnelle de le placer le plus commodément possible. Le progrès est réel si l'on peut diminuer la part de l'imprévu, abréger l'acte opératoire ou en diminuer la gravité dans une mesure quelconque. Cette question offre surtout un grand intérêt dans les opérations qui s'exécutent sur la tête et le cou, notamment sur la langue, le plancher de la bouche, le pharynx, le larynx, le corps thyroïde (1), ainsi qu'en odontologie.

Dans ces derniers temps, plusieurs médecins et chirurgiens ont reconnu par une pratique journalière les avantages que présente pour ces opérations la position dite de « Röse », du nom du chirurgien allemand qui l'a imaginée.

Avant de passer à la description de notre « appuie-tête », nous pensons que quelques détails biographiques sur ce chirurgien seront de nature à être lus avec intérêt.

« Röse (Edmond R.) est né à Berlin le 10 octobre 1836. En 1858, il obtint le titre de docteur, et en 1865, il est *privat-docent* pour la chirurgie et l'ophtalmologie et directeur de l'hôpital de Béthanie. En 1883, il fonda avec Luecke la *Revue allemande de chirurgie* (2). On a de lui de nombreux écrits, notamment des remarques sur la laparotomie, le tétanos (1870), le « delirium tremens » et le « delirium traumaticum », une série d'articles sur l'empoisonnement par l'iode, sur la fistule vésico-vaginale, sur les fractures du bassin, sur les *opérations dans la position de la tête renversée*. On possède également de lui de nombreuses communications consignées dans les rapports et les dissertations de ses élèves à la clinique de Zurich-Red » [*Lexique biographique des médecins éminents* (3)].

C'est cette position de la tête renversée qui est connue sous le nom de « position de Röse », et voici comment cet auteur a expliqué au Congrès des chirurgiens allemands, en avril 1874, de quelle manière il appliquait son procédé dans les opérations de la *mâchoire supérieure*, soit dans l'amputation du nez, soit dans la lagostomie (bec de lièvre).

« Le patient, dit-il, est étendu horizontalement. Sa tête repose au début de l'opération sur un coussin qu'on enlève dès que la narcotisation est terminée. A ce moment le malade est soulevé, puis replacé sur la table d'opération de façon que la tête pende contre l'extrémité capitonnée de cette table. La tête qui est alors perpendiculaire au corps étendu sur la table est maintenue des deux côtés par un aide » [*Archives de clinique chirurgicale* (4)].

Les avantages bien constatés de cette méthode l'ont fait admettre depuis quelques années en France dans la pratique courante. Parmi les praticiens qui en font un usage constant, nous citerons :

Les docteurs Richelot et Morestin à l'hôpital Saint-Louis;

Le docteur Malherbe, à sa clinique de laryngologie infantile, à l'hôpital Trousseau, où il emploie presque constamment pour ses narcoses le chlorure d'éthyle pur, ainsi que le docteur Laval; ces deux docteurs ont exposé dans une intéressante brochure sur le chlorure d'éthyle (5) l'intérêt que présente pour eux dans toutes leurs opérations en laryngologie la position de la tête renversée ;

Le docteur Friteau, professeur à l'École et hôpital dentaire de Paris, est un des premiers ayant employé pour l'extraction des dents cette « position de Röse » (1894). Il opère de cette façon jusqu'à quinze ou vingt extractions pendant la même anesthésie, et il est d'avis que les anesthésiques généraux tendant à être de plus en plus employés, les extractions se feront certainement dans l'avenir avec la tête en bas et en arrière (1).

Dans la brillante thèse qu'il a soutenue en 1903, le docteur Marcel Clary, un des plus distingués élèves du docteur Malherbe, résume ainsi les avantages de cette position (2).

« La position de « Röse » est la position idéale pour toutes les opérations oto-rhino-laryngologiques.

Elle supprime les inconvénients et les dangers parfois terribles de la position assise.

Elle rend l'anesthésie générale possible (nous donnons la préférence comme anesthésique rapide et fugace au chlorure d'éthyle employé comme anesthésique général).

Elle permet d'opérer avec le maximum de jour.

Elle prévient la déglutition du sang et des débris de tumeurs sectionnés, — les vomissements, — les infections secondaires qui peuvent en résulter.

Elle empêche l'écoulement du sang et la chute des fragments de tumeurs dans les voies aériennes supérieures et leurs conséquences terribles.

Elle permet l'application de méthodes chirurgicales spéciales bien réglées, sans dangers pour le patient, rapides, assurant le traitement radical :

Des végétations adénoïdes;
De l'hypertrophie des amygdales;
Des déviations de la cloison;
Des fibromes rhino-pharyngiens;
Des sarcomes rhino-pharyngiens.

Facilitant et donnant plus de sécurité à la pratique :
De la trachéotomie;
De la laryngotomie partielle ou totale;
De la laryngectomie;
Des opérations des sinusites frontales et maxillaires.

Nous ajouterons qu'elle est aussi à recommander tout particulièrement pour les opérations odontologiques, ainsi qu'on l'a vu plus haut (docteur Friteau et J.-C. Sautier).

Mais pour que cette position produise tous ses effets, on comprend qu'il est absolument nécessaire que l'opérateur agisse avec l'assurance absolue de la fixité de la tête du patient; ce qui lui permet d'opérer vite et sans crainte d'accidents.

Or, ces accidents sont toujours à redouter, car cette position nécessite l'intervention d'un aide auquel il faut beaucoup d'attention et une certaine force pour maintenir la tête du malade afin qu'elle ne se dégage pas par un mouvement convulsif; aussi cet aide se fatigue-t-il très vite.

Afin de pratiquer plus commodément la chirurgie cervico-céphalique, le docteur H. Morestin se sert, à Saint-Louis (3), d'une table élégante et légère employée par le docteur Richelot, mais à laquelle il a fait subir quelques modifications très ingénieuses. Elles consistent : 1° dans la présence

(1) H. Morestin. De la position du malade dans les opérations sur la tête et le cou, *Gaz. des hôpit.*, 20 fév. 1902.

(2) *Deutsch. Zeits. f. Chir.*

(3) *Biographische Lexicon der hervorragenden Ærtzte* (éd. p. Aug. Hirsch t. III, Vienne et Leipzig) 1886.

(4) *Arch. f. klin. Chir.*, 1874, XVII, p. 459.

(5) Malherbe et Laval. *L'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle pur*, 1902.

(1) Friteau. *Odontologie*, fév. 1903.

(2) Marcel Clary. *La position de Röse en oto-rhino-laryngologie*, 1903, p. 3.

(3) *Gaz. des hôpit.*, 20 février 1902.

d'un dossier mobile dont la hauteur et l'inclinaison peuvent varier au gré du chirurgien ; 2° dans l'existence d'une têtière qui supporte une tige d'acier glissant derrière le dossier. Il en résulte qu'on peut faire varier la déflexion de la tête jusqu'à atteindre la « position de Röse ».

Mais nous devons faire remarquer cependant que cette têtière n'étant formée que d'un simple arc métallique, n'emboîte pas la tête et ne sert qu'à la maintenir latéralement, sans pouvoir empêcher absolument qu'elle se soulève quand le malade est agité. Ensuite elle exige une table d'un modèle spécial qu'on n'a pas toujours l'occasion de se procurer.

Ayant eu l'avantage d'assister fréquemment aux intéressantes opérations faites sur la gorge par le docteur Malherbe à l'hôpital Trousseau dans la « position de Röse », nous avons été conduit à créer un système d'appuie-tête pouvant s'adapter à une table quelconque et donnant le moyen de maintenir la tête du patient absolument immobile.

En voici maintenant la description :

Cet appareil (1) se compose d'une têtière formée par deux larges demi-cercles, moulés sur la forme d'une tête et représentant une sorte de casque. Ce casque est monté à charnière sur une barre qui porte deux presses à vis servant à le fixer solidement sur la table d'opération, laquelle peut

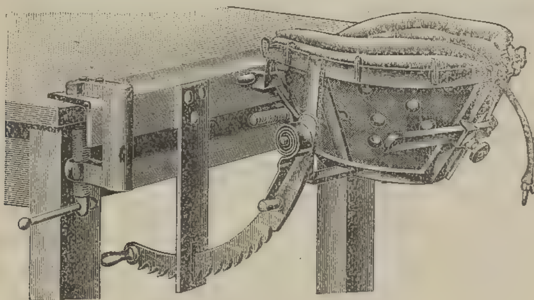


Fig. 1.

être quelconque, pourvu qu'elle soit assez grande pour recevoir le patient. Une crémaillère recourbée est disposée latéralement et sous le casque pour lui permettre de prendre toutes les inclinaisons nécessaires; elle s'engage plus ou moins dans un arrêt rivé à cette barre.

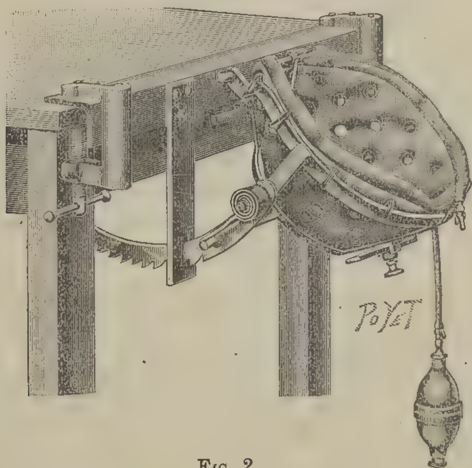


Fig. 2.

Afin que l'appuie-tête puisse servir à toutes les grosseurs de tête, le casque peut être fait en deux parties dont l'une est fixée et l'autre mobile. Cette dernière glisse sur la barre au moyen d'attaches convenables; elle y est maintenue en position à l'aide d'une vis de pression.

(1) Breveté en France et à l'étranger.

Ce casque est recouvert de caoutchouc ou construit complètement en caoutchouc creux ou plein. A l'intérieur il est capitonné par des coussins pneumatiques gonflés à l'aide d'une simple poire en caoutchouc. En outre il est bordé d'un tube également en caoutchouc qui est vide d'air quand la tête de l'opéré est placée dans le casque, et que l'on gonfle immédiatement après avec la poire.

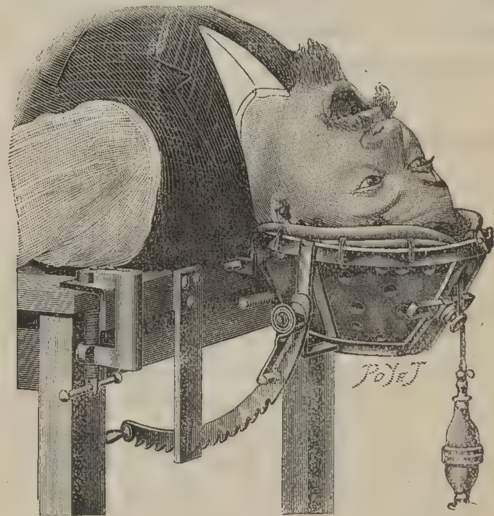


Fig. 3.

Les coussins et le tube ainsi préparés viennent entourer et comprimer la tête du patient qui ne peut se débattre ni se blesser, la tête étant emboîtée jusqu'aux sourcils. Elle ne peut donc se relever brusquement comme cela arrive parfois lorsqu'elle est maintenue par un aide.

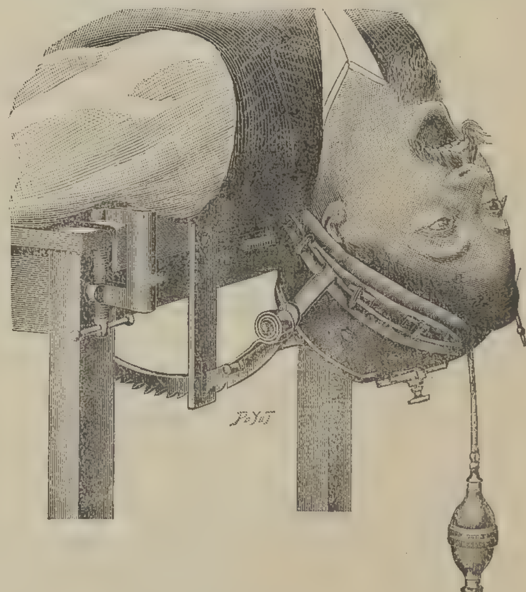


Fig. 4.

Cet appareil peut être rendu absolument antiseptique, car il est facile de le démonter pour le laver et le stériliser sans crainte de le détériorer.

Il se prête admirablement en médecine opératoire, en grande et petite chirurgie, en art dentaire, à l'application de tous les anesthésiques généraux, tels que l'éther, le chloroforme, le protoxyde d'azote, le bromure d'éthyle, le chlorure d'éthyle, le somnoforme, le coryl, le kelène, le narcotil, l'élythos, etc.

L'anesthésie générale une fois obtenue dans la position horizontale, la tête reposant dans l'appuie-tête, on abaisse la

crémaillère et la tête se trouve de suite renversée dans la position désirée, *ce qui évite de tirer le malade en dehors de la table par les épaules pour lui laisser ensuite retomber la tête.*

La facilité de l'emploi de cet appareil, même dans les installations les plus rudimentaires, la sécurité qu'il procure à l'opérateur, sont de nature à en rendre l'usage indispensable à tous les hommes de l'art qui ont des opérations à faire dans la « position de Röse », dont les avantages sont si nettement reconnus par les éminents praticiens cités dans le cours de cette notice.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(17 novembre 1903)

En arrivant hier, à l'Académie, nous avons eu quelque peine à gagner notre place; les tribunes, les couloirs, les escaliers étaient pleins de monde. On devine la cause de cette affluence inaccoutumée : la communication de M. Marmorek.

Nous entendons d'abord, ou pour mieux dire nous voyons d'abord à la tribune, sans l'entendre, M. Raymond donner lecture du discours qu'il a prononcé à Lamalou à l'inauguration du buste de Charcot. Dans ce discours, que nos lecteurs connaissent déjà (1), M. Raymond nous a semblé faire revivre fort heureusement la grande figure de l'illustre maître.

Puis, MM. Raymond, Robin, Roux ont été successivement appelés à lire des rapports de prix. M. le président donne ensuite la parole à M. Marmorek.

M. Marmorek commence par donner la formule de son **sérum antituberculeux** et par faire connaître par quelles séries de recherches il est arrivé à le constituer. Très loyalement, il parle de ses insuccès; après ses expériences sur les animaux, il a essayé l'emploi de son sérum chez l'homme. Il a commencé par l'essayer dans les cas les plus graves, chez des malades atteints de méningite tuberculeuse. Dans ces cas, il n'a obtenu que de passagères améliorations.

Puis il a pris des cas de tuberculose au troisième degré; enfin c'est dans les tuberculoses locales et dans les tuberculoses pulmonaires au début qu'il compte surtout des succès. Quelle est la proportion de ces succès? Ont-ils été définitifs? Sur quelle catégorie de malades ont-ils exactement porté? Autant de questions qui nous venaient aux lèvres à tous et auxquelles n'a pas répondu M. Marmorek. En résumé, de nombreuses expériences sur les animaux lui ont démontré une certaine efficacité de ce sérum et aussi son innocuité; il l'a alors essayé sur l'homme et semble en avoir obtenu des résultats appréciables. Mais il ajoute avec beaucoup de raison que son expérience personnelle ne suffit pas et il fait appel aux cliniciens pour mettre à l'épreuve ce sérum. En terminant, M. Marmorek déclare que la direction de l'Institut Pasteur ne s'étant pas trouvée d'accord avec lui sur certaines expériences, il a donné sa démission de chef de laboratoire de cet institut et qu'il revendique pour lui seul toute la responsabilité de ses recherches.

Après cette communication, qui a été écoutée dans un grand silence, M. le président n'a pas nommé de commission, ni chargé aucun membre d'un rapport. L'Académie ne reviendra donc pas sur cette communication. Il n'y aura ni rapport, ni discussion. Il nous semble cependant indispensable que, puisqu'il y a une réglementation sur les sérums, l'Académie donne l'approbation ou la désapprobation que le public médical attend d'elle.

Dans l'une des dernières séances M. Hamonic, à l'occasion du fameux **singe syphilisé** de l'Institut Pasteur, avait fait une communication établissant très nettement la priorité de son maître Martineau dans cette question de l'inoculation de la syphilis au singe. Aujourd'hui il vient apporter des faits à l'appui de sa communication. Il a répété l'expérience de Martineau, il a pris un singe quelconque, un vulgaire macaque, et lui a inoculé la syphilis. Sur ce singe est apparu, vingt jours après l'inoculation, un chancre syphilitique des plus caractéristiques.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
(5 novembre 1903)

MM. Sicard et Cestan ont pu examiner **9 cas de maladie de Friedreich** et approfondir quelques points de la symptomatologie de cette affection. C'est ainsi qu'ils ont rencontré 8 fois l'*analgésie trachéale* et 3 fois sur 4 l'*analgésie testiculaire* avec les caractères que ces analgésies présentent dans le tabes dorsalis. Ils ont constaté aussi du côté des mains une déformation tout à fait analogue à celle du pied bot, si fréquente dans la maladie de Friedreich; il faut donc décrire, à côté du pied bot, une *main bote* avec extension forcée de la première phalange, flexion des deux autres, creux palmaire très prononcé, saillie exagérée des articulations métacarpo-phalangiennes, écartement léger des doigts; l'hypotonie et la parésie des petits muscles de la main doivent être les facteurs de cette déformation de la main.

Au mois de juin dernier, M. Durante avait montré les pièces d'un neurone développé sur la partie périphérique du nerf médian, réséqué sur une longueur de 20 centimètres. Aujourd'hui, il apporte le résultat de ses recherches histologiques; or il a constaté dans le bout périphérique non réuni des tubes nerveux complets, des cellules fusiformes et des bandes protoplasmiques renfermant un cylindre central; il s'agit d'une néoformation sur place en dehors de toute réunion avec le bout central, d'une **régénération autogène**. C'est là une constatation de la plus haute importance; la théorie du neurone, qui considère le cylindraxe comme un prolongement protoplasmique de la cellule nerveuse, ne peut expliquer ces régénérations; au surplus, pour M. Durante, la théorie du neurone ne concorde pas avec les résultats embryologiques et expérimentaux.

MM. Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine présentent les préparations des moelles de deux **cancéreux** qui ont succombé avec le **syndrome de la paralysie flasque**. L'histoire clinique de ces deux malades est analogue; elle peut se résumer ainsi : cancer viscéral, cachexie, puis *brusquement* paraplégie flasque des membres inférieurs avec participation des sphincters et anesthésie cutanée remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. L'examen anatomique a montré dans les deux cas une myélite aiguë transverse de la région dorsale inférieure et des lésions cancéreuses.

Dans le premier cas, elles consistaient en : carcinome de l'estomac à petites cellules, propagation aux corps vertébraux, embolie cancéreuse dans une artère dure-mérienne antérieure à la hauteur du septième segment dorsal, et

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 111, p. 1103.

noyaux cancéreux intra-médullaires dans le troisième segment dorsal.

Dans le deuxième, elles consistaient en : cancer du corps du pancréas paraissant primitif, cancer secondaire du foie, des ganglions lymphatiques, propagation à la dure-mère par les trous de conjugaison, avec intégrité des vertèbres, pachyméningite externe cancéreuse du dixième au onzième segment dorsal, compression et dégénérescence radiculaire sans infiltration cancéreuse de la dixième racine dorsale postérieure droite.

Dans l'un et l'autre cas, l'évolution clinique se divise en trois actes : cancer viscéral; colonisation subaiguë médullaire ou périmédullaire, sans symptomatologie appréciable, sans accidents de compression, puis brusquement myélite aiguë et paraplégie flasque.

Il ne paraît pas douteux que la myélite aiguë est à elle seule responsable de la paraplégie flasque survenue aussi rapidement. Les colonisations cancéreuses médullaires ou périmédullaires n'ont pu et ne pouvaient produire qu'une irritation et non une suppression fonctionnelle.

MM. Mirallié et Devaux, de l'**étude sur la motilité des muscles oculaires chez les tabétiques**, tirent les conclusions suivantes :

Chez le tabétique arrivé à un degré avancé de l'ataxie, il existe, dans les muscles oculo-moteurs, un défaut de coordination latent, une ataxie latente, insuffisante pour provoquer un trouble subjectif quelconque de la vision dans les conditions normales, mais qui apparaît dès que, par un artifice, on immobilise l'axe visuel d'un œil.

Les muscles oculo-moteurs participent à l'incoordination motrice, tout comme les autres muscles du corps. L'ataxique ne commande pas mieux à ses muscles oculo-moteurs qu'aux muscles des membres, et l'incoordination motrice est un symptôme de toute la musculature.

Ce trouble de la coordination des muscles oculaires est un symptôme tardif, dans le tabes ordinaire; il manque au début de la maladie et n'apparaît que quand l'incoordination est déjà très accentuée aux membres inférieurs et aux membres supérieurs. Il serait intéressant de rechercher l'époque d'apparition de ce symptôme dans les cas de tabes supérieur.

Il résulte des recherches expérimentales de MM. Marie et Vaschide que l'**automatisme mental des aphasiques** ne ressemble guère à l'automatisme normal. Les sujets n'ont pas à leur disposition cette ressource riche d'images et des éléments sensoriels qui les guident et facilitent l'intelligence ou l'exécution d'un acte. L'automatisme mental des aphasiques se polarise facilement; les sujets sont comme intoxiqués par un mot, par une image, par une phrase ou par un acte qu'on leur demande de répéter ou d'exécuter incidemment. Leur automatisme mental ne peut pas évoluer ou s'adapter à une autre série d'images; il est insensibilisé et il contribue à rendre de plus en plus l'image grossière automatique au lieu de servir comme substratum général à toute forme de l'effort intellectuel. La polarisation se fait surtout autour du premier effort, autour de la première adaptation réalisée. L'automatisme mental des aphasiques est isolé; il n'évolue pas à cause de son isolement et il rend à cause de ce fait de plus en plus obsédante l'image initiale. La fatigue augmente cette obsession et finit par la transformer en une profonde distraction.

Parmi les présentations de malades, il faut signaler la malade de MM. Huet et Sicard, atteinte d'une **sclérodermie en bande à topographie radiculaire** (territoire de la huitième cervicale et de la première dorsale) et améliorée par les courants de haute fréquence. D'autre part, MM. Lévi et Malloizel présentent un homme de trente ans atteint de troubles nerveux consécutifs à un accident du travail. On aurait pu croire à un hystéro-traumatisme, mais l'existence du syndrome cérébelleux décrit par Babinski (asynergie, opposition entre l'équilibre cinétique perdu et l'équilibre statique conservé, catalepsie cérébelleuse, diadococinésie), permet de supposer que le syndrome clinique relève plus vraisemblablement d'**hémorragies bulbo-protubérantielles.**

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat en médecine.* — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 21 décembre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

Concours d'agrégation de médecine. — Voici les noms des candidats admis à prendre part au concours qui doit s'ouvrir le 17 décembre prochain.

Paris. — MM. Apert, Auclair, Balthazard, Bergé, Léon Bernard, G. Brouardel, P. Carnot, Castaigne, Cavasse, Claude, Dufour, Enriquez, Gandy, J.-M. Garnier, Gasne, Griffon, Guillain, Josué, Jousset, E.-M. Labbé, Laignel-Lavastine, P. Lereboullet, Lesné, Macaigne, Milian, Nattan, Nobécourt, Cl. Philippe, J. Renault, Sergent, J. Sicard et A. Thomas.

Montpellier. — MM. Ardin-Delteil et Lagriffoul.

Nancy. — MM. Garnier, Hoche, Perrin et Richon.

Bordeaux. — MM. Abadie, Cruchet, Micheleau, Morichau-Beauchant et Verger.

Lille. — MM. Bertin, Breton, Ingelrans et Raviart.

Lyon. — MM. J.-F. Arloing, Cade, Charvet, Gallavardin, J. Lépine, Lesieur, E.-M. Martin, Mayet, Nicolas, Pauly, M. Péhu et Piéry.

Toulouse. — MM. Baylac, Cestan, Dalous et Sorel.

Plusieurs candidats sont inscrits en même temps pour plusieurs Facultés.

Facultés de médecine. — *Toulouse.* — Par arrêté ministériel, en date du 14 novembre 1903, une place de professeur titulaire est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— *Lille.* — La Faculté de médecine de Lille vient d'attribuer les prix de thèses suivants :

Médaille d'or : M. Brassart.

Médaille d'argent : M. Goutier de la Roche.

Médaille sde bronze : M. Cadoré et Lerat.

Mentions honorables. — MM. Camus, Davrinche, Deshusses, Langlois, Monnier et Paucot.

Guerre. — Par décision ministérielle du 8 novembre 1903, les médecins aides-majors de deuxième classe, élèves sortants de l'École d'application du service de santé militaire, dont les noms suivent, ont reçu les affectations ci-après :

MM. Peloquin, hôpital militaire de Versailles; — Lafoscade, hôpital militaire de Marseille; — Dreyfus, hôpital militaire de Versailles; — Ambruster, 1er bataillon de chasseurs; — Vermullen, 4e cuirassiers; — Driancourt, 6e dragons; — Salzes,

9e d'artillerie; — Duval, 42e d'infanterie; — Capon, 1er d'infanterie; — Dircks-Dilly, 31e dragons; — Barège, 138e d'infanterie, 4e bataillon; — Darthenay, 19e d'infanterie; — Verdeau, 64e d'infanterie; — Heuls, 91e d'infanterie; — Laurent, hôpital de Marseille; — Gallouin, hôpital de Lille; — Barbet, 139e d'infanterie; — Ducourthial, 6e hussards; — Guillon, 39e d'artillerie; — Penot, hôpital militaire de Marseille; — Marchetti, 15e bataillon de chasseurs; — Bouclier, hôpital militaire de Nancy; — Gaisset, 40e d'infanterie; — Millet, hôpital militaire de Lille; — Martin, hôpital militaire de Lille; — Sciaux, 6e chasseurs à cheval; — Lecercle, 24e dragons; — Troude, 145e d'infanterie; — Dumoulin, 22e bataillon de chasseurs; — Assailly, 77e d'infanterie; — Vigneau, 130e d'infanterie; — Hémery, 147e d'infanterie; — Pouponneau, 25e d'infanterie; — Sebin, 151e d'infanterie; — Guth, 3e bataillon de chasseurs; — Autour, 10e bataillon de chasseurs; — Delpy, hôpital de Nancy; — Etienne, hôpital militaire de Belfort; — Chambelland, hôpital militaire de Nancy; — Gobinot, hôpital militaire de Belfort; — Ragot, hôpital militaire du camp de Châlons; — Garnier, 70e d'infanterie; — Dorland, 18e bataillon de chasseurs; — Perie, 161e d'infanterie; — Varatges, hôpital militaire du camp de Châlons; — Campana, 162e d'infanterie; — Saulneret, hôpital militaire du camp de Châlons; — Caubet, 156e d'infanterie; — Marvy, 150e d'infanterie; — Barthélemy, 25e bataillon de chasseurs; — Durand, 84e d'infanterie; — Dubois, 99e d'infanterie.

Laboratoire du ministère des Finances. — M. Frédéric Bordas a été nommé chef du service des laboratoires du ministère des Finances.

Œuvre de la tuberculose humaine. — L'assemblée générale de l'Œuvre aura lieu le 22 novembre 1903, à trois heures et demie précises, à la grande salle des fêtes de la mairie du IXe arrondissement, rue Drouot, sous la présidence de M. Lintilhac, sénateur.

École dentaire de Paris. — La fête annuelle de distribution des récompenses aura lieu, sous la présidence de M. le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, le samedi 21 novembre 1903, à huit heures et demie du soir, dans la salle de la Société des agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes.

Administration quarantenaire d'Égypte. — L'Administration quarantenaire d'Égypte met au concours sur titre deux places de médecin pour le service de surveillance et de la désinfection à Suez et aux Sources-de-Moïse. Le traitement, qui primitivement est fixé à 8000 francs par an, pourra s'élever progressivement à 12000 francs.

Les demandes des candidats devront être adressées à la présidence du Conseil quarantenaire à Alexandrie jusqu'au 19 décembre 1903. Ces demandes devront être accompagnées :

1° D'une copie du diplôme de docteur en médecine délivré par une université ou par l'État;

2° D'un certificat d'études pratiques de bactériologie;

3° De pièces pouvant justifier de connaissances spéciales en épidémiologie;

4° D'un certificat de bonne constitution;

5° D'un engagement formel de prendre possession de son poste, en cas de nomination, dans le courant du mois qui suivra la notification officielle.

Les candidats devront indiquer les langues qu'ils connaissent.

Ils sont prévenus que toute démission ne pourra être acceptée que si elle est adressée à la présidence du Conseil quarantenaire trois mois à l'avance.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-quatrième semaine, 803 décès, au lieu de 779 pendant la semaine précédente (moyenne 840).

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 10).

La rougeole a causé 3 décès (moyenne 3); la scarlatine, 1 décès (moyenne 2); la coqueluche, 1 décès (moyenne 8); la diphtérie, 0 décès (moyenne 2); le nombre des cas nouveaux (71) reste stationnaire et sensiblement égal à la moyenne (72).

La variole a causé 0 décès (moyenne 4).

La diarrhée infantile a causé 37 décès de 0 à 1 an, au lieu de 31 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 15 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 101 décès au lieu de 88 pendant la semaine précédente (moyenne 133). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (moyenne 10); bronchite chronique, 13 (moyenne 20); pneumonie, 21 (moyenne 32); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 62 (moyenne 71), dont 21 dus à la congestion pulmonaire et 29 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 174 décès; la méningite tuberculeuse, 21; la méningite simple, 13; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès.

Un curieux testament. — Un riche Montpelliérain, M. Fontenay, dont le testament a déjà occupé les tribunaux à plusieurs reprises, a laissé les dispositions testamentaires suivantes :

« Je donne une maison, sise boulevard Victor-Hugo, à l'Assistance publique à Montpellier; avec le prix des loyers, on entretiendra deux jeunes agrégés, qui se remplaceront tous les cinq ans et qui donneront leurs soins gratuits à tous ceux qui les requerront, même et préférablement les gens riches. »

La maison en question rapporte, dit-on, une dizaine de mille francs.

Inutile de dire que les agrégés de Montpellier n'ont pas cru devoir accepter un legs fait en cette forme; au surplus, l'attribution en est difficile; le corps des agrégés n'ayant pas d'existence légale ne saurait en bénéficier; l'Assistance publique ne peut accepter un don qui s'adresse *de préférence* aux gens riches; quant à la ville, elle ne paraît pas intéressée dans l'affaire. Aussi nos lecteurs ne seront-ils nullement surpris que le testament en question, après avoir voyagé de bureau en bureau et de ministère en ministère, n'ait pas encore pu recevoir son exécution.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur Dieulafoy ne commencera pas son cours le samedi 21 novembre.

La première leçon aura lieu le samedi 9 janvier 1904, à dix heures et demie.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau reprendra ses conférences cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le jeudi 19 novembre, à trois heures, dans la salle des conférences, et les y continuera les jeudis suivants à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dollez (de Guise) et Dubertrand (de Bègles).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire dans ses rapports avec la colique hépatique, la pérityphlite, l'appendicite, etc., par les docteurs R. Tripier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon, et J. Paviot, agrégé, médecin des hôpitaux. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) Petit in-8°. — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Prophylaxie du paludisme, par le docteur Laveran, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) Petit in-8°. — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les données récentes sur la pathogénie du zona,

Par M. Marcel FAURE-BEAULIEU,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les progrès qu'a faits dans ces dernières années le problème de la nature du zona ont été dus à l'application, à cette affection, de divers procédés d'étude.

Par la méthode anatomo-clinique on a recherché quelles lésions présente le système nerveux des sujets morts après ou même pendant une attaque de zona. L'étude purement clinique, minutieuse et détaillée de la topographie de l'éruption zostérienne a permis, en second lieu, de confronter les résultats ainsi obtenus avec ce qu'on sait par ailleurs de la répartition des divers districts nerveux de la peau. En outre, étant donné les résultats extrêmement précieux déjà fournis par la ponction lombaire dans le domaine de la pathologie nerveuse, on fut tout naturellement porté à appliquer au zona ce récent procédé d'exploration et à rechercher la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien au cours de cette maladie. Enfin on a cherché, par l'examen bactériologique, soit des vésicules zostériennes, soit du liquide céphalo-rachidien, à dépister l'agent pathogène du zona.

On peut donc ranger sous les quatre chefs suivants les acquisitions récentes relatives au zona :

1° Données anatomo-pathologiques;
2° Données cliniques;
3° Résultats de la ponction lombaire;
4° Examens bactériologiques.

C'est dans cet ordre que nous nous proposons, au cours de cette rapide revue critique, de rappeler les travaux récents qui ont visé à nous éclairer sur le zona, et d'en tirer les conséquences qu'ils comportent.

Plusieurs observations relatives aux conditions étiologiques de production du zona (contagiosité, épidimicité, apparition au cours d'intoxications ou d'infections diverses) ont été publiées dans ces derniers temps. Mais comme elles ne constituent rien de nouveau, rien qui contribue à édifier une théorie pathogénique du zona, il n'en sera pas question ici.

I

Données anatomo-pathologiques. — Les autopsies de zona sont loin d'être une nouveauté. Bärensprung (1) en 1864 et 1865, Charcot et Cotard (2) en 1865, bientôt suivis de nombreux auteurs allemands et français, décrivirent des lésions, isolées ou associées, des ganglions rachidiens, des racines rachidiennes ou des nerfs. Mais dans tous les travaux antérieurs à 1900, ou bien l'examen de la moelle manque, ou, s'il a été fait, c'est avec une technique imparfaite. Nous les passerons donc sous silence, d'autant plus qu'ils ont été analysés ici même par M. Grosjean en 1898 (3).

Le premier travail dont nous allons rendre compte, travail capital et très complet, est celui de MM. Head et Campbell (4), paru en 1900, qui porte non sur des cas isolés comme les précédents, mais sur le chiffre imposant de vingt et une observations personnelles, toutes suivies d'autopsies et d'examens microscopiques très soigneux. Voici comment les auteurs résument les lésions qu'ils ont observées.

Quand la mort est survenue pendant l'éruption, le ou les *ganglions rachidiens* correspondant au territoire cutané envahi par l'éruption étaient infiltrés de petites cellules rondes accumulées autour des vaisseaux, comme cela s'observe dans les processus inflammatoires intenses du système nerveux. Dans les cas récents, on voit parfois les cellules ganglionnaires dissociées par des hémorragies interstitielles. A un degré plus avancé, les cellules nerveuses du ganglion sont complètement détruites ou réduites à l'état de petites masses pâles, ne se colorant plus par le bleu de méthylène, mais fixant vivement la safranine. Dans quelques cas, les noyaux, gonflés, se colorent vivement et uniformément par le Nissl, au point que le nucléole devient invisible, ainsi que la disposition réticulaire normale de la

(1) BÆRENSPRUNG. *Canstatts' Jahr.*, 1864, t. IV, p. 128, et *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1865, n° 4.
(2) CHARCOT et COTARD. Sur un cas de zona du cou, *Mém. de la Soc. de biol.*, 1865, p. 41.
(3) GROSJEAN. Les diverses théories sur la nature et la pathogénie du zona, *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 133.
(4) HEAD et CAMPBELL. The pathology of herpes zoster and its bearing on sensory localisation, in *Brain*, autumn. part., 1900, p. 353.

substance nucléaire. Bref, ces lésions ganglionnaires peuvent être résumées ainsi : inflammation interstitielle avec extravasations hémorragiques et nécrose des cellules. L'éruption finie, les globules extravasés se résorbent, le tissu d'infiltration se sclérose. Si les lésions ont été peu intenses et l'éruption terminée depuis longtemps, il peut se faire qu'au moment de l'autopsie tout ait disparu, d'où apparence normale de ganglion.

Les lésions des *racines postérieures*, déjà très marquées au quatorzième jour, précèdent manifestement celles des ganglions : désintégration myélinique, aboutissant ensuite à la sclérose ; l'intensité du processus dépend de la sévérité de l'affection. Toujours la racine antérieure est indemne.

Les *nerfs périphériques* présentent des altérations analogues aux racines. Dans deux cas les nerfs périphériques en rapport avec les ganglions pris ont participé au processus hémorragique.

L'examen de la *moelle* a été fait dans tous les cas. La dégénérescence secondaire des fibres commence dès le neuvième ou le dixième jour ; dans le sixième cas de Head et Campbell, la myéline se colorait encore par l'acide osmique, au cinquante-sixième jour, dans les cordons postérieurs, alors qu'elle était déjà résorbée entièrement dans les racines complètement sclérosées. Sur une coupe transversale, les fibres dégénérées apparaissent tout contre le bord interne de la pointe de la corne postérieure. Elles deviennent abondantes surtout au niveau de la substance gélatineuse de Rolando, puis diminuent pour disparaître vers les deux tiers de la corne postérieure. Au centre même de la substance grise de la corne postérieure, immédiatement en avant de la substance gélatineuse de Rolando, on voit des fibres de très petit calibre passer transversalement. Sur coupe longitudinale on voit les pinceaux de fibres dégénérées monter le long du cordon postérieur dans la zone radiculaire.

Un segment au-dessus de l'entrée de la racine intéressée, les fibres dégénérées occupent entièrement la zone radiculaire de la colonne postérieure. Puis, à mesure qu'elles montent, elles sont graduellement poussées en dedans et diminuent de nombre. La longueur du trajet vertical parcouru par ces fibres dégénérées diffère suivant le ganglion primitivement atteint. En cas de lésion siégeant au niveau des plexus lombaire ou cervical, la dégénérescence franchit un grand nombre de segments ; en cas de lésion siégeant dans la région dorsale moyenne, elle ne franchit pas cinq segments. Cette différence tient à ce que les fibres issues du tronc sont des fibres courtes, tandis que les fibres issues des membres sont bien plus longues, de sorte que dans la région cervicale les faisceaux de Goll et de Burdach sont exclusivement formés par celles-ci.

Head et Campbell insistent sur l'identité de ces lésions avec celles que l'on observe après section expérimentale des racines postérieures.

Dans deux cas de *zona ophtalmique* (Obs. XVIII et XIX) les auteurs ont trouvé le ganglion de Gasser altéré exactement comme les ganglions rachidiens dans leurs autres observations. Ils ont mis en évidence dans ces deux cas une dégénérescence secondaire de la racine sensitive du trijumeau dans son trajet extra et intra-cérébral.

Head et Campbell ont poussé plus loin encore l'analyse histologique des lésions ganglionnaires du zona. Les cellules des ganglions rachidiens sont de deux sortes : 1° des cellules larges et granuleuses; 2° des cellules plus petites, piriformes, se colorant bien par le bleu de méthylène. Les ganglions qui reçoivent les fibres venues des viscères (depuis le troisième dorsal jusqu'au premier lombaire) contiennent surtout de petites cellules ; au contraire les grandes cellules sont prépondérantes dans ceux qui reçoivent les fibres des membres (ganglions des plexus cervical et lombaire), et surtout des extrémités (huitième cervical pour la main, premier sacré pour le pied). Or l'agent toxique ou infectieux de l'herpès zoster paraît avoir une prédilection marquée pour les ganglions à cellules petites.

On ne peut mieux résumer tout ce qui précède qu'en comparant, avec Head et Campbell, l'anatomie pathologique du zona à celle de la paralysie infantile. Dans cette dernière maladie, la lésion est une *poliomyélite antérieure aiguë*, c'est-à-dire une inflammation aiguë des cellules de la corne antérieure, des neurones moteurs périphériques. Or, les cellules ganglionnaires constituant les neurones sensitifs périphériques, les ganglions rachidiens sont les homologues des cornes antérieures; ne pourrait-on donc pas appeler la lésion du zona une *poliomyélite postérieure aiguë*?

A la Société médicale des hôpitaux M. Gilbert Ballet (1) a rapporté en 1900 une autopsie intéressante de zona. L'éruption occupait tout le côté gauche du cou, remontant au haut jusqu'au voisinage de la mâchoire, tandis qu'en bas les vésicules s'étendaient jusqu'à la partie supérieure de la paroi antérieure du thorax. La malade mourut quinze jours après le début de l'éruption. Les deuxième et troisième ganglions cervicaux, qui avaient été prélevés, furent malheureusement égarés. Malgré cette lacune, les lésions constatées concordent parfaitement avec les précédentes. M. Gilbert Ballet les résume ainsi :

« Lésion très accusée du troisième protoneurone cervical sensitif; la lésion prédomine d'une façon manifeste dans la partie correspondante aux prolongements cylindraxiles (racine postérieure); elle est moins accusée au niveau des prolongements centripètes (nerfs du plexus, équivalant aux prolongements protoplasmiques du neurone). Quant au corps même du neurone nous n'avons pu nous prononcer sur son état pour la raison sus-indiquée ; mais cette lacune regrettable de notre observation a moins d'importance qu'il pourrait sembler, aujourd'hui qu'on sait le retentissement qu'ont d'une part sur le corps du neurone les lésions de ces prolongements, et d'autre part sur les prolongements les lésions primitives de ce corps cellulaire ;

Lésion nette, mais beaucoup moins accusée, du deuxième protoneurone cervical ;

Retentissement sur la moelle de ces lésions, ayant déterminé l'atrophie partielle des cellules de la corne postérieure par suite de l'insuffisance du stimulus que la racine postérieure apporte normalement à ces cellules et qui est nécessaire à leur vitalité ;

Lésions médullaires (dégénérescence du faisceau pyramidal d'un côté, lésion de vascularites séniles) contingentes, très anciennes, et que tout autorise à supposer indépendantes du zona.

En somme, dans ce cas, qui cliniquement correspondait au zona vrai ou fièvre zoster, nous avons trouvé des *lésions très accusées du protoneurone sensitif, avec prédominance marquée sur les racines postérieures*. »

(1) Gilbert Ballet. Lésions nerveuses dans un cas de zona cervical (fièvre zoster), Soc. méd. des hôpit., séance du 8 juin 1900.

En 1901, M. Laignel-Lavastine (1) a rapporté à la Société anatomique le résultat d'une autopsie de zona survenu chez un tuberculeux de cinquante-trois ans et occupant le côté gauche du thorax de la troisième côte au cinquième espace intercostal. Le cinquième ganglion rachidien et la cinquième racine dorsale présentent des lésions cellulaires et des lésions dégénératives analogues, quoique moins intenses, à celles rapportées par Head et Campbell. Mais l'auteur a constaté en outre des lésions de la substance grise. Au niveau du cinquième segment médullaire (durci à l'alcool et coloré par le Nissl) « alors que la corne antérieure droite a des cellules normales, à grains chromatiques nets et à pigment abondant, comme on l'observe chez les gens âgés, les cellules de la corne antérieure droite, moins nombreuses, globuleuses, sans granulations chromatiques, à protoplasma uniformément teinté de bleu clair, sauf dans les régions occupées par le pigment, ont un nucléose normal, mais le noyau est parfois reporté à la périphérie. Les cellules des cornes postérieures sont normales. Les segments médullaires sus et sous-jacents n'ont pas de lésions appréciables ». Si ces lésions des cornes antérieures avaient existé en l'absence de toute lésion du protoneurone sensitif, on ne pourrait faire autrement de voir entre elles et l'éruption de zona une relation de cause à effet; mais les lésions très nettes du cinquième ganglion et de la cinquième racine suffisent à expliquer l'apparition du zona; et on est ainsi conduit à considérer les lésions de la corne antérieure comme surajoutées, concomitantes, d'autant que les cornes antérieures n'ont jamais passé pour jouer un rôle trophique dans l'innervation de la peau. D'ailleurs cette observation est la seule où l'on ait trouvé ces lésions des cornes antérieures.

Tout récemment, à la Société de neurologie, MM. P. Armand Delisle et Jean Camus (2) ont rapporté une autopsie de zona cervical survenu chez une femme de soixante ans, morte trois semaines après le début de l'éruption de zona. L'examen histologique a permis de constater des lésions très nettes de la troisième racine postérieure cervicale, particulièrement au niveau de son entrée dans la moelle et au pourtour de la corne postérieure; on observe à ce niveau des traînées extrêmement nettes de corps granuleux, particulièrement au niveau de la tête de la corne postérieure; les modifications de la corne postérieure se voient aussi au niveau de la deuxième racine cervicale, mais elles sont moins notables. De plus, on voit des corps granuleux disséminés en quantité assez notable dans la partie externe du cordon de Burdach, remontant jusqu'à la première cervicale en haut, et nettement visibles au niveau de la quatrième en bas.

« Il n'existe aucune lésion des cornes antérieures ni du cordon blanc.

La troisième racine postérieure cervicale gauche ainsi que la deuxième présentent d'une façon évidente des fibres dégénérées, avec boules de myéline, bien qu'en nombre relativement faible. Il existe de même des fibres dégénérées dans les filets du plexus cervical superficiel.

Enfin le troisième ganglion cervical gauche présente, surtout en certaines zones, une quantité notable de cellules en chromatolyse, quelques-unes même ont subi la désintégration moléculaire complète; le deuxième ganglion présente des modifications semblables, mais plus discrètes. »

De nombreuses observations anatomo-pathologiques montrent donc d'une façon très nette, on peut dire définitive, que le zona est toujours la conséquence d'une lésion du ganglion rachidien, suivie de lésions dégénératives périphériques et centripètes (racine postérieure dans son trajet extra et intramédullaire). C'est donc bien une poliomyélite postérieure aiguë.

II

Données cliniques. — Mais, au nom de la clinique, on a cherché à édifier une théorie spinale et non radiculaire du zona. C'est surtout la topographie de l'éruption zostérienne qui a servi d'argument à M. le professeur Brissaud, le créateur et le principal défenseur de cette théorie. Pour comprendre quel parti on a pu tirer de cette sorte d'argumentation indirecte, il nous faut rappeler ce qu'on sait de la répartition des aires nerveuses de la peau, et exposer la théorie de la *métamérie*. Deux thèses récentes traitent très complètement la question: celles de M. Constensoux (1) et celle de M. Langevin (2). Nous y ferons quelques emprunts.

La métamérie cutanée. — Chez les annelés, comme le tænia, le corps est formé par la juxtaposition longitudinale de *zoonites* (ou segments résumant chacun la constitution essentielle de l'organisme), *homodynames* (c'est-à-dire équivalents entre eux), encore appelés *métamères* par Hœckel. Ici la métamérie est parfaite.

Chez les vertébrés et l'homme en particulier, la métamérie n'est plus si nette. Elle est obscurcie et remaniée par plusieurs facteurs nouveaux, entre autres par le développement de la tête, résultant de la fusion de plusieurs métamères, et par l'apparition des membres qui, empruntant à leur formation plusieurs métamères, les allongent démesurément et les déforment.

Même à première vue la métamérie est encore reconnaissable chez l'homme sur le tronc, marquée par les vertèbres empilées les unes sur les autres, la cage thoracique formée d'éléments équivalents, les espaces intercostaux, etc. Mais ne considérons du métamère humain que les seuls éléments qui nous serviront à l'intelligence de la conception actuelle du zona.

La crête ganglionnaire primitive, d'où naissent les ganglions rachidiens, se fragmente en un nombre de segments égal à celui des métamères, ce sont les *rhizotomes*, encore très bien caractérisés chez l'adulte par la superposition des ganglions rachidiens et de leurs racines postérieures.

A chaque métamère répond également un segment médullaire, le *myélotome*.

Le segment de peau innervé par chaque rhizotome sera appelé le *rhizomère* ou *zone radiculaire*; le segment de peau innervé par chaque myélotome sera le *myélomère*. Si la métamérie radiculaire et la métamérie médullaire restent à l'état pur, il est évident, d'après ce qui précède, que le rhizomère cutané et le myélomère se confondent. Nous verrons tout à l'heure que, pour le professeur Brissaud, il se produit, au cours du développement, un remaniement

(1) Laignel-Lavastine. Éruption zostériforme chez un tuberculeux, Soc. anat., 11 janv. 1901.

(2) P. Armand-Delille et Jean Camus. Zona à topographie radiculaire avec autopsie, Soc. de neurol., séance du 5 fév. 1903, in *Revue de neurol.*, 28 fév. 1903.

(1) Constensoux. *La métamérie du système nerveux*, Th. de Paris, 1900.

(2) Langevin. *Etude sur la métamérie cutanée, en particulier dans le zona et les fièvres éruptives*, Th. de Paris, 1903.

de la métamérie médullaire, faisant que les rhizomères ne correspondent plus aux métamères. Avant de discuter cette ingénieuse théorie, il nous faut exposer comment on est arrivé à déterminer chez l'homme les rhizomères ou zones radiculaires.

Détermination des rhizomères (*métamérie radiculaire*). — La première méthode employée pour établir la répartition cutanée des racines rachidiennes a été la *dissection*, déjà utilisée dans ce but par Scarpa au XVIIIe siècle, puis plus récemment par d'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons Herringham et M. Ch. Féré. Herringham (1), de ses dissections du plexus brachial, conclut aux lois suivantes :

1° De deux régions d'un membre, la plus rapprochée du bord préaxial est innervée par un filet provenant d'une racine plus élevée;

2° De deux régions situées dans la moitié préaxiale, la plus inférieure est tributaire d'une racine plus inférieure;

3° De deux régions situées dans la moitié postaxiale, la plus inférieure est tributaire d'une racine plus élevée.

Ces résultats, encore vagues, ne permettaient pas de dessiner les zones radiculaires de la peau. La méthode *embryologique* de Paterson (2) ne permit pas d'établir une systématisation radiculaire plus précise.

Un grand pas fut fait par Sherrington (3) qui, le premier, appliqua la *méthode expérimentale* à la question, en sectionnant les racines postérieures du singe et recherchant les territoires ainsi anesthésiés. Mais la section d'une seule racine ne donne pas d'anesthésie, il faut pour obtenir ce résultat en sectionner au moins trois. Il changea alors sa technique et dans ses nouvelles expériences il ne conservait qu'une seule racine, les racines sus et sous-jacentes étant sectionnées; le territoire cutané où il observait la sensibilité persistante était alors le rhizomère de la racine étudiée. Il put ainsi édicter un certain nombre de lois dont nous allons donner les principales :

1° Les zones radiculaires ne se superposent pas aux zones de distribution cutanées des nerfs périphériques;

2° Il y a empiètement réciproque des zones radiculaires, de sorte qu'un point quelconque de la peau est innervé par deux ou trois racines;

3° La forme générale de ces zones est celle de bandes continues circulaires sur le tronc et perpendiculaires à l'axe du corps (donc obliques par rapport aux espaces intercostaux) allongées dans le sens de leur longueur sur les membres.

Mais ces résultats, très précis, avaient été obtenus sur le singe. Ils ne permettaient pas encore de dessiner les zones radiculaires de l'homme. Vinrent alors les recherches *anatomo-cliniques* des chirurgiens Starr (4), Thornburn (5), Kocher (1), basées sur la constatation des troubles de sensibilité consécutifs aux traumatismes de la colonne vertébrale. Les schémas de systématisation radiculaire donnés par ces divers auteurs, malgré certaines différences de détail, concordent assez entre eux et avec celui de Sherrington.

En 1888, Ross (2), par l'étude purement *clinique* des irradiations cutanées des *douleurs viscérales*, crut pouvoir contribuer à la détermination des zones radiculaires. Pour lui, les viscères malades donnent deux sortes de douleurs : une douleur splanchnique localisée au niveau de l'organe, et une douleur somatique (point de côté de la pneumonie, douleur dans l'épaule droite de la colique hépatique, etc.) réfléchie suivant la racine rachidienne où aboutissent les fibres sympathiques irritées par la lésion causale. Mais en réalité cette douleur somatique est trop variable, trop peu précise pour contribuer à déterminer la répartition des zones radiculaires.

Mackensie (3), puis Head (4) ont, au lieu de la douleur, recherché les zones d'*hyperesthésie cutanée* consécutives aux lésions viscérales. Les recherches de ce second auteur surtout ont eu un grand retentissement; il avait cru pouvoir partager ainsi la surface du corps en un certain nombre de zones correspondant non plus aux zones rhizomériques, mais aux zones myélomériques.

En ce qui concerne le zona, Head avait cru que l'éruption se faisait suivant les zones d'hyperesthésie viscérale (zones spinales) plutôt que suivant les zones radiculaires. Or nous avons vu que ses recherches anatomo-pathologiques avec Campbell l'ont amené à faire du zona une lésion ganglionnaire. Il est donc revenu sur ses opinions relatives à la valeur des zones d'hyperesthésie viscérales; d'ailleurs ces zones ont été retrouvées beaucoup moins nettes par les auteurs qui les ont contrôlées (5).

Les schémas de Sherrington, Stass, Thornburn et Kocher suffisent d'ailleurs à déterminer, avec une approximation satisfaisant au besoin de la clinique, les zones d'innervation radiculaire de la peau.

Détermination des myélomères (*métamérie spinale*). — Ici nous nous trouvons en présence d'une théorie importante, celle de M. le professeur Brissaud (6). Le point de départ de cette théorie fut la constatation de troubles de sensibilité des membres ne cadrant ni avec les aires des nerfs périphériques, ni avec les zones radiculaires; ce sont des troubles anesthésiques à disposition bizarre affectant non la forme de bandes parallèles à l'axe du membre, mais de segments nettement limités par des limites transversales, ainsi que l'indiquent les métaphores souvent usitées de :

(1) Herringham. The minute anatomy of the brachial plexus, *Proc. of the Roy. Soc. of London*, 1886, vol. XLI, p. 440.

(2) Paterson. The position of the mammalian limb regarded in the light of its innervation and development, *Journ of anat.*, 1889. — The origin and distribution of the nerves to the lower limb, *Journ. of anat.*, 1894.

(3) Sherrington. Experiments in examination of the peripheral distribution of the fibres of the posterior roots of some spinal nerves, *Phil. trans. of Roy. Soc.*, vol. CLXXXIV, p. 141, et CXC, p. 45

(4) Starr *Amer. Journ. of neurol.*, 1884. — Syringomyelia, *Amer Journ. of med. sc.*, 1888. — Local anæsthesia as a guide in the diagnosis of lesions of the upper portion of the spinal cord, *Brain*, 1894, vol. XVII, p 481.

(5) Thornburn. The surgery of the spinal cord, 1889. — The sensory distribution of spinal nerves, *Brain*, 1893, vol. XVI, p. 355.

(1) Kocher. Die Verletzungen der Wirbelsäule zugleich als Beitrag zur Physiologie des menschlichen Rückenmarcks und die Läsionen des Rückenmarks bei Verletzungen der Wirbelsäule, 4 Heft des 1. Bandes der *Mittheilungen aus der Grenzgeb. der Medicin und Chirurgie*, 1896.

(2) Ross. On the segmental distribution of sensory disorders, *Brain*, 1888, p. 333.

(3) Mackenzie. Some points bearing on the association of disorders and visceral diseases, *Brain*, 1893, vol. XVI, p. 321.

(4) Head. On disturbances of sensation, with especial reference to the pain of visceral diseases, *Brain*, 1893, vol. XVI, p. 1; 1894, vol. XVII, p. 339; 1896, vol, XIX, p. 153. — *Die Sensibilitätsstorungen der Haut bei Visceralerkrankungen* (trad. allem. de Seifert), Berlin, 1898.

(5) Voir la revue critique de Georges Guillain. Les hyperesthésies cutanées en rapport avec les affections viscérales. Étude critique et comparée des idées de Henry Head, *Revue de méd.*, 10 mai 1901.

(6) Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1899, 2e série, leçons III, IV, V, VI, VII.

anesthésie en gant, en manchette, en chaussette, en caleçon, etc. C'est dans des lésions de la substance grise de la moelle, dans la syringomyélie, dans l'hématomyélie, que ces anesthésies auraient été observées. Comment expliquer cette topographie paradoxale? M. Brissaud admet que dans les renflements médullaires qui correspondent à l'origine des membres (renflement cervical et renflement lombaire), il s'est produit au cours du développement une métamérisation secondaire de la moelle, en vertu de laquelle les divers segments des membres (main, poignet, avant-bras, etc. pour le membre supérieur, par exemple) seraient représentés dans la moelle par autant de segments médullaires ou myélomères, disposés, non plus comme au niveau du tronc en série verticale, mais en série horizontale. De sorte que les deux renflements cervicaux droit et gauche et les deux renflements lombaires droit et gauche constitueraient en quelque manière quatre moelles surnuméraires, deux brachiales et deux crurales, branchées à angle droit sur la moelle principale ou moelle proprement dite. Dans chacune de ces moelles surnuméraires les métamères sont d'autant plus rapprochés de la ligne médiane qu'ils commandent des segments plus proximaux des membres. Il en résulte que, tandis qu'au tronc la métamérie spinale est calquée sur la métamérie radiculaire, au niveau des membres les métamères radiculaires (rhizomères) et les métamères médullaires (myélomères) se croisent perpendiculairement. Quand donc on constatera sur les membres une anesthésie en bande longitudinale, on en conclura que la lésion est radiculaire; en cas d'anesthésie en bande transversale (anesthésie segmentaire) il s'agira de lésion spinale.

Comme confirmation anatomique à cette théorie, qui jusque-là n'était pas sortie du domaine de l'hypothèse clinique, M. le professeur Brissaud allègue une observation de van Gehuchten et de Buck (1) concernant un malade ayant subi la désarticulation de la jambe et chez qui les lésions consécutives de chromatolyse s'étaient localisées sur le groupe cellulaire postéro-latéral et dorsal secondaire de la corne antérieure; d'où cette conclusion que dans le renflement lombo-sacré les cellules motrices les plus voisines de la ligne médiane sont celles qui commandent au segment le plus élevé du membre. Dans un cas d'amputation à la cheville, van Gehuchten et Nelis (2) ont trouvé la dégénération limitée au groupe postéro-latéral. Quelques auteurs, dont Bruce (3) et Onuf (4), localisent avec plus de précision encore les groupements cellulaires des cornes antérieures.

A cette théorie subtile et séduisante de M. Brissaud diverses objections ont été faites : d'abord ces systématisations motrices des cornes antérieures, observées dans des cas isolés, n'ont pas été confirmées par les recherches ultérieures. C'est ainsi que Parrhon et Goldstein (5), examinant les cornes antérieures d'animaux auxquels ils avaient désarticulé des segments de membre (doigts, pied, jambe, cuisse), trouvèrent des lésions irrégulièrement réparties, ne permettant pas d'attribuer aux cornes antérieures une localisation fonctionnelle segmentaire. Mêmes conclusions de Switalski (1) étudiant les lésions de la substance grise chez les amputés. D'ailleurs, même si les faits de van gehuchten se confirmaient, ils ne permettraient qu'un raisonnement par analogie, concluant d'une façon indirecte de la corne antérieure à la corne postérieure.

Des objections plus graves ont été faites par M. le professeur Déjerine (2), qui conteste le point de départ même de la théorie. Dans une revue rapide, dans le détail de laquelle nous ne pouvons entrer, des cas des divers auteurs et des cas personnels d'anesthésie par lésion de la substance grise de la moelle (syringomyélie, hématomyélie), il montre que la disposition radiculaire s'y retrouve toujours, et il dit ne reconnaître une topographie segmentaire à des bandes d'anesthésie que dans trois sortes de cas : dans l'anesthésie hystérique (où elle est sans valeur anatomique), dans l'anesthésie lépreuse (où elle résulte probablement de la progression centripète du bacille de Hansen le long des troncs nerveux) et dans l'anesthésie consécutive à la gangrène sénile (où elle résulte d'un trouble circulatoire).

Si cette opinion de M. Déjerine était confirmée par les faits ultérieurs, il en résulterait que, contrairement à la théorie de M. Brissaud, les zones cutanées radiculaires ou rhizomères se confondent exactement avec les myélomères ou zones cutanées correspondant aux divers segments ou métamères de la moelle.

Application a la topographie clinique du zona. — Justement le problème de la métamérie spinale et le problème de la localisation anatomique du zona peuvent s'éclairer l'un par l'autre, en considérant la répartition topographique des éruptions zostériennes.

Il est un groupe de faits que nous pouvons d'ailleurs d'emblée écarter, parce qu'ils ne prêtent guère à discussion : ce sont les cas de zona consécutif à la blessure d'un nerf; dans ce cas l'éruption se fait le plus souvent suivant le district cutané du nerf intéressé. Remarquons que cela n'est contraire ni à la théorie spinale ni à la théorie ganglionnaire du zona, car on peut admettre que l'irritation centripète a intéressé les cellules (qu'elles soient ganglionnaires ou spinales, peu importe) en rapport avec les filets nerveux traumatisés.

Mais pour la grande majorité des cas, pour le zona spontané, la question mérite d'être discutée.

Il y a un fait certain : longtemps avant qu'il ne fût question de métamères et de zones radiculaires, les cliniciens, dont Trousseau (3), avaient signalé que l'éruption zostérienne est généralement sur le tronc perpendiculaire à l'axe du corps et par conséquent oblique par rapport aux nerfs intercostaux, et sur les membres parallèle à l'axe des membres, ce qui équivalait à lui attribuer par anticipation et sans idée préconçue une topographie radiculaire.

Depuis que l'attention est attirée sur ce problème, les cas publiés de zonas à distribution rhizomérique sont extrême-

(1) Van Gehuchten et de Buck. La chromatolyse dans les cornes antérieures, *Journ. de neurol.*, 5 mars 1898. — Contribution à l'étude des localisations des noyaux moteurs, *Revue de neurol.*, 15 mars 1898.

(2) Van Gehuchten et Nelis. La localisation motrice médullaire est une localisation segmentaire, *Journ. de neurol.*, 5 août 1899.

(3) Bruce. Contribution à la localisation des noyaux moteurs dans la moelle de l'homme, *The Scott. med. and surg. Journ*. déc. 1901, vol. IX, nº 6, p. 485.

(4) Onuf. Disposition et fonction des groupes cellulaires de la région, sacrée de la moelle humaine, *Arch. of neurol. and psycho-pathol.*, 1900 vol. III, nº 3, p. 387.

(5) Parrhon et Goldstein. *Neurol. Centralbl.*, 15 oct. et 1er nov. 1901, nos 20 et 21, p. 932 et 985.

(1) Switalski. Lésions de la moelle épinière chez les amputés, *Revue de neurol.*, 1901, p. 87.

(2) Déjerine. Séméiologie du système nerveux, in *Traité de pathologie générale* de Ch. Bouchard, p. 985 et suiv.

(3) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 205.

ment nombreux, si nombreux qu'on ne peut songer à les citer, d'autant qu'ils ne sont pas contestés même par M. Brissaud, dont la théorie spinale n'est pas exclusive, car il admet à côté des zonas d'origine spinale des zonas d'origine ganglionnaire (sans compter les zonas d'origine nerveuse périphérique, dont nous avons déjà parlé). Les cas qui méritent d'être cités, ce sont les cas, encore très rares, de zonas publiés comme myélomériques.

Dans ses *Leçons cliniques* (p. 70 et 82), M. Brissaud cite rétrospectivement deux cas, l'un de Head et l'autre de Mann Kopf. Dans le premier cas, il s'agit d'une éruption zostérienne occupant la moitié cubitale de la main sur ses deux faces, irrégulièrement disposée sur toute la face postérieure du membre supérieur à l'exclusion de l'épaule, et la partie médiane du bras et de l'avant-bras en avant. Dans le deuxième, l'éruption occupe : la face antérieure du membre, le pli du coude, la paume de la main, l'index et le médius; elle se dissémine sur toute la face postérieure, à l'exclusion de la main.

Dans un cas de M. Vedel (1), « il s'agit d'une femme qui eut d'abord de violentes douleurs spontanéee, localisées à la cuisse, dans un segment de membre limité, en haut par le pli inguinal prolongé par le pli lombaire, en bas par l'interligne articulaire du genou. Puis arriva une éruption disséminée sur toute la surface de la cuisse..., bien limitée en haut et en bas par les lignes d'amputation ou de désarticulation que nous avons signalées. Puis, après l'éruption, arrivèrent des troubles de sensibilité, également à disposition segmentaire : hyperesthésie au tact, à la piqûre, à la température. »

MM. Brissaud et Lereboullet (2) ont publié un cas où les groupes d'herpès étaient répartis : 1° à la partie antérieure du thorax, du côté droit, au-dessus du mamelon; 2° à la face antérieure du bras et de l'avant-bras, respectant le bord externe, le bord cubital et la main; 3° en arrière, un groupe sur l'épine de l'omoplate, un sur le milieu de la face postérieure du bras, un sur le milieu de la face postérieure de l'avant-bras.

A la Société médicale des hôpitaux, MM. Widal et L. Le Sourd (3) ont rapporté un cas de zona du membre inférieur dont l'éruption présentait la topographie suivante : « Sur la face antérieure de la cuisse, les placards sont disséminés depuis l'arcade crurale jusqu'au genou. Sur la face postérieure, des placards s'étendent de la région trochantérienne à la région fessière, remontent jusque dans la région dorsolombaire, où l'on peut voir un groupe de vésicules dépasser la ligne médiane et s'étendre légèrement sur la gauche. » Deux traînées courent de chaque côté de la face postérieure de la cuisse, le long de la moitié inférieure de ses bords interne et externe. « Remarquons que nombre de placards, surtout au niveau de la face antérieure de la cuisse, sont disposés à la suite les uns des autres suivant des lignes à direction transversale. »

(1) Vedel. Zona de la cuisse à disposition métamérique, Soc. des sc. méd. de Montpellier, 4 mars 1898, et *Nouveau Montpellier méd.*, 1898, n° 12, p. 236. Cité in Grasset. *La distribution segmentaire des symptômes en séméiologie médullaire*, Montpellier, 1899

(2) Brissaud et Lereboullet. Etages radiculaires et métamérie spinale à propos d'un cas de zona thoraco-brachial, *Progrès méd.*, 7 juillet 1900.

(3) Widal et L. Le Sourd. Zona métamérique du membre inférieur. Présence d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien. Analgésie par la méthode épidurale de Sicard, Soc. méd. des hôpit., séance du 26 juillet 1901.

On peut ajouter à ces observations celle de Kerssen (1), concernant un herpès zoster survenu chez une jeune fille de dix ans, qui s'étendait de la partie inférieure du dos sur les côtes interne et externe de la cuisse, sans répondre par sa distribution à des zones radiculaires.

Le fait important, commun à tous ces cas, c'est que l'éruption occupe plusieurs zones radiculaires sans en occuper une seule en entier, et présentent, surtout dans le cas de M. Vedel et dans celui de MM. Widal et Le Sourd, une disposition assez nettement segmentaire. L'objection que peuvent faire les partisans de la théorie radiculaire et ganglionnaire, c'est que chaque segment est aussi occupé d'une façon partielle par l'éruption et que, dans la plupart, plusieurs segments sont pris. Peut-être même, remarquant que le segment distal du membre est le plus souvent respecté, pourraient-ils dire que ce fait cadre avec ce que nous ont appris Head et Campbell, à savoir que les cellules ganglionnaires pour lesquelles le processus zostérogène a le moins d'affinité sont les grosses cellules, justement celles qui paraissent affectées aux extrémités des membres?

Paralysies dans le zona. — Un autre argument clinique qu'allègue la théorie centrale du zona, c'est la coexistence assez fréquente de troubles paralytiques avec l'éruption zostérienne. Dans le zona ophtalmique, la paralysie faciale n'est pas rare (2); la paralysie des muscles de l'œil y a également été observée (3). M. Brissaud l'a vu associé à une hémiplégie croisée (4). Dans le zona cervical, on a observé aussi la paralysie faciale (5). Le zona du tronc a pu s'accompagner de paralysie des muscles de l'abdomen (6). Il n'est pas jusqu'au zona des membres où l'on n'ait constaté des troubles moteurs (7). On a même signalé des cas de zona suivis d'atrophie musculaire (8).

On conçoit quel parti la théorie spinale peut tirer de ces faits : seul un processus morbide intéressant les centres nerveux paraît capable d'amener à la fois des troubles trophiques comme le zona et des troubles paralytiques. Mais Pineles (9) a constaté que chez le cheval et le lapin la section de certains nerfs sensitifs (notamment le trijumeau) amenait la paralysie musculaire des territoires correspondants. E. Steinbach (10) conclut même d'expérience sur la gre-

(1) W. F. Th. Kerssen. Een gival von herpes zoster, *Weekblad, van het Medulandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1901, n° 26.

(2) Ebstein. Zur Lehere von der nervösen Störungen beim. Herpes zoster mit besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Facialislähmung, *Vichow's, Arch.*, t. CXXXIX, fasc. 3, 1895.— Eichhorst. Herpes zoster und Facialislähmung, *Centralbl. f. inn. Med.*, p. 425. — Klippel et Aynaud. La paralysie faciale zostérienne, *Journ. des prat.*, 15 avril 1899. — Lannois. Zona avec paralysie faciale, *Lyon méd.*, 6 août 1899.

(3) Schlesinger. Paralysie des muscles de l'œil consécutive à un zona, *Wiener med. Club*, octobre 1892. — Howard. Ptosis consécutif à un herpès frontal, *Lancet*, 13 octobre 1894. — Fouchard. De la concomitance du ptosis total et du zona ophtalmique, *Clinique ophtalmologique*, 15 février 1898.

(4) Brissaud. 6e leçon (2e série).

(5) Frich. Et Tilfælde af herpes zoster cervicalis complicaceret med total Facialisparalyse, *Norsk mag. f. Lægewid.*, mai 1902.

(6) F. Taylor. A case of shingles followed by paralysis of the abdominal muscles, *Guy's hosp. Rep.*, 1896, vol. LII, p. 37.

(7) P. Servant. *Zona des membres*, Th. de Paris, 1877.

(8) Joffroy. Deux observations de zona et d'atrophie du membre supérieur, *Arch. de physiol.*, 1882. — W. Magnus. Un cas d'herpès zoster suivi d'atrophie musculaire, *Norsk mag. f. Lægewid.*, mai 1902.

(9) Pineles. Ueber lähmungsartige Erscheinungen nach Durchschneidung sensibler Nerven, *Centralbl. f. Physiol.*, 1890, IV, p. 741.

(10) E. Steinbach. Ueber die visceromotorischen Functionen der Hinterwurzeln, *Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1898, t. LXXI.

nouille que les racines postérieures interviennent dans la motricité des viscères. La constatation clinique de paralysies au cours du zona ne peut donc contribuer à mettre en échec la théorie ganglionnaire.

III

Résultats de la ponction lombaire. — Il était tentant, pour les partisans de la théorie spinale, de rechercher si le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de zona présentait des éléments figurés indiquant une réaction méningée. Le premier examen cytologique du liquide céphalo-rachidien fut fait par MM. Brissaud et Sicard (1), sur deux cas de zona; ils trouvèrent une lymphocytose très nette. Leur exemple fut suivi par de nombreux auteurs qui constatèrent également une lymphocytose nette (2). MM. Achard, Lœper et Laubry (3), sur 16 cas personnels, constatèrent 8 fois de la lymphocytose, 8 fois absence de réaction leucocytaire. MM. Follet et Sacquepée (4) apportèrent un fait négatif. Dans une communication de MM. Chauffard et Froin (5) à la Société médicale des hôpitaux, l'examen porta sur 3 cas et fut positif; l'un de ces cas était le premier cas de zona ophtalmique où l'on ait fait la ponction lombaire; l'intérêt de ce travail réside surtout dans ce fait que les auteurs étudièrent l'évolution et la durée de la lymphocytose arachnoïdienne : ils constatèrent, par des ponctions successives, le quatrième jour et le trentième dans le premier cas, le dixième et le vingtième dans le deuxième cas, que non seulement la lymphocytose avait légèrement diminué de quantité d'une ponction à l'autre, mais que les lymphocytes avaient diminué de volume (de 9 μ a 6 μ dans le premier cas, de 6 à 4,9 dans le deuxième). Le troisième cas concernait un malade guéri depuis six mois et demi de son éruption, mais conservant des douleurs lancinantes sourdes dans le territoire du zona : son liquide céphalo-rachidien présentait une lymphocytose discrète à éléments très petits.

Ce fait cadre bien avec ce que dit M. Sicard (6) de la persistance de la réaction méningée : « Dans deux cas datant, l'un de dix mois, l'autre de treize, persistance d'une lymphocytose accusée. Les malades avaient conservé des douleurs névralgiques très vives et presque continues, avec un léger degré d'atrophie musculaire ». MM. Achard et Grenet (7) ont apporté une observation confirmative. Mais dans un autre cas (8) où les douleurs persistaient, ils n'ont pas trouvé d'éléments dans le liquide (9).

(1) Brissaud et Sicard. Soc. méd. des hôpit., 15 mars 1901.

(2) Dopter. *Ibid.*, 19 juillet 1901, 1 cas positif. — Widal et L. Le Sourd, *Ibid.*, 26 juillet 1901, 1 cas positif. — Hirtz et Salomon. *Ibid.*, 7 mars 1902, 1 cas positif — Abadie. Réunion biologique de Bordeaux, *Bull. de la Soc. de biol.*, 12 juillet 1902, 3 cas.

(3) Achard, Lœper et Laubry, Soc. méd. des hôpit., 26 juillet 1901.

(4) Follet et Sacquépée. *Ibid.*, 13 juin 1902.

(5) Chauffard et Froin. Nature, évolution et durée de la réaction méningée dans le zona, *Ibid.*, 21 nov. 1902.

(6) Sicard. *Le liquide céphalo-rachidien* (Encycl. des aide-mémoire), p. 182.

(7) Ch. Achard et H. Grenet. Persistance de la lymphocytose arachnoïdienne et des douleurs dans un cas de zona, Soc. méd. des hôpit., 5 déc. 1902.

(8) Ch. Achard *Les nouveaux procédés d'exploration* (2e édition). p. 294, note 3.

(9) Dans un tout récent article (Le liquide céphalo-rachidien dans les herpès génitaux, *Gazette des hôpitaux*, 15 octobre 1903), MM. Ravaut et Darré disent avoir observé la même réaction méningée au cours d'herpès bilatéraux récidivants des organes génitaux. Ce fait jette un jour tout nouveau sur la question des rapports de l'herpès vulgaire et de l'herpès zoster.

Tous ces faits décelant une réaction méningée au cours du zona semblent plaider en faveur de son origine spinale.

A propos de leur cas de zona crural, MM. Widal et L. Le Sourd allèguent « qu'une altération purement ganglionnaire ne pourrait donner la raison de l'irritation pie-mérienne. Les ganglions rachidiens dont ce zona serait tributaire sont situés dans le canal sacré, à 2 centimètres et demi environ de l'enveloppe sous-arachnoïdienne, bien loin du liquide céphalo-rachidien ».

Cependant, à la Société médicale des hôpitaux, le jour de la communication de MM. Chauffard et Froin, M. Lamy, soutenu par M. Dufour, fit l'objection suivante : « Est-il inadmissible que les affections des nerfs périphériques puissent retentir aussi bien que celles des centres sur la constitution du liquide céphalo-rachidien? Les anatomistes nous apprennent que l'espace sous-arachnoïdien communique librement avec les gaines et les espaces interfasciculaires des racines et des troncs nerveux (Axel Key et Retzius)... J'ai réussi facilement à injecter sur le cadavre l'espace sous-arachnoïdien dans une grande étendue en faisant pénétrer un liquide coloré dans la gaine d'un nerf périphérique, comme le médian. Aussi je me demande... si une lésion névritique, surtout une lésion voisine des centres, comme celles que l'on est en droit de supposer au cas de paralysie faciale syphilitique ou de zona, n'est pas apte à modifier le liquide arachnoïdien, sans qu'il soit nécessaire, pour expliquer la leucocytose dans ces cas, d'invoquer toujours une réaction méningée cérébro-spinale. »

A la séance suivante, MM. Widal et L. Le Sourd (1) communiquèrent une observation destinée à répondre à cette question de M. Lamy. Il s'agissait d'une maladie de Landry ayant évolué en vingt-quatre jours. L'examen anatomique fait par MM. Philippe et Cestan montra des lésions presque exclusivement localisées aux racines rachidiennes et une intégrité parfaite des méninges pararadiculaires. Or la ponction lombaire, pratiquée le neuvième et le treizième jour de la maladie, avait été négative au point de vue cytologique.

Cette observation prouvait « que des lésions aussi voisines des centres que possible, comme celles des racines rachidiennes, n'occasionnent pas de lymphocytose malgré leur intensité, si la pie-mère qui les enveloppe est indemne ».

M. Lamy objecta que « toutes les formes de névrite ne se ressemblent pas ». Il reste à prouver que la névrite radiculaire du zona respecte, au même titre que celle de la paralysie ascendante aiguë, les méninges rachidiennes. Pour que la théorie spinale du zona pût se réclamer de la lymphocytose sous-arachnoïdienne, il faudrait que ce point fût bien établi par de nouvelles observations. Ainsi que le fit remarquer M. Pierre Marie, « une bonne méthode pour répondre à la question de l'existence ou de la non-existence de la lymphocytose au cours de lésions nerveuses périphériques serait de s'adresser à l'expérimentation, de faire dans les nerfs des injections de liquides microbiens ou toxiques, et de voir ce qui se passe. »

IV

Examens bactériologiques. — La fièvre qui dans nombre de cas prélude à l'éruption, la non récidive impliquant un certain degré d'immunité, la présence de l'adénopathie sa-

(5) Widal et L. Le Sourd. Paralysie ascendante aiguë. Névrite radiculaire sans altération méningée. Absence de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien, Soc. méd. des hôpit., 28 nov. 1902, et *Gaz. des hôpit.*, 30 déc. 1902.

tellite, divers faits non douteux de contagion et d'épidémicité concourent à donner au zona l'aspect d'une maladie infectieuse. Aussi s'est-on efforcé de déceler l'agent pathogène de cette infection.

Pfeiffer (1), qui examina bactériologiquement le contenu des *vésicules*, n'obtint que la culture de germes d'ordre banal, provenant peut-être de fautes de technique. Les inoculations n'ont pas donné de résultats plus concluants. Récemment, MM. Follet et Sacquépée (2) ont isolé du séro-pus phlycténulaire, dans un cas de zona, un leptothrix qui était peut-être une impureté.

Le *liquide céphalo-rachidien* a été ensuite interrogé dans le même sens. MM. Josias et Netter (3) au cours d'une méningite cérébro-spinale à staphylocoque, ont signalé l'apparition d'un zona de la face qu'ils ont mis sur le compte de ce microbe. MM. Achard et Lœper (4), dans deux cas, ont signalé dans le liquide sous-arachnoïdien la présence d'un bacille cultivant aisément sur les milieux usuels et voisins du coli-bacille. M. Dopter (5), dans un cas, a isolé un diplobacille en chaînettes, ne prenant pas le Gram, de vitalité faible, et dont les inoculations sont restées sans résultat. MM. Achard, Lœper et Laubry (6), sur 17 cas, ont obtenu les résultats suivants : « Dans 9 cas, le liquide ensemencé n'a pas donné de cultures ; pourtant, dans l'un de ces cas, relatif à un zona lombo-crural, l'examen du dépôt recueilli après centrifugation, sur lame, a permis de reconnaître la présence de bacilles. Dans les 8 cas qui nous ont donné des cultures, il s'agissait 5 fois de bacilles, n'appartenant pas d'ailleurs à une espèce unique ; dans l'un de ces faits, le bacille était associé au staphylocoque citrin, résultant probablement d'une contamination accidentelle. Dans un autre cas, nous avons obtenu du staphylocoque et du staphylocoque blanc, ce dernier était dû peut-être aussi à une impureté. Enfin 2 cas nous ont donné du streptocoque, et 1 du bacille pyocyanique : il est vraisemblable qu'il s'agit là encore d'impuretés. On pourrait se demander si toutes les cultures ainsi obtenues ne sont pas toujours le résultat de contaminations accidentelles, qui peuvent se produire avec une certaine facilité dans les conditions où l'on recueille le liquide par ponction lombaire. Mais outre que la fréquence des cas positifs est très grande, on peut affirmer que, dans certains cas au moins, les microbes existent bien dans le liquide céphalo-rachidien ; en effet, comme nous l'avons dit plus haut, nous avons vu des microbes sur lame. Ces recherches montrent que des infections de diverses espèces peuvent produire le zona. »

D'autres auteurs n'ont eu que des résultats négatifs : MM. Brissaud et Sicard, MM. Widal et Le Sourd, dans leurs cas déjà cités, ainsi que M. Sicard (7) dans 9 autres cas.

(1) Pfeiffer. Ueber Parasiten in Bläscheninhalte von Varicellen und vom Herpes zoster, *Monats. f. Derm. u. Syph.*, Bd VI, 1887.

(2) Follet et Sacquépée. Zona métamérique. Infection par un leptothrix, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 juin 1902, p. 573.

(3) Josias et Netter. Méningite cérébro-spinale suppurée due au staphylococcus pyogenes aureus. Hémiplégie droite. Herpès labial en rapport avec une altération du ganglion de Gasne correspondant, *Ibid.*, 5 mai 1899, p. 437.

(4) Achard et Lœper. Deux cas de fièvre zoster avec examen microbiologique du liquide céphalo-rachidien. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 15 mars 1901, p. 264.

(5) Dopter. Sur un cas de zona thoracique à disposition métamérique (cytologie, bactériologie), *Ibid.*, 19 juillet 1901, p. 948.

(6) Achard, Lœper et Laubry. Le liquide céphalo-rachidien dans le zona, *Ibid.*, 26 juillet 1901, p. 985.

(7) Widal et Sicard. Ponction lombaire, in *Traité de pathologie générale de Bouchard*, p. 656.

En somme ces données très variables de l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien ne prêtent pas jusqu'ici à des conclusions précises.

— Pour la rédaction de ce travail, M. Pierre Marie a bien voulu mettre à notre disposition ses riches documents bibliographiques. Qu'il nous permette de lui en témoigner ici notre vive gratitude.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(18 novembre 1903)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le **traitement des fibromes utérins** par l'hystérectomie abdominale. On a plusieurs fois parlé, dans cette discussion, de la myomectomie. Il était donc naturel que M. Tuffier, qui a déjà plusieurs fois appelé l'attention de ses collègues sur cette question, intervînt dans ce débat.

L'énucléation des fibromes après incision de la coque utérine et en laissant celle-ci en place après l'avoir suturée, est devenue pour M. Tuffier une opération de choix et, chaque fois que cela est possible, il y a recours de préférence à l'hystérectomie totale ou subtotale. Il trouve de sérieux avantages à cette manière de procéder. Mais voyons d'abord la technique de M. Tuffier : Il fait une large incision à la coque utérine, énuclée à l'aide du crochet le ou les fibromes qui y sont inclus, suture ensuite l'incision de la coque et referme le ventre. Pour M. Tuffier, ni le volume, ni la situation de la tumeur ne constituent une contre-indication, pas plus que la multiplicité des fibromes. Ainsi M. Tuffier a, dans un cas, retiré dix-sept fibromes du même utérus. Il faut aussi envisager les rapports des fibromes avec le parenchyme utérin, leur siège réciproque. Quelquefois, deux ou trois incisions d'accès sur la coque utérine sont nécessaires. M. Tuffier insiste sur les avantages physiologiques de cette conservation de l'utérus. Quand il s'agit d'une femme de vingt-cinq à trente-cinq ans, douze ou quinze ans de menstruation régulière, en dehors même de la possibilité d'une grossesse, ne sont pas à dédaigner, et c'est là pour M. Tuffier un des grands avantages de la myomectomie. Quant à l'opération en elle-même, il n'y a pas à s'inquiéter de l'hémorragie, qui s'arrête d'elle-même aussitôt les fibromes enlevés. Même dans les fibromes adhérents, la section aux ciseaux n'entraîne pas d'hémorragie. Quant aux fibromes se continuant avec le tissu utérin, il est bien entendu qu'ils ne sont justiciables que de l'hystérectomie totale ou subtotale suivant les cas. Pour l'état de la muqueuse utérine au point de vue du cancer tant redouté par M. Richelot, M. Tuffier estime qu'un examen attentif de cette muqueuse s'impose et qu'en cas de doute un curetage est utile. Mais, comme tous ses collègues, il croit que ce sont là des faits exceptionnels, qui ne sont pas de nature à faire repousser la myomectomie. La récidive possible du fibrome n'arrête pas davantage M. Tuffier, cette récidive étant très rare et n'ayant lieu, suivant lui, que si un fibrome a échappé à l'opérateur. Ce n'est plus alors une récidive, mais une continuation.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Tuffier rappelle qu'il se sert du crochet pour énucléer les fibromes. C'est pour lui l'instrument le plus commode.

En résumé la conservation de l'utérus chaque fois qu'elle est possible constitue, aux yeux de M. Tuffier, une méthode très recommandable; d'ailleurs on est toujours à temps de l'enlever dans une seconde intervention si cela devenait nécessaire, et quand il faut en venir à l'hystérectomie, comme tous ses collègues, M. Tuffier préfère la subtotale à la totale.

C'est aussi l'avis de M. Faure, qui vient faire un nouveau plaidoyer en faveur de l'hystérectomie subtotale. En principe, pour le fibrome pur, c'est à la subtotale qu'a toujours recours M. Faure. Ce n'est que dans les cas suspects qu'il pratique l'hystérectomie totale. L'objection de M. Richelot en faveur de la totale, la transformation possible du col en cancer ne répond qu'à des faits très exceptionnels. M. Faure ne l'a jamais vu. M. Richelot pense que l'existence d'un fibrome peut favoriser l'évolution d'un cancer. Cela n'est

pas absolument démontré et cela le serait-il, que, dans ce cas, la totale ne mettrait pas beaucoup plus à l'abri de la récidive que la subtotale. Or il est incontestable que celle-ci est moins grave, plus facile, plus bénigne et donne moins de mortalité. Il faut souvent plus de temps rien que pour l'hémostase dans la totale que pour pratiquer une subtotale. Dans cette dernière, en outre, l'hémostase est beaucoup plus sûre.

Enfin la conservation du col n'est pas sans avantage pour la statique du vagin.

Comme on le voit, c'est toujours les mêmes arguments en faveur de la subtotale.

Nous les retrouvons encore dans l'argumentation de M. Legueu, qui n'a jamais vu un col, laissé en place après l'hystérectomie, devenir cancéreux. Il n'a dû intervenir secondairement pour enlever un col, après une hystérectomie subtotale, qu'une seule fois pour donner issue à un abcès pelvien qui se vidait mal par ce col.

Le fibrome, dit M. Richelot, peut se transformer en cancer. Il est vrai, ajoute M. Legueu, que les éléments glandulaires contenus dans la muqueuse peuvent subir diverses transformations et devenir du cancer, mais cela est très rare. Quant à la coexistence de deux tumeurs, fibrome et cancer, c'est également un fait rare. C'est pour ces raisons que l'hystérectomie subtotale ne mérite pas les reproches que lui a faits M. Richelot. M. Legueu ne partage pas du tout l'avis de son collègue M. Richelot, quand il dit que l'hystérectomie totale n'est pas plus grave que la subtotale. Cette dernière est infiniment plus simple, plus facile et moins grave. M. Legueu n'ouvre le vagin que dans deux cas: quand il y a altération du col, ou quand il y a nécessité de drainage pour infection ou hémorragie. En résumé, M. Legueu considère l'hystérectomie subtotale comme une opération de choix. Quant à la myomectomie, elle doit rester une opération exceptionnelle.

M. Guinard fait observer qu'il y a un consensus unanime pour préférer l'hystérectomie subtotale à la totale; il n'est pas exact, comme l'a dit M. Richelot, qu'il n'y a pas de différence dans le pronostic des deux opérations. En somme, l'hystérectomie subtotale est devenue la règle, tandis que la totale est devenue une opération d'exception. Les faits invoqués par M. Richelot pour défendre sa thèse sont évidemment très rares. M. Guinard a pratiqué une centaine d'hystérectomies abdominales pour fibromes; sur ce nombre, il n'a eu que deux cas semblables à ceux de M. Richelot.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de quarante-huit ans, atteinte d'un fibrome hémorragique; M. Guinard pratique l'hystérectomie subtotale. Six mois après, elle a des pertes d'eau rousse, M. Guinard lui enlève le col atteint d'épithélioma. Sept ou huit mois après, cette malade est morte de généralisation cancéreuse. L'autre cas a trait à une femme atteinte de fibrome utérin, opérée par l'hystérectomie subtotale, guérie et présentant, dix-huit mois après, un cancer du col utérin avec empâtement des culs-de-sac vaginaux. Il est bien probable que l'hystérectomie totale, dans ces deux cas, n'aurait pas empêché la récidive.

D'ailleurs M. Guinard communique, à ce sujet, deux faits bien suggestifs: une femme, opérée d'un fibrome par la subtotale, succombe un an après à une généralisation cancéreuse; son col est resté absolument indemne. Une autre femme est opérée, dans le service de M. Peyrot, par M. Guinard qui, cette fois, pratique l'hystérectomie totale. Un an après, on constate, chez cette femme, un épithélioma du fond du vagin. Qu'est-ce que cela prouve? C'est que si on a affaire à une cancéreuse, ce n'est pas l'hystérectomie totale qui la mettra à l'abri de la récidive. M. Guinard a récemment opéré un carcinome du sein chez une femme qui a subi, il y a seize ans, une hystérectomie vaginale pour fibrome, pratiquée par Péan.

Il est certain, ajoute en terminant M. Guinard, que l'hystérectomie subtotale est une opération plus facile, moins grave, beaucoup moins grave que l'hystérectomie totale.

Quant à la myomectomie, elle n'a pour M. Guinard que des indications très restreintes. Entre ces trois opérations, hystérectomie totale, hystérectomie subtotale, myomectomie, la sagesse est dans un juste milieu.

Parmi les présentations, signalons un malade atteint de **coxa vara**, présenté par M. Schwartz, qui demande un avis à ses collègues; un malade de soixante-quatorze ans, cardiaque, chez lequel M. Hartmann a pratiqué, avec succès, une **prostatectomie** pour une rétention d'urine absolue, avec impossibilité du cathétérisme; un **fibrome du cordon** présenté par M. Monod; un grand **kyste ovarien** qui proéminait à travers une éventration, opéré par marsupialisation et guéri par M. Championnière; des radiographies relatives à un cas de **fractures spontanées** présentées également par M. Championnière.

Au cours de cette séance, MM. Schwartz, Michaux et Faure ont été nommés membres de la commission d'élection, chargée d'établir la liste des candidats au titre de membre titulaire.

XVI[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[TENU A PARIS, OCTOBRE 1903 (1)]

La séance du vendredi 23 octobre a été en grande partie consacrée à des débats d'ordre intérieur et purement administratif. Au début de cette séance, on a distribué aux membres du Congrès le volumineux rapport de M. Duret sur les **tumeurs de l'encéphale**. C'est un travail qui a dû coûter à son auteur un labeur considérable et qui met au point la question, grâce à d'innombrables documents qu'il a dû compulser. Il est malheureusement impossible d'en donner un résumé qui soit à la fois suffisant et court. Nous devrions nous borner à l'inutile et fastidieuse énumération de têtes de chapitres.

M. Duret complète son travail par une note intéressante sur les tumeurs du cervelet.

Dans cette même séance, M. Reboul (de Nimes) lit l'observation d'une **méningo-encéphalocèle de la fontanelle postérieure** qu'il a opérée et guérie chez un enfant de huit mois.

M. Depage (de Bruxelles) présente un **ostéome du crâne** de 280 grammes, qu'il a enlevé avec succès. Depuis l'ablation de la tumeur, il s'est produit une expansion rapide du cerveau qui a comblé la cavité produite par l'expansion de la tumeur.

ABDOMEN

M. Jules Bœckel (de Strasbourg) lit la relation d'un énorme **abcès du foie** ayant fusé jusque dans le bassin et qu'il guérit par la laparotomie. Cet abcès était probablement tuberculeux.

M. Chibret (d'Aurillac) fait connaître un procédé opératoire pour la **cure des fistules biliaires consécutives à la cholécystostomie**. L'auteur fait la cholécystectomie sous-séreuse; il poursuit la décortication dans l'étendue de 6 à 7 centimètres, écrase le pédicule ainsi obtenu, le lie à la soie et l'enfouit. Si la suture ne tient pas, l'entonnoir péritonéal conservé conduit la bile au dehors et protège le péritoine.

M. Cazin (de Paris) donne le résultat d'intéressantes **recherches expérimentales sur la leucocytose dans les contusions et plaies de l'abdomen.**

Il semble qu'il y aurait un grand intérêt en clinique à rechercher ce signe dans tous les cas de contusion de l'abdomen, car on est en droit de penser que, dans certains cas, les renseignements fournis par l'examen du sang pourraient, en s'ajoutant aux autres signes cliniques, aider au diagnostic précoce des lésions viscérales et prendre ainsi une importance réelle, au point de vue des indications opératoires.

M. Berthomier (de Moulins) relate un cas curieux d'**occlusion intestinale par double volvulus du côlon transverse.** Après une large laparotomie permettant l'éviscération, l'immense gâteau intestinal fut tourné deux fois de gauche à droite et l'évacuation se produisit par une longue canule préalablement introduite dans le rectum.

M. Forgue (de Montpellier) donne lecture d'un travail intéressant sur le choix de l'**intervention dans les cancers haut situés du rectum.**

(1) Fin — Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 129, p. 1274; n° 131, p. 1294, et n° 133, p. 1215.

M. Tavel (de Berne) a étudié la **bactériologie de l'appendicite à froid**. Il conclut que dans 10,7 p. 100 des cas l'appendicite à froid est stérile, que le kyste appendiculaire est stérile dans 37,5 p. 100 et l'abcès extra-appendiculaire dans 75 p. 100 des cas. Cette stérilité fréquente de ces abcès permettrait de supprimer la pratique du drainage dans les cas de petits abcès péri-appendiculaires. C'est là une conclusion encourageante que la pratique de M. Tavel confirmerait.

M. Tavel attire aussi l'attention des congressistes sur une **péricolite cicatricielle postappendiculaire**, qui se traduit par des brides déformant, coudant ou resserrant le côlon. Ces brides sont la cause de la continuation de certains troubles douloureux après l'opération d'appendicite.

L'appendicite est encore discutée par MM. Paul Delbet et Péraire, qui rapportent des observations personnelles.

M. Tédenat (de Montpellier) présente la photographie d'une enfant de quatre mois, qu'il a opérée et guérie d'une **tumeur congénitale sacro-coccygienne**. MM. Phocas et Cazin font remarquer que l'ablation complète de ces tumeurs n'est pas indispensable. Leur nature étant essentiellement bénigne, et malgré leur structure complexe, elles appartiennent à la catégorie des kératomes.

M. Savariaud est intervenu dans un cas de **kyste hydatique enkysté dans le ligament large** et qui ressemblait à un fibrome. L'extirpation fut assez laborieuse.

M. Reboul a opéré cinq **kystes hydatiques inclus dans le petit bassin** d'une femme qui, trois mois auparavant, avait accouché normalement.

M. Témoin (de Bourges) a eu deux fois l'occasion d'opérer, en l'espace d'un an, une **appendicite aiguë compliquée de grossesse extra-utérine**.

M. Cazin attire l'attention sur certaines **tumeurs kystiques de la région clitoridienne**, dont la pathogénie n'est pas élucidée et qui ressemblent à des *molluscum*.

M. Mondot (d'Oran) communique une observation curieuse de **cancers multiples**. Chez une religieuse, notre confrère pratiqua en 1887 l'amputation du col pour un cancer de cet organe. Neuf ans après, il fit l'hystérectomie totale. Au bout de deux ans, il pratiquait l'extirpation du sein droit. Deux ans et demi après, c'était le sein gauche qui était pris et enlevé. Enfin, en 1903, la malade succombait à un cancer de l'estomac.

M. Phocas a imaginé, pour guérir le **varicocèle**, de suspendre le testicule. Après avoir sectionné le ligament scrotal, il fixe la vaginale soit à l'orifice inguinal externe, soit au haut du scrotum par un ou deux points de suture. Les veines trop volumineuses seront excisées, sinon on peut se contenter de les inverser en tordant le testicule. Enfin, on diminuerait la loge scrotale par une suture en bourse.

M. Lavaux (de Paris) fait une double communication sur les voies urinaires. L'une a trait au **traitement des cystites douloureuses par l'adrénaline**.

Si l'action physiologique de l'adrénaline est aujourd'hui bien connue, il n'en est pas de même de ses indications thérapeutiques. Il est certain que l'adrénaline rend des services dans le traitement des maladies des voies urinaires; mais, dans les cas de cystite douloureuse, elle ne peut pas remplacer la cocaïne, qui donne chez ces malades de si merveilleux résultats. L'association de ces deux puissants médicaments sera-t-elle, au moins dans certains cas, plus efficace que la cocaïne employée seule? Avant d'affirmer ce progrès, de nouvelles recherches sont nécessaires.

L'autre communication étudie le **traitement des abcès urineux chez les rétrécis**.

L'antisepsie directe des voies urinaires inférieures est possible chez les rétrécis, grâce au lavage de l'urètre et de la vessie sans sonde. On peut donc, dans les cas d'abcès urineux et d'infiltration d'urine, traiter de suite le rétrécissement, au lieu d'attendre des semaines et même des mois, comme le conseillent les classiques. Cette vieille méthode doit être abandonnée, à cause de sa lenteur et aussi parce qu'elle permet aux lésions scléreuses, qui constituent la stricture, de s'aggraver au point de nécessiter presque toujours une opération sérieuse.

M. Picqué fait connaître un cas **d'absence du vagin** avec hématométrie et hématosalpinx chez une relieuse âgée de vingt ans. M. Picqué fit l'extirpation complète par laparotomie.

M. Van Stockum (de Rotterdam) préconise le **pansement des plaies et spécialement des fractures compliquées par le baume du Pérou**.

Après avoir enlevé les corps étrangers qui peuvent se trouver à la surface de la plaie, et sans avoir pratiqué aucun lavage de la plaie ni des téguments voisins, on remplit tout le foyer de la fracture avec une grande quantité de baume du Pérou stérilisé, et l'on favorise sa pénétration par de légers mouvements qu'un aide imprime au membre pour obtenir un déplacement des extrémités fracturées; on réduit ensuite la fracture comme dans un cas de fracture fermée, et l'on applique un pansement aseptique.

Les résultats obtenus par cette méthode ont été excellents. Le nombre des fractures ainsi traitées a été de 90; dans un seul cas on dut faire l'amputation secondaire pour une gangrène gazeuse; 3 fractures seulement ont suppuré.

M. Championnière revient sur une question qui lui est chère, le **traitement de la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus par le massage**. On peut dire que pour ces fractures juxta-articulaires, M. Championnière a fait passer sa conviction dans la pratique de presque tous ses confrères.

Une très intéressante discussion sur les indications de la **résection du genou atteint de tuberculose** a eu lieu entre MM. Gangolphe, Championnière, Bœckel et Frœlich. On peut en retenir qu'il ne faut pas réséquer en cas de tuberculose viscérale concomitante ou lorsque l'articulation malade présente d'autres associations microbiennes que le bacille de Koch. Il convient, bien entendu, de ne point opérer les enfants. Les uns font, les autres ne font pas la suture osseuse.

M. Delagénière (du Mans) déclare qu'il a obtenu dans un cas un excellent résultat du **hersage des nerfs plantaires comme traitement des maux perforants**.

Le **pied creux** est traité par M. Redard par la série des opérations suivantes : 1° redressement violent, mais gradué, à l'aide d'un tarsoclaste; 2° ténotomies consécutives; 3° application nouvelle du tarsoclaste jusqu'à redressement complet; 4° pose d'un appareil plâtré.

M. Chibret (d'Aurillac), au lieu de pratiquer l'**arthrodèse tibio-tarsienne** par le procédé classique, fait l'arthrodèse tibio-calcanéenne après suppression de l'astragale. Il a obtenu deux bons résultats à longue échéance.

M. Poncet revient sur cette question du **rhumatisme tuberculeux** qui l'intéresse tant, et il essaie de démontrer que certains cas de spondylose rhizomélique ne sont que des modalités du rhumatisme tuberculeux.

Hôpitaux de province. — *Orléans.* — Le concours pour la place de professeur d'accouchements à l'Ecole de sages-femmes de la Maternité d'Orléans vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Coville, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

JEUNE DOCTEUR, marié, titres scientifiques sérieux, demande poste exclusivement chirurgical en province avec service d'hôpital si possible. Abandonnerait au cédant partie des revenus des premières années. — S'adresser au journal.

— Docteur **DÉSIRE REPRENDRE**, contre indemnité, clientèle hiver sur littoral.

— **PARIS**. — Docteur accepterait associé pour sa clinique gynécologique très ancienne, sérieuse. — Apport exigé. S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Ve.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 23 novembre 1903.

Nous recevons la lettre suivante :

« Monsieur le directeur,

J'ai lu avec intérêt les articles que vous avez publiés sur la question de l'agrégation.

En province, dans les Ecoles de médecine, la situation des professeurs suppléants est la même que celle des agrégés. Nommé pour neuf ans, le suppléant ne passe titulaire qu'au décès du possesseur de la chaire, ou si ce dernier a le mauvais esprit de continuer à vivre, il est remercié et remplacé par un nouveau.

Normalement le suppléant sait à peu près dans combien il arrivera à la mise à la retraite du titulaire. On a admis au Conseil supérieur de l'Instruction publique, grâce à M. Bouchard, que les suppléants ne devaient pas sortir de leur chaire ; anatomie et physiologie, médecine, chirurgie. Mais les règlements sont faits pour être violés et dans les Ecoles les suppléants qui ont de l'influence, qui sont dans l'intimité du directeur, passent dans la chaire pour laquelle ils n'ont pas concouru. Un suppléant d'anatomie passe dans une chaire de médecine, et un suppléant de médecine passe dans une chaire d'anatomie.

Ce travers provient du mode de nomination des directeurs des Ecoles. Ils sont nommés par le ministre au lieu d'être proposés par leurs collègues. La proposition du suppléant pour une chaire devrait également se faire, comme dans les Facultés, par les professeurs. Les écoles sont donc en tutelle.

Il en découle ceci : M. X... est mal avec le directeur ; son *casier* sera annoté en conséquence ; tandis que M. Y... est au mieux avec le directeur et les renseignements qui seront fournis sur lui seront excellents.

Au Conseil supérieur on croira bien plus volontiers la note du directeur que la note venue d'à côté.

Les arguments que l'on invoque pour les agrégés, on peut les invoquer de même pour les suppléants. Mais comme au Palais : « De minimis non curat prætor. »

Veuillez agréer, monsieur le directeur, etc. »

CLINIQUE CHIRURGICALE — HOTEL-DIEU DE LYON

RHUMATISME TUBERCULEUX

MORBUS COXÆ SENILIS D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Par M. le professeur A. Poncet (1).

Je vous ai parlé récemment, Messieurs, de la spondylose rhizomélique reconnaissant pour cause l'infection bacillaire, et, dans un article du mois d'août dernier (2) sur cette variété particulière d'arthropathies, mon assistant M. le docteur L. Thévenot a montré que, dans nombre de cas où la blennorragie, par exemple, ne saurait être invoquée, il fallait rattacher la maladie de Marie à la tuberculose.

Aujourd'hui, je désire vous entretenir d'une forme d'arthrite chronique, d'arthrite, sèche, déformante, etc., que l'on désigne, lorsque les lésions occupent l'articulation de la hanche, par l'expression bien définie de « morbus coxæ senilis » ou mal sénile de la hanche. Mon but est surtout de vous montrer que là encore, dans certains cas, et contrairement à toutes les idées reçues jusqu'à ce jour, il faut incriminer la bacillose.

Cette opinion n'a rien qui doive, *à priori*, vous étonner car, dès le début de nos recherches sur le rhumatisme tuberculeux, nous avons été amené précisément à cette conception de la tuberculose par des manifestations articulaires chroniques, relevant, en apparence, du rhumatisme, noueux, déformant, et qui devaient être attribuées à la tuberculose.

Dès 1897, au Congrès français de chirurgie, MM. Bérard et Destot décrivaient des polyarthrites déformantes de nature bacillaire et, dans sa thèse, Drevet (1898) en rapportait d'autres observations. Depuis lors, la question du rhumatisme tuberculeux s'est considérablement élargie. Si, dès le premier jour, nous pouvions affirmer que la tuberculose (qui simulait du côté des jointures une forme déterminée de lésions rhumatismales, des lésions sèches, chroniques, etc.) devait, de par la pathologie générale, engendrer aussi, comme les autres infections, toutes les variétés de mono-arthrites ou de polyarthrites depuis les formes les plus aiguës jusqu'aux formes les plus lentes, il n'en est pas

(1) Leçon recueillie par M. le docteur L. Thévenot, assistant de M. le professeur Poncet.

(2) L. Thévenot. Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse, *Médecine mod.*, 19 août 1903. — Voir également : A. Poncet. Rhumatisme tuberculeux ankylosant, Soc. méd. des hôpit. de Paris, juillet 1903, et A. Pic-Bombes de Villiers. Spondylose rhizomélique et tuberculose, *Lyon méd.*, 2 oct. 1903.

moins vrai qu'il appartenait à l'expérience clinique prolongée, à l'expérimentation, aux recherches de laboratoire, d'établir le bien fondé de cette conception.

Un tel résultat a été réalisé dans ces six dernières années, et il nous semble bien que si l'on discute volontiers les modalités nombreuses du rhumatisme tuberculeux, on l'accepte complètement comme entité pathologique.

Pour le moment, je ne puis, Messieurs, que vous renvoyer aux nombreuses thèses et publications sorties de la Clinique; nous en avons fait du reste la synthèse, le docteur Mailland et moi, dans une monographie intitulée : *Rhumatisme tuberculeux*, et qui appartient à l' « Œuvre médico-chirurgical » du docteur Critzman. Cette monographie date du 1er août dernier.

Mais arrivons aux observations qui vont faire l'objet de cette leçon.

Le premier malade porteur d'une arthrite sèche de la hanche est une femme de soixante-seize ans, qui est couchée au n° 25 de la salle Sainte-Anne et qui a été fort obligeamment envoyée à la Clinique par M. le professeur agrégé Roque. Il nous l'adressa de son service avec le diagnostic de : *bacillose pulmonaire*, et de : *morbus coxæ senilis*, en établissant, du reste, un lien entre ces deux ordres de lésions.

Après la lecture de cette observation et un examen complet de la malade, nous n'avons pu que confirmer ce diagnostic qui, sous le nom de rhumatisme tuberculeux et de morbus coxæ senilis d'origine tuberculeuse, traduit bien la nature et les caractères de ces diverses lésions.

Il s'agit, vous ai-je dit, d'une femme de soixante-seize ans, exerçant la profession de tailleuse et qui, pendant toute sa vie, a dû, dans des conditions hygiéniques laissant beaucoup à désirer, peiner pour vivre. Son père serait mort d'un rhumatisme cérébral; sa mère, d'une affection inconnue. Elle raconte avoir eu une enfance et une prime jeunesse maladives; « elle toussa, dit-elle, beaucoup pendant son jeune âge. » Mais c'est à vingt-sept ans qu'elle fut pour la première fois sérieusement malade, et sous la forme d'un rhumatisme articulaire aigu qui la retint au lit pendant plusieurs semaines. Depuis lors, elle a fréquemment souffert de ses jointures. Chaque année, elle aurait présenté des manifestations articulaires rappelant, à quelques variantes près et avec une acuité moindre, la première attaque de rhumatisme.

Quant à l'affection de la hanche droite, qui l'amène à l'Hôtel-Dieu, elle remonte seulement à quatre ou cinq semaines, et elle serait survenue après une exposition prolongée à la pluie. De par l'impotence fonctionnelle, la limitation des mouvements, la déformation du membre inférieur correspondant, la douleur provoquée par la pression et par des mouvements un peu étendus, il s'agit évidemment d'une coxalgie mais, à l'âge de la malade, avec les craquements que l'on perçoit dans sa jointure, en tenant compte de son passé articulaire, etc., nous nous trouvons bien en face, comme l'avait pensé le docteur Roque, d'une coxalgie spéciale, d'une arthrite, sèche, sénile, de la hanche. Si les lésions ne sont pas plus marquées, s'il n'y a pas d'usure, de déformation apparente, des extrémités articulaires, etc., c'est que nous les observons à une époque très rapprochée de leur début. Jusqu'à présent, Messieurs, le diagnostic paraît bien devoir être, comme on l'a toujours admis dans les cas de ce genre, celui de rhumatisme chronique avec localisation mono-articulaire sur la hanche droite chez une vieille rhumatisante. C'est ainsi du moins que des observations de cet ordre ont été jusqu'à ce jour interprétées, mais certains renseignements que nous avons omis à dessein jusqu'ici jettent, pensons-nous, un jour nouveau sur ces diverses manifestations articulaires, qu'un lien pathogénique commun relie entre elles.

Cette femme, en effet, est une tuberculeuse avérée. Il y a trois ans, elle a eu une hémoptysie abondante; elle a craché la valeur d'un bol de sang. Depuis, ses hémoptysies se sont renouvelées fréquemment et son état général est devenu de plus en plus chancelant. Aujourd'hui, les lésions pulmonaires sont avancées. Au sommet gauche, on entend des râles muqueux avec une inspiration fortement soufflante. En avant, mêmes signes stéthoscopiques sur toute l'étendue du poumon, avec une matité sus et sous-claviculaire très marquée. Cette femme se plaint en outre de troubles digestifs, de sueurs nocturnes abondantes, etc.

Quelle relation existe-t-il, Messieurs, entre les manifestations rhumatismales d'antan, l'arthrite coxo-fémorale sèche d'aujourd'hui et les lésions tuberculeuses du poumon? Nous trouvons-nous en présence, comme on le pense encore, d'une simple coïncidence entre ce qu'il nous est toujours permis d'appeler la diathèse, le vice rhumatismal, et le virus tuberculeux? Ou bien l'une et l'autre maladie ne sont-elles que des maladies de misère, relevant d'une même déchéance organique, d'une entité morbide faite de tout un ensemble de causes plus ou moins bien définies? C'est là, tout au moins, l'étiologie banale, signalée un peu partout, mais qui ne saurait englober actuellement tous les faits cliniques.

Nous n'hésitons pas, en effet, Messieurs, à mettre sur le compte de la bacillose les polyarthrites anciennes et l'arthrite sèche actuelle de la hanche. Nous en donnons pour preuve nombre de cas de rhumatisme chronique déformant, avec ou sans synovite tendineuse concomitante, arthrites et synovites démontrées d'origine tuberculeuse et alors que la marche de l'affection, que l'existence antérieure d'autres lésions tuberculeuses ou leur apparition dans le cours des accidents articulaires, etc., est venue prouver l'origine unique de toutes ces manifestations. Je ne puis, Messieurs, développer devant vous toutes les raisons qui militent en faveur de l'empoisonnement tuberculeux comme cause unique de ces diverses lésions : nous les avons si souvent exposées que nous tomberions dans des redites vraiment fastidieuses.

Quoi qu'il en soit, n'oubliez pas que le morbus coxæ senilis, d'une pathogénie encore bien obscure à en juger par le chapitre : Étiologie, qui lui est consacré dans les livres classiques, peut être de nature tuberculeuse, comme, du reste, toutes les autres arthrites, sèches, hydropiques, déformantes, etc., quel que soit leur siège, leur pluralité, etc.

Cette notion n'a pas un simple intérêt pathogénique. Elle a aussi son importance au point de vue du traitement.

De tels malades doivent être considérés comme des tuberculeux, et, par cela même, justiciables, avant tout, d'une hygiène bien comprise, du séjour obligatoire à la campagne, etc. Quant aux lésions articulaires, elles constituent la plupart du temps de véritables « noli me tangere »; c'est dire qu'elles relèvent plus d'un traitement médical général que d'un traitement local. Nous ne saurions trop mettre en garde contre des manœuvres chirurgicales un peu brutales et destinées à ramener des mouvements. On ne doit pas compter non plus sur l'action des eaux minérales de Plombières, de Barèges, de Bourbonne, d'Aix-les-Bains, etc.

De tels malades non seulement ne retirent aucun bénéfice

de ce traitement balnéaire, mais voient souvent leur état s'aggraver. N'est-il pas de notion courante dans ces stations thermales, sans que l'on ait, il est vrai, recherché le pourquoi, que nombre de rhumatisants chroniques sont plus justiciables de l'huile de foie de morue, des préparations ferrugineuses, etc., que de bains, de mécanothérapie, etc.?

Je pourrais, Messieurs, à l'appui de ces méfaits des eaux minérales, vous citer l'observation d'une malade de cinquante-trois ans, que j'ai observée ces jours derniers avec mon distingué confrère le docteur Carry. Cette femme est porteur, depuis trois ans, d'une arthrite sèche, déformante, de la hanche droite; elle a eu, elle aussi, à diverses reprises, des manifestations articulaires aiguës, subaiguës, qualifiées simplement de rhumatismales. Depuis quelques années, une localisation s'est produite du côté de la hanche droite et, si l'on tient compte d'une hérédité tuberculeuse chargée (une sœur morte à huit ans de méningite tuberculeuse, un frère mort à dix-neuf ans de tuberculose pulmonaire), enfin, de manifestations douteuses du même ordre, présentées par cette malade, dans son enfance et dans sa jeunesse, nous devons rattacher tout ce complexus symptomatique à la tuberculose, nous devons porter le diagnostic de : rhumatisme tuberculeux.

Eh bien, cette malade vit d'une façon manifeste, l'année dernière, son arthrite s'aggraver après une saison à Aix-les-Bains. La corrélation fut si nette entre le traitement suivi et les accidents consécutifs qu'elle nous prévint, dès le début de la consultation, de son idée bien arrêtée, malgré tout ce que nous pourrions lui dire, de ne pas retourner à Aix-les-Bains. Elle jurait ses grands dieux que, de sa vie, elle n'y remettrait les pieds.

Vous voyez, Messieurs, tout l'intérêt, en pareil cas, d'un diagnostic pathogénique précis, puisque c'est de lui que découlent les indications thérapeutiques.

Quoi qu'il en soit, n'oubliez pas dorénavant, en face d'une arthropathie sèche, de la hanche, d'un *morbus coxæ senilis*, de rchercher la tuberculose. Ici encore, comme dans nombre d'autres arthropathies, il faudra souvent, je crois, incriminer *la tuberculinisation*, l'empoisonnement par le virus tuberculeux.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(20 NOVEMBRE 1903)

M. Siredey dans une très longue, très intéressante, très prenante communication, a étudié les **formes frustes de l'appendicite chronique**, en s'appuyant sur de nombreuses observations et en particulier sur cinq cas tout à fait caractéristiques. Nous ne pouvons songer, dans un compte rendu dont la place est forcément limitée, à tout dire et à tout citer. Nous essaierons de grouper en quelques lignes les grands traits du processus clinique de ces formes, tel qu'il se dégage du travail considérable de M. Siredey.

Fait d'abord très particulier. *Aucun* des malades dont il est question n'a présenté la crise aiguë, classique de l'appendicite aiguë. Les symptômes qui sont de nature à faire soupçonner les altérations chroniques de l'appendice sont variés. Parmi eux il faut citer la *dyspepsie*, dont les caractères spécifiques sont : 1° l'aspect capricieux des troubles digestifs; 2° la facilité avec laquelle se produisent les vomissements. En même temps on note presque toujours des douleurs plus ou moins vives, à caractère angoissant très spécial. Puis surviennent des désordres plus ou moins accentués des fonctions intestinales. La constipation est à peu près la règle et l'irritation du côlon, qui en résulte, contribue à augmenter les souffrances.

Chez les femmes les accidents subissent habituellement une recrudescence au moment des époques menstruelles. Ils se compliquent aussi de troubles nerveux très accentués qui se caractérisent par de l'inaptitude au travail, par une irritabilité excessive, par une tendance marquée à l'hypocondrie. Les malades sont amaigris, présentent une teinte jaunâtre de la peau.

L'appendicite chronique doit être distinguée des affections génitales, de l'entéro-colite, des coliques hépatiques. Dès que le diagnostic est fait il faut, surtout chez les enfants, ne pas hésiter à enlever l'appendice. L'intervention peut seule permettre d'éviter les catastrophes si fréquentes quand on temporise.

La discussion sur **la chloruration et le régime déchloruré** a continué dans cette séance. M. Merklen étudie dans une nouvelle communication l'hyperchlorurie et l'hypochlorurie chez les cardiaques. M. Achard lit une note sur l'hyperchloruration et la déchloruration.

Voici résumé le travail que M. Merklen fait en collaboration avec MM. Pouillot et Harlay :

L'hyperchlorurie avec polyurie caractérise la diurèse libératrice de l'asystolie avec œdème. C'est une *hyperchlorurie avec polyurie de rétention*. Elle est facilement obtenue par le repos, le lait, la théobromine avec ou sans digitale. Elle se produit quand, sous l'influence du traitement cardiotonique, la stase veineuse du rein et l'imperméabilité au chlorure font place à une circulation régulière et à une perméabilité suffisante.

Dans quelques cas, quand l'œdème est très considérable et fait barrage, ce résultat n'est obtenu qu'après une déplétion préalable opérée par les émissions sanguines, les purgations ou les mouchetures. Cette déplétion succède également à l'action suspensive du régime déchloruré, telle qu'elle a été indiquée par M. Widal, et, mieux encore, à un régime réducteur consistant en un demi-litre de lait et un litre d'eau pour les vingt-quatre heures.

L'hyperchlorurie avec polyurie de rétention est un phénomène transitoire. On observe, au contraire, chez les asystoliques sans œdème et chez les gros mangeurs pléthoriques, une polyurie hyperchlorurique plus ou moins permanente, qui tient à l'augmentation de leur masse sanguine du fait de la stase cardiaque et veineuse, ou de leur grande capacité circulatoire liée à leurs habitudes alimentaires. C'est une *polyurie hyperchlorurique de pléthore*.

Elle survit à l'hyperchlorurie de rétention, quand l'asystolique avec œdème reste un asystolique sans œdème, avec gros cœur et gros foie. C'est une hyperchlorurie nécessaire, quand le malade suit un régime chloruré; quand il est mis au régime hypochloruré, ce devient une polyurie simple, si du moins ce régime est isohydrique. Elle appartient surtout à l'asystolie sans œdème, à l'asystolie dite hépatique, qui persiste presque indéfiniment chez les cardiaques gros mangeurs et grands buveurs.

L'hyperchlorurie est, toutes choses égales, d'un pronostic favorable. Il n'en est pas de même de l'*hypochlorurie avec oligurie* quand elle est permanente chez l'asystolique. Elle est en rapport avec des lésions irréductibles, cardiaques ou rénales, s'oppose à toute alimentation chlorurée et même à toute alimentation suffisante. La survie des asystoliques qui

présentent ce type urologique n'est possible qu'en les laissant à un régime déchloruré et réduit.

Les auteurs ont observé ce type clinique chez deux malades atteintes de lésion mitrale avec asystolie irréductible et albuminurie, et chez lesquelles toute ingestion chlorurée était suivie de dyspnée et d'œdème.

D'après M. Achard, deux résultats se dégagent de tous les faits qui ont été rapportés sur le **rôle des chlorures dans les hydropisies** : l'hyperchloruration est nuisible et la déchloruration utile. L'hyperchloruration existe lorsque les chlorures éliminés restent au-dessous des chlorures introduits. Les chlorures sont indispensables aux échanges, mais une dose minime suffit pour assurer leur renouvellement. Cette *ration d'entretien* peut être abaissée à 1 ou 2 grammes par jour. Tout le reste est une *ration de luxe* et, dans l'état de maladie, ce luxe peut être nuisible, si l'élimination est incomplète et si la perte ne vient pas compenser le gain. La *ration de compensation* ou *de tolérance* est d'ailleurs variable, et ce qui fait l'hyperchloruration, ce n'est pas la dose introduite dans l'organisme, c'est celle qui y reste, quelle que soit la cause de la rétention. Aussi observe-t-on les effets nuisibles de l'hyperchloruration et son action hydropigène aussi bien chez les brightiques que chez les cardiaques et les cirrhotiques.

Quant à la déchloruration, elle résulte de l'excédent de sel éliminé sur le sel introduit. L'alimentation déchlorurée en est un facteur très important; mais il est des cas où elle ne suffit pas à provoquer la sortie des chlorures retenus dans les tissus. Pour déchlorurer le malade, il faut alors, non seulement déchlorurer les aliments, mais agir sur la cause rénale, circulatoire, interstitielle, qui a provoqué la rétention, ou établir une élimination complémentaire par les purgatifs ou les diaphorétiques, ou évacuer par ponction la sérosité saline.

C'est ainsi que l'alimentation déchlorurée produit comme effet maximum la résorption complète de l'hydropisie et comme effet minimum l'arrêt de son accroissement. Ce double effet s'observe, d'ailleurs, chez les brightiques, comme chez les cardiaques et les cirrhotiques. Il paraît seulement vraisemblable que les causes rénales sont des facteurs souvent moins intenses et moins durables de rétention chlorurée que les causes mécaniques et irritatives siégeant dans la circulation ou dans les tissus, de sorte que, dans les rétentions de cause rénale, le régime déchloruré est suivi plus souvent de la résorption de l'hydropisie.

M. Dopter lit une note relative à l'**albuminurie au cours d'une crise d'hystérie.**

Un malade ayant présenté quelques jours auparavant une angine banale, entre à l'hôpital après une crise supposée hystérique. Pendant son séjour dans les salles, il est atteint d'une crise convulsive, accompagnée de troubles vasomoteurs (cyanose, œdème) des membres inférieurs. On constate de l'albumine dans l'urine. Celle-ci, purement transitoire, disparaît le lendemain matin pour ne plus reparaître les jours suivants.

Niée par certains auteurs, cette albuminurie, due sans doute à un ralentissement de la circulation rénale consécutif à la vaso-dilatation, demande à être bien connue pour permettre au clinicien de faire le départ exact entre une crise convulsive urémique et une crise hystérique. Cette notion est importante en raison du pronostic à formuler et surtout de la conduite à tenir en matière de thérapeutique.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la gale.

Par M. F. Trémolières, interne des hôpitaux.

Le traitement de la gale consiste exclusivement dans la destruction de l'acare par des moyens extérieurs; il ne comporte aucune médication interne.

Pour attaquer le parasite dans les téguments du malade, différents moyens peuvent être employés.

Souvent, l'*état de la peau permet de faire un traitement énergique*. C'est ce qui arrive d'habitude en ville, où les clients consultent le médecin dès les premières démangeaisons, au début de l'éruption, quand le diagnostic, parfois très difficile, n'est révélé que par de rares et fins sillons au fourreau de la verge, au gland, à la ceinture, à la partie antérieure des aisselles, etc. On recourt alors à la *frotte* qui peut être pratiquée en ville de la même façon qu'à l'hôpital Saint-Louis : 1° le malade est d'abord soumis pendant vingt à trente minutes à une friction générale au savon noir et à l'eau tiède; la brosse dure, insistant au niveau des points d'élection des sarcoptes, déchire leurs sillons; 2° un bain simple ou sulfureux, où le malade se savonne encore longuement, achève de ramollir l'épiderme et de découvrir les acares et leurs œufs; 3° on frictionne ensuite tout le corps pendant vingt minutes avec la pommade sulfo-alcaline d'Helmerich modifiée par Hardy :

Fleur de soufre................	2 parties.
Carbonate de potasse...........	1 —
Axonge........................	12 —

M. s. a.

Le malade garde cette pommade jusqu'au lendemain, où il s'en débarrasse au moyen d'un bain simple ou amidonné. Il se poudre ensuite d'amidon très fin; si sa peau est endommagée par la frotte, il recouvre auparavant les endroits lésés d'axonge fraîche, de glycérolé d'amidon ou de pommade à l'oxyde de zinc à 1/10.

En Belgique, le traitement de Vleminckx ressemble fort à celui de Hardy et n'est pas moins efficace; après un long bain d'une heure dans lequel le malade se frictionne vigoureusement avec du savon noir, on exécute une friction générale énergique avec une flanelle grossière imbibée d'une solution de sulfure de calcium :

Soufre sublimé............	250 grammes.
Chaux vive................	150 —
Eau.......................	2500 —

Faire bouillir en agitant avec une spatule jusqu'à réduction à 1500 grammes.

On peut remplacer dans le traitement de la frotte la pommade de Hardy par celle, plus parfumée, de Bourguignon :

Essence de lavande.....	} *ââ* 2 grammes.
— de cannelle.....	
— de girofle......	
— de menthe......	
Gomme adragante........	4 grammes.
Carbonate de potasse.....	30 —
Soufre..................	90 —
Glycérine...............	180 —

Après avoir conservé cette pommade pendant douze à vingt-quatre heures, le malade l'enlève dans un bain savonneux et se poudre d'amidon.

M. le professeur Fournier a légèrement modifié la pommade de Bourguignon. Voici le traitement qu'il prescrit en ville, quand la gale est récente et peu étendue :

Faire d'abord, dans un grand bain, une longue friction avec du savon ordinaire, puis frotter tout le corps avec la pommade suivante :

Glycérine	200	grammes.
Gomme adragante	1	—
Soufre	100	—
Carbonate de soude	50	—
Parfum	Q. s.	

Le lendemain, faire prendre un second bain.

Mais parfois, *les téguments sont trop irrités pour qu'on puisse instituer d'emblée un traitement énergique*; ou bien on est en présence de malades cardiaques, albuminuriques, bronchitiques, etc., ou de femmes enceintes, qu'on ne peut soumettre ni aux frictions violentes, ni aux grands bains. On soigne d'abord, quand elles existent, les complications cutanées, pustules, ulcérations, lymphangites, abcès, par des bains d'amidon, des compresses humides, des cataplasmes de fécule, des pommades à l'oxyde de zinc On recourt ensuite, pour tuer le parasite, aux préparations de naphtol, de baume du Pérou ou d'onguent styrax :

Kaposi a préconisé la pommade au *naphtol* :

Axonge	100	grammes.
Savon vert	50	—
Naphtol β	15	—
Craie pulvérisée	10	—

Cette pommade est appliquée le soir après savonnage des parties infestées; il est prudent de la renouveler le lendemain.

M. Besnier recommande pour les femmes enceintes la formule suivante :

Naphtol β	5 à 10 grammes.
Ether	Q. s. pour dissoudre.
Menthol	0,25 à 1 gramme.
Vaseline	100 grammes.

Faire une friction par jour pendant cinq à six jours et donner un bain d'amidon tous les deux jours.

Le *baume du Pérou* a été très recommandé par Jullien, qui le fait appliquer pur, le soir, en badigeonnant tout le corps au pinceau; le lendemain, le malade prend un bain savonneux.

Mais sa viscosité rend son usage difficile; on peut y remédier en employant la pommade suivante :

Baume du Pérou pur	30	grammes.
Axonge	100	—

en plusieurs applications consécutives.

De même que le baume du Pérou, l'*onguent styrax* convient bien pour l'enfant ou la femme dont la peau est fine et fragile. On en fait la pommade :

Huile d'olive	1	partie.
Onguent styrax	2	—

Il est possible d'associer les deux médicaments dans une même préparation :

Huile d'olive de belle qualité ou huile de camomille camphrée, de	50 à 200 grammes.
Onguent styrax frais, de	25 à 50 —
Baume du Pérou	5 grammes.

Telles sont les principales médications de la gale. Bien d'autres ont été préconisées. On a vanté tour à tour les bons effets des composés mercuriels et en particulier de l'onguent citrin, à base de nitrate de mercure; mais celui-ci peut causer des stomatites; de l'iodure de soufre en solution dans la proportion de 15 grammes pour un litre d'eau (Cazenave); du sulfure de potasse (Jadelot); de l'hyposulfite de soude (Concinati), de l'iodoforme en pommade au dixième, de l'acide phénique, du phénate de soude, etc.

C. Paul a recommandé l'usage du pétrole; il l'employait pur ou coupé d'un, deux ou trois volumes d'eau, en frictions sur tout le corps et surtout aux parties les plus atteintes, pendant trois ou quatre soirs de suite; un bain, chaque matin, nettoyait le malade. Ce procédé énergique et peu coûteux est très commode à la campagne; mais l'inflammabilité du pétrole exige de grandes précautions.

Le complément indispensable du traitement du malade est la désinfection de ses vêtements; ceux-ci et la literie sont passés à l'étuve à 120 degrés; tout le linge est envoyé à la lessive; les gants, qui ne peuvent être désinfectés à l'étuve, doivent être brûlés.

Pour prévenir toute récidive, il est nécessaire, si le malade vit en famille, de soumettre au traitement le même jour que lui, au moindre soupçon de gale, ses enfants et surtout sa femme, car la gale reconnaît souvent une origine vénérienne.

Les préparations antipsoriques irritent souvent la peau qui est excoriée, enflammée, plus ou moins eczémateuse. On prescrit alors au malade, pendant plusieurs jours de suite, des bains d'amidon de dix à quinze minutes de durée; on couvre les parties lésées de pommade à l'oxyde de zinc, avec ou sans acide phénique ou essence de menthe contre les démangeaisons; l'eczéma est soigné par des pansements humides ou des cataplasmes de fécule, etc.

Parfois, après un traitement rigoureux, le malade continue à se plaindre de démangeaisons vives, souvent même nocturnes, et ne se croit pas guéri. Il faut alors rechercher avec le plus grand soin la moindre trace d'éruption récente, aux organes génitaux, aux poignets, etc., et, s'il en existe, recommencer le traitement. Mais souvent des sujets nerveux souffrent de prurit en dehors de toute récidive. Le médecin, résistant aux instances du malade qui réclame une nouvelle frotte, lui conseillera les lotions d'acide phénique, d'hydrate de chloral, les douches tièdes en pluie, les bains d'amidon, les pommades au cold-cream, à l'axonge fraîche, à la vaseline, à l'oxyde de zinc, et lui prescrira, à l'intérieur, des potions calmantes au chloral ou au bromure de potassium, usitées dans les états névropathiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 30 NOVEMBRE AU 3 DÉCEMBRE 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 30 NOVEMBRE, à une heure. — 2e, *Salle Corvisart* : MM. Gautier, Remy et Gley.

3e (1re partie, oral), *Salle Richet* : MM. Terrier, Lepage et Cunéo; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie, 1re série), *Hôtel-Dieu* : MM. Hayem, Gaucher et Teissier; — (2e série) : MM. Dejerine, Bezançon et Legry; — M. Desgrez, suppléant.

MARDI 1er DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Hartmann et Faure.

3e (1re partie, oral) : MM. Guyon, Maygrier et Launois.

4e, *Salle Thouret* : MM. Chantemesse, Thoinot et Vaquez; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Albarran et Auvray; — M. Thiroloix, suppléant.

MERCREDI 2 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer; — (chirurgien-dentiste), *Salle Pasteur* : MM. Landouzy, Desgrez et Gosset; — M. Remy, suppléant.

JEUDI 3 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Chassevant et Guiart; — (1re partie, oral), *Salle Vulpian* : MM. Berger, Bonnaire et Thiéry.

2e (chirurgien-dentiste), *Salle Richet* : MM. Troisier, Auvray et Richaud; — M. Renon, suppléant.

VENDREDI 4 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, oral) : MM. Blanchard, Letulle et Widal.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Walther ; — (2e série) : MM. Tuffier, Broca (Aug.) et Legueu ; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Cunéo, suppléant.

SAMEDI 5 DÉCEMBRE, à une heure. — 4e : MM. Proust, Gilbert et Dupré.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Chauffard, Schwartz et Chassevant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Demelin ; — M. Langlois, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Mutations dans les hôpitaux.* — M. Albert Robin passe à Beaujon, M. Claisse à la Pitié, M. Thiroloix à Sainte-Périne, M. Souques à Debrousse.

Hôpitaux de province. — *Angers.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Breau, Joubert et Guillet comme internes titulaires ; Boismard, Vachez, Gaugain et Picard comme internes provisoires.

Facultés de médecine. — *Nancy.* — Voici les prix décernés par la Faculté :

Prix d'anatomie, M. Richard ; prix de physiologie, M. Richard ; prix de médecine, M. Barthélemy ; mention honorable, M. Weill ; prix de chirurgie et accouchements, M. Rueff ; prix Bénit, M. Sencert ; mention honorable, M. Job ; prix Heydenreich-Parisot, M. Gœpfert ; prix de thèse, M. Wéber ; mention très honorable, MM. Briquel, Maillard, Potron ; mention honorable, M. Rueff, Mlle Mirsky, MM. Houillon, Spire, Maréchal.

Écoles de médecine. — *Rennes.* — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie sera ouvert devant la Faculté de médecine de Paris le 11 juillet 1904.

Guerre. — Par décision ministérielle du 8 novembre 1903, M. le médecin-major de deuxième classe Toubert, professeur agrégé à l'École d'application du service de santé militaire, est maintenu pendant une nouvelle année dans ses fonctions actuelles.

— Par décision ministérielle du 16 novembre 1903, sont nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Robert est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Constantine.

MM. les médecins-majors de première classe Vignol, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de la Rochelle ; — Mourey, désigné pour le 2e génie ; — Ferrand, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de la Fère ; — Godin, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Tarbes.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bergasse, désigné pour le 30e d'infanterie ; — Thiébaut, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Martin, pour le 1er hussards ; — Doumeng, pour le 45e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de première classe Coudeyras, désigné pour l'école militaire d'infanterie de Saint-Maixent.

— Par décret en date du 10 novembre 1903, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Lenoir.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active Richon et Scheffler.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. l'ex-médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale Girard ; — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active Raynaud.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Borst, Lochelongue, Pioche, Ardisson, Rodat, Schwartz, Maute, Flamencourt, Michaut, Zachiri, Aguinet, Capgras, Demay de Certant, Guiraud, Fabre, Langevin, Morichaut-Beauchant, Brilland, Durey, Assicot, Ioras, Vian, Boutrois, Monod, Courgenon, Le Fort, Duponnois, Gimbal, Delaage, Bajon, Berruyer, Maussire, Pabeuf, Savoye, de Sèze, Denomme, Stanislas, Bribon, Bloch, Monier, Morlat, Dussauze, Le Meur, Alexandre, Barrau, Lorier, Subert, André, Bonnefous, Bouchet, Crouzet, Robert, Cailleron, Bruandet, Gachet, Cousin, Coste, David, Ecoffet, Gaumé, Vicq, Orssaud, Fontanié, Monnier, Robin, Heitz, Pourtoy, Beauchesne, Jullian, Blanchard, Mary, Carel, Honoré, Poulain, Paradis, Lebosse, Arnaud, Victor-Pujebet, Falconnet, Allemand, Joussaume, Houillon, Desplats, Beliard, Bouriot, Maroger, Lacoste, Gillet, Boué, Garreau, Debray, Louis, Sauvagnat, Bompard, Lefebvre, Gielley, Roque, Nantermoz, Langlois, Goubert, Levet, Potron, Sellerin, Celerier, Girault, Gantois, Richard, Weber, Malecot, Grabié, Sahut, Ribollet, Chrétien, Charles, Mabin, Colomb, Carrez, Raspide, Poirson, de Vezeux de Lavergne, Glais, Quilliat, de Fleurian, Poussin, Grèze, David, Liégard, Danillon, Bouloumié, Germain, Galimard.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Gillot et Mercier.

Marine. — M. le médecin en chef de première classe Galliot est désigné pour remplir les fonctions de directeur du service de santé de la marine au port de Cherbourg.

M. le médecin en chef de première classe Frison remplira les fonctions de sous-directeur du service de santé dans le même port.

— Par décision ministérielle du 20 novembre 1903, M. Janicot a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

— Le ministre de la marine autorise les officiers des différents corps de la marine à faire partie de la « Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles », dont le siège est à Paris, 37, rue des Mathurins.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gilbrin, médecin honoraire des hôpitaux de Metz, décédé subitement à Nancy ; H. Bertrand, de Cousenvoye (Meuse) ; Grandjean, maire et conseiller général de Confians (Meurthe-et-Moselle) ; D. Grégoire (de Nîmes) ; Emile Raybaud, interne provisoire des hôpitaux de Marseille.

— **Clinique obstétricale de la Charité.** — M. le docteur Maygrier, professeur agrégé, commencera ses leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Potain), le jeudi 3 décembre 1903, à dix heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PARIS. — Très grosse clientèle riche et aristocratique à céder immédiatement. — Départ pour raison de santé.

S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, VIe.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-cinquième semaine, 897 décès, au lieu de 803 pendant la semaine précédente (moyenne 840).

La fièvre typhoïde a causé 8 décès (moyenne 10).

La rougeole a causé 4 décès (moyenne 3) ; la scarlatine, 2 décès (moyenne 2) ; la coqueluche n'a pas causé de décès ; la diphtérie,

8 décès (moyenne 2); le nombre des cas nouveaux est en légère diminution, 61 au lieu de 71 (moyenne 72).

La diarrhée infantile a causé 29 décès de 0 à 1 an, au lieu de 37 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 27 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 145 décès au lieu de 101 pendant la semaine précédente (moyenne 133). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 10); bronchite chronique, 30 (moyenne 20); pneumonie, 36 (moyenne 32); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 73 (moyenne 71), dont 32 dus à la congestion pulmonaire et 31 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 183 décès; la méningite tuberculeuse, 18; la méningite simple 21; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE MERCREDI 16 DÉCEMBRE 1903 à deux heures, il sera procédé publiquement, à la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 69 lots, des fournitures *d'herboristerie et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1904.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, avenue Victoria, n° 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LA MÉTHODE DE « LA DOSE SUFFISANTE » EN THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur CONTET.

La clinique nous montre que, vis-à-vis d'une même cause morbide (microbe, toxine, intoxication), les réactions varient suivant les individus; elle nous fait voir, par exemple, que tel, prédisposé par ses tares héréditaires ou acquises, réagit surtout par des symptômes nerveux, délire ou convulsion, là où un autre ne présenterait guère que des manifestations gastro-intestinales; force est donc de conclure, comme aime à le répéter le professeur Landouzy, qu'il n'y a pas, à proprement parler, de *maladies*, c'est-à-dire d'entités morbides nettement définies et classées, telles que les livres de pathologie les synthétisent dans un simple but d'enseignement, mais des *malades*, c'est-à-dire des types dissemblables et variés presque à l'infini, que seule l'observation attentive et expérimentée permet d'analyser et de rapporter à un complexus étiologique, pathogénique et anatomo-clinique défini.

La thérapeutique, au contraire, semble vouloir procéder trop souvent d'une façon mathématique; au point de vue du choix des substances, c'est la méthode dite d'équation, universellement condamnée et dont nous ne parlerons pas ici; au point de vue des doses, c'est la fixation empirique, sans que rien ne permette de choisir, dans les limites indiquées par les formulaires, des quantités de substances empruntées à la matière médicale capables d'agir dans un cas donné et chez un individu déterminé; c'est une simple affaire de tact, d'expérience, mais aussi, trop souvent, de hasard.

Or, ne savons-nous pas que la limite de tolérance à certaines substances varie, dans des proportions énormes, d'un sujet à l'autre et même, chez un sujet donné, d'une période de sa vie à une autre (parfois très rapprochée, au point que l'on a pu parler d'une véritable *ataxie thérapeutique* chez certains nerveux), la même dose tantôt se montrant insuffisante pour produire des effets utiles, et, *a fortiori*, nuisibles, tantôt amenant des accidents, sans que rien ne permette de prévoir au préalable ou d'expliquer ensuite ces différences d'action (1)? N'est-il pas permis de se demander dès lors si les choses ne se passent pas de même pour ce qui est de la puissance thérapeutique?

Il y aurait donc lieu de réclamer de la même observation clinique qui nous a permis d'apprécier la réaction de l'organisme à la cause morbide, des renseignements sur ses réactions vis-à-vis de l'agent thérapeutique mis en œuvre, *lorsqu'il s'agit de demander à celui-ci le maximum de ses effets*, de façon à éviter de conclure prématurément à un échec.

C'est sur ce principe que Gilles de la Tourette a conçu la *méthode, dite de la dose suffisante*, qu'il se proposait d'étendre et de généraliser, mais qu'il n'a eu le temps de codifier que pour le TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LES BROMURES ALCALINS. Son idée directrice était de partir d'une dose faible, certainement tolérable, mais probablement aussi inactive ou trop peu active, pour arriver, en l'augmentant progressivement, à une dose telle que le maximum des effets utiles soit obtenu sans qu'aucun effet nuisible ne se produise. A cela il fallait un *critérium clinique* : or le bromure, à hautes doses, produit une certaine obnubilation mentale (mais elle est difficile à apprécier, car elle varie suivant l'état intellectuel de sujets, et, d'autre part, celui-ci est trop souvent modifié par la maladie pour qu'il soit possible de faire fond sur un tel signe), la disparition du réflexe pharyngé (mais il manque chez certains sujets), et enfin, la paresse de la pupille à réagir à la lumière, cette réaction étant, à un degré de plus, totalement abolie. Or, l'observation clinique, méthodiquement poursuivie sur de nombreux malades, a montré à Gilles de la Tourette que le premier cas est fonction de saturation par le

(1) Quelquefois la différence d'effet produit est expliquée par certains faits accessoires. On sait la plus grande vulnérabilité aux toxiques des individus à jeun et des cachectiques. D'autres fois, un fait, insignifiant en apparence, prend une importance de premier ordre quand il est bien observé, tel est le cas de la production plus rapide et avec des doses faibles des accidents de bromisme chez les sujets soumis au régime lacté absolu, c'est-à-dire hypochloruré, l'organisme montrant alors une appétence exagérée pour les alcalins thérapeutiques du fait de la privation ou du rationnement en alcalins alimentaires, d'où une plus précoce et plus facile saturation. Enfin il n'est pas jusqu'à l'intensité du symptôme à combattre qui n'ait son importance au point de vue de la tolérance médicamenteuse; la douleur, par exemple, peut être considérée, en quelque sorte, comme un véritable antidote de l'opium, et ce, au point que, au dire de certains voyageurs, en Chine, lorsqu'un fumeur d'opium a dépassé la dose supportable et s'est intoxiqué, on le ramène à lui en lui serrant violemment le pouce avec une cordelette, ce qui a pour effet de produire une douleur atroce; tous les accidents disparaîtraient alors.

bromure et, par suite, d'utilisation au maximum et que le second indique que la limite de tolérance est dépassée. Comme conclusion, il conseillait donc d'augmenter progressivement les doses jusqu'à production de cette *paresse de la réaction pupillaire* (1) et de la maintenir ensuite, ainsi que l'état de saturation, par des augmentations et diminutions périodiques des doses, sans jamais interrompre l'emploi du remède (2). Si, au contraire, le signe d'intolérance commençante se montre, il faut diminuer la dose de 2-3 grammes, de façon à permettre l'élimination de l'excès ingéré, puis reprendre la progression jusqu'à la dose immédiatement inférieure à celle qui a supprimé la réaction pupillaire. Par cette méthode, il a pu, et nombre de praticiens après lui, *juguler des épilepsies considérées comme rebelles aux bromures*, le traitement ayant été jusque-là, faute de bases d'appréciation suffisantes, trop peu énergiques. Il est d'ailleurs évident que l'on peut procéder d'une façon analogue si on emploie la cure adjuvante d'hypochloruration proposée par Toulouse et Ch. Richet, avec cette différence qu'il faut alors partir d'une dose initiale de bromure beaucoup moins élevée.

Ce principe, dont Gilles de la Tourette n'a pu étendre l'application comme il l'aurait désiré, semble avoir guidé nombre d'autres thérapeutes. On sait, par exemple, combien les idées anciennes sur le traitement mercuriel ont changé; on sait que l'on cherche actuellement l'explication de ses effets, non plus dans des vertus spéciales qui seraient inhérentes à tel sel et seraient fonction, autant et peut-être plus, de l'acide que de la base, mais bien dans la quantité totale de mercure introduite dans l'organisme par chaque sel, celui-ci étant d'autant plus actif qu'il en contient une plus grande proportion.

Comme corollaire à cette conception, il devait donc venir à l'idée de chercher à réaliser, dans les cas graves, l'imprégnation maxima de l'organisme par l'hydrargyre, tout en respectant l'intégrité des organes et des fonctions; telle est la formule de nombreux syphiligraphes, en particulier de Leredde qui a tant fait pour la vulgariser. Mais comment atteindre cette mercurialisation intensive? Sur quels signes se baser pour savoir que l'agent thérapeutique a donné tout ce qu'il peut donner et que l'on ne peut rien lui demander de plus sans s'exposer à la production d'accidents? Est-ce sur l'apparition de la stomatite? On l'a autrefois considérée comme critérium du traitement suffisant; on doit à cette conception le discrédit dans lequel le mercure était tombé jusque dans les milieux scientifiques à une certaine époque, et, aujourd'hui encore, on peut constater que, bien souvent, dans le monde, la terreur de l'hydrargyre est plus grande encore que celle qu'inspire la syphilis (on en trouve un symptôme dans la faveur dont jouissent malheureusement les officines louches qui garantissent la guérison de la maladie sans l'emploi de ce métal). Mais la stomatite est un accident, une complication, qui peut d'ailleurs se montrer avec un traitement fort léger et insuffisant, et que l'on doit à tout prix éviter. Au contraire, il est un symptôme qui, en dehors de certaines conditions bien déterminées, — telles que la période de début, certaines complications et la co-existence d'autres infections pyrétogènes, — est dû au mercure, c'est la production de fièvre à un moment donné de l'élévation des doses.

On donnera donc le mercure par quantités progressivement croissantes, en ayant soin de prendre régulièrement la température; dès que l'on constatera une ascension thermométrique (qu'un examen clinique attentif aura montré ne pouvoir relever d'une autre cause), on interrompra le traitement tant que persistera la *fièvre de mercurialisation*, pour ensuite le reprendre à la dose immédiatement inférieure à celle qui l'aura produite (1); on s'en tiendra alors à cette quantité maximum et on ne la dépassera pas. En procédant de la sorte, on a pu obtenir la guérison d'accidents, cutanés, nerveux, vasculaires, considérés jusque-là comme incurables.

C'est d'une façon analogue que Trousseau procédait quand il donnait la belladone dans la coqueluche à doses progressivement croissantes jusqu'à production d'assoupissement; de même Burlureaux, pour l'emploi de la créosote dans la tuberculose pulmonaire, déclare que la dose utile à employer n'a d'autre limite que celle, toute personnelle, de la tolérance; de même encore Huchard, lorsqu'il cherche à réaliser la médication hypotensive vaso-dilatatrice par la trinitrine, conseille de la donner à raison de trois gouttes toutes les deux heures jusqu'à production d'une légère céphalée. On pourrait multiplier les exemples pour montrer qu'il serait intéressant et utile au médecin de connaître, pour toutes les substances actives, un symptôme clinique, d'observation facile, analogue au signe de la pupille du traitement bromuré, à la fièvre de mercurialisation de la thérapeutique antisyphilitique, à la céphalée de la médication hypotensive, de façon à pouvoir juger, *autrement que par les résultats*, de l'activité de la médication mise en œuvre, considérée, non pas d'une façon absolue, mais par rapport au sujet considéré.

En dehors de ces cas, trop peu nombreux, la thérapeutique peut encore se montrer véritablement clinique. Veut-on, par exemple, faire dormir tel agité, tel insomnique, quelle dose de chloral faudra-t-il lui donner? Peut-être 2 grammes suffiront-ils, peut-être seront-ils insuffisants; mais dans ce cas faut-il donner 3 grammes ou bien 2g50 ne seraient-ils pas suffisants? On pourrait raisonner de même à propos de la dose d'opium utile pour calmer tel douloureux. Dans tous ces cas, il serait donc logique d'agir de la façon suivante : prescrire la substance active choisie, chloral ou opium par exemple, sous une forme pharmaceutique quelconque, *par doses fractionnées à répéter toutes les heures*, *demi-heures* ou même *quarts d'heure*, *selon la plus ou moins grande rapidité d'action, jusqu'à production de l'effet cherché* — en l'espèce l'assoupissement ou la sédation de la douleur. De la sorte, et en ayant soin évidemment de fixer une dose

(1) Il est bien évident que l'examen clinique aura révélé l'absence antérieure de tout trouble de ce réflexe; cet examen fait d'ailleurs fatalement partie du diagnostic, puisque, autrement, on s'exposerait à confondre des attaques épileptiformes survenant au cours d'une autre maladie (paralysie générale) avec de l'épilepsie essentielle.

(2) Supposons, par exemple, que la dose suffisante, indiquée par le signe de la pupille, soit atteinte avec 8 grammes; on donnera successivement pendant une semaine 8 grammes, puis 7 pendant la suivante, puis 6, puis 5, puis on remontera progressivement à 8, etc., de façon à maintenir la saturation sans l'exagérer du fait de l'accumulation des doses.

(1) Pour le traitement simplement *intense*, celui de la syphilis normale, il n'y a pas lieu de s'occuper d'atteindre cette limite; il faut, toutefois, surveiller la température en raison de certaines idiosyncrasies telles que, chez certains sujets, un traitement, qui chez les autres serait de moyenne intensité, produirait les effets d'un traitement surintensif. Mais dans les syphilis graves, c'est le traitement *intensif* qui doit être appliqué et il faut arriver à la mercurialisation maxima, c'est ce que permet de faire *en toute sécurité* la méthode de la dose suffisante.

maximum que l'on ne devra pas dépasser, le sujet ne sera pas exposé, faute de quelques centigrammes, à ne tirer qu'un bénéfice nul ou insuffisant de la médication, ou bien à ingérer une dose plus forte que celle qui serait nécessaire, inconvénient qui peut être, selon les cas, faible et nul, ou bien, au contraire, grave dans le cas de certaines idiosyncrasies.

En procédant de ces diverses façons, la thérapeutique, au lieu d'opposer à des états essentiellement variables et complexes une action en apparence fixe et en fait toujours incertaine, se basera sur des contingences de même ordre que celles auxquelles sont soumises les causes morbides; elle sera donc véritablement clinique, et, par suite, elle pourra rêver d'être, comme elle le doit, utile souvent et nuisible, jamais!

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(24 novembre 1903)

Nous n'avons à enregistrer que deux communications, l'une de M. Reynier, candidat à la section d'anatomie et de physiologie, et l'autre de M. Mahu.

M. Reynier a déjà attiré l'attention des membres du Congrès de chirurgie sur les bons effets du lavage de l'estomac dans certains cas de **dilatation stomacale réflexe** survenant parfois à la suite d'opérations abdominales. Dans sa communication à l'Académie, M. Reynier envisage surtout le côté physiologique de la question. Il a fait des expériences sur les animaux consistant à mesurer les variations de la pression sanguine, lorsqu'on dilate l'estomac. Aussitôt le ventre ouvert, la pression sanguine s'abaisse déjà notablement. Si l'on pratique alors une ligature sur l'estomac et qu'on le dilate en y injectant de l'eau, la pression s'abaisse de plus en plus, à mesure que l'estomac se distend, pour tomber à 1 ou 2, étant partie à 16. M. Reynier a voulu voir si l'action du pneumogastrique était en cause, et il a, à ce moment, sectionné ce nerf. La pression est remontée un peu, mais très peu. L'évacuation de l'estomac l'a fait revenir aussitôt à son point de départ.

Ces résultats intéressants peuvent aider à expliquer ce qui se passe dans les premières heures qui suivent une intervention chirurgicale sur l'abdomen, alors que la pression s'abaisse, que le pouls devient rapide et petit, et que tout peut faire croire au début d'une péritonite. La paralysie de l'estomac et la distension qui en est la suite, et que l'ouverture du ventre suffit à provoquer, suffisent à expliquer ces phénomènes inquiétants. Le lavage de l'estomac et son évacuation produisent alors une rapide amélioration et peuvent sauver des opérés.

M. Mahu fait une communication sur le traitement des **ulcérations cancéreuses par des badigeonnages d'adrénaline.** Par ces badigeonnages, M. Mahu a obtenu, comme l'avait déjà signalé M. Fiessinger, non pas, certes, la guérison du cancer, au moins des modifications très réelles, telles que l'arrêt des hémorragies, la diminution des sécrétions, la rétraction de la tumeur. M. Mahu produit à l'appui plusieurs observations intéressantes.

Le reste de la séance a été consacré à des rapports de prix et à un comité secret.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE
(octobre 1903)

Des cystites rebelles.

Résumé du rapport de M. Léon Imbert (de Montpellier).

On donne le nom de cystites rebelles aux *cystites qui obligent, par leurs propres symptômes, à recourir à une intervention ou qui ne guérissent que par un traitement local prolongé.*

Cette définition, que l'auteur justifie dès le début par de longues considérations, présente l'avantage d'éliminer toutes les cystites dues à des causes bien connues (prostate, rétrécissement, calculs, tuberculose, etc.), pour lesquelles les opérations sont dirigées éventuellement non pas contre leurs propres symptômes, mais contre leur point de départ. D'autre part, on ne saurait faire de l'opération le critérium du diagnostic, d'une part parce que bien des malades ne veulent pas s'y soumettre et d'autre part parce qu'il serait évidemment excessif de ne pas qualifier de rebelle une cystite qui ne consent à guérir qu'après plusieurs mois d'un traitement topique bien conduit. On remarquera aussi que les caractères douloureux de la cystite n'interviennent pas dans les définitions; il y a en effet des cystites qui ne sont point douloureuses et qui, cependant, sont réfractaires à tout traitement.

Une cystite rebelle diffère donc d'une cystite chronique en ce que celle-ci ou bien n'a pas été soumise à un traitement local suffisant, ou bien relève d'une des lésions causales bien connues dont il vient d'être question.

Ceci posé, le rapporteur étudie séparément :

1° Les cystites *rebelles simples*, sans lésions cliniquement caractérisées;

2° Les ulcères de la vessie qu'il comprend dans son étude.

a. Parce que ce sont, en définitive, anatomiquement des cystites localisées;

b. Parce qu'ils donnent tout le tableau clinique des cystites rebelles, fréquence, douleurs, pyurie;

c. Parce que, pratiquement, le diagnostic différentiel, avec la variété précédente, n'est possible que par l'examen cystoscopique.

3° Les cystites leucoplasiques;

4° Les cystites pseudo-membraneuses.

L'étude de *symptômes* n'est pas de nature à modifier sensiblement nos connaissances actuelles. Pour la première catégorie, le relevé attentif de 155 cas nous montre une fois de plus qu'il est à peu près impossible de prédire, au début d'une cystite, sa ténacité future. L'auteur signale la possibilité de la rétention d'urine, l'existence assez fréquente de troubles menstruels, etc. Il insiste particulièrement sur l'examen cystoscopique. Ce dernier n'est possible, il est vrai, que lorsque la capacité vésicale offre un minimum de 40 à 50 grammes; mais il donne de précieuses indications sur l'état de la vessie et même sur celui du rein. Aussi doit-il être pratiqué systématiquement, non pas dans tous les cas de cystite, mais chaque fois qu'une inflammation vésicale se prolonge d'une façon anormale. La durée des cystites rebelles simples varie de six mois à quinze ans et davantage; mais on peut dire que celles qui sont soignées méthodiquement et qui guérissent ne dépassent guère deux ans en moyenne.

L'évolution de l'ulcère vésical se divise en trois périodes : la première est caractérisée par des hématuries et des douleurs; la cystite n'existe pas encore et les urines sont claires; dans la deuxième, la cystite s'installe avec tous ses caractères; enfin, à la troisième période, l'ulcère est cicatrisé, mais les urines demeurent troubles et la fréquence des mictions persiste au moins en partie.

La cystite leucoplasique présente tous les caractères d'une

cystite simple très rebelle; elle ne s'en distingue que par des hématuries plus abondantes, par la présence d'un sédiment urinaire épithélial, par les données de l'examen cystoscopique.

Quant à la cystite pseudo-membraneuse, moins souvent hémorragique que la précédente, elle procède habituellement par poussées aiguës successives et produit souvent des calculs secondaires; son pronostic est notablement plus grave que celui des variétés précédentes (4 morts sur 12 cas).

A signaler au chapitre des complications la fréquence des infections ascendantes; elles se rencontrent surtout dans la cystite pseudo-membraneuse (33 p. 100 de cas environ), moins souvent dans les ulcères et les cystites rebelles simples (13 et 12 p. 100), plus rarement enfin dans la leucoplasie (10 p. 100).

L'étude du *diagnostic* est faite longuement : elle aboutit en somme à cette conclusion que, en matière de cystite rebelle, il faut toujours se méfier : *a.* de la tuberculose vésicale; *b.* de cystites entretenues par une infection pyélo-rénale; *c.* de celles qui se rattachent chez la femme à une lésion des organes génitaux. Pour les trois dernières variétés, ulcères, leucoplasie, fausses membranes, c'est au cystoscope que l'on demandera ordinairement le diagnostic.

Dans le chapitre suivant, consacré à l'*anatomie pathologique*, l'auteur essaie d'établir que : ulcères, leucoplasie, fausses membranes, sont des manifestations différentes ou, dans certains cas, des phases successives d'un même processus inflammatoire.

Les *causes* de cystites rebelles demeurent obscures : cystites simples et ulcères sont beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme, mais le rapport est renversé pour les deux autres catégories, plus rares chez la femme.

De même, c'est habituellement au-dessous de quarante ans que se manifeste l'affection, sauf pour la cystite pseudo-membraneuse. Enfin sur 58 cas de cystites rebelles simples dans lesquels la cause est indiquée, on trouve 15 fois une origine obstétricale (avec ou sans cathétérisme) et 30 fois la blennorragie : 13 fois il n'y a pas de cause appréciable, mais si l'on tient compte que cette dernière catégorie renferme 10 femmes pour 5 hommes, il est permis de supposer que le gonocoque vient ici encore jouer un rôle important.

La fin du rapport est consacré à l'étude du *traitement*. Nous ne dirons rien du traitement médical ni du traitement topique, qui se borne à résumer des notions bien connues. Pour ce qui concerne la thérapeutique opératoire, l'auteur a pris le soin de réunir un grand nombre d'observations qui permettent de bien se rendre compte de l'efficacité actuelle des diverses interventions.

La *dilatation du col vésical*, autrefois recommandée chez la femme, paraît actuellement à peu près abandonnée, sous l'influence des travaux de Guyon et de son école.

La *taille périnéale* n'est guère plus employée, mais elle ne paraît pas mériter le discrédit dans lequel elle est tombée; sa mortalité demeure, il est vrai, assez forte, mais il en faut accuser sans doute les lésions rénales bien plus que l'opération elle-même. Elle fournit, en somme, sur 100 cas, 36 guérisons, 36 améliorations, 5 insuccès, 23 morts. Il faut noter à l'actif de cette intervention l'absence de fistules.

La *taille hypogastrique* est beaucoup plus employée; elle doit, comme la précédente, être suivie d'un drainage prolongé. Elle a fourni sur 100 cas 38 guérisons, 19 grandes améliorations (persistance de la fréquence, diminution ou disparition du pus et surtout de douleurs), 13 améliorations simples, 19 insuccès, 11 morts. De l'examen des observations il résulte que les insuccès sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme; par contre, on a noté une fistulisation prolongée chez 6 hommes et chez une seule femme. En somme, il semble résulter de ces chiffres que la taille hypogastrique, moins grave que la taille périnéale, échoue plus souvent et que les améliorations qu'elle procure donnent moins de sécurité. Ceci se rapporte aux cystites rebelles simples; pour les ulcères, la taille hypogastrique donne des résultats beaucoup plus favorables : 50 p. 100 de succès, 25 p. 100 de grandes améliorations, 8 p. 100 d'améliorations simples, 17 p. 100 d'insuccès, pas de mort; il ne s'est produit de fistule dans aucun cas. Les résultats sont moins brillants pour la leucoplasie qui fournit 23 p. 100 de morts, 30 p. 100 de guérisons, 39 p. 100 d'améliorations simples et 8 p. 100 d'insuccès. Quatre fois la taille hypogastrique a amélioré des malades chez lesquels l'incision périnéale avait échoué; quatre fois l'éventualité contraire s'est réalisée; enfin quatre femmes ont été guéries ou améliorées par la taille vaginale, alors que l'ouverture hypogastrique avait été inefficace.

La *taille vaginale* a été souvent pratiquée; elle donne des résultats remarquables : sur 100 cas, 65 guérisons, 14 grandes améliorations, 17 améliorations simples, 4 insuccès, pas de mort. Ces chiffres forment un heureux contraste avec les précédents; mais en examinant les faits avec attention, on voit que cette supériorité ne vient que de la fréquence des fistules : 50 malades sur 100 continuent à perdre leurs urines. Si l'on compte ces malades à part, on voit, en somme, que l'efficacité de la taille vaginale est très analogue à celle de la taille hypogastrique. L'importance de la fistule, après la taille vaginale, est mise encore en lumière par le fait suivant : sur 5 malades opérées antérieurement sans succès par la taille hypogastrique ou le curetage et guéries par la taille vaginale, une seule a guéri après une fistulisation prolongée; 4 sont demeurées définitivement fistuleuses. Il convient enfin de faire remarquer que l'incision vaginale paraît la moins grave des incisions pratiquées sur la vessie.

Le *curetage vésical* se recommande surtout par sa bénignité; sa statistique ne compte pas un seul cas de mort; mais il faut reconnaître qu'il échoue souvent. Sur 100 cas, on trouve 26 guérisons, 22 grandes améliorations, 13 améliorations simples, 39 insuccès. Or, sur 12 malades curetées sans succès et soumises ultérieurement à d'autres interventions, 9 ont été guéries ou améliorées par la taille hypogastrique ou vaginale. Le curetage conserve néanmoins la supériorité d'une mortalité nulle et de l'absence de fistulisation; c'est à ce titre qu'il doit être conservé.

Le *traitement endoscopique*, la *résection de la branche périnéale du nerf honteux interne* ont été encore trop peu employés pour qu'il soit possible de formuler une opinion à leur égard.

Voici, en somme, les conclusions de cette longue étude thérapeutique :

Cystites rebelles simples. — Chez l'homme, faire la taille hypogastrique dans le cas de lésions circonscrites nettement constatées (villosités, fongosités, etc.) et aussi dans les cas, les plus nombreux, où l'on reste dans le doute au sujet de ces lésions mêmes; faire la taille périnéale s'il est bien démontré par le cystoscope qu'il n'existe aucune lésion bien caractérisée et que la vessie demande seulement à être drainée. Chez la femme, commencer toujours par le curetage, inoffensif, sans inconvénients, souvent efficace. En cas d'échec, taille hypogastrique ou taille vaginale suivant les considérations qui précèdent.

Ulcères. — Chez l'homme et surtout chez la femme, commencer par le traitement endoscopique s'il est possible; chez l'homme, pratiquer la taille hypogastrique; chez la femme, commencer par un curetage, quitte à en venir à l'incision sus-pubienne si elle est nécessaire.

Cystites leucoplasiques et pseudo-membraneuses. — Dans les deux cas, c'est évidemment à la taille hypogastrique qu'il faut s'adresser, puisque seule elle permet d'attaquer directement et énergiquement les lésions.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Roséole typhique pustuleuse, par E. Biaubaum et H. Weber. (*Deuts. med. Wochens.*, 12 nov. 1903, n° 46, p. 843.) — Les auteurs rapportent trois cas de fièvre typhoïde observés chez des enfants. Chez ces malades la roséole apparut à la fin du premier septenaire et n'offrit rien de particulier; mais à partir de la troisième semaine de la maladie l'éruption envahit tout le tronc et changea d'aspect; au centre des taches rosées apparurent des vésicules qui grossirent et formèrent de véritables bulles, quelques-unes grosses comme des lentilles. Le contenu de ces bulles, d'abord claires, devint louche puis purulent. La défervescence s'était déjà faite que cette éruption pustuleuse durait encore et gagnait les membres. Elle ne disparut complètement que huit semaines après le début de la maladie.

Dans les deux premiers cas on pratiqua l'examen bactériologique du liquide déjà louche des bulles. Cet examen révéla la présence d'un diplocoque qui ne put être identifié exactement. Dans le troisième cas le liquide clair des vésicules examinées dès ce début se montra indemne de tout germe.

Le microbe trouvé dans les deux premiers cas n'est donc qu'un agent d'infection secondaire.

D'après les auteurs cette forme vésiculeuse puis pustuleuse de la roséole typhique s'explique facilement; c'est l'exagération du processus histologique que l'on remarque au milieu des taches rosées ordinaires, processus qui consiste dans le soulèvement des couches superficielles de l'épiderme par un léger exsudat. A. Lemierre.

Lésions traumatiques sous-pariétales du rein. (*Boston med. and surg. Journ.*, 9 juillet 1903, p. 29, et 16 juillet 1903, p. 64.) — M. Francis Watson, à propos de six observations personnelles de rupture du rein sans lésion de la paroi, a réuni les faits qu'il a pu trouver dans la littérature médicale, soit un total de 660 cas dont l'analyse fait l'objet de son travail. A côté du traumatisme par cause directe (habituellement le passage d'une roue de voiture sur la paroi abdominale antérieure), on doit noter le rôle d'un effort musculaire violent ou disproportionné; tel est le cas en particulier d'un infirmier soulevant une malade en travers d'un lit, ressentant dans la région lombaire une douleur vive bientôt suivie d'hématurie; ou encore celui d'un lutteur qui se fit une rupture mortelle du rein au moment d'un effort musculaire violent pour porter un coup de poing à son adversaire.

Le rein peut être lésé seul lorsqu'il y a contusion de l'abdomen, mais souvent d'autres organes sont atteints; presque toujours il s'agit d'organes situés du même côté que le rein traumatisé. Sur 56 cas de rupture du rein on a relevé une déchirure du péritoine périnéal 24 fois, une lésion du foie dans 12 cas, de la rate dans 11 observations, du foie et de la rate simultanément 2 fois, du mésentère 3 fois, de l'épiploon 1 fois, de l'intestin 3 fois. On doit rechercher soigneusement s'il existe du sang librement épanché dans la cavité péritonéale, ce signe ayant une importance capitale. Il faut savoir que les symptômes abdominaux peuvent apparaître immédiatement ou au contraire le second jour.

Au point de vue du mécanisme de la rupture du parenchyme, l'auteur, d'accord en cela avec Morris et avec Kuster, considère comme satisfaisante la théorie qui invoque l'augmentation brusque de la pression hydraulique dans les vaisseaux et le bassinet. Celle-ci s'exerce en irradiant du hile vers la périphérie et le maximum des lésions s'observe à la partie moyenne du rein, là où il est plus étroit et moins épais.

Ce qui frappe, dans la statistique, c'est le taux élevé de la mortalité dans les cas soumis à l'expectation et, au contraire, la faible mortalité chez les blessés traités par l'intervention chirurgicale (la néphrectomie étant mise à part). L'existence reconnue d'une hémorragie commande l'intervention immédiate et tous les auteurs signalent l'efficacité de la suture du rein pour en tarir la source.

A. Housquains.

Nouvelles expériences concernant la nature et le traitement de la fièvre des foins (Neue Erfahrungen über das Wesen und die Behandlung des Henfiebers), par A. Thost. (*Rev. hebd. de laryngol.*, n° 39, 26 sept. 1903, p. 392.) — La variété de conceptions ayant trait à l'étiologie de la fièvre des foins et la multiplicité des moyens thérapeutiques qui en est résultée, démontrent l'incertitude de connaissance dans laquelle nous sommes encore à l'égard de cette affection si rebelle.

M. Dunbar, directeur de l'Institut d'hygiène de Hambourg, dont M. Thost relate aujourd'hui les expériences, a réussi à isoler du pollen des graminées un poison qui n'est autre que la matière albuminoïde fixée sur les granules d'amidon qui se trouvent à l'intérieur du pollen. Ce poison est soluble dans la salive, les larmes, le mucus nasal et le sérum sanguin. Introduit en solution dans les fosses nasales ou dans les yeux de personnes prédisposées à la fièvre des foins, il provoque, même en plein hiver, tous les symptômes de la fièvre des foins, accompagnés, lorsque la solution a été introduite par la voie sous-cutanée, de vertige, de douleurs thoraciques, d'enrouement, de démangeaisons et de troubles respiratoires allant jusqu'à la suffocation. Chez les personnes non prédisposées, la réaction provoquée est insignifiante.

M. Dunbar put ensuite, en injectant la substance active à des cobayes, des chèvres et des chevaux, obtenir un sérum qui provoquait, chez des personnes prédisposées à la fièvre des foins, une immunité de très courte durée contre l'action de la substance active et procurait un certain soulagement aux personnes qui présentaient déjà un ou plusieurs symptômes de la fièvre des foins provoqués artificiellement. L'injection d'un mélange de sérum et de toxine n'était suivie d'aucun effet, même chez les personnes prédisposées.

Si le résultat de ces expériences très intéressantes était confirmé, les recherches de M. Dunbar auraient ouvert une voie nouvelle dont les conséquences pratiques dans le diagnostic et le traitement de la fièvre des foins seraient de première importance; jusque-là il semble prudent de ne pas se prononcer définitivement. P. Viollet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'insexuée (1), par M. Bru.

C'était fatal : après la syphilis, la blennorragie. M. Brieux reconnaît, de fort bonne grâce du reste, dans sa lettre-préface, qu'il a eu le tort d'étudier une seule catégorie d'avariés. Il en existe une seconde; elle comprend les vieux blennorragiques, à la goutte menaçante, sous son apparence traîtreusement bénigne. M. Bru les a mis en scène avec un incontestable talent et une très réelle compétence, et c'est toujours une satisfaction, trop rare pour nous autres médecins, que de voir traiter d'une main experte le roman pathologique.

Raymond Morel est un de ces jeunes gens comme il y en a tant, ou plutôt il est du petit nombre de ceux qui ont eu une jeunesse relativement chaste; il a dû cependant payer d'une inoculation gonococcique une minute d'égarement;

(1) 1 vol., Flammarion éditeur.

mais la blennoragie a été bénigne, de courte durée; il en a même presque perdu le souvenir, lorsque, tout jeune encore, il épousa Simone, son amie d'enfance. Mais l'infection ne tarde pas à se réveiller; elle provoque chez la jeune femme une pelvi-péritonite à poussées successives; le mot n'y est pas, mais la description est assez vivante pour que le diagnostic soit facile à la simple lecture de l'observation; l'auteur a même poussé le souci du réalisme médical jusqu'à l'erreur de diagnostic, le premier médecin consulté ayant soigné la malade pour une appendicite. Mais les poussées inflammatoires se répètent, les lésions s'aggravent; une laparotomie s'impose qui se termine par l'extirpation bilatérale des annexes. Et voilà la jeune femme guérie de sa maladie, mais privée à jamais des satisfactions les plus légitimes, y compris celle qu'elle désire par-dessus tout, être mère; sa raison ne tarde pas à succomber devant la preuve de son irrémédiable déchéance.

Tel est très brièvement exposé le sujet du roman de M. Bru; l'auteur a su tirer parti des nombreuses relations et des très vives sympathies qu'il a rencontrées dans le milieu médical; il a rédigé l'observation de Mme Raymond Morel en clinicien expérimenté et aussi en écrivain de talent; il est peu d'œuvres, dans le roman contemporain, qui défient aussi complètement la critique à ce point de vue; aussi ai-je pensé qu'il était bon de signaler l'*Insexuée* à ceux d'entre nous qui, au milieu de leurs préoccupations professionnelles, trouvent encore le temps de s'intéresser au curieux rayonnement des idées médicales sur la littérature.

L. I.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nécrologie. — *Claude Philippe* (1865-1903). — Nous avons la douleur d'apprendre à nos lecteurs la mort de Cl. Philippe, né à Saint-Julien-de-Civry (Saône-et-Loire). Cl. Philippe avait commencé ses études médicales à Lyon, et c'est de son passage dans cette ville que datent ses recherches, faites en collaboration avec MM. Bard et Rabot, sur la *myocardite interstitielle* et la *myocardite diphtérique*. Venu à Paris en 1891, il subissait avec succès le concours de l'internat des hôpitaux et s'orientait, presque d'emblée, sur les études neurologiques. Ses travaux sur l'*anatomie des cordons postérieurs* (en collaboration avec M. Gombault), sur la *syringomyélie* (en collaboration avec M. Oberthür), sur la *sclérose latérale amyotrophique*, les *aphasies*, etc., sa thèse sur l'*anatomie pathologique du tabes dorsalis* lui avaient valu une réputation méritée d'histologiste et de technicien. Il était à la veille de recueillir la récompense de ses efforts lorsque la mort est venue le surprendre. Sa fin prématurée attristera profondément tous ceux qui l'ont connu. Ses maîtres honoraient sa science et son caractère, ses élèves trouvaient en lui un guide bienveillant et sûr. Ses amis ne le remplaceront pas.

R. CESTAN. L. BABONNEIX.

Écoles de médecine. — *Nantes.* — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 24 novembre 1903, un concours s'ouvrira le 6 juin 1904 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales.

Conférences de déontologie médicale. — M. G. Lepage, agrégé, commencera des conférences de déontologie médicale le mercredi 2 décembre, à six heures, à l'Ecole pratique (amphithéâtre Cruveilhier) et les continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

Office de l'internat. — Le comité de l'association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris a décidé le transfert de l'office de l'internat dans l'hôtel de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine (VIe), à partir du 15 octobre.

L'office de l'internat est ouvert les mercredis et vendredis d'une heure à trois heures.

Les internes en exercice y trouveront un tableau général de leur répartition dans les divers services des hôpitaux et hospices pendant les quatre années de leurs fonctions, et de plus des renseignements qui leur sont exclusivement réservés, touchant les remplacements, les cessions de clientèles, les postes médicaux vacants, les situations nouvelles, les gardes et assistances opératoires.— Ces différents services fonctionnent gratuitement.

MM. les docteurs de Paris et des départements qui désirent se faire remplacer sont priés de s'adresser à l'Office aussitôt que possible.

L'Office de l'internat centralise en outre tous les renseignements et reçoit les adhésions à l'association des internes.

La Circoncision aux Philippines. — C'est une très ancienne coutume parmi les « indios », mais peu connue des blancs, 70 à 80 p. 100 des mâles du pays de Tagal ont subi cette opération. Les non-circoncis sont insultés par le terme de « suput » qu'on leur donne. La circoncision qui se pratique sur les enfants de huit à dix ans s'appelle « tuli » et est ordinairement faite par les « panditas » ou prêtres, ainsi : un bâton recourbé est planté en terre; le bambin est assis sur ses mollets, en face de ce bâton, dont l'extrémité libre et pointue est insinuée entre le prépuce et le gland, l'opérateur, aussi accroupi, ajuste bien le prépuce sur le bâton, le « tamurung », et applique dessus, dans le sens de la longueur, un couteau bien tranchant qu'il tient d'une main et sur lequel il frappe un ou plusieurs coups avec un bâton, tenu de l'autre main. Le gland entièrement mis à découvert, on panse la petite plaie avec des feuilles de goyavier. (Lieut. Barney, J. Asso. milit. surg. *Rev. méd. du Canada.*)

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PARIS. — A céder contre légère indemnité clientèle gynécologie et vénérologie. — Raisons de santé.

S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, VIe.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Relations directes entre Paris et l'Italie (via Mont-Cenis).* — Billets d'aller et retour de Paris à Turin, Milan, Gênes, Venise, Florence, Rome et Naples (viâ Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane).

Prix des billets : de Paris à Turin, 1re classe 147 fr., 2e classe 106 fr. 15, 3e classe, 69 fr. 25; Milan, 1re classe 164 fr. 80, 2e classe 116 fr. 75; Gênes, 1re classe 169 fr. 80, 2e classe 121 fr. 40; Venise, 1re classe 216 fr. 35, 2e classe 153 fr. 75; Florence, 1re classe 217 fr. 40, 2e classe 154 fr. 80. Validité 30 jours. — De Paris à Rome, 1re classe 266 fr. 90, 2e classe 189 fr. 50; Naples, 1re classe 315 fr. 50, 2e classe 223 fr. 50. Validité 45 jours.

La durée de validité de ces billets d'aller et retour peut être prolongée une seule fois de moitié moyennant le paiement d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

D'autre part, la durée de validité des billets d'aller et retour de Paris à Turin est portée gratuitement à 60 jours, lorsque ces billets sont délivrés conjointement avec un billet de voyage circulaire intérieur italien ou avec un billet d'aller et retour « Turin-Palerme », ou encore lorsque le voyageur justifie avoir pris, à Turin, soit un billet de voyage circulaire intérieur italien, soit un billet d'abonnement spécial italien.

Arrêts facultatifs. — Franchise de 30 kilogrammes de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Trajet rapide en 1re et 2e classes de Paris à Turin, Milan, Gênes, Venise et Rome, sans changement de voiture.

De Paris aux ports au delà de Suez, ou vice versâ. — Les voyageurs partant de Paris à destination des ports au delà de Suez, ou de ces ports à destination de Paris, peuvent obtenir, conjoin-

tement avec leurs billets d'aller et retour de passage de ou pour Marseille, des billets d'aller et retour de Paris à Marseille ou vice-versâ, valables un an, aux prix suivants :

De Paris à Marseille, ou vice-versâ (via Dijon-Lyon, ou Nevers-Lyon, ou Nevers-Clermont) : 1re classe, 145 fr.; 2e classe, 104 fr. 40; 3e classe, 68 fr. 05. — Ces billets sont délivrés par la compagnie des messageries maritimes. — Il peut être émis des billets de classes différentes pour les parcours en chemin de fer et pour les parcours maritimes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 138 — SAMEDI 28 NOVEMBRE 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 28 NOVEMBRE 1903. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les fièvres intermittentes symptomatiques.

Par M. Arthur DELILLE,
Interne des hôpitaux de Paris.

A côté de la fièvre intermittente paludéenne (fièvre intermittente vraie, fièvre intermittente parfaite) se placent des fièvres intermittentes symptomatiques dont le nombre va croissant chaque jour depuis qu'il est possible, grâce à la découverte de l'hématozoaire de Laveran, de séparer la malaria des multiples affections qui lui ressemblent. Les recherches bactériologiques et l'étude du microbisme normal et pathologique de nos organes ont montré que des liens très nombreux unissent ces diverses maladies, pourtant très différentes en apparence, et qu'il est possible ou du moins relativement possible à l'heure actuelle de les unir en des groupes bien définis. Mais cette étude d'ensemble n'est abordable qu'après l'examen successif de toutes ces fièvres, examen qui mettra en lumière et les signes communs et les signes différentiels.

En se basant sur l'étiologie, on peut diviser les fièvres intermittentes symptomatiques en fièvres dues à des causes nettement locales et en fièvres dues à des causes générales, chacune de ces familles comprenant un grand nombre d'espèces comme le montre le tableau suivant :

FIÈVRES INTERMITTENTES SYMPTOMATIQUES :

A. *Fièvres dues à des causes locales.* — Foie; — Tube digestif, rate, pancréas; — Péritoine; — Poumons, plèvres, médiastin; — Cœur, vaisseaux, sang; — Voies urinaires; — Appareil génital; — Centres nerveux et méninges; — Organes des sens; — Lésions d'ordre chirurgical (plaies cutanées, phlegmons, arthrites, etc.).

B. *Fièvres dues à des causes générales.* — I. Septicémies et pyohémies cryptogénétiques.

II. Maladies infectieuses : Fièvre typhoïde, paratyphus; — Fièvre éphémère; — Grippe; — Érysipèle; — Fièvre de Malte; — Filariose; — Lèpre; — Coqueluche; — Tuberculose; — Syphilis.

III. Fièvre arthritique, fièvre de croissance, etc.

IV. Maladies nerveuses : Hystérie; — Goitre exophtalmique; — Neurasthénie; — Fièvre nerveuse pure.

I

A. **Fièvres intermittentes symptomatiques dues à des causes locales.** — I. FOIE. — L'infection peut arriver au foie par trois voies principales : la voie biliaire (de beaucoup la plus commune), la voie veineuse porte et la voie artérielle. A la voie biliaire correspondent les diverses angiocholécystites avec la fièvre biliaire; à la voie veineuse porte, la pyléphlébite suppurée et les grands abcès du foie (le plus souvent d'origine dysentérique); à la voie artérielle les septicopyémies : abcès métastatiques, tuberculose, syphilis, etc. Toutes ces affections sont susceptibles de se révéler par une courbe thermique intermittente à un moment déterminé de leur évolution; il faut y ajouter un certain nombre de maladies dans lesquelles l'infection a une origine plus complexe : cancer, kyste hydatique suppuré, péri-hépatite.

FIÈVRES INTERMITTENTES D'ORIGINE HÉPATIQUE :

1° *Fièvres dues à une infection biliaire.* — *a.* Angiocholécystites aiguës et subaiguës.

b. Angiocholécystites chroniques simples (cholémie simple familiale, ictère chronique simple, angiocholite anictérique) et cirrhogènes (cirrhoses hypertrophiques biliaires).

2° *Fièvres dues à une infection veineuse porte.* — Pyléphlébite suppurée.

Grands abcès du foie (dysenterie).

3° *Fièvres dues à une infection artérielle.* — Abcès métastatiques.

Tuberculose.

Syphilis, etc.

4° *Fièvres dues à une infection d'origine complexe.* — Kyste hydatique suppuré.

Périhépatite suppurée.

Cancer.

1° *Fièvres intermittentes dues à une infection biliaire. Fièvre biliaire.* — La fièvre intermittente biliaire (Dupré) ou fièvre bilio-septique (Chauffard) ou fièvre intermittente hépatique (Charcot) a, depuis la description qu'en fit Monneret en 1864, été étudiée au point de vue symptomatologique et surtout au point de vue étiologique, par de nombreux auteurs. Charcot, Dupré, Duclaux, Gilbert et Dominici, Chauffard, etc., et plus récemment Gilbert et P. Lereboullet, Gilbert et Lippmann ont publié des travaux qui en ont fait une

des fièvres intermittentes symptomatiques les mieux connues.

Si le parenchyme hépatique ne contient aucun germe à l'état normal, les voies biliaires, sur la presque totalité de leur parcours extra-hépatique, sont le siège d'une abondante flore microbienne. Gilbert et Lippmann, reprenant les travaux de Duclaux, ont montré que l'on trouvait au niveau de la moitié inférieure du cholédoque, une infection mixte aéro-anaérobie : colibacille, entérocoque, streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, tétragène, saprophytes intestinaux, bacillus funduliformis, bacillus perfringens, etc., et que l'on rencontrait dans la partie supérieure des voies biliaires extra-hépatiques (moitié supérieure du cholédoque, vésicule biliaire, portion initiale des conduits hépatiques) une infection purement anaérobie. Pour eux « les véritables hôtes normaux des voies biliaires sont les germes anaérobies », car les aérobies les plus constants (colibacille, entérocoque) ne franchiraient qu'exceptionnellement le tiers moyen du cholédoque. A l'état pathologique se joignent à ces divers agents microbiens le bacille d'Eberth, le bacille virgule du choléra et même le bacille de Koch.

Lorsqu'une maladie générale augmente la virulence des germes et diminue la résistance de l'organisme, lorsqu'un trouble morbide local (lithiase biliaire surtout) entraîne la stase biliaire, lorsque le sujet présente « cette prédisposition spéciale, héréditairement transmissible, des voies biliaires à l'infection », désignée par Gilbert et P. Lereboullet, sous le nom de *diathèse biliaire*, des lésions inflammatoires peuvent se développer et envahir les voies intrahépatiques et le parenchyme glandulaire. L affection prendra la forme aiguë, subaiguë ou chronique et le passage dans le sang des toxines microbiennes (poison pyrétogène de Charcot) et des agents septiques eux-mêmes provoquera l'apparition d'un mouvement fébrile qui le plus souvent aura le type intermittent.

a. *Angiocholécystites aiguës ou subaiguës.* — Les angiocholécystites aiguës et subaiguës, lorsqu'elles ne sont pas dominées par les symptômes de la maladie causale, se révèlent dans la plupart des cas par une fièvre à marche intermittente.

Chez un lithiasique, peu après un accès de colique hépatique, chez un individu atteint d'un cancer des voies biliaires, de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater, survient brusquement dans la soirée un *frisson* violent, prolongé, capable d'ébranler le lit du patient : il y a une sensation de froid intense, les extrémités se cyanosent, la température centrale monte et peut atteindre 39, 40, 41 degrés, la prostration devient considérable. Au frisson succède une période de *chaleur* sèche plus ou moins longue; enfin, commence le stade de *sueur* et la défervescence se produit : les sueurs sont souvent assez profuses pour mouiller complètement le lit du malade. L'accès dure de quatre à douze heures; dans certains cas, un des stades manque, surtout le dernier.

Après une apyrexie de longueur variable apparaît un nouvel accès, puis un autre, avec début vespéral généralement et sans aucune régularité dans le retour; la fièvre est alternativement quotidienne, tierce, quarte, biquotidienne, double tierce et même septane et octane, etc. Les accès se répètent ainsi pendant des semaines et même des mois, la courbe thermique prenant presque toujours à la fin le type rémittent ou continu, et l'affection évolue soit vers la guérison soit plutôt vers la mort.

A côté de la fièvre, signe capital, se placent quelques symptômes d'importance moindre : le malade a du subictère ou de l'ictère, le foie et la rate sont plus ou moins tuméfiés et douloureux à la pression, l'urine renferme des pigments biliaires normaux, de l'urobiline, de la leucine, de la tyrosine, de l'indican et même de l'albumine. Regnard en 1873 a publié une observation d'angiocholite dans laquelle la quantité d'urée tombait à 4 ou 5 grammes les jours d'accès fébrile et en 1900 Pick (de Prague) a rencontré un cas analogue; mais les faits contradictoires sont si nombreux que l'hypoazoturie, survenant lors des paroxysmes fébriles, peut être jusqu'à nouvel ordre considérée comme l'exception. L'examen du sang enfin est très instructif : Netter et Martha, Dupré, Hanot, etc., y ont trouvé des microbes pathogènes au moment des poussées fébriles. Pendant l'apyrexie l'infection sanguine manque, mais les agents septiques restent cantonnés en certains points de l'organisme. Dupré, dans le liquide obtenu par ponction de la rate, a constaté la présence du staphylocoque. Quant à la leucocytose, elle est variable : lorsqu'il y a suppuration des voies biliaires, le nombre des leucocytes s'accroît lors des accès, avec prédominance des polynucléaires, et peut rester supérieur à la normale dans l'intervalle ; quand les lésions sont simplement catarrhales, l'hyperleucocytose est transitoire, manque pendant l'apyrexie et ne se montre qu'à la fin des paroxysmes fébriles (Pick); dans certains cas enfin, l'hyperleucocytose fait toujours défaut.

L'hyperthermie se montrant en l'absence de toute suppuration, il est permis de considérer la *fièvre hépatalgique* de Charcot comme une forme éphémère de la fièvre intermittente biliaire; le traumatisme dû au passage du calcul provoque une absorption massive de toxines microbiennes. Au début ou au cours d'une colique hépatique survient un accès fébrile violent avec les trois stades : la température s'élève jusqu'à 40-41 degrés. L'intensité est d'ailleurs très variable, le stade sueur manque fréquemment et il n'est pas rare de ne constater que des frissonnements, un peu de chaleur, un malaise léger, quelques sueurs et une courbe thermique ne dépassant pas 39°5 et même 38°5.

Si la colique hépatique est souvent apyrétique, l'accès fébrile peut être, et surtout chez le vieillard, la seule expression symptomatique de la migration calculeuse (colique fruste).

Cette fièvre hépatalgique est encore regardée par beaucoup comme une fièvre nerveuse : les fortes excitations de la vésicule biliaire chez l'animal provoquent une élévation thermique et, d'autre part, Pemberton a fait remarquer que les frissons se montre au cours de la colique hépatique, après le début de la douleur. Mais n'y a-t-il pas des cas où le frisson précède la douleur (Waunyn) et même existe sans la douleur? N'y a-t-il pas aussi des cas où le frisson hépatalgique inaugure une série d'accès à retour plus ou moins régulier, sans nouvelle apparition de colique? Enfin ne paraît-il pas logique de faire pour les voies biliaires ce que l'on a fait pour les voies urinaires, c'est-à-dire de constituer un groupe de types thermiques rangés par gravité croissante : fièvre hépatalgique ou éphémère, fièvre intermittente, fièvre rémittente ou continue?

Il faut signaler en dernier lieu que chez les malades où la cholécystite domine, la fièvre intermittente s'accompagne de douleur localisée au point cystique et de tuméfaction de la vésicule biliaire.

b. *Angiocholécystites chroniques.* — Les angiocholécystites

chroniques simples ou cirrhogènes sont susceptibles de présenter dans le cours de leur évolution des périodes fébriles à forme intermittente, les accès se rapprochant plus ou moins du type classique avec ses trois stades. Gilbert et P. Lereboullet ont décrit une forme fébrile des affections qu'ils considèrent comme constituant le groupe des angiocholécystites chroniques simples : cholémie simple familiale, ictère chronique simple, angiocholite anictérique. D'autre part, les cirrhoses hypertrophiques biliaires se signalent par des crises dans lesquelles la température s'élève et peut donner un tracé intermittent quotidien avec ou sans les trois phases : frisson, chaleur, sueur.

2° *Fièvres intermittentes dues à une infection veineuse porte.* — Lorsque des agents microbiens venant du tube intestinal ou de ses annexes (streptocoque, staphylocoque, colibacille, entérocoque, bacille pyocyanique, bacillus pyogenes fetidus, bacille d'Eberth, amœba coli, etc.), envahissent la veine porte, ils restent cantonnés dans le tronc veineux ou arrivent jusqu'au foie ; la pyléphlébite suppurée et les abcès hépatiques s'annoncent par un cortège symptomatique où la fièvre joue un rôle capital et revêt dans un grand nombre de cas la forme intermittente.

a. *Pyléphlébite suppurée.* — Quand la pyléphlébite suppurée n'est pas latente (à cause du peu d'étendue des lésions) ou quand elle n'est pas dominée par l'affection causale, elle prend l'aspect d'une septicémie, les signes de stase porte étant relégués au deuxième plan.

Le début est souvent aigu : il est marqué par un frisson intense et prolongé, suivi d'une période de chaleur sèche et de sueurs profuses terminales. L'hyperthermie peut atteindre 40 degrés et au delà et s'accompagne de tachycardie et de dyspnée. L'apyrexie dure quelques heures ou quelques jours, puis survient un nouveau paroxysme et ainsi de suite. Ces accès, de longueur très variable, se succèdent à intervalles irréguliers, se reproduisant plusieurs fois dans la même journée ou étant suivis d'une période apyrétique de plusieurs jours : cette fièvre est plus irrégulière encore que la fièvre angiocholitique (Gendron).

Avec cette hyperthermie il faut signaler : une douleur plus ou moins vive au niveau de l'hypocondre droit et de l'épigastre, l'hypertrophie du foie et de la rate, des vomissements biliaires, une diarrhée séreuse, sanguinolente ou même dysentériforme, des urines peu abondantes et rougeâtres. L'ascite est rare, la péritonite assez fréquente, l'ictère se montre parfois, surtout dans les derniers jours.

b. *Abcès du foie.* — Les abcès du foie dus à une infection d'origine angiocholitique, lymphatique ou artérielle (métastases) n'occupent généralement qu'une place secondaire dans le tableau clinique de la maladie causale ; au contraire, les abcès d'origine veineuse porte, consécutifs à la dysenterie, à l'appendicite, etc., constituent une affection bien déterminée. Le malade éprouve au niveau du foie une douleur d'intensité variable : point de côté hépatique, avec irradiations possibles ; le foie est gros, la rate hypertrophiée presque toujours, l'ictère relativement fréquent. On constate en outre un aspect saburral de la langue, de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée, de la dyspnée. La fièvre, d'abord peu intense, irrégulière, prend, lorsque le travail pyogénique est en évolution, le type rémittent avec paroxysmes vespéraux (frisson, chaleur, sueur), ou le type franchement intermittent : la température s'élevant brusquement le soir avec ou sans frisson, et les sueurs terminales étant profuses, épuisantes. Ces accès sont remarquables par leur peu de régularité et leur résistance à la quinine. Dans la plupart des cas, les abcès du foie s'accompagnent d'hyperleucocytose, surtout polynucléaire ; d'après Boinet et Maurel, on trouve de 24 à 25 000 globules blancs dans les abcès d'origine dysentérique, mais Vaquez et Laubry considèrent ce chiffre comme un maximum exceptionnel.

Quand la maladie évolue vers la cachexie, on a le tableau de la *phtisie hépatique* : état général très mauvais, anémie, fièvre rémittente paroxystique ou fièvre intermittente, sueurs très abondantes.

3° *Fièvres intermittentes dues à une infection artérielle.* — Toutes les infections généralisées sont susceptibles de faire naître au niveau du foie des lésions étendues : abcès métastatiques de la pyohémie, tuberculose hépatique, syphilis hépatique, etc. Ces localisations peuvent se révéler par divers symptômes et spécialement par une fièvre intermittente.

4° *Fièvres intermittentes dues à une infection d'origine complexe.* — a. *Kyste hydatique suppuré.* — Après une période latente de durée souvent prolongée, la membrane protectrice du kyste, normalement imperméable aux microbes, s'altère dans beaucoup de cas grâce à une inflammation périkystique d'origine angiocholitique (Dupré) ou plus rarement d'origine sanguine (Letulle), et la suppuration se produit. Elle s'annonce par de la douleur au niveau du kyste, de la dyspnée, des vomissements, de la diarrhée profuse, de l'amaigrissement, parfois même par des signes évidents de fluctuation, mais surtout par des accès fébriles avec les trois stades, se succédant très irrégulièrement. L'hyperleucocytose est fréquente, sans être constante.

b. *Périhépatite suppurée.* — La périhépatite suppurée, dont les causes sont multiples (angiocholite, appendicite, etc.), a une symptomatologie presque identique à celle de l'abcès du foie et du kyste hydatique suppuré : douleur superficielle au niveau de l'hypocondre droit, dyspnée, vomissements, augmentation de la matité hépatique, parfois fluctuation, et enfin fièvre rémittente paroxystique à exacerbations vespérales ou fièvre intermittente à type vespéral et généralement quotidien avec petits frissons et sueurs profuses.

c. *Cancer.* — Le cancer primitif du foie, surtout dans sa forme nodulaire, et le cancer secondaire s'accompagnent de fièvre dans certains cas (Monneret, Bamberger, Murchison, Dieulafoy, Hanot et Gilbert, etc.). L'hyperthermie est soit continue, soit rémittente avec exacerbation dans l'après-midi ou la soirée (frisson suivi de chaleur, puis de sueur ou de moiteur), soit franchement intermittente avec accès quotidien vespéral ou même biquotidien. Cette fièvre dure des semaines, des mois ; si l'on peut très souvent l'attribuer à une infection secondaire, il n'en est pas moins vrai qu'il faut parfois la considérer comme essentielle et due au cancer lui-même : « Elle est l'indice d'une pullulation active des éléments cancéreux » (Hanot et Gilbert).

II. Tube digestif et ses annexes. — 1° Dans les septicémies ou les septico-pyohémies consécutives à une angine, une œsophagite phlegmoneuse, un rétrécissement de l'œsophage, des ulcérations de l'estomac, de l'intestin ou de l'appendice iléo-cæcal, un phlegmon périrectal, etc., la fièvre prend fréquemment le type rémittent paroxystique avec accès vespéraux et presque toujours quotidiens. Notons que l'hyperleucocytose est constatée dans la plupart des cas.

2° Dans les dyspepsies chroniques, les dilatations d'estomac de l'âge adulte et de la seconde enfance, on a signalé

un petit mouvement fébrile revenant chaque soir avec turgescence de la face, frissons, sueurs et hyperthermie légère : 38 degrés, 38°5 (*fièvre de digestion*).

3° P. Dinami a décrit une fièvre intermittente d'origine intestinale, survenant surtout chez les enfants d'un à sept ans, moins souvent chez le nourrisson et chez l'adulte. Après un malaise vague d'une durée d'un à trois jours éclate un accès fébrile avec frisson, puis sensation de chaleur sèche; la température monte à 39, 40 degrés et plus et au bout de dix à douze heures et même vingt-quatre heures survient une chute thermique brusque, accompagnée d'une sudation abondante. L'apyrexie se prolonge pendant un, deux ou trois jours, le malade restant pâle et abattu, puis se montre un nouveau paroxysme et ainsi de suite, l'affection prenant fin dans la plupart des cas au bout de deux ou trois semaines.

A l'examen, on ne constate le plus souvent aucune lésion organique; la langue est normale, le ventre indolore, il y a des alternatives de diarrhée et de constipation et la rate n'est pas hypertrophiée.

4° A la dernière période de la tuberculose intestinale apparaît une fièvre hectique rémittente paroxystique ou intermittente, mono, bi ou triquotidienne, chaque accès se terminant, surtout la nuit, par des sueurs extrêmement profuses.

5° Les observations de Brinton, Wunderlich, Hanot, Hampeln, Devic et Chatin, etc., ont montré que le cancer de l'estomac peut, chez certains malades, revêtir une forme fébrile, cette hyperthermie étant très souvent intermittente. Les accès apparaissent généralement le soir et présentent les trois stades classiques; ils se renouvellent tous les jours ou tous les deux ou trois jours et cela pendant des semaines et des mois. La rate n'est pas tuméfiée et l'hyperleucocytose, d'ailleurs presque constante, est suivant les cas mono ou polynucléaire.

6° La présence de lombrics dans la cavité intestinale se révèle parfois par une hyperthermie continue ou intermittente (Schupfer); ces parasites joueraient le rôle d'une cause occasionnelle favorisant l'auto-intoxication intestinale.

7° Enfin, dans les pancréatites suppurées, le cancer du pancréas, les abcès de la rate, le cancer de la rate, la courbe thermique est souvent intermittente. Verneuil considérait les trois symptômes suivants : douleur à l'hypocondre gauche, tuméfaction de la rate et fièvre intermittente avec accès quotidiens et vespéraux comme caractérisant la contusion simple de la rate.

III. Péritoine. — La fièvre revêt généralement le type intermittent quotidien avec exacerbations vespérales et tout ou partie des trois stades habituels lors du développement des collections purulentes consécutives à une péritonite simple localisée (d'origine appendiculaire, etc.) ou à une péritonite chronique tuberculeuse; mais à côté de cette fièvre de suppuration banale se place une hyperthermie intermittente ou rémittente paroxystique liée à l'évolution d'une péritonite à bacille de Koch, soit dans sa forme aiguë, soit dans sa forme fibro-caséeuse. Cette fièvre étant analogue à celle que l'on constate dans le cours de la tuberculose pulmonaire et par sa cause et par ses symptômes, nous ne la décrirons pas pour éviter une répétition inutile. Il faut pourtant noter que les sueurs sont plus abondantes au niveau de l'abdomen que dans le reste du corps et que l'hyperleucocytose est presque constante (à prédominance polynucléaire s'il y a suppuration).

IV. Appareil broncho-pulmonaire. — L'appareil respiratoire communiquant librement avec l'extérieur, les microbes les plus divers peuvent s'y greffer, soit pour y créer des lésions primitives, soit pour y compliquer une maladie préexistante. Mais si la plupart des affections broncho-pulmonaires prennent à leur période terminale une allure fébrile intermittente et cela par infection secondaire le plus souvent, seules la pneumonie et la tuberculose s'accompagnent à tous les moments de leur évolution, la première très rarement, la deuxième presque toujours d'une hyperthermie à type intermittent. Nous examinerons « la fièvre des tuberculeux » à toutes les phases de la maladie, car, le poumon étant le lieu de prédilection du bacille de Koch, cette description sera celle de la fièvre tuberculeuse en général; de plus, comme les infections secondaires sont la règle dans la tuberculose ouverte, nous pourrons montrer quelle est l'action du streptocoque, du staphylocoque, etc., sur la température quand ils envahissent un poumon déjà lésé et ceci nous permettra de réduire à quelques mots notre étude sur les autres maladies broncho-pulmonaires.

1° *Fièvre des tuberculeux*. — La fièvre des tuberculeux a donné lieu depuis plusieurs années à de nombreux travaux soit pour sa description clinique, soit pour sa pathogénie. Les micro-organismes septiques (streptocoque, staphylocoque, etc.), considérés d'abord comme jouant un rôle capital, ont perdu peu à peu de leur importance; on considère aujourd'hui le bacille de Koch comme l'agent principal de l'hyperthermie. Si les streptocoques, si les staphylocoques se rencontrent dans le sang, le bacille de Koch s'y voit aussi, et d'ailleurs peu importe, puisque les microbes agissent sur les centres thermiques beaucoup plus par leurs toxines que par eux-mêmes. Au bacille de Koch, agent unique de la fièvre dans la tuberculose fermée (aiguë ou chronique) s'adjoignent d'autres causes aussi multiples que complexes à la période d'ulcération. Des infections secondaires, des fermentations se produisent et « des auto intoxications surviennent du fait des altérations anatomiques ou fonctionnelles dont sont le siège les grands viscères de l'économie en déchéance »; mais « la phtisie, tuberculeuse d'origine, est bien tuberculeuse jusqu'à la fin; les associations microbiennes compliquent, déforment, aggravent sa marche, elles ne la dominent pas » (Grancher et Barbier).

Les recherches thermométriques faites par H. Barbier pour la tuberculose pulmonaire ont montré que la fièvre tuberculeuse est essentiellement une fièvre par accès : rémittente, paroxystique ou intermittente. Prendre la température matin et soir comme on le fait habituellement, c'est constituer une courbe thermique fausse. D'après cet auteur, pour avoir un tracé exact, il faudrait appliquer le thermomètre toutes les deux heures ou, plus simplement, à trois moments déterminés de la journée : le matin entre six et huit heures, l'après-midi entre une et trois heures, le soir entre neuf et onze heures. En employant cette méthode, on s'aperçoit que la fièvre dite continue n'est, en réalité, dans la plupart des cas, qu'une fièvre avec accès subintrants et que, d'autre part, l'apyrexie franche est chose rare chez les tuberculeux.

a. *Tuberculose chronique*. — L'hyperthermie peut se montrer à toutes les périodes de la tuberculose chronique, mais quand les lésions ne sont pas encore ulcérées, elle est sou-

vent difficile à mettre en évidence aussi bien pour le malade que pour le médecin.

α. *Tuberculose fermée* (germination et conglomération). — La fièvre, quand elle existe (fièvre de tuberculisation de Jaccoud), est presque toujours, pour ne pas dire toujours, intermittente et quotidienne; dans certains cas pourtant et surtout dans le début, les accès fébriles n'apparaissent que très irrégulièrement. L'approche des règles, la fatigue, les préoccupations, etc., provoquent l'hyperthermie ou l'augmentent; le repos et l'hygiène, au contraire, l'atténuent ou la font disparaître.

L'accès débute généralement l'après-midi (fièvre de fatigue). Vers trois ou quatre heures survient une certaine sensibilité au froid, parfois même un frisson d'intensité variable; on voit le malade s'envelopper de châles ou de couvertures, la face est pâle, les extrémités sont fraîches, le pouls s'accélère. Deux ou trois heures après, la face rougit, les yeux deviennent brillants et le sujet s'agite, se plaint d'avoir chaud, rejette ses couvertures; pourtant, la température centrale ne dépasse guère 38, 38°5. Enfin, dans la soirée ou dans la nuit, le paroxysme se termine par une sudation plus ou moins abondante, surtout marquée au niveau de la poitrine, et le lendemain matin, le thermomètre marque 36°6 ou 36°8. Les trois stades (frisson, chaleur, sueur) ne sont pas, dans beaucoup de cas, aussi accusés, mais on trouve toujours une sensibilité au froid particulière, revenant périodiquement et suivie à plus ou moins brève échéance d'une sudation souvent profuse. Parfois, les sueurs de la première partie de la nuit attirent seules l'attention du malade; parfois même, les accès, se montrant exclusivement pendant la nuit, restent tout à fait ignorés.

Si le sujet présente les différents signes de « l'imprégnation tuberculeuse » (anémie, amaigrissement, tachycardie, hypotension artérielle), si les troubles fonctionnels respiratoires : dyspnée d'effort, toux sèche et fréquente, etc., se montrent presque constamment, l'appareil digestif, lui, continue, dans la majorité des cas, à fonctionner normalement; la langue est nette et humide, l'appétit est souvent conservé. « Tout malade qui mange et digère bien, tout en ayant la fièvre, est un phtisique » (Lasègue).

β. *Tuberculose ouverte* (ramollissement et excavation). — Avec l'ulcération des lésions apparait une fièvre à grandes oscillations (fièvre de résorption de Jaccoud, fièvre hectique), le plus souvent intermittente à type quotidien, double quotidien, triple quotidien ou double tierce. Les émotions, les ennuis, les fatigues provoquent ou exagèrent les accès mais le repos et une bonne hygiène les font disparaître ou les atténuent. Il y a parfois de longues périodes d'apyrexie durant des semaines, des mois et la réapparition de la fièvre semble coïncider avec une nouvelle poussée tuberculeuse.

Quand l'accès est unique, il commence vers quatre ou cinq heures du soir et se termine au milieu de la nuit par des sueurs abondantes, la température atteignant 39, 40 degrés avec un pouls accéléré (95 à 120 pulsations) et souvent dicrote. Chez beaucoup de malades, les accès se répétent deux et trois fois dans les vingt-quatre heures : lorsqu'il y en a deux, le premier commence vers onze heures du matin ou midi et se termine vers quatre heures ou cinq heures et le deuxième débute à six ou sept heures du soir pour finir dans la nuit; lorsqu'il y en a trois, le thermomètre monte dès neuf heures du matin pour descendre vers une heure, la deuxième exacerbation va de trois heures à six ou sept heures du soir, la troisième enfin, généralement plus intense que les deux premières, se montre pendant la nuit. De deux heures à huit heures du matin, le sujet est dans l'hypothermie avec 36°6 ou 37 degrés et un pouls faible et accéléré et dix-huit heures sur vingt-quatre heures, il est en proie à une fièvre nettement intermittente ou rémittente paroxystique. Il y a des jours où un accès se développe avant la fin du précédent et où la rémission fait défaut; l'hyperthermie est alors continue; parfois, au contraire, l'accès du soir manque et on a le type inverse de Brünniche.

Ces accès présentent fréquemment les trois stades : frisson, chaleur, sueurs, ces dernières étant très abondantes. Pour beaucoup d'auteurs l'urée augmente pendant le paroxysme (sauf à la période terminale), de même que l'acide urique, la créatine, la créatinine, la tyrosine, les chlorures, les phosphates. On a signalé des crises de polyurie, d'albuminurie ou de glycosurie survenant lors des exacerbations; la réaction diazoïque enfin n'est pas rare. Notons, en dernier lieu, qu'il y a diminution du nombre des hématies et de la richesse en hémoglobine, que l'hyperleucocytose est fréquente, surtout quand il se produit une complication phlegmasique et que l'on peut constater la présence dans le sang du bacille de Koch (procédé de l'inoscopie de Jousset), du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque, etc.

b. *Tuberculose aiguë.* — Dans la tuberculose aiguë, comme dans la tuberculose chronique, la fièvre procède par accès et son type fondamental est le type intermittent. Quand les paroxysmes sont subintrants, la courbe thermométrique prend l'aspect continu ou rémittent paroxystique. L'exacerbation est presque toujours vespérale mais elle survient parfois le matin (type inverse); quand aux trois stades (frisson, chaleur, sueur), leur intensité est variable, mais les sueurs sont généralement très profuses.

Si l'hyperthermie est toujours plus ou moins nettement intermittente, si elle s'accompagne constamment des mêmes signes généraux et fonctionnels (amaigrissement, anémie, tachycardie, hypotension artérielle, dyspnée, troubles hématiques et urinaires, présence du bacille de Koch dans le sang, etc.), elle subit pourtant certaines variations dans les diverses formes de la tuberculose aiguë.

α. *Pneumonie caséeuse.* — La température prend, soit dès le début, soit après une période de fièvre continue, l'allure intermittente ou rémittente paroxystique, le thermomètre sautant chaque fois de 36°5 à 40 degrés et plus.

β. *Broncho-pneumonie caséeuse.* — Les accès sont intenses, mono ou plus souvent bi et triquotidiens, précédés de frissons et suivis de sueurs abondantes ; il y a le plus souvent fièvre continue avec accès intermittents.

γ. *Granulie.* — La fièvre représente le symptôme capital des différentes modalités de la granulie : granulie à forme typhoïde, granulie à forme suffocante, granulie à forme pleuro-péritonéale, etc. La courbe thermique offre des oscillations grandes ou petites et suivant le rapprochement plus ou moins prononcé des paroxysmes, on a soit l'aspect continu, soit l'aspect rémittent paroxystique, soit l'aspect intermittent quotidien.

Il faut signaler en dernier lieu que chez les enfants tuberculeux, les sueurs profuses sont rares; l'apyrexie serait la règle au-dessous de deux ans (tuberculose généralisée chronique apyrétique de Marfan).

2° *Pneumonie.* — A côté de la pneumonie palustre ou fièvre intermittente à forme pneumonique, à type quotidien ou

tierce, on a signalé des pneumonies survenant chez des individus indemnes de paludisme et procédant par des poussées successives, avec intermittence dans le processus fébrile (pneumonie à reprises de Jaccoud).

Quant aux congestions pulmonaires à marche traînante, dues très souvent au pneumocoque, elles possèdent un tracé thermique très irrégulier et il n'est pas rare de voir apparaître à certaines périodes, les grandes oscillations caractéristiques de la fièvre intermittente quotidienne.

3° Enfin, la plupart des maladies broncho-pulmonaires présentent à leur période de cachexie terminale, et cela par infection secondaire, une fièvre hectique avec accès vespéraux et sueurs nocturnes. Ces affections sont très diverses et englobent toute la pathologie de l'appareil respiratoire : tumeurs laryngées, bronchite chronique, dilatation des bronches, pneumonie chronique, abcès du poumon, cancer pulmonaire, kyste hydatique (phtisie hydatique), syphilis pulmonaire, etc.

V. Plèvres. — La fièvre intermittente se rencontre dans les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses, dans certains épanchements purulents et dans quelques cas d'hydro ou de pyo-pneumothorax.

1° *Pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse.* — L'hyperthermie est de règle ; elle affecte d'abord le type intermittent quotidien avec chaque soir 38°5 ou 39°5, puis, après trois ou quatre jours, elle prend le type rémittent.

2° *Pleurésie purulente.* — Les pleurésies purulentes à streptocoques, à staphylocoques, les pleurésies putrides présentent une courbe thermique à grandes oscillations (fièvre de pyohémie ou de septicémie).

3° *Pneumothorax.* — Dans le pneumothorax des tuberculeux, on rencontre parfois une fièvre irrégulière à grandes oscillations, fièvre qui peut faire songer à la purulence de l'épanchement alors qu'il n'y a pas de pus. D'autre part les grandes exacerbations vespérales sont presque la règle dans les pyo-pneumothorax à streptocoques et à staphylocoques.

VI. Médiastin. — Witthauer a publié une observation de sarcome du médiastin avec fièvre intermittente : pendant cinq mois, les accès fébriles se succédèrent, séparés par trois ou quatre jours d'apyrexie : la température s'élevait à 39 ou 40 degrés et la fin du paroxysme était annoncée par des sueurs profuses. La recherche des hématozoaires dans le sang et des bacilles de Koch dans les crachats fut toujours négative ; la rate n'était pas tuméfiée. Cette hyperthermie résista à tous les agents antifébriles.

VII. Appareil circulatoire. — Parmi les fièvres intermittentes dues à une affection de l'appareil circulatoire, les unes sont symptomatiques d'une septicémie ou d'une pyohémie à point de départ ou à localisation cardio-vasculaire (endocardite, péricardite, aortite, phlébite), les autres se rencontrent dans certaines formes de lymphadénie.

1° *Maladies cardio-vasculaires.* — a. *Endocardites.* — Après Leyden (1882), Jaccoud, Eichhorst, Hanot, etc., ont décrit des endocardites malignes où la courbe thermique subissait de grandes oscillations, la température restant toujours au-dessus de la normale (forme pyohémique) ou y revenant après chaque paroxysme (forme intermittente). Chacun de ces types peut revêtir, le deuxième surtout, le masque de la fièvre palustre.

α. *Forme pyohémique.* — Après une maladie infectieuse de nature variable, ou dans le cours d'une bonne santé apparente, survient un frisson souvent intense et le thermomètre monte à 40, 41 degrés ; bientôt, le malade est en proie à une sensation de chaleur sèche très désagréable, suivie elle-même d'une sudation abondante qui annonce la fin de l'accès. La température fait alors une chute de 2 ou 3 degrés, mais reste au-dessus de 37 degrés. L'apyrexie relative se prolonge pendant quelques heures, une journée, rarement plus, puis un nouveau paroxysme éclate et l'on a une courbe thermique rémittente paroxystique à type mono, bi ou triquotidien. Cette hyperthermie s'accompagne d'un état général grave : adynamie, délire, troubles gastro-intestinaux, dyspnée, palpitations, etc., la peau est jaunâtre, terreuse et des abcès métastatiques ne tardent pas à se développer. Quant aux signes physiques cardiaques, ils sont souvent peu accentués : les bruits sont plus ou moins sourds, et les pulsations sont fréquentes et irrégulières comme intensité et comme rythme.

La mort n'est pas longue à venir et l'affection dure rarement plus de huit ou dix jours. Il semble que cette forme pyohémique est due dans la plupart des cas au streptocoque ou au staphylocoque.

β. *Forme intermittente.* — Plus modérée dans son allure et dans ses symptômes est l'endocardite aiguë à forme intermittente vraie.

Parfois secondaire, elle est généralement primitive et se montre de préférence chez des sujets débilités, porteurs ou non d'une lésion valvulaire. La fièvre domine le tableau symptomatique ; elle est intermittente à type quotidien, tierce ou quarte. Les accès présentent les trois stades (frisson, chaleur, sueur), le dernier pouvant manquer d'après Eichhorst. Ils éclatent dans la soirée, plus rarement le matin (Hanot) et s'accompagnent de gonflement de la rate (Eichhorst), de céphalalgie, d'anorexie, et même de vomissements, de diarrhée, de palpitations, de dyspnée, de vertiges. Dans l'intervalle des accès, les malades se trouvent relativement bien : ils sont pâles, ont peu d'appétit, de la dyspnée, des palpitations. Les signes physiques cardiaques manquent dans beaucoup de cas ; quand ils existent, on constate un assourdissement des bruits, des souffles variables.

L'hyperthermie conserve jusqu'au bout le type intermittent ou se transforme peu à peu en un type continu. Le malade maigrit, se cachectise et, si la guérison est possible, la mort est la terminaison la plus habituelle : elle survient, subite ou rapide, au bout de quelques semaines et parfois de quelques mois.

b. *Péricardites.* — La péricardite puruleute, quand elle ne disparaît pas dans l'ensemble de la maladie causale, se révèle par une fièvre hectique à grandes oscillations, c'est-dire par une « fièvre de suppuration ».

c. *Aortites.* — L'aortite suppurée revêt l'aspect d'une pyohémie, l'aortite ulcéreuse celui d'une septicémie ; mais dans les deux cas, surtout dans le second (observation de Lebreton), l'hyperthermie est soit rémittente paroxystique, soit intermittente, les accès survenant à intervalles plus ou moins réguliers, s'annonçant par des frissons et se terminant par des sueurs profuses.

d. *Phlébites.* — La phlébite suppurée donne les symptômes généraux de l'infection purulente : fièvres à grandes oscillations et paroxysmes avec grands frissons et sudation intense.

2° *Lymphadénies.* — Rémittente ou continue à exacerbations vespérales dans la lymphadénie leucémique ou leu-

cémie, la fièvre prend l'aspect d'une fièvre intermittente vraie dans certaines formes de lymphadénie aleucémique.

La lymphadénie ganglionnaire généralisée est une maladie à évolution paroxystique; chaque poussée ganglionnaire peut s'accompagner d'une élévation de la température, l'hyperthermie étant continue ou intermittente (Pel, Ebstein, Renvers). A la période terminale se montre la fièvre hectique à grandes oscillations, sueurs profuses, etc. La lymphadénie splénique commune présente, elle aussi, des crises fébriles. Quant à la lymphadénie intestinale, elle est généralement apyrétique; lorsque la fièvre s'y montre, elle est continue dans la forme aiguë et rémittente pour certains, intermittente à exacerbations vespérales pour d'autres dans la forme chronique.

VIII. Voies urinaires. — L'hyperthermie à type intermittent se rencontre dans les pyélonéphrites, la tuberculose et le cancer du rein, la périnéphrite suppurée, l'hémoglobinurie essentielle paroxystique, mais surtout dans l'infection urinaire.

1° *Infection urinaire.* — Sous le nom d'infection urinaire ou *fièvre uro-septique*, on désigne une série d'accidents septiques ou toxiques auxquels sont exposés les malades porteurs d'une lésion de l'appareil urinaire, et particulièrement de ses voies d'excrétion urétrale et vésicale. Cette fièvre uro-septique, très analogue à la fièvre bilio-septique, est bien connue à l'heure actuelle, et cela grâce aux travaux de Guyon, Albarran, Hallé, Tuffier, Clado, Cottet, etc.

L'urine normale contenue dans la vessie et dans les reins de l'homme en état de santé est aseptique (Pasteur); seul, l'urètre présente toujours des germes dans sa partie antérieure. Venant par voie circulatoire ou descendante, par voie lymphatique, par voie transpariétale ou surtout par voie urétrale ou ascendante (l'infection étant alors soit spontanée, soit due à une manœuvre chirurgicale), des microbes variés peuvent envahir les voies urinaires : micrococcus ureæ (qui n'est plus considéré comme pyogène), staphylocoque, streptocoque, bacille pyocyanique, bacterium coli commune, gonocoque, bacille de Koch, anaérobies (micrococcus fœtidus, bacillus ramosus, staphylococcus parvulus, streptobacillus fusiformis, etc.). Si l'appareil urinaire est dépourvu de toute lésion préalable, la présence de ces germes dans l'urine reste latente (bactériurie) ou est révélée par une inflammation aiguë canaliculaire ou péricanaliculaire : cystite, urétrite, phlegmon urineux circonscrit ou diffus, etc.; la fièvre est le plus souvent continue avec des rémissions variables sans aucun caractère spécial. Pour que ces agents microbiens provoquent l'infection urinaire proprement dite, pour qu'ils puissent passer dans le sang ou y envoyer leurs toxines, il est nécessaire qu'ils agissent sur un terrain préparé. Dans la grande majorité des cas, la fièvre uro-septique apparaît chez des individus atteints d'une affection chronique des voies urinaires amenant l'altération des parois et surtout la stagnation de l'urine : rétrécissements de l'urètre, hypertrophie de la prostate, tumeur de la vessie, tuberculose vésicale, etc. Chez ces malades, soit spontanément, soit à la faveur d'une solution de continuité traumatique ou pathologique, les microbes ou leurs toxines seules envahissent le domaine circulatoire. Si le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille se rencontrent plus communément, le bacille pyocyanique, les anaérobies peuvent eux aussi déterminer des infections généralisées (Albarran et Cottet). La symptomatologie dépendra : 1° de la virulence et de l'espèce microbienne (l'infection à streptocoques et à staphylocoques ayant plutôt l'allure d'une pyohémie, l'infection à bacterium coli celle d'une septicémie ; 2° de l'absorption plus ou moins massive, plus ou moins lente des germes et de leurs toxines; 3° de la réaction de l'organisme (la fièvre manquant souvent chez les vieillards, sauf à la période terminale). Il faut, en dernier lieu, signaler avec Guyon le rôle important que joue l'intoxication dans l'empoisonnement urineux : atteints par l'infection primitivement ou secondairement, les reins fonctionnent mal et les produits toxiques s'accumulent dans le sang.

Selon la classification de Guyon, les accidents généraux se manifestent sous deux formes : sous la forme aiguë dans le cas d'infection sanguine, et sous la forme chronique, lorsqu'il y a intoxication lente par absorption de produits microbiens, lorsqu'il y a toxinémie plutôt que septicémie.

a. *Forme aiguë.* — La forme aiguë présente deux types : un type avec accès francs isolés et un type avec accès répétés, ce dernier ne se rencontrant, d'après Guyon, que lorsqu'il existe des lésions rénales secondaires.

α. *Premier type. — Abcès francs isolés.* — En pleine santé, un « urinaire », après une manœuvre chirurgicale ou sans cause apparente, est pris d'un violent frisson; le malade est en proie à une sensation de froid intense, le corps grelotte, les dents claquent, le facies est grippé, les yeux sont excavés, les extrémités se cyanosent. Ce frisson persiste pendant une, deux et même trois heures; sa violence est variable et il peut ne se manifester que par ce phénomène spécial appelé « chair de poule ». Un frisson de longue durée correspond généralement à un accès de grande gravité.

Au frisson succède le stade chaleur; la face devient rouge, les yeux brillants, la peau sèche, ardente et, après un laps de temps déterminé, le stade sueur termine l'accès; la sudation est souvent si profuse que le malade est « baigné » dans son lit. La température qui avait atteint 39, 40, 41 degrés, tombe brusquement à 37 degrés et au-dessous; le calme renaît, mais le malade a de la céphalée, de la courbature et se sent très fatigué.

On constate pendant le paroxysme des symptômes secondaires qui lui donnent un aspect caractéristique : délire, acidité de la salive, langue blanche et sèche, vomissements bilieux, diarrhée fétide, oppression angoissante, pouls accéléré et irrégulier. L'accès est d'autant plus sérieux que la langue est plus sèche et le nombre des irrégularités du pouls est en rapport avec l'intensité même de l'empoisonnement urineux (Guyon); il faut remarquer que les irrégularités du pouls persistent après la défervescence et souvent pendant plusieurs jours.

La durée totale de l'accès qui peut être de trois ou quatre heures au minimum ne dépasse guère vingt quatre à quarante-huit heures dans les cas les plus prolongés, les crises les plus violentes étant habituellement les plus courtes. L'accès franc est peu grave s'il reste unique et si le malade suit un traitement approprié; l'apyrexie qui lui fait suite persiste souvent pendant de longs jours. Mais, dans la plupart des cas, au bout d'un laps de temps variable, apparaît un nouveau paroxysme, suivi lui-même de plusieurs autres et le deuxième type (accès répétés) se substitue peu à peu au premier, cette transition étant annoncée par la sécheresse très accusée de la langue et par la prédominance d'un stade sur les deux autres.

β. *Deuxième type. Accès répétés.* — Lorsque les accès se répètent à de courts intervalles, l'état général devient grave :

adynamie, tendance invincible au sommeil, obnubilation de l'intelligence, irrégularités du pouls, congestion pulmonaire, vomissements, diarrhée fétide, langue sèche et rouge, puis noirâtre et fuligineuse, salive épaisse et acide, muguet, diminution de la sécrétion urinaire, etc. La fièvre présente le type intermittent à grandes oscillations ou le type continu avec exacerbations plus ou moins fréquentes; le début de chaque accès est marqué par un frisson intense et de longue durée et par une ascension brusque du thermomètre qui ne tarde pas à marquer 40, 41 degrés; mais le stade chaleur se fait attendre, le malade ne se réchauffe pas et le stade sueur manque plus ou moins complètement.

A ce tableau symptomatique se joignent parfois des complications rares, mais rencontrées uniquement dans le type à accès répétés : éruptions pustuleuses, purpura, induration phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-cutané (surtout au membre supérieur), suppurations musculaires (jambe, cuisse, fesse, hypogastre) et articulaires (genou, épaule, cou-de-pied), parotidite, etc.

Le pronostic de cette forme est très grave, la mort est fréquente, mais la guérison n'est pas impossible; quand elle survient, elle s'annonce par une défervescence lente et régulière et par le retour de la température à la normale vers le dixième, le vingtième jour. Signalons en terminant que la présence des agents microbiens dans le sang (colibacille, streptocoque, etc.) n'a été constatée que dans des cas d'infection urineuse aiguë.

b. *Forme chronique ou lente.* — La forme chronique ou lente s'établit d'emblée, surtout chez les vieillards, ou succède au type à accès répétés. La fièvre manque ou est rémittente avec oscillations régulières autour de 38 degrés; de temps en temps, mais très rarement, apparaît un accès fébrile avec ses trois stades. L'état général est mauvais, les troubles digestifs très accentués; c'est la cachexie urinaire dont la mort représente la terminaison presque fatale.

2° *Pyélonéphrites. Pyonéphroses.* — Dans les pyélonéphrites et les pyonéphroses, la fièvre est franchement intermittente ou rémittente à grandes oscillations; on a, en réalité, le tableau plus ou moins complet de l'infection urineuse.

3° *Tuberculose du rein.* — Dans la tuberculose rénale, au moment de la fonte caséeuse, apparaît une hyperthermie à paroxysmes vespéraux (phtisie rénale) que nous avons étudiée plus haut en décrivant la fièvre des tuberculeux.

4° *Cancer du rein.* — A côté de la fièvre à grandes oscillations due aux infections secondaires et n'apparaissant qu'à la période terminale, se place une fièvre rémittente ou intermittente que l'on rencontre dans certains cas de cancer du rein et qui est liée à l'évolution du néoplasme (Israël, Max Jordan).

5° *Périnéphrite suppurée.* — Quand le phlegmon périnéphrétique succède à une maladie rénale déterminée, ses symptômes se confondent avec ceux de l'affection causale; s'il est la conséquence d'une infection générale, on voit souvent le sujet présenter des phénomènes fébriles d'allure rémittente ou intermittente qui restent inexpliqués. Trousseau et, après lui, beaucoup d'autres auteurs ont signalé des cas où des abcès périnéphrétiques ont pu faire croire au paludisme; la fièvre procédait par grands accès intermittents mais irréguliers et rebelles à la quinine.

Quand la douleur lombaire apparaît et quand la tuméfaction périrénale devient sensible, le diagnostic se fait sans peine. Pourtant, il ne faut pas confondre un abcès périrénal siégeant à gauche avec une rate hypertrophiée dans le phlegmon périnéphrétique, la pression est douloureuse non seulement en avant, mais aussi en arrière, au-dessous des fausses côtes et la peau à cet endroit est souvent œdématiée.

6° *Hémoglobinurie essentielle paroxystique.* — Si l'hémoglobinurie essentielle paroxystique se montre avec une fréquence relative chez les paludéens, elle se rencontre aussi dans d'autres affections et surtout dans la syphilis soit acquise (de préférence au début de la période secondaire) soit héréditaire (Courtois-Suffit, Comby, etc.).

Cette maladie procède par accès, chacun d'eux présentant les allures générales d'un accès fébrile palustre avec ses trois stades : frisson, chaleur, sueurs. Lorsque le sujet est exposé au froid, il éprouve, au bout d'un temps variable, un frisson plus ou moins violent; la face pâlit, le nez, les oreilles, les mains se cyanosent. Presque en même temps que le frisson surviennent des phénomènes variés : malaise général, bâillements, céphalalgie, douleurs dans le thorax, les lombes, les cuisses, faiblesse subite dans les membres inférieurs, anesthésies partielles, exagération des réflexes, urticaire, purpura, œdème aigu, asphyxie locale avec gangrène ultérieure, etc. Parfois la rate et le foie augmentent légèrement de volume et l'on voit apparaître une légère teinte subictérique.

Puis la face s'anime, le frisson fait place au stade chaleur et, quelques heures après, une sudation souvent très abondante juge l'accès. La température qui dans certains cas atteint 39°5, 40 degrés, ne dépasse guère 38 degrés, 38°5 en temps habituel; son ascension et sa chute sont brusques. Quant au pouls, il est petit et fréquent.

Au début de la crise, les urines sont rares et les mictions peuvent même faire défaut, mais elles deviennent ensuite de plus en plus abondantes. Peu après le frisson, apparaît l'albumine, puis se montre l'hémoglobine et avec elle la coloration spéciale de l'urine. Parfois la teinte s'accentue peu à peu jusqu'à ce qu'on ait l'aspect du vin de Malaga ou du jus de pruneaux; parfois au contraire le rouge est intense d'emblée. Au déclin de l'accès, les urines deviennent de plus en plus claires et reprennent finalement leur couleur normale. Quand on les laisse reposer, on obtient un dépôt brunâtre où les hématies font souvent défaut; lorsqu'on en trouve, elles sont déformées et toujours très peu nombreuses. Il faut noter que l'hémoglobine s'élimine fréquemment sous forme de méthémoglobine et que l'albumine disparaît en dernier lieu. L'examen du sang fait au moment du paroxysme permet de constater une diminution considérable du nombre des hématies et de la richesse en hémoglobine.

L'accès dure quelques heures, un jour, rarement deux ou trois jours. Après lui persistent pendant quelque temps une sensation de fatigue intense, de la pâleur des téguments, et même il n'est pas rare de trouver des souffles cardio-vasculaires anémiques.

Les accès n'ont pas tous cette gravité; certains avortent et se caractérisent par quelques frissons, quelques bâillements, de la céphalalgie, une légère courbature et l'émission d'une urine albumineuse non colorée (Giraudeau). Se reproduisant dès que le malade subit l'impression du froid, ils sont plus fréquents en hiver que pendant l'été; il semble que leur intensité est, jusqu'à un certain point, proportionnelle à celle de la cause provocatrice. *(A suivre.)*

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(25 novembre 1903)

La discussion sur l'**hystérectomie** continue.

M. Monod, tout en admettant avec M. Richelot la possibilité de la cancérisation du moignon utérin, et en attribuant à la sclérose du col, dans ces cas, une certaine influence sur la transformation possible en épithélioma, n'en reste pas moins partisan de l'hystérectomie subtotale, comme tous ses collègues. Mais il estime qu'il faut retenir dans la communication de M. Richelot cette cancérisation possible du moignon utérin laissé dans le ventre après l'hystérectomie subtotale.

M. Rochard vient à son tour appuyer cette opinion d'un fait personnel : une femme à laquelle il a pratiqué l'hystérectomie subtotale pour un fibrome, en 1898, a été, en 1902, opérée dans le service de M. Reynier pour un épithélioma du col.

M. Walther n'a jamais observé cette dégénérescence cancéreuse du col après l'hystérectomie subtotale et préfère de beaucoup cette opération à la totale, comme plus facile et moins dangereuse.

Cette discussion sera probablement terminée dans la prochaine séance et M. Richelot répondra à ses collègues tous d'accord sur ces deux points : 1° que la dégénérescence cancéreuse du moignon utérin est un fait très rare; 2° que l'hystérectomie abdominale subtotale ou intracervicale est une opération très préférable à l'hystérectomie totale.

Dans une des séances qui ont précédé les vacances, M. Delbet a présenté trois malades atteints de fracture récente de jambe ou de cuisse et traités par des **appareils dits de marche**. En présentant ces malades, M. Delbet avait fait ressortir les avantages de ces appareils et formulé quelques critiques relativement à l'appareil de Hennequin.

M. Hennequin est venu défendre son appareil et critiquer, à son tour, l'appareil de marche. Dans une longue communication, il s'applique à démontrer que les trois malades présentés par M. Delbet eussent beaucoup mieux guéri par son appareil que par les appareils de marche.

M. Bazy fait un rapport sur une observation de M. Riche relative à un cas de fracture du bassin avec **rupture de l'urètre**. Il s'agissait d'un homme de trente-deux ans qui tomba devant sa voiture; une roue lui passa sur la cuisse et le ventre; il fut pris d'urétrorragie et présenta, peu de temps après, des ecchymoses sus-pubiennes. Le diagnostic de fracture du bassin avec rupture de la partie membraneuse de l'urètre put être facilement porté. Le cathétérisme fut impossible. M. Riche fit une incision prérectale transversale et put voir que le bout postérieur était distant de 2 centimètres du bout antérieur, mais il trouva facilement, par cette incision, le bout postérieur et fit une suture au catgut qui malheureusement échoua. Il y eut consécutivement un abcès et une fistule, puis les choses s'arrangèrent et le malade guérit. Dans cette communication, M. Riche insiste particulièrement sur la facilité avec laquelle, grâce à cette incision prérectale transversale il trouva le bout postérieur de l'urètre rompu. S'il était aisi démontré que cette recherche du bout postérieur fût aussi facilitée par cette incision, le cathétérisme rétrograde, dit M. Riche, aurait vécu.

M. Bazy, rapporteur, fait ici quelques réserves. Il croit qu'il y aura toujours des cas où le cathétérisme rétrograde sera utile. Il estime également que, dans bien des cas, une incision verticale suffira parfaitement pour trouver le bout postérieur dans les cas de rupture traumatique de l'urètre. Mais il reconnaît toutefois que l'incision transversale, préconisée par M. Riche, déjà connue d'ailleurs, peut donner plus de jour et faciliter ainsi la recherche du bout postérieur.

M. Legueu s'associe aux réserves de M. Bazy et rappelle avoir eu recours, lui aussi, à cette incision transversale dans un certain nombre de cas. Mais cette incision permettra-t-elle la recherche du bout postérieur dans tous les cas? M. Legueu ne le pense pas. Il estime qu'il y aura toujours des cas où, même avec cette incision transversale, il sera absolument impossible de retrouver le bout postérieur. Que faudra-t-il faire dans ces cas? Il ne restera qu'une seule ressource : le cathétérisme rétrograde. Il ne faut donc pas dire du cathétérisme rétrograde qu'il a vécu.

M. Championnière fait observer qu'il y a des cas très différents, en matière de rupture traumatique de l'urètre, et que, parmi ces cas, il en est et il en sera toujours dans lesquels toute recherche du bout postérieur sera impossible. Dans ces cas, comme l'a dit M. Legueu, il ne restera que la ressource du cathétérisme rétrograde.

M. Reynier reconnaît qu'une incision transversale prérectale peut faciliter la recherche du bout postérieur. Quant à lui, il a toujours pu trouver le bout postérieur et sans recourir au cathétérisme rétrograde; voici comment il procède : il introduit dans la vessie, par le bout postérieur, une sonde n° 8. Il passe cette même sonde dans le bout antérieur. Puis sur cette sonde conductrice il introduit une sonde à bout coupé jusque dans la vessie. Il retire alors la sonde conductrice. S'il veut changer la sonde ainsi introduite dans la vessie, il réintroduit la sonde conductrice, retire la sonde à bout coupé et en introduit une autre sur la sonde conductrice qu'il retire ensuite. Rien n'est plus facile que de réparer l'urètre rompu sur la sonde introduite par ce procédé.

M. Schwartz a assisté à l'opération de M. Riche et il a été frappé de la facilité avec laquelle, par cette incision transversale, on trouve le bout postérieur de l'urètre rompu. Mais M. Schwartz ne croit pas pour cela que le cathétérisme rétrograde ait vécu.

Arrivons aux présentations :

Ablation d'un **goitre très adhérent** par M. Championnière, section des omo-hyoïdiens adhérents à la trachée, qui est sectionnée, suture immédiate, tamponnement de la périphérie, guérison. M. Championnière insiste sur les avantages, dans ces cas, de la suture immédiate de la trachée.

M. Legueu présente une jeune fille qui a reçu une balle de revolver sur le côté droit : **plaie verticale du foie**, laparotomie quatre heures après, tamponnement, guérison. Quelque temps après, cette malade, qui se trouvait dans le service de M. Blum, se plaignait de souffrir au niveau du triangle de Scarpa, incision, extraction de la balle qui se trouvait à ce niveau, hémorragie foudroyante, ligature de la fémorale, guérison.

M. Jalaguier présente un jeune garçon qu'il a guéri d'une **luxation de l'index** par la section sous-cutanée du ligament sous-glénoïdien.

Voici la composition des commissions de prix : prix Marjolin et Duval, MM. Reclus, Nélaton, Jalaguier; prix Labori, MM. Reynier, Rochard et Monod; prix Demarquay, MM. Chaput, Routier et Picqué; prix Gerdy, MM. Delbet, Tuffier et Guinard.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE
(OCTOBRE 1903)

Des cystites rebelles.
Conclusions du rapport de M. PASTEAU.

Sous le nom de *cystite rebelle*, il faut désigner les cystites dont l'évolution n'est pas modifiée par un traitement approprié bien conduit, et qui persistent malgré la continuation prolongée ou la reprise de ce traitement.

Les termes de cystite chronique et cystite rebelle ne sont pas identiques et ne doivent pas être appliqués aux mêmes cas. En effet, *certaines cystites sont rebelles d'emblée*, et le type en est fourni par la cystite tuberculeuse; d'autre part, une cystite chronique dont le traitement n'a pas été bien conduit, ou n'a pas été poursuivi assez longtemps, peut être susceptible de guérison plus ou moins rapide et facile, et n'est pas nécessairement une cystite rebelle.

Parmi les cystites rebelles, il en est qui résistent à tout traitement et même aux interventions chirurgicales; elles méritent le nom de *cystites réfractaires*.

L'anatomie pathologique démontre que, *dans les cas où la cystite n'est pas rebelle d'emblée*, la persistance des symptômes peut être due à une transformation anatomique de la paroi vésicale sous l'influence d'une *cystite chronique interstitielle totale*, à laquelle peuvent s'ajouter ultérieurement de véritables dégénérescences néoplasiques.

Des lésions vasculo-nerveuses paraissent seules capables d'expliquer les douleurs persistantes de certaines cystites réfractaires.

De l'étude de la physiologie normale et pathologique de la vessie, on peut tirer les notions nécessaires pour le *traitement physiologique préventif des cystites rebelles*.

Une fois la cystite rebelle confirmée, le traitement à instituer dépend essentiellement de l'état des lésions.

Dans le cas de *cystite verruqueuse*, le curetage par l'urètre chez la femme, suivi du drainage et d'un traitement topique prolongé, peut suffire; chez l'homme, on doit d'emblée recourir à la taille hypogastrique pour faire « la toilette » et la cautérisation de la vessie, suivies d'un long drainage (soit par l'urètre, soit par l'ouverture hypogastrique) et d'un traitement topique prolongé et systématiquement repris.

Dans le cas de *cystite leucoplasique*, la taille hypogastrique et la destruction profonde des lésions amènent en général la guérison; la nécessité du traitement topique s'impose dans ces cas comme dans les précédents.

Dans le cas où la cystite coexiste avec une véritable *tumeur vésicale*, l'ablation du néoplasme peut être suivie de la disparition des phénomènes de cystite.

Dans le cas de *cystite totale* plus ou moins généralisée à toutes les couches, on est souvent réduit à ne faire qu'un traitement symptomatique. Pour combattre efficacement la douleur, il n'est qu'un moyen : c'est de supprimer physiologiquement la vessie en la drainant complètement. La voie vaginale chez la femme, la voie périnéale chez l'homme, la voie hypogastrique dans les deux sexes, permettent d'arriver à ce but. Aucune d'elles ne mérite d'être exclusivement préférée aux autres; il faut s'inspirer des circonstances pour faire un choix judicieux. Si, par l'hypogastre, on peut mieux se rendre compte de l'état de la vessie, et mieux agir sur la paroi, par contre le drainage prolongé par le vagin est mieux supporté chez la femme, et peut même parfois être suivi de guérison complète, ce qui permet ultérieurement de fermer la fistule chirurgicale primitivement établie dans un but purement palliatif.

Dans le cas de *cystite réfractaire*, la fistulisation définitive et le drainage bien complet de la vessie, associés à l'emploi des narcotiques, peuvent seuls permettre aux malades de jouir d'un calme relatif et de prolonger leur pénible existence.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La leçon d'ouverture de M. Richer à l'Ecole des Beaux-Arts. — M. Richer, qui a succédé à M. Mathias Duval comme professeur d'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts, a fait sa leçon d'ouverture mercredi, à deux heures, dans l'hémicycle de cette école, au milieu d'une affluence considérable d'élèves, d'artistes et d'amis. Jamais, peut-être, homme ne fut mieux à sa place que M. Richer dans cette chaire, car, on le sait, c'est un savant doublé d'un artiste ou, plus exactement encore, un artiste doublé d'un savant. Il était donc intéressant de savoir comment M. Richer comprendrait l'enseignement de l'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts. Il nous semble bien qu'il l'a compris de la façon la plus heureuse.

Après un court historique de l'art égyptien, de l'art assyrien, M. Richer arrive à l'art grec et constate que les Grecs sont les sculpteurs qui ont le plus approché du beau et du vrai. Or les Grecs ne connaissaient pas l'anatomie. Arrivant à l'art de la renaissance, M. Richer rappelle qu'en même temps qu'apparut cet art naquit, pour les artistes, l'anatomie. Mal leur en prit, car cet art s'en ressentit et, hypnotisés pour ainsi dire par le cadavre, les artistes ne surent plus faire vivant, si l'on compare leurs œuvres à celles des Grecs.

Quelle conclusion allons-nous tirer de là sinon qu'il vaut mieux, pour le sculpteur, ne pas connaître l'anatomie que de la trop bien connaître? Comme bien l'on pense, ce n'est pas à cette conclusion qu'aboutit M. Richer et c'est en fort bons termes qu'il explique à ses auditeurs l'utilité, pour l'artiste, de l'anatomie des os, des muscles et du tissu cellulaire sous-cutané, mais à la condition expresse que cette étude n'ait jamais pour but que la reproduction de la forme extérieure, non celle du cadavre, mais bien celle du vivant, du modèle vivant. C'est à ce même titre qu'interviendra également la physiologie du mouvement dont l'étude est aujourd'hui singulièrement facilitée par les méthodes graphiques de Marey et par la photographie instantanée.

Nous ne doutons pas que les artistes vraiment soucieux de leur art ne tirent un grand profit de l'enseignement de l'anatomie tel que le comprend M. Richer qui, artiste lui-même, saura toujours respecter la souveraineté de l'art. Dr A. B.

Facultés de médecine. — *Montpellier.* — L'assemblée de la Faculté vient de réélire doyen M. Mairet, par 30 voix sur 33 votants et 36 électeurs.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Adrien Proust, professeur à la Faculté de médecine, membre du Conseil d'hygiène, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des services sanitaires, commandeur de la Légion d'honneur, décédé dans sa soixante-dixième année.

Ses obsèques auront lieu demain samedi, à dix heures, en l'église Saint-Philippe-du-Roule.

Nous adressons à son fils, le docteur Robert Proust, l'assurance de notre très profonde et très cordiale sympathie.

Les hernies, par E. ROCHARD, chirurgien des hôpitaux de Paris. In-18 jésus, cart. toile, de 525 p., avec 106 fig. dans le texte. (Biblioth. de chir. contempor.) — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 139. — MARDI 1er DÉCEMBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 1er DÉCEMBRE 1903. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

UN CAS DE PELLAGRE INDIGÈNE

Par R. MORICHAU-BEAUCHANT, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Poitiers, et V. COURTELLEMONT, interne des hôpitaux de Paris.

La rareté relative des observations de pellagre indigène nous engage à rapporter l'histoire d'un malade atteint de cette affection, que nous avons examiné et suivi de longs mois dans le service de notre maître, M. Du Castel; l'étude de ce cas est d'ailleurs intéressante à plusieurs titres.

OBSERVATION. — N... (Félix), âgé de quarante-quatre ans, terrassier, entre le 16 mai 1900 à l'hôpital Saint-Louis dans le service du docteur Du Castel.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à soixante ans d'une affection que nous n'avons pu déterminer. Sa mère a succombé à une hernie étranglée. Le malade a eu six frères et sœurs, mais il n'en a plus de nouvelles depuis longtemps.

Antécédents personnels. — Né à terme spontanément, il n'a pas eu de convulsions pendant l'enfance. Il était sujet à des rhumes, des maux de gorge, mais ne contracta jamais de maladie grave. En somme, jusqu'à l'apparition des signes de l'affection actuelle, sa santé resta satisfaisante.

Jusqu'en 1890 cet homme habita la Lorraine où il était né, puis les Vosges, la Haute-Marne où il travailla de son métier de terrassier. En 1890, il vint à Paris chercher de l'ouvrage pour en repartir quelques mois après et aller s'installer en Seine-et-Marne, où il resta jusqu'en 1898; à cette époque, il revint se fixer à Paris.

On relève dans son passé des antécédents alcooliques nets. Pendant longtemps il a bu quotidiennement deux à trois litres de vin, deux ou trois apéritifs, trois ou quatre petits verres d'alcool. Depuis un an et demi, il ne pouvait plus faire d'excès, car aussitôt survenaient des vomissements et de nombreux malaises. Jamais le maïs n'est entré, sous aucune forme, dans son alimentation. N... a travaillé quelquefois avec des Italiens, notamment pendant son séjour dans l'Est, mais à aucun moment il n'a partagé leur nourriture. Depuis trois ou quatre ans, gagnant peu, il se nourrissait fort mal. Il ne mangeait presque jamais de viande, et ne prenait que des légumes et du pain.

Début de la maladie. — Au mois de juin 1898, apparition de la diarrhée qui revint intermittente pendant quatre à cinq jours. Vers le mois de novembre de la même année recrudescence des accidents : diarrhée abondante, faiblesse très grande, céphalée, vomissements. Cette période aiguë passée, la diarrhée persista, accompagnée d'un certain degré de faiblesse. Au mois de mai 1899, apparition de nouveaux symptômes qui, peu marqués au début, s'accrurent très vite. A la diarrhée, à la faiblesse s'adjoignirent certains troubles nerveux : céphalée, diminution de la mémoire, difficulté pour trouver les mots. L'appétit diminua. Bientôt la fatigue continuelle ne permit plus au malade de travailler d'une façon régulière. Presque tous les soirs, l'œdème des jambes apparaissait. Notre homme dut cesser tout travail deux mois avant son entrée à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — Malade d'aspect cachectique, mais sans amaigrissement apparent. On est frappé immédiatement par la présence de lésions spéciales des téguments au niveau de la face et du dos des mains. La peau de ces régions est violacée, fendillée, et desquame en formant des écailles assez larges. Au membre supérieur, l'érythème occupe le dos de la main et s'arrête au poignet. La face palmaire et l'avant-bras sont indemnes. Au visage, les lésions sont identiques; elles intéressent le front et les joues. Les parties atteintes sont le siège d'un prurit désagréable. Le malade n'avait jamais eu auparavant l'attention attirée sur les symptômes particuliers que nous venons de signaler; c'est seulement il y a un mois, qu'après une journée d'exposition au soleil ardent, il remarqua que le dos des mains et la face devenaient rouges. Il n'accorda d'ailleurs pas une grande importance à ce phénomène.

L'examen des divers appareils donne les résultats suivants :

Appareil digestif : Diminution considérable de l'appétit, mais sans dégoût électif. Soif peu marquée, sans saveur salée; pas de vomissement. L'abdomen est un peu ballonné, mais la palpation n'y décèle rien d'anormal. Le malade a quatre ou cinq selles quotidiennes, liquides, sans caractère particulier.

Appareil pulmonaire : N... ne tousse ni ne crache, et on ne perçoit rien de pathologique par la percussion et par l'auscultation.

Appareil circulatoire : Les bruits du cœur sont normaux, sans souffle. Le pouls bat à 80. La tension artérielle est abaissée.

L'examen du sang donne les résultats suivants : Globules rouges, 2945000; globules blancs, 18600. Le pourcentage montre une proportion de 69 polynucléaires, 1 éosinophile, 23 lymphocytes, 7 mononucléaires.

Les urines renferment une quantité appréciable d'albumine.

Système nerveux : Ce qui domine, c'est une apathie extrê-

mement marquée, physique et psychique. Le malade reste couché dans son lit, immobile et taciturne. Il ne parle pas à ses voisins, et ne répond aux questions qu'on lui pose que par phrases courtes et souvent d'une façon imprécise. La mémoire est manifestement diminuée, et il existe une certaine difficulté d'élocution, tenant à ce que le sujet parle lentement et surtout à ce qu'il cherche longtemps ses mots avant de les prononcer; mais on ne trouve pas trace d'achoppement dans sa conversation. Le moindre effort paraît provoquer une fatigue extrême; l'examen, cependant, ne décèle aucune paralysie. Aux mains, on constate l'existence d'un tremblement léger, se rapprochant du tremblement éthylique; il n'y a pas de tremblement des lèvres et de la langue. La démarche est un peu vacillante. Les réflexes rotuliens sont normaux. N... se plaint de céphalée frontale persistante, de rachialgie lombaire et de douleurs, analogues à des crampes, au niveau des membres inférieurs. Il n'offre aucun trouble de la sensibilité objective, mais présente quelques bourdonnements d'oreille et quelques vertiges. Ses pupilles sont égales, normalement dilatées, et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. La musculature externe des globes oculaires fonctionne normalement, mais la vue est un peu affaiblie depuis deux à trois mois. Il n'y a pas de trouble des sphincters.

En présence de ces différents symptômes, le docteur Du Castel porta le diagnostic de pellagre, et fit de ce malade le sujet d'une de ses conférences du samedi. L'évolution ultérieure de la maladie confirma le diagnostic.

Evolution. — Les lésions érythémateuses disparurent progressivement; à la face persista un masque terreux jaune sale. Le malade s'affaiblit. L'œdème, d'abord intermittent, apparaissant le soir et localisé aux malléoles, devint bientôt permanent. Il envahit les membres inférieurs, le scrotum, s'accompagnant d'un épanchement dans la vaginale du côté gauche. Vers la fin de septembre, il s'étendait au ventre, au dos, à la poitrine. L'œdème était dur, le godet était difficile à obtenir. Les téguments étaient lisses et avaient un aspect brillant, comme vernissé, tout à fait spécial. A la fin de septembre également, apparut une éruption de taches purpuriques au niveau des membres.

Les troubles nerveux allèrent en s'accentuant. L'apathie devint de plus en plus marquée, le malade resta confiné au lit. La gêne de la parole progressa peu à peu, par suite d'une plus grande lenteur dans la conception et dans l'expression, sans jamais s'accompagner d'accrocs ou de trébuchement des syllabes. Le malade était de plus en plus triste, il manifesta à plusieurs reprises le désir de mourir. Les troubles digestifs persistèrent. La diarrhée présenta cependant quelques rémissions sous l'influence d'un traitement symptomatique. Le ventre se météorisa, mais on n'observa pas le développement d'ascite. L'albuminurie, qui existait en proportion modérée à l'entrée, disparut au bout de quelques mois sous l'influence du régime lacté. Une analyse d'urine, faite dans les premiers jours de novembre, donna les résultats suivants :

Volume en 24 heures....... 3000 grammes.
Densité.................... 1008.

Urée	7g76	pr litre, c'est-à-d.	23g29	pr 24 h.
Acide urique	0g231	—	0g693	—
Azote total	4g35	—	13g07	—
Chlorures (en NaCl).	6g43	—	19g30	—
Phosphates.........	0g385	—	1g155	—

Ni sucre, ni albumine, ni indican.

Du 1er au 13 novembre, l'état s'aggrave : le malade garde un mutisme presque absolu; il ne répond pas aux questions qu'on lui pose, bien qu'il possède toute sa conscience. Il est étendu dans son lit, immobile, dans l'attitude d'un mélancolique halluciné; il n'a ni contracture, ni catatonie. A force de l'interpeller, on finit par se convaincre qu'il a des hallucinations auditives; il raconte qu'on veut se débarrasser de lui, on lui dit qu'il gêne ici, on lui commande de s'en aller. Il demande qu'on l'achève. L'albumine reparaît dans les urines, par intermittences, en petite quantité. Le 13 novembre, en présence de l'échec de toutes les médications, on administre au malade trois capsules de corps thyroïde frais, de 10 centigrammes chacune. Les quatre jours suivants, la dose est élevée à six. N... parut sortir un peu de sa torpeur et répondre mieux aux questions posées. Le 18 au matin, il prit encore trois capsules. Dans l'après-midi, il eut une crise de dyspnée très intense qui dura une demi-heure. Le pouls battait à 140 et était très faible. Au cœur, on entendait un souffle mitral systolique léger qui donnait l'impression d'un souffle par dilatation. Le traitement thyroïdien fut immédiatement suspendu. Dans la soirée, surviennent des crises tétaniformes : le malheureux se lève subitement sur son lit, et tombe les membres et le corps raides; il reste en état de rigidité pendant un laps de temps qui varie entre cinq minutes et une demi-heure. Le 19 au matin, nouvelle crise tétaniforme, mais cette fois N... ne parvient pas à se mettre debout, et tombe dès qu'il essaye de se lever. A la visite, on constate qu'il est dans le coma, insensible, et dans la résolution musculaire la plus complète. Dans la journée, il revient à lui; les crises disparaissent. Dans la nuit du 19 au 20, il a du délire (il fait la guerre aux Chinois); la journée du 20 est relativement lucide; mais la nuit suivante, les conceptions délirantes et l'agitation, d'ailleurs modérée, font de nouveau leur apparition : il veut se lever sans cesse pour aller à son ouvrage; par instants, il se couche sur le ventre et enfouit son visage dans l'oreiller; ce n'est pas sans difficulté qu'on peut lui ramener la face en avant pour lui permettre de respirer. Ces symptômes persistèrent nuit et jour pendant une dizaine de jours.

A ce moment, l'état semblait devoir comporter une issue fatale à brève échéance. Cependant, une amélioration inespérée se dessina bientôt : le délire disparut, les bruits du cœur étaient normaux, le malade recommença à s'alimenter. A partir du 5 décembre, il est soumis à un régime plus substantiel : viande crue 200 grammes, beurre, œufs; le lait, qui avait constitué jusque-là l'alimentation presque exclusive, est supprimé. Depuis cette époque, un mieux manifeste se fit sentir; l'appétit revint en partie; au bout d'une huitaine de jours, le malade se levait un peu dans la journée. L'infiltration œdémateuse persistait ainsi que la diarrhée, et l'asthénie était encore très grande. Jusqu'au mois de janvier 1901, l'état se maintint relativement bon; N... parlait davantage et pouvait se promener dans la salle. Mais, vers la fin de mars, la cachexie fit des progrès rapides, la diarrhée devint plus abondante, l'alimentation très difficile, et le pauvre homme succomba dans le marasme et au milieu d'accidents délirants.

L'autopsie, qu'il nous fut impossible de pratiquer nous-mêmes, montra qu'il n'existait pas de lésion macroscopique capable d'expliquer la cachexie du malade.

Dans le cas que nous venons de rapporter, le diagnostic de pellagre nous paraît s'imposer avec la plus grande évidence. La maladie s'affirme, en effet, par tous ses caractères : l'érythème, les troubles gastro-intestinaux, l'asthénie, enfin les troubles psychiques qui impriment à cette catégorie de malades une physionomie si particulière. De plus, il n'existait ni paralysie générale, ni affection organique capable de déterminer l'apparition d'un syndrome pellagroïde secondaire.

Quelques particularités cliniques, relatives à l'étiologie, à la symptomatologie et au traitement, méritent, croyons-nous, d'attirer l'attention.

Tout d'abord, au point de vue étiologique, nous notons l'absence complète d'alimentation par le maïs. Par contre, on relève dans l'hygiène de notre sujet une nourriture insuffisante et de mauvaise qualité, et des antécédents éthyliques avérés. Ainsi se trouve confirmée, cette fois encore, l'opinion de Bouchard et de Gaucher, les deux auteurs qui se sont le plus occupés en France de la question, et qui attribuent la pellagre non pas à l'usage du maïs verderamé, mais à l'alimentation défectueuse et insuffisante. La pellagre serait donc véritablement le « mal della miseria », suivant l'ancienne expression lombarde. Notons tout particulièrement l'existence des antécédents alcooliques, sur l'importance desquels Gaucher a beaucoup insisté.

Le début de l'affection semble avoir été marqué par des troubles gastro-intestinaux ; l'érythème ne fut constaté que deux ans plus tard. Mais n'oublions pas qu'une éruption, aussi insignifiante aux yeux du malade, a pu très bien exister pendant les années précédentes, sans être remarquée ou du moins sans laisser de souvenir. L'érythème survint à la suite de l'exposition au soleil ardent ; aussi le malade se crut-il atteint d'un vulgaire coup de soleil. On retrouve ici la pathogénie que Bouchard avait autrefois assignée à l'éruption pellagreuse et qui est aujourd'hui universellement admise. L'apparition et la recrudescence des accidents au printemps et au commencement de l'été, c'est-à-dire avec le retour de la chaleur, sont manifestes dans notre observation.

Sauf la stomatite qui manquait, les troubles gastro-intestinaux, l'asthénie, les troubles psychiques furent classiques chez notre sujet. La mélancolie et l'apathie, la torpeur étaient les deux traits principaux de son état mental ; et l'apathie en constituait le caractère dominant. S'il n'a pas fait de tentative de suicide, du moins le malheureux parlait-il fréquemment de la mort, et paraissait-il la souhaiter. Faut-il faire un rapprochement entre l'attitude particulière constatée chez ce malade qui, couché sur le ventre, enfonçait sa tête dans l'oreiller au point d'empêcher la respiration, et celle des pellagreux que l'on retrouve noyés, la face plongée dans des mares d'une profondeur insignifiante ? La submersion est, en effet, un des modes de suicide le plus fréquemment observés au cours de cette affection, sans que l'on soit encore bien fixé sur les motifs de cette singulière prédilection.

Nous attirons spécialement l'attention sur les troubles de la parole, présentés par notre sujet ; loin d'être caractérisés par des achoppements, des accrocs comme dans la paralysie générale, ils consistaient exclusivement en lenteur dans l'expression, associée à une lenteur plus grande encore dans la recherche des mots : ces troubles paraissent traduire uniquement la torpeur intellectuelle.

L'absence d'incoordination motrice et de tremblement des lèvres et de la langue sont des particularités dignes d'être notées.

Au lieu de l'amaigrissement progressif habituel à la période de cachexie, notre malade présenta une infiltration toute particulière des téguments, qui n'était pas sans analogie avec l'état myxœdémateux.

Nous ne ferons que rappeler les lésions du sang : anémie assez marquée et leucocytose très manifeste (18600 globules blancs), sans modification de l'équilibre leucocytaire.

En revanche, il convient d'insister sur les accidents aigus qui modifièrent l'évolution générale de la maladie, pendant le mois de novembre 1900 : dans leur ensemble, ils rappellent, par bien des caractères, les états qu'on a décrits sous le nom de typhus pellagreux et qui ne paraissent être, dans nombre de cas du moins, que des épisodes aigus de stupeur et de délire. C'est en effet ce qu'ils furent, essentiellement, chez notre malade : un état de mélancolie avec stupeur, suivi ou entrecoupé d'idées délirantes polymorphes, le plus souvent d'ordre professionnel.

La question qui se pose à l'occasion de ces troubles consiste à savoir s'ils sont uniquement liés à la pellagre ou s'ils ne sont pas en relation, dans une certaine part du moins, avec le traitement thyroïdien, prescrit vers la même époque. Outre que certains d'eux ont manifestement précédé, de plusieurs jours, l'administration de corps thyroïde, on remarquera que les accidents observés furent hors de proportion avec les faibles doses ingérées. Ne peut-on supposer que l'organisme du pellagreux, déjà profondément intoxiqué, réagit d'une façon exagérée au moindre apport d'un nouvel élément toxique, et qu'une dose minime suffit à provoquer ou à aggraver des accidents qui, chez notre malade, furent des plus graves. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, une conclusion s'impose à la suite de cet échec thérapeutique, c'est que la pellagre est absolument différente dans sa nature du myxœdème, et que l'insuffisance thyroïdienne ne prend aucune part à son développement.

Les accidents tétaniformes, qui ont suivi de si près l'ingestion du corps thyroïde, doivent-ils être attribués à cette médication ? S'agit-il, au contraire, de troubles liés à la pellagre elle-même (tétanos pellagreux de Strambio), et observés parfois au cours même du typhus pellagreux (Lombroso) ? On ne peut rien affirmer à ce sujet, mais nous pencherions plutôt pour la première hypothèse, puisque les accidents ne se sont plus reproduits après la suppression de la médication thyroïdienne.

Enfin notre observation fournit encore une donnée intéressante en mettant en évidence les mauvais effets du régime lacté. Notre malade n'a cessé en effet de décliner tant qu'il a été soumis à ce régime ; une alimentation plus substantielle, par contre, fut suivie d'une amélioration très manifeste. Nous croyons que, même dans le cas d'albuminurie, le moyen le plus efficace de lutter contre la cachexie pellagreuse est de soumettre le malade à un régime alimentaire très nutritif, dans lequel la viande crue entrera pour une bonne part, ainsi que les œufs et les graisses.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(27 novembre 1903)

La récente communication de M. Siredey sur les **formes frustes de l'appendicite chronique** a amené différents membres de la Société à rapporter leurs observations personnelles sur ce sujet.

M. Béclère raconte l'histoire curieuse d'un enfant qui, ce sont les paroles de l'auteur, pourrait être considéré comme présentant un type d'appendicite fruste, « un comble d'appendicite larvée. » Les seuls symptômes ne furent jamais que de l'altération de la figure, « une mauvaise mine » toute spéciale. Tout à fait par hasard, l'examen du ventre démontra qu'il existait une douleur vive dans la région appendiculaire.

Deux chirurgiens proposèrent l'intervention. On la pratiqua et on fut tout surpris de rencontrer un appendice déjà altéré et dans lequel existaient deux exulcérations d'un dia-

mètre assez sensible, qui vraisemblablement pouvaient devenir l'origine d'une perforation.

M. Mathieu insiste sur la très grande rareté des appendices tout à fait sains; il rappelle que dans les autopsies on rencontre très fréquemment des appendices assez malades et, surtout, *histologiquement* malades, dont les lésions ne s'étaient manifestées par rien pendant la vie.

MM. Soupault et Jouaust étudient plus particulièrement **l'appendicite larvée** dans ses rapports avec la menstruation.

Les accidents sont parfois bruyants et faciles à reconnaître; mais dans la plupart des cas ils sont légers, fugaces et facilement méconnus par la malade et le médecin qui les considèrent volontiers comme *des coliques de règle*.

Voici l'ensemble des caractères qui permettent le diagnostic : douleur spontanée dans la fosse iliaque droite, douleur à la pression, pas toujours localisée au point de Mac Burney, mais souvent un peu plus bas, ce qui en fait attribuer la cause à une lésion de l'ovaire; diarrhée légère durant un ou deux jours; nausées; vomissements alimentaires et bilieux se reproduisant trois ou quatre fois et pendant les deux premiers jours de début. Phénomènes généraux peu prononcés consistant en courbatures, céphalée, frissonnements. Enfin la température rectale plus ou moins élevée, 37°8 à 39 degrés et le pouls oscillant autour de 100 ne manquent jamais et sont indispensables pour établir le diagnostic d'appendicite larvée.

Ces accidents éclatent de préférence avec leur intensité maxima quelques jours avant les règles, s'atténuent au moment de l'écoulement du sang et disparaissent avec les règles. Rarement ils les dépassent.

L'appendicite ne se produit presque jamais dans les périodes intermenstruelles; elle se manifeste parfois tous les mois, mais bien des fois elle ne se réveille qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. L'intensité des phénomènes est d'ailleurs variable d'une crise à l'autre.

Le diagnostic est facile en général. La colite muco-membraneuse vraie présente souvent une exacerbation au moment des règles, mais dans sa forme typique elle ne présente pas les mêmes phénomènes, et il est probable que si elle simule souvent la crise d'appendicite larvée, c'est que vraisemblablement celle-ci lui est associée.

La coïncidence des lésions annexielles et d'appendicite donne lieu à des symptômes d'une interprétation délicate et c'est aux commémoratifs et à l'examen direct des organes génitaux qu'il faudra demander la solution du problème.

La pathogénie de ces accidents s'explique facilement par la congestion que subissent au moment des règles tous les organes pelviens, et notamment ceux que la maladie à mis en état de résistance inférieure.

Le traitement médical ne présente rien de particulier. L'ablation de l'appendice à froid s'impose lorsque les crises d'appendicite larvée se sont reproduites un certain nombre de fois, car les phénomènes frustes peuvent faire place à des accidents graves.

M. Comby a observé 12 malades (6 adultes et 6 enfants), chez lesquels on vit se dérouler avant ou après une crise, pendant une ou plusieurs années, des troubles variés du côté de l'appareil digestif ou ailleurs. La plupart de ces malades ont présenté le teint pâle et bilieux, cette physionomie changeante, si bien décrite par M. Siredey. Tous ont eu des digestions pénibles, un appétit capricieux, et de la constipation habituelle. Tous présentaient, à un examen attentif, le point de Mac Burney, même dans les périodes de calme. Cette constatation a permis de faire le diagnostic dans la plupart des cas.

M. Triboulet, prenant à son tour la parole, attire l'attention sur quelques notions étiologiques relatives à ces cas. Il croit que certaines affections naso-pharyngées, surtout des affections à streptocoque : adénoïdites, rhino-pharyngites, amygdalites, peuvent avoir une incontestable action sur l'infection de l'appendice.

MM. Sainton et Voisin présentent un malade atteint d'**anévrisme de l'aorte thoracique**. L'affection a débuté par des névralgies intercostales, d'abord intermittentes, puis continues et rebelles depuis quelques mois. A son entrée à l'hôpital, on ne constatait d'autre signe physique qu'une légère matité de forme rectangulaire à gauche de la ligne médiane. L'examen radioscopique permit seul de poser le diagnostic d'anévrisme deux mois avant l'apparition de tout signe clinique. Actuellement, il existe une zone où l'on perçoit nettement des battements.

MM. Thoinot et Delamare présentent des pièces provenant d'une malade qui, atteinte de **cancer squirrheux du sein**, a fait la métastase de son cancer dans le tissu cellulaire de la base du crâne (tumeur du crâne), dans l'hypophyse, dans les os craniens et enfin au fémur droit, qui a présenté une fracture spontanée pendant la vie.

Il est remarquable qu'avec une dégénération cancéreuse qui avait envahi presque tout le corps pituitaire, il n'y ait pas eu d'acromégalie. Mais il restait une couronne de tissu qui présentait les grains acidophiles, les cellules cyanophiles ayant disparu.

MM. Du Castel et Moutier présentent une malade atteinte de **glossite** et de **vulvite pustulo-ulcéreuse**. L'éruption se manifeste sous forme de pustules isolées en groupes polycycliques et microcycliques ayant un aspect tout à fait herpétiforme. Cet aspect herpétiforme se rencontre identique au niveau de la vulve.

M. Bergé rapporte l'histoire curieuse d'un malade chez lequel une **injection sous-cutanée de sérum artificiel** fit apparaître un accès grave d'**œdème pulmonaire**. Cette observation clinique fournit l'explication des expériences de Hallion et Carrion, d'Achard et Lœper qui, chez les animaux, parvinrent à provoquer l'œdème pulmonaire par injections salées intraveineuses avec ou sans lésions préalables du rein. Cette observation prouve aussi que les injections d'eau salée, de même que l'ingestion alimentaire de sel peut être nuisible chez certains malades et qu'il faut s'en méfier en particulier chez les brightiques et chez les artério-scléreux.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des gastro-entérites aiguës des nourrissons.

Ce sujet, toujours d'actualité, vient d'être traité par M. Hutinel dans la *Revue des maladies de l'enfance* (1). Pour M. Hutinel, les indications thérapeutiques à remplir sont les suivantes :

1° S'efforcer de tarir la source des poisons qui se forment dans l'intestin;

2° Eviter que les germes pathogènes puissent trouver

(1) Août 1903.

dans les voies digestives un milieu favorable à leur pullulation, c'est-à-dire faire l'antisepsie de l'intestin ;

3° Rendre à l'organisme l'eau qu'il a perdue, car, si cette restitution n'a pas lieu, le sang se concentre d'une façon anormale, les phénomènes d'assimilation et de désassimilation qui se produisent dans l'intimité des tissus se modifient profondément et tous les actes de la nutrition sont troublés.

Comment remplir ces indications?

Pour faire disparaître les poisons de l'intestin, il faut modifier le milieu intestinal. La diète est la meilleure méthode à employer, et particulièrement la diète hydrique. La *diète hydrique* « comporte la suppression absolue de toute alimentation, l'eau exceptée. Chez les enfants en proie à des accidents gastro-intestinaux plus ou moins graves, il faut supprimer de l'alimentation toutes les substances fermentescibles; il faut proscrire non seulement les matières albuminoïdes, mais les matières féculentes ou sucrées et même le lait, je devrais dire surtout le lait, car le lait est mal toléré par la plupart des enfants atteints d'entérite et semble un milieu de culture particulièrement favorable pour les germes pathogènes qui pullulent dans l'intestin. *Le lait, qui est l'aliment des nourrissons bien portants, devient souvent un poison pour les enfants atteints d'entérite* ».

Pour toute alimentation, on donnera au petit malade de l'eau soigneusement bouillie ou une eau minérale légère, comme l'eau d'Evian. On la donne froide ou même frappée si l'enfant a de la tendance à vomir, tiède ou chaude s'il est menacé d'algidité. Il faut l'administrer par petites quantités souvent répétées : une cuillerée à dessert, une cuillerée à soupe, un verre à liqueur toutes les quinze ou vingt minutes. Chez les sujets de cinq à six mois, on peut ainsi arriver à faire ingérer 1000 grammes d'eau dans les vingt-quatre heures.

Combien de temps doit-on maintenir la diète hydrique? « Chez un nourrisson qui n'a pas un an, elle ne peut pas être prolongée bien longtemps. Après douze ou quinze heures, quand le contenu de l'intestin a été évacué, quand les vomissements ont cessé, on peut, avec prudence, faire un essai de réalimentation; mais, si les accidents persistent, il faut parfois attendre plus longtemps, vingt-quatre, trente-six et quarante-huit heures. » Il y a moins d'inconvénients, chez un enfant plus âgé, à ne donner que de l'eau pendant plusieurs jours. Mais, dans tous les cas, il vient un moment où il faut réalimenter les malades, moment difficile à préciser, variable avec les circonstances.

La diète hydrique est-elle indispensable dans tous les cas? S'il s'agit, dit M. Hutinel, d'une entérite légère avec quelques selles liquides, un ou deux vomissements, sans fièvre, sans déperdition de poids, il suffit souvent de couper le lait et d'éloigner les petits repas pour conjurer les accidents, mais, si les accidents sont sérieux et menaçants, si les vomissements se répètent, si les selles sont fréquentes et mauvaises, s'il y a de la fièvre, si l'amaigrissement est rapide, l'hésitation serait funeste, la diète hydrique s'impose. Dans le choléra infantile, elle est d'une nécessité inéluctable, et il faut savoir, malgré toutes les résistances, l'imposer aux familles.

Lorsque, malgré la diète hydrique, les vomissements persistent, lorsque les symptômes généraux restent inquiétants, il faut recourir au *lavage de l'estomac*. Le lavage de l'estomac réussit admirablement et si jadis on abusait de ce procédé, il semble bien que maintenant on ne l'emploie plus assez.

Ce n'est pas tout de tarir la source des poisons intestinaux en prescrivant la diète hydrique; il est encore nécessaire d'éliminer ceux qui se sont déjà formés dans le tube digestif et d'agir sur les microbes pathogènes qui s'y sont développés. C'est ce double but que se propose l'*antisepsie intestinale*.

Les *purgatifs* ne sont pas indiqués dans tous les cas : ils ne conviennent que dans les gastro-entérites aiguës ou subaiguës avec selles putrides, verdâtres et glaireuses, ils devront être proscrits au contraire dans les diarrhées cholériformes. Le calomel à très faible dose, l'huile de ricin et même le sulfate de soude sont les purgatifs les plus employés.

Les *lavages de l'intestin* donnent d'excellents résultats à condition qu'ils soient administrés à une très faible pression (30 à 40 centimètres cubes) et qu'ils n'emploient comme liquide de lavage, ni l'eau bouillie ni l'eau boriquée, mais des décoctions de racines de guimauve ou de graine de lin ou encore de l'eau salée à 7 p. 1000.

Le ventre est-il ballonné et douloureux? Les cataplasmes chauds de farine de lin, tant démodés aujourd'hui, seront utilement prescrits; les compresses trempées dans l'eau bouillie chaude peuvent d'ailleurs les remplacer.

Quand la température est très élevée, quand l'intestin est atone, les applications froides sont préférables; on couvre l'abdomen de compresses fraîches et humides qu'on change toutes les heures et qui augmentent les contractions péristaltiques de l'intestin.

Pour suppléer à l'acidité stomacale, souvent insuffisante, on peut administrer la limonade chlorhydrique (1g60 p. 1000) par cuillerées à dessert toutes les deux heures, ou l'acide lactique : la limonade à 5 grammes d'acide lactique par litre est toujours bien tolérée.

Aucun antiseptique intestinal ne doit être employé dans les gastro-entérites aiguës. Que quelques-uns réussissent dans les formes chroniques, cela n'est pas douteux, mais ces médicaments ne « sont pas les médicaments des cas graves ». Ils ne conviennent, tout au plus, qu'à la phase de déclin de l'infection.

Les symptômes généraux restent-ils menaçants malgré l'administration de la diète hydrique, malgré l'emploi des lavages de l'estomac et de l'intestin, il faut alors faire des injections hypodermiques de sérum qui rendent à l'organisme l'eau qu'il a perdue, relèvent la pression sanguine et augmentent l'excrétion de l'urée. Le sérum employé sera le sérum ordinaire (7 p. 1000 de NaCl); on ne devra pas l'injecter à des doses trop fortes : chez les nourrissons de 4 à 6 kilogrammes, il suffit d'injecter 10 à 15 centimètres cubes deux à trois fois par jour; chez les enfants un peu plus grands, on peut aller jusqu'à 150 et 200 grammes par jour, mais cette médication ne doit pas être continuée trop longtemps, sous peine de voir les enfants devenir pâles et bouffis comme si on avait lavé leur sang ou comme si une anémie réelle succédait au surmenage momentané des organes hématopoiétiques.

Lorsque la fièvre est élevée, le pouls fréquent, lorsqu'il y a de l'agitation, de l'anxiété, les convulsions sont à craindre. Donnez alors des *bains chauds* à 38 degrés toutes les quatre heures; sinapisez-les si les phénomènes cholériformes dominent; pour cela, « on plonge dans l'eau un nouet renfermant de 150 à 300 grammes de farine de moutarde, mais il faut éviter de sinapiser les bains trop fortement et surtout de les répéter. » Dans les mêmes circonstances, les injections sous-cutanées d'huile camphrée ou d'éther remontent quelquefois les petits malades et font momentanément disparaître les phénomènes d'algidité.

Le *traitement des complications* est simple à exposer. Les broncho-pneumonies seront traitées par les bains chauds, les enveloppements frais du tronc, les injections d'huile camphrée, les convulsions par le bromure de potassium, etc.

Ce qui est difficile, ce n'est pas de conjurer les accidents aigus de la gastro-entérite, c'est, une fois que ces accidents sont passés, de réalimenter l'enfant. « C'est là vraiment que commencent les difficultés et qu'il faut faire œuvre de médecin. »

La première règle à suivre, c'est de reprendre doucement, lentement, graduellement, l'alimentation. Toujours on est

tenté d'aller trop vite et on aboutit alors à de véritables désastres. Chez les enfants très jeunes, au-dessous de six mois, après douze ou vingt-quatre heures de diète hydrique, on commencera par une cuillerée à café de lait coupé à moitié. On attend quatre heures pour en permettre une nouvelle cuillerée, et, si l'essai réussit, on augmente à chaque fois la dose de lait. L'enfant est-il plus âgé, on peut essayer les boissons féculentes : eau d'orge, eau de riz, eau panée, puis, si ces liquides sont bien digérés, le bouillon de poulet dégraissé, puis le lait.

Dans certains cas, le *képhir* semble préférable au lait; on en administre à l'enfant de petites doses qu'on augmente peu à peu. D'autres fois, le képhir lui-même n'est pas toléré, et il faut s'adresser au *bâbeurre*, qui peut être donné soit pur, soit mélangé de sucre et de fécule à proportion de 35 grammes de sucre et de 25 grammes de fécule par litre de bâbeurre (1).

Lorsque la diarrhée persiste, chez des enfants de huit mois et plus, on peut administrer la viande crue, à la dose de 10 grammes en deux fois, dose que l'on fera suivre d'une cuillerée à soupe de limonade chlorhydrique. Dans l'intervalle, on donnera du képhir.

Plus tard encore, quand l'enfant reste pâle et se développe mal, on le changera d'air, on l'enverra à la campagne ou au bord de la mer; on lui prescrira des bains salés.

L. BABONNEIX.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 7 AU 12 DÉCEMBRE 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 7 DÉCEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Reclus et Gosset; — (2e partie, ancien régime) : MM. Hayem, Gaucher et Legry; — (nouveau régime) : MM. Brissaud, Teissier et Bezançon; — M. Remy, suppléant.

MARDI 8 DÉCEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Chauffard et Dupré; — — (2e série) : MM. Joffroy, Achard et Thiroloix; — M. Hartmann, suppléant.

MERCREDI 9 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Legueu et Cunéo.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Ch. Richet, Remy et Broca (André).

3e (2e partie, oral), *Salle Béclard* : MM. Blanchard, Letulle et Teissier.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Tuffier, Desgrez et Besançon; — M. Retterer, suppléant.

JEUDI 10 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (1re partie, oral), *Salle Pasteur* : MM. Pozzi, Maygrier et Marion.

2e (chirurgien-dentiste), *Salle Richet* : MM. Troisier, Albarran et Chassevant; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 11 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2e (chirurgien-dentiste), *Salle Thouret* : MM. Letulle, Sébileau et Richaud; — M. Gley, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Tuffier, Walther et Legueu; — M. Cunéo, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Broca (André), suppléant.

SAMEDI 12 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (1re partie, oral), *Salle Thouret* : MM. Poirier, Faure et Demelin.

4e : MM. Chantemesse, Dupré et Richaud; — M. Guiart, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Widal et Gouget; — (2e série) : MM. G. Ballet; Vaquez et Jeanselme; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bonnaire; — M. Thiéry, suppléant.

(1) Faire bouillir quelques minutes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Asiles d'aliénés. — Un emploi d'interne est disponible à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon, à Mayenne (Mayenne).

Les candidats à cet emploi devront être Français, être âgés de vingt et un ans au moins et avoir, au minimum, dix inscriptions de doctorat.

Le titulaire de l'emploi recevra un traitement annuel de huit cents francs, et aura droit en plus à la nourriture, au logement, au chauffage, à l'éclairage et au blanchissage.

Les demandes devront être adressées à M. le directeur-médecin en chef de l'asile de la Roche-Gandon, à Mayenne, chargé de les centraliser et de les transmettre à M. le préfet de la Mayenne.

Chaque demande devra être accompagnée des pièces suivantes : 1° acte de naissance; 2° certificat de scolarité; 3° extrait du casier judiciaire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duflocq, médecin de la Charité; ses obsèques auront lieu demain mardi, à midi, à Saint-Augustin; — Ch. Dollez (de Guise) et Grimaud (de Valence),

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PARIS. — Cause de santé et départ Midi, à céder grosse clientèle riche dans quartier Opéra. Rapport 40 000 fr. Se presser : l'affaire doit être traitée avant huit jours.

S'adresser à MM. BREITEL et GORET, 1, rue Dante, Ve.

L'odorat et ses troubles, par le docteur COLLET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-16 de 96 p. (Actualités médicales). — Prix : (cart.) : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *De Paris en Orient (vià Marseille).* — La Cie P.-L.-M., d'accord avec les Compagnies des Messageries maritimes, Fraissinet et Paquet, délivre des billets simples pour se rendre, par la voie de Marseille, de Paris à l'un quelconque des ports ci-après : Alexandrette, Beyrouth, Constantinople, Le Pirée, Smyrne, Alexandrie, Jaffa, Port-Saïd, Batoum, Salonique, Samsoun, etc.

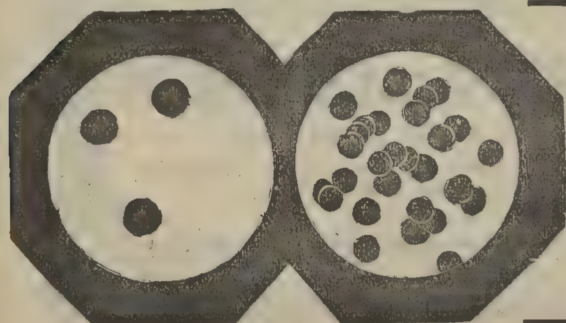
Il est également délivré, dans les agences de la Compagnie des Messageries maritimes, des billets d'aller et retour valables 120 jours pour se rendre, vià Marseille, de Paris à Alexandrie, Port-Saïd, Jaffa, Beyrouth.

Ces billets donnent droit à une franchise de 30 kilogr. de bagages par place sur le chemin de fer; sur les paquebots, cette franchise est de 100 kilogr. par place de 1re classe, et de 60 kilogr. par place de 2e classe.

Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M. mis en vente au prix 0 fr. 50 dans les gares de la Compagnie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

A PROPOS DE LA PATHOGÉNIE DE LA GRENOUILLETTE SUBLINGUALE COMMUNE

Par les docteurs B. CUNÉO et Victor VEAU.

Le 1er novembre 1902, nous avons publié dans la *Presse médicale* un article sur la pathogénie de la grenouillette sublinguale commune. Dans cet article, nous déclarions adopter l'hypothèse de l'origine congénitale formulée par Imbert et Jeanbrau et nous nous efforcions de préciser la nature et la situation des débris embryonnaires aux dépens desquels peut se développer la grenouillette.

Le 14 novembre 1903, M. Jules Abadie, chef de clinique chirurgicale à l'université de Montpellier, publiait dans la *Gazette des hôpitaux* une Revue générale sur la grenouillette. Dans cette revue, il nous a paru s'attacher avec un soin tout particulier à établir qu'en ce qui concerne l'origine congénitale de la grenouillette, nous n'avons fait que répéter ce qu'avaient déjà dit « avec beaucoup plus de détails » Imbert et Jeanbrau.

Examinant ensuite notre opinion sur le rôle des sillons paralinguaux, il n'hésite pas à déclarer qu'elle lui paraît insuffisamment démontrée.

Il est bien entendu que la théorie de l'origine congénitale de la grenouillette sublinguale commune appartient à Imbert et Jeanbrau. Nous n'avons jamais songé à le nier, comme le montre la première phrase de notre petit article que nous tenons à reproduire ici. « En mai 1902, Imbert et Jeanbrau publiaient un mémoire dans lequel ils émettaient l'idée que la grenouillette sublinguale commune se développe aux dépens de débris embryonnaires, sans préciser toutefois l'origine et le siège de ces débris. Nos recherches nous paraissent confirmer cette théorie... »

Encore convient-il de remarquer cependant que, si nous en croyons Imbert et Jeanbrau, cette hypothèse de l'origine congénitale avait été formulée antérieurement par Roser que M. Abadie néglige de citer dans sa Revue générale pourtant si documentée.

Cette hypothèse, Imbert et Jeanbrau ne la formulaient d'ailleurs pas sans réserves : « Nous avons été conduits à penser, disaient-ils, que la grenouillette commune avait *peut-être* une origine congénitale et provenait d'un vice de développement encore inconnu de sa nature, mais pouvant *peut-être* se rattacher à l'histoire des dérivés branchiaux. » M. Abadie, lui, est beaucoup plus affirmatif. « Les grenouillettes, dit-il péremptoirement, sont des kystes congénitaux du plancher buccal. » Or, d'après M. Abadie, nous n'avons apporté aucune preuve nouvelle à l'appui de l'origine congénitale. Il ne nous paraît point qu'il ait lui-même fourni des arguments inédits en faveur de cette origine. Dans ces conditions, on peut se demander ce qui autorise l'élève à être beaucoup plus affirmatif que les maîtres.

Reste la question du point de départ précis. Imbert et Jeanbrau parlent sous réserves de *dérivés branchiaux.* M. Abadie accepte sans hésiter cette origine un peu vague. Nous avouons qu'elle ne nous avait qu'incomplètement satisfait et c'est pour cela que nous avons cherché s'il n'existait point dans la région sublinguale des formations embryologiques pouvant jouer un rôle dans la genèse de la grenouillette. Nous n'avons trouvé que les *sillons para-linguaux* qui, entre parenthèses, ne sont pas des *dérivés branchiaux* (?).

Existe-t-il dans cette région d'autres dérivés ou d'autres débris branchiaux qui pourraient être le point de départ de la grenouillette? Nous serions très reconnaissants à M. Abadie de nous l'apprendre.

« Les arguments que nous donnons en faveur de l'origine que nous invoquons seraient, dit M. Abadie, insuffisamment démonstratifs; » or, si nous nous en rapportons à ce qu'ont fait et font encore les anatomo-pathologistes qui cherchent à expliquer le point de départ d'un néoplasme aux dépens de débris embryonnaires, nous voyons qu'ils procèdent généralement de la façon suivante. Ils montrent :

1° Qu'il y a parallélisme entre la structure de la tumeur et la structure des débris en question;

2° Que la tumeur se développe précisément au niveau des points où peuvent se montrer ces débris.

Nous n'avons pas fait autrement dans le cas de la grenouillette. Nous ne pensons d'ailleurs pas qu'on ait jamais vu et qu'on puisse jamais voir se développer sous ses yeux une tumeur quelconque aux dépens de débris embryonnai-

res donnés. Si M. Abadie réclame cette preuve pour la grenouillette il est véritablement trop exigeant et le voilà conduit à laisser dans le vague l'origine de toutes les formations kystiques congénitales quelles qu'elles soient.

En résumé nous persistons à admettre, avec les réserves que comportent toutes les vues qui ne sont pas susceptibles d'une démonstration directe (toujours impossible en l'espèce), que *l'origine la plus vraisemblable de la grenouillette sublinguale commune doit être cherchée dans les débris des sillons paralinguaux et plus particulièrement du sillon paralingual externe.*

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

TRAITEMENT DE LA TOUX ÉMÉTISANTE DES TUBERCULEUX

Par MM. Albert Mataieu et J.-Ch. Roux.

La toux émétisante des tuberculeux est un accident fréquent considéré à juste titre comme très nuisible. Il est très nuisible parce qu'il entrave souvent d'une façon regrettable l'alimentation de malades qui auraient besoin de lutter par une ration d'entretien suffisante contre les causes de déchéance et d'amaigrissement. C'est au surplus un phénomène pénible qui cause aux malades de la fatigue et de l'inquiétude. Il est moins juste de considérer la toux émérisante des tuberculeux comme très rebelle au traitement. L'un de nous, en effet, emploie depuis dix ans contre elle une méthode de traitement qui lui donne des résultats presque constamment satisfaisants. Un de ses orgueils de clinicien et de thérapeute est de pouvoir dire à ses élèves au commencement de l'année : « Vous savez, ici, dans ce service, il est exceptionnel de ne pas guérir rapidement le vomissement par la toux des tuberculeux. » Les élèves qui ont fréquenté les salles de l'hôpital Andral d'une façon suivie pourraient témoigner de l'exactitude de cette déclaration.

Cette méthode a déjà été publiée dans la *Gazette des hôpitaux* le 29 septembre 1898. Elle a dû passer à peu près inaperçue, car nous ne l'avons jamais trouvée reproduite dans les diverses publications sur le traitement des vomissements des tuberculeux qui nous sont tombées sous les yeux depuis cette époque.

Elle ne met pas en œuvre une médication inconnue; elle consiste dans l'administration de substances couramment employées — avec un insuccès presque complet — par un grand nombre de médecins. Son originalité consiste beaucoup moins dans le choix des médicaments que dans l'horaire de leur administration. Ce sont des considérations théoriques sur la physiologie pathogénique de la toux émétisante qui ont amené à la constituer.

Les tuberculeux sont souvent pris quelque temps après les repas d'une toux quinteuse, violente, incoercible, qui aboutit au rejet par le vomissement d'une quantité plus ou moins considérable des aliments contenus dans l'estomac. Il en est chez lesquels le vomissement se reproduit à peu près après chacune des ingestions alimentaires, et cela devient pour eux la cause d'une dangereuse inanition.

Les malades, a dit M. Marfan dans une formule très heureuse, toussent parce qu'ils mangent et vomissent parce qu'ils toussent.

Pourquoi donc toussent-ils après avoir mangé?

Il est facile de le comprendre si on se rappelle que le plexus solaire qui innerve l'estomac reçoit ses racines nerveuses du grand sympathique et du pneumogastrique. Or, le pneumogastrique innerve également le poumon.

Chez les tuberculeux, un bon nombre de filets nerveux du pneumogastrique sont lésés. L'irritation inflammatoire de la muqueuse des bronchioles et la présence des produits d'expectoration contribuent à amener l'irritation des centres bulbaires du pneumogastrique. Lorsque les aliments parviennent dans l'estomac, ils produisent une irritation des filaments nerveux émanés du plexus solaire, et, plus particulièrement encore, des filets nerveux venus du pneumogastrique à travers ce centre de relai ganglionnaire. Leur irritation transmise aux centres bulbaires amène, sous forme de toux, un mouvement réflexe de défense auquel ces centres sont depuis longtemps accoutumés, bien qu'elle ait cette fois pour point de départ, non plus le poumon, mais l'estomac.

L'intensité de la toux provoque encore l'expulsion du corps étranger irritant; toutefois ce corps étranger n'est plus représenté par les produits d'expectoration, mais par les aliments. L'expulsion n'a plus lieu par la toux elle-même mais par le vomissement qui lui succède.

En somme, en moins de mots, la toux est causée par un mouvement réflexe à point de départ gastrique dont la cause est la présence au contact de la muqueuse stomacale de la masse alimentaire récemment ingérée.

Il s'agit donc d'empêcher le réflexe de se produire et le mieux pour cela, le plus efficace, est d'exercer sur l'estomac une sorte de révulsion ou d'anesthésie préventives.

C'est ainsi qu'on peut empêcher la toux après les repas en se servant de substances diverses, de morceaux de glace, d'eau chloroformée, d'eau bromoformée.

Ces substances doivent être ingérées après les repas, quelque temps avant le moment auquel survient habituellement la toux après l'ingestion des aliments. Les malades peuvent quelquefois donner à ce sujet des renseignements assez précis. Cette formule contient tout le secret de notre réussite.

Au début, nous avons employé la glace. Soit immédiatement après les repas, soit quelque temps après, un peu avant le moment présumé des quintes de toux émétisante, les malades avalaient des *pilules* de glace. Les petits morceaux de glace ne doivent pas seulement être sucés, ils doivent être avalés; c'est en effet sur l'estomac qu'ils doivent agir et non dans la bouche.

Actuellement, nous nous servons le plus souvent de l'eau chloroformée saturée, et, quelquefois aussi, de l'eau bromoformée ou du menthol.

L'eau chloroformée est administrée par cuillerées à bouche; on peut en faire prendre quatre à six par jour. Il est bon qu'elle soit additionnée d'une certaine quantité d'eau ordinaire, de façon à ne causer aucune sensation de brûlure dans l'œsophage et l'estomac. Il faut l'étendre au moment des prises d'une à deux cuillerées d'eau ordinaire ou d'eau minérale indifférente.

L'emploi de l'eau chloroformée *prise après l'ingestion des aliments, avant que ne commence l'accès de toux*, suffit dans la majorité des cas à empêcher que se produise la toux quinteuse et le vomissement qui en est la conséquence. Lorsqu'elle ne réussit pas, nous avons recours soit à l'eau bromoformée soit au menthol.

Les recherches de M. Richaud ont démontré que le bro-

moforme, mis en contact prolongé avec de l'eau dans un flacon qu'on agite fréquemment, s'y dissout dans une proportion relativement considérable qui va jusqu'à 2g50 à 3 grammes p. 1000. En donnant 100 grammes d'eau bromoformée, on donne donc 0g25 à 0g30 de bromoforme.

L'eau bromoformée saturée doit être administrée de la même façon que l'eau chloroformée.

Si l'on échoue avec elle, on pourra se servir du menthol.

Menthol..............	0g10 à 0g20
Julep gommeux............	150 grammes.

On peut faire prendre deux ou trois cuillerées à soupe de cette préparation après les repas. On aura soin d'agiter vivement le flacon de façon que le menthol soit en suspension aussi complète que possible.

Dans les cas extrêmement rares où les vomissements consécutifs à la toux ne cèdent pas à l'un des moyens qui viennent d'être indiqués, on peut encore avoir recours à la morphine et à la cocaïne. On peut, par exemple, après chaque repas, donner deux ou trois cuillerées à café de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine.	} *ââ* 5 centigrammes.
— de cocaïne...	
Eau....................	150 grammes.

Il vaut mieux n'avoir recours aux alcaloïdes qu'en dernier ressort, lorsqu'on a échoué avec les autres moyens, ce qui, du reste, est rare. La raison, c'est que ces calmants ont sur l'appétit une influence déprimante, et l'on sait combien il importe que les tuberculeux conservent l'appétit, condition importante d'une alimentation suffisante.

Les tuberculeux sont souvent dyspeptiques et l'on constate souvent chez eux des phénomènes qui trahissent un degré plus ou moins marqué d'irritation de l'estomac : pesanteurs après les repas, brûlures, quelquefois véritables douleurs. La palpation révèle une douleur assez marquée au point épigastrique. Chez quelques-uns, la gastropathie a préexisté à la lésion pulmonaire, mais trop souvent encore, il y a une véritable gastrite médicamenteuse provoquée par l'usage inconsidéré et longtemps prolongé de substances irritantes.

Il est incontestable que l'irritation de l'estomac prédispose aux vomissements, même aux vomissements provoqués par la toux quinteuse. Parfois, on observe à la fois des vomissements indépendants de la toux et des vomissements consécutifs à la toux.

Le traitement direct de la gastropathie s'impose donc. Les irritations intempestives de l'estomac doivent être supprimées. Il faut instituer un régime alimentaire qui réduise au minimum l'excitation de la muqueuse stomacale. Dans les cas les plus intenses, il conviendra d'alimenter les malades avec du lait, des laitages, des potages très cuits, épais, des bouillies très cuites, des œufs à la coque peu cuits ou bien encore délayés dans le lait, les potages ou les bouillies. Plus tard, on permettra les poissons de mer maigres, bouillis ou frits dans de la pâte, la volaille jeune bouillie; plus tard encore, les purées variées, les légumes verts cuits et les fruits cuits passés, la volaille rôtie, le jambon maigre et la viande finement divisée. Les repas seront d'une façon générale assez fréquents, peu copieux chacun et également espacés.

Les vomissements et la toux émétisante disparaissent quelquefois après l'établissement d'un régime alimentaire approprié, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à aucune médication.

En terminant, nous ne saurions trop engager les médecins qui voudraient mettre en œuvre la méthode que nous venons de décrire à ne pas oublier que l'horaire de l'administration des médicaments est la condition indispensable du succès. Il ne suffit pas d'ordonner de l'eau chloroformée, de l'eau bromoformée ou du menthol, il faut les donner de façon à empêcher la toux émétisante, c'est-à-dire après l'ingestion des aliments. On atteint ainsi le réflexe gastro-bulbaire à son point de départ, à l'heure même où il va se produire.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(1er DÉCEMBRE 1903)

Sous ce titre : **Essai de traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections de sérum de M. Marmorek**, M. Dieulafoy lit une note dans laquelle, sans y ajouter le moindre commentaire, il relate les faits suivants : Sept malades ont été traités, dans son service, par ces injections de sérum; quatre de ces malades étaient atteints de tuberculose pulmonaire à divers degrés, deux de tuberculose pulmonaire et laryngée, un de pleurésie tuberculeuse avec épanchement. Ces malades ont été traités par M. Marmorek lui-même qui leur a fait tous les jours ou tous les deux jours, suivant les cas, des injections de 5 à 10 centimètres cubes de son sérum. M. Dieulafoy a suivi ces malades; leurs observations ont été prises au jour le jour. Ces injections ont été pratiquées dans les mois d'août et de septembre 1902. Voyons les résultats. M. Dieulafoy les résume dans les propositions suivantes :

1° Il ne nous a pas paru que le traitement eût la moindre action sur la fièvre. Au contraire, un de ces malades qui était apyrétique a eu de la fièvre après les injections;

2° Il ne nous a pas paru que ces injections eussent un effet favorable sur l'expectoration; au contraire, elle est devenue double et même triple après elles;

3° Il n'a pas paru que le traitement eût une action favorable sur l'évolution de la lésion tuberculeuse; au contraire, il a semblé que les complications pleurales ou autres étaient plutôt plus fréquentes après ce traitement;

4° Ces injections ont semblé n'avoir pas d'action favorable sur la nutrition; au contraire, les malades ont continué à maigrir et l'amaigrissement a même paru s'accentuer, après les injections, malgré la suralimentation.

Dans ces conditions, M. Dieulafoy a cru devoir prier M. Marmorek de cesser l'emploi de ses injections.

Que sont devenus ces malades? L'un d'eux est encore vivant mais toujours atteint de tuberculose pulmonaire; un autre a une immense caverne pulmonaire. Les cinq autres sont morts.

Voyons maintenant l'expérimentation sur les animaux; on a pris deux lots, chacun de quatre cobayes; tous ces cobayes ont été rendus tuberculeux par inoculation de bacilles tuberculeux; quatre ont reçu les injections de M. Marmorek, les quatre autres ont été conservés comme témoins. Les injections n'ont paru exercer aucune action sur l'évolution de la tuberculose; ils sont tous morts, mais ceux qui ont été injectés sont morts avant les cobayes conservés comme témoins.

Nous ferons comme M. Dieulafoy; nous n'ajouterons à ces faits aucun commentaire.

M. Monod a confié à M. Marmorek plusieurs des malades de son service atteints de tuberculose locale; son impression générale est que tous ces malades ont été améliorés et il n'a été constaté aucun accident. M. Monod ajoute qu'il s'agissait de tuberculoses locales que les chirurgiens savent guérir souvent par de petites interventions.

M. Le Dentu n'a qu'un seul fait. Il ne veut en tirer aucune conclusion. Voici ce fait : un homme arrive dans son service avec une lésion tuberculeuse de l'extrémité supérieure du tibia et de légères lésions pulmonaires. M. Marmorek lui pratique douze à quinze injections de son sérum. Aucune amélioration n'étant survenue, on abandonne le traitement et le chef de clinique de M. Le Dentu pratique l'évidement de la partie supérieure du tibia et enlève un ou deux sequestres. Ce malade, contrairement à ce qu'on observe d'habitude, n'a pas bénéficié de cette intervention. Le genou a été pris à son tour et les lésions tuberculeuses s'y sont développées avec une telle rapidité qu'il a fallu recourir à l'amputation de la cuisse. Celle-ci n'a pas arrêté l'évolution de la maladie; la tuberculose s'est généralisée et le malade a succombé.

M. Hallopeau a essayé le sérum de M. Marmorek dans des tuberculoses cutanées, à l'hôpital Saint-Louis.

Ces inoculations ont été renouvelées chez sept malades pendant environ six mois, à intervalles plus ou moins rapprochés. Leurs effets curatifs ont été, le plus souvent, nuls. Leur nocuité a été plusieurs fois considérable.

Les accidents ont été de deux ordres.

Plusieurs malades ont eu de nouvelles poussées, pendant ou peu de temps après la cure, soit dans les anciens foyers, soit dans les parties antérieurement indemnes.

Chez trois malades, il s'est développé des altérations au niveau même des inoculations, sous la forme de très volumineuses nodosités. Elles sont loin, au bout d'un à quatre mois, d'avoir complètement disparu. L'une d'elles est encore en activité.

Leur évolution a été de longue durée. C'est au bout de trois mois seulement qu'elles se sont ramollies, et l'ulcération consécutive a persisté pendant près de dix mois.

Il ne s'agit pas là de lésions banales dues à des fautes de stérilisation. On ne voit jamais, en effet, survenir, à la suite d'injections pratiquées avec d'autres sérums, des suppurations aussi tardives, des ulcérations aussi rebelles, des indurations indiquant qu'après plus d'une année le processus est encore en activité.

Ces lésions considérables et de caractères tout à fait insolites ne peuvent avoir été provoquées que par les toxines incluses dans le sérum de Marmorek.

Sans insister sur les conclusions qui découlent de ces faits, on est en droit de répéter l'axiome souvent méconnu : *primo non nocere*.

Nous pensons qu'après ces faits et surtout après la communication de M. Dieulafoy, il n'y a plus qu'à tirer l'échelle et il nous semblerait inutile, peut-être même dangereux, de pousser plus loin l'expérience. Le sérum antituberculeux de M. Marmorek a vécu.

En pareille matière, on ne saurait être trop prudent et nous ne saurions assez exhorter les jeunes praticiens à se méfier tout d'abord de ces nouveautés retentissantes d'où qu'elles viennent. Nous ne saurions aussi assez rappeler aux inventeurs de sérums ces deux vers classiques :

Cent fois sur le métier remettez votre ouvrage,
Polissez-le sans cesse et le repolissez.

Ce sera le seul moyen, pour eux, d'éviter des déconvenues, regrettables à tous égards.

A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Reynier, M. Hayem rapporte un fait curieux de **pseudo-asthme d'origine gastrique**. Il s'agit d'un malade qui vint consulter M. Hayem étant en proie à une crise terrible de suffocation. Cette crise cependant n'avait pas l'aspect d'une crise d'asthme proprement dit et il pensa qu'il s'agissait là d'accidents d'origine gastrique. Deux théories ont été émises pour expliquer ces faits, celle de l'auto-intoxication et celle d'une action réflexe. Cette dernière théorie est aujourd'hui plus en faveur que la première. Il s'agit là, pour M. Hayem, d'une gêne mécanique causée par le refoulement du diaphragme résultant de la distension énorme de l'estomac. Quelques mots relativement à l'observation de ce malade, qui a été suivi par M. Ghyka. Cet homme, âgé de soixante ans, a été pris d'une dyspnée violente, avec 60 respirations par minute; la respiration courte, pénible; la parole brève, saccadée; les extrémités froides et cyanosées. Il avait depuis longtemps des troubles dyspeptiques. Quand on l'observait, pendant la crise, on constatait un bruit de clapotement déterminé par la contraction du diaphragme; l'estomac était très distendu et occupait une grande partie de l'abdomen; la grande courbure descendait jusqu'au voisinage du pubis. Il n'y avait pas de souffle au cœur. Le traitement prescrit fut le suivant : une petite tasse de lait toutes les trois heures, des lavements alimentaires. L'amélioration fut rapide, la dyspnée cessa, la respiration redevint plus facile, le malade put marcher et on n'entendait plus aucun bruit de clapotement.

M. Porak lit le rapport au nom de la Commission de l'**hygiène de l'enfance**.

Au début de la séance, M. le président a retracé la vie et rappelé l'œuvre de Proust. Après l'avoir suivi dans les étapes successives qu'il a brillamment parcourues depuis l'internat jusqu'au professorat, M. Lancereaux a surtout insisté sur le rôle important qu'a joué ce regretté collègue dans les questions d'hygiène générale et surtout d'hygiène internationale. Il rappelle que dans plusieurs circonstances Proust a pu prévenir l'importation du choléra en France, grâce aux sages mesures qu'il était parvenu à faire adopter; il rappelle aussi avec quelle énergie il a su opposer aux arguments intéressés de l'Angleterre des arguments scientifiques et humains qui l'ont emporté. M. Lancereaux passe en revue les nombreux travaux publiés par Proust et, revenant à sa compétence toute spéciale en matière d'hygiène internationale, il rappelle de quelle autorité il jouissait dans les conférences internationales et avec quelle habileté il avait toujours su faire admettre des mesures qui, tout en étant des plus sages au point de vue de la prophylaxie, savaient aussi conserver le respect de la liberté individuelle. Proust s'est toujours consacré avec un dévouement sans bornes à cette grande œuvre de la prophylaxie des épidémies d'importation, et il a été assez heureux pour prémunir plusieurs fois son pays contre l'invasion du choléra. Son œuvre n'aura pas été inutile et ce collègue instruit, affable, emporte avec lui les regrets de nombreux amis et de l'Académie tout entière.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

QUESTION D'INTERNAT

Signes et diagnostic des péricardites aiguës.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE. — La symptomatologie des péricardites aiguës varie selon que la péricardite est sèche ou épanchée, localisée ou généralisée, séreuse, hémorragique ou purulente. On peut toutefois prendre comme type de description la *péricardite rhumatismale aiguë*.

La P. rhumatismale aiguë passe habituellement par deux phases :

I. Péricardite sèche. — Les TROUBLES FONCTIONNELS peuvent être réduits au minimum, d'*où la nécessité d'ausculter tous les jours le cœur des rhumatisants*. Le plus souvent, cependant, on trouve *a.* de la *douleur* : tantôt simple gêne douloureuse; tantôt vraie, lancinante, pongitive; elle est alors augmentée par les grandes inspirations, la pression manuelle (*griffes de fer*, cas de Mirabeau); tantôt douleur profonde (Andral, Sibson, Peter), analogue à celle de l'angine de poitrine. Ces sensations douloureuses, de pathogénie complexe et de fréquence variable (la moitié des cas, Louis), peuvent être diffuses, étendues à toute la base de la poitrine, ou localisées à la région précordiale ou au creux épigastrique; elles se compliquent fréquemment de *névralgie phrénique*. De la douleur, il faut rapprocher *b.* la *dysphagie* (Gendrin, Stokes) que l'on attribue à l'irritation de voisinage du plexus périœsophagien (*P. hydrophobique* de Gendrin). *c.* La *dyspnée* est, après la douleur, le symptôme fonctionnel le plus important : presque constante, elle est tantôt peu intense, se traduisant par une simple oppression; tantôt violente, continue, avec accès paroxystiques. Elle est due à des causes multiples : troubles nerveux, complications pleuro-pulmonaires, compression cardiaque.

Les autres signes fonctionnels : *palpitation*, *pâleur de la face*, *toux coqueluchoïde*, *hoquets*, *vomissements*, sont beaucoup moins fréquents et beaucoup moins caractéristiques.

Les SIGNES GÉNÉRAUX sont souvent réduits au minimum : la *fièvre* manque dans les cas légers; dans les cas d'intensité moyenne, elle marque le début même de la péricardite et s'accompagne d'élévation de la température locale (Peter); parfois, cependant, on a signalé à cette phase un abaissement temporaire de la température.

S. PHYSIQUES. — L'*inspection* ne donne aucun renseignement spécial. La *percussion* dénote quelquefois une augmentation légère de la matité précordiale; cet état, que Bouillaud désignait sous le nom de *tuméfaction fluxionnaire du cœur*, indique la parésie du myocarde et la dilatation consécutive des cavités cardiaques. A la *palpation*, la pointe paraît d'abord battre plus énergiquement qu'à l'état normal; puis son choc s'affaiblit, son retrait est lent, retardé; la pointe paraît *engluée* (M. Raynaud). La main appliquée sur la région précordiale perçoit quelquefois (4 fois sur 10) un *frémissement vibratoire* qui donne l'impression d'un mouvement de va-et-vient, mésosystolique ou mésodiastolique, et qu'augmente la pression.

L'auscultation permet de déceler le signe le plus caractéristique, le *frottement péricardique* (Laënnec, Colin). Ce frottement est *superficiel*, il siège à la base du cœur, *le long du bord gauche du sternum*, vers le troisième ou quatrième cartilage costal ou au niveau de l'infundibulum, plus rarement vers l'appendice xyphoïde ou à la pointe. *Il ne se propage pas*, il naît et meurt sur place (Jaccoud). Son intensité est variable : tantôt faible, et alors on a la sensation d'un grattement léger, tantôt rude; c'est alors un craquement, un râclement, un bruit de cuir neuf, un bruit crépitant (G. de Mussy), etc. (v. classiques, et particulièrement Barié : *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*). Le frottement *ne coïncide pas avec les bruits normaux du cœur*; il est à cheval sur eux (Gubler), mésosystolique, mésodiastolique ou présystolique, ce qui est dû à ce qu'il ne peut se produire que lorsque les surfaces accolées se sont lâchées, c'est-à-dire lorsqu'il y a déjà un commencement d'évacuation systolique ou de réplétion diastolique (Potain). Enfin le frottement est *augmenté par la station verticale* ou la *situation assise*, par la *pression locale* (Stokes), par l'inspiration (Traube, Potain, Eichhorst) ou l'expiration (Levinski, Lépine et Chabalier); il est diminué par l'épanchement, par l'affaiblissement du myocarde.

L'auscultation révèle encore les *troubles du rythme cardiaque* : à cette période, il existe deux variétés de *bruit de galop* (Potain), l'un *vrai*, dû à la parésie du myocarde, l'autre *faux*, d'origine péricardique et dû à l'existence d'un frottement présystolique. Les *bruits de souffle* tantôt sont d'origine extracardiaque, tantôt sont liés à une endocardite concomitante.

Le *pouls* est fréquent, un peu dépressible; il est irrégulier et tumultueux dans les formes graves.

La péricardite sèche peut ne pas aller plus loin : le plus souvent, elle est suivie d'une seconde phase que caractérise la production d'un épanchement intrapéricardique.

II. Péricardite avec épanchement. — Les TROUBLES FONCTIONNELS apparaissent ou augmentent d'intensité à cette période. La *fièvre* est continue, sans type régulier. On note parfois des *signes de compression médiastine* : refoulement du poumon gauche par distension du péricarde vers le médiastin postérieur (Rendu); compression des oreillettes, d'où hypotension artérielle (lipothymies, syncopes, pouls petit, etc.) et hypertension veineuse (gêne de la circulation pulmonaire, cyanose, dyspnée, etc.); compression de la veine cave supérieure, du phrénique (hoquet), du pneumogastrique, de l'œsophage, etc.

SIGNES PHYSIQUES. — A l'*inspection*, on constate l'existence d'une *voussure* qui siège du troisième au sixième espace intercostal gauche, et est proportionnelle à la quantité de liquide épanché; cette voussure, qui commence vers 500 grammes (Louis), est plus prononcée chez la femme et chez l'enfant; elle peut manquer dans certains épanchements très abondants.

A la *palpation*, le choc de la pointe *diminue* ou même disparaît : il peut réapparaître quand le malade s'assoit; il est reporté en haut, à *plus d'un centimètre au-dessus de la matité*.

La *percussion* dénote, à partir de 4 à 500 grammes (Rach), une *matité* caractéristique; a. *augmentation progressive de la matité totale du cœur* : en bas, la limite de la matité est perçue au-dessous de la région où se perçoivent des battements de la pointe; en haut et à gauche, la ligne se déplace parallèlement à elle-même et se reporte en haut et en dehors : cette ligne présente, vers son tiers supérieur, une incurvation à convexité interne (*encoche de Sibson*); b. *augmentation de la petite matité*. Cette matité, qui est due à l'épanchement, s'accompagne d'un assourdissement progressif des bruits du cœur. Elle remplace le frottement qui caractérisait la péricardite sèche.

Chez l'*enfant*, la compression de la bronche et du poumon gauches donne lieu à des *signes pleuro-pulmonaires de la base du poumon gauche* (Pins, Perret et Devic, Aviragnet) : matité, souffle, broncho-égophonie. Ces signes disparaissent lorsqu'on fait placer le malade dans la situation génu-pectorale; dans cette situation, l'épanchement se porte en avant et cesse de comprimer le hile du poumon gauche.

Longtemps normal, le *pouls* finit par devenir *petit*, *inégal* ou *irrégulier*, ou *paradoxal* (Kussmaül). Ces modifications du pouls tiennent à l'affaiblissement du myocarde.

(A suivre.)

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Orchite grippale. (*Brit. med. Journ.*, 25 juillet 1903, p. 184.) — Comme les oreillons, la grippe peut déterminer des orchites, mais le diagnostic étiologique de ces dernières n'est pas toujours facile. Dans les épidémies de fièvre ourlienne, on peut constater des cas d'orchite sans parotidite; quand il s'agit d'une épidémie de grippe, la complexité plus grande des symptômes, l'absence de traits caractéristiques peuvent égarer le diagnostic si on a affaire à une orchite isolée. De même que dans certaines épidémies d'influenza, on peut observer plus particulièrement certains groupes de manifestations (formes nerveuse, gastro-intestinale, etc.), peut-être l'orchite est-elle l'apanage de certains milieux épidémiques.

M. Lucas rapporte trois cas qu'il a observés au « Guy's Hospital », au cours d'une épidémie assez grave. Il a noté que, si le testicule est augmenté de volume et sensible à la pression, les lésions n'en ont pas moins leur maximum d'intensité au niveau de l'épididyme; le scrotum est épaissi, de coloration rouge brun; outre le testicule, le cordon, le pli de l'aine peuvent être douloureux; dans un cas, on a noté des vomissements; la vaginale contient habituellement un peu de liquide.

Les malades observés étaient âgés respectivement de trente et un ans, huit ans et trois ans et demi. La guérison survint sans complications. A. HOUSQUAINS.

MÉDECINE LÉGALE

Des ruptures de l'hymen dans les chutes. [Professeur Nina Rodrigues, de Bahia (Brésil). *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, sept. 1903, p. 207.] — Etude très documentée que l'auteur résume en ces quelques conclusions :

Ainsi que l'enseignaient les anciens auteurs de médecine légale, l'hymen peut se rompre accidentellement dans les chutes sur le siège ou debout — surtout si les cuisses sont largement écartées — dans les sauts, dans les efforts violents que peut faire une femme à cheval en cavalier, dans les chutes à califourchon, etc., même lorsque, dans ces différents cas, il n'y aurait pas eu heurt contre un objet en saillie susceptible de pénétrer dans la vulve.

La rupture de l'hymen est due alors à une violence exercée sur la membrane, du dedans en dehors, par les organes du petit bassin soumis brusquement, en vertu du choc, à une haute pression; parce que ces organes tendent à s'échapper par la vulve et font saillie sur son orifice, en l'élargissant, et que cet orifice est la partie la moins résistante des parois de l'excavation pelvienne.

Dans les cas précités, les lésions de l'hymen sont exactement limitées et elles présentent les mêmes caractères que celles produites sur la membrane par la défloration génitale. La distinction ne peut être faite alors que par la présence ou l'absence de sperme, l'irritation ou la non-irritation de la vulve et les différences existantes entre les autres lésions.

Lorsque l'empalement vaginal est dû à une chute sur un corps pointu en saillie qui pénètre dans la vulve, l'effet du traumatisme externe se combine avec celui de la violence interne et les lésions peuvent alors présenter les mêmes caractères que celles produites par la défloration génitale.

Ce n'est que dans des cas spéciaux déterminés que les lésions de l'hymen produites par l'empalement offrent des caractères particuliers au moyen desquels on peut les discerner de celles produites par la défloration génitale, à savoir :

1° Dans l'empalement violent sans chute;

2° Dans l'empalement dû à une chute, avec pénétration violente d'un corps pointu très volumineux, produisant des lésions étendues;

3° Dans les empalements par des corps tranchants, perforants, etc.

Les médecins légistes modernes s'opposent à reconnaître possible l'existence de ces lésions, seulement parce qu'ils croient qu'on ne peut pas expliquer d'une façon satisfaisante la rupture de l'hymen dans les chutes sans empalement. L. GAYARD.

CORRESPONDANCE

Grand-Fougeray, 28 novembre 1903.

Monsieur le directeur,

Dans un journal de médecine, un confrère a préconisé comme traitement de l'eczéma la pommade au perchlorure de fer. Je crois devoir réclamer la priorité de ce moyen dont je me suis servi depuis le mois de novembre 1845.

J'ai traité avec succès plusieurs malades atteints de cette affection; je crus à cette époque devoir en parler à mon excellent maître et ami M. Pinault, professeur à l'École de médecine de Rennes, qui me dit alors qu'il s'en servirait dans sa clinique médicale.

Si le praticien qui a parlé de ce moyen a suivi la clinique de M. Pinault, il aura trouvé là le moyen dont je réclame la priorité.

Veuillez agréer, etc.

LÉON GATINIOL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le jury du concours est provisoirement composé de MM. Florand, Gouraud, Brocq, Toupet, Michaux, Quénu, Pozzi, Cruveilhier, Ribemont et Potocki.

Faculté des sciences. — *Cours libre de biologie rationnelle.* — M. Joseph Deschamps, docteur en médecine, licencié ès sciences mathématiques et physiques, commencera le mardi 8 décembre 1903, à cinq heures un quart, un cours public de biologie rationnelle et le continuera les mardis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre du cours d'évolution des êtres organisés, 18, rue de l'Estrapade.

Objet du cours : Application à la biologie du principe et de la méthode des sciences rationnelles; statique et cinématique vitales; étude analytique des phénomènes bio-cinématiques; dynamique vitale; action du milieu; étude particulière, expérimentale et analytique, des divers modes de nutrition.

— *Cours libre d'embryologie anormale et de tératologie.* — M. Etienne Rabaud, docteur ès sciences et en médecine, commencera le vendredi 11 décembre 1903, à cinq heures un quart, un cours public d'embryologie anormale et de tératologie et le continuera les vendredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre du cours d'évolution des êtres organisés, 18, rue de l'Estrapade.

Objet du cours : Etude générale des processus et des développements anormaux.

Précis d'anatomie dentaire, par J. Choquet, chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de médecine de Paris, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris. 1 vol. in-18 de 400 p., accompagné de 195 grav. inédites. — Prix : 8 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les fièvres intermittentes symptomatiques (1).

Par M. Arthur DELILLE,
Interne des hôpitaux de Paris.

IX. ORGANES GÉNITAUX. — Le tracé thermique à type intermittent se rencontre rarement dans les affections des organes génitaux de l'homme ; on ne le trouve guère que dans certaines suppurations. Par contre, on le voit assez souvent dans les maladies qui frappent les organes génitaux de la femme et spécialement dans les infections puerpérales.

1° *Infection puerpérale.* — Lors de l'accouchement (accouchement à terme, accouchement prématuré ou avortement) se forme une vaste plaie au niveau de la face interne de l'utérus. Par cette large porte d'entrée peuvent pénétrer dans l'organisme les agents septiques les plus divers : les uns sont apportés par les mains de l'accoucheur ou par les instruments ; d'autres proviennent de lésions préexistantes (métrites, collections péri-utérines, bartholinites, etc.); d'autres enfin, vivant en saprophytes inoffensifs au niveau de la vulve, du vagin et même du col de l'utérus, entrent en jeu après avoir subi un accroissement de virulence. Leur développement est favorisé par l'affaiblissement préalable du terrain (accouchement pénible, traumatisme obstétrical, hémorragie, albuminurie, éclampsie, maladies du cœur, etc.), et la précocité et la gravité des accidents est proportionnelle à la diminution de la résistance. Le streptocoque est rencontré dans la majorité des cas et pourtant il n'est pas le microbe spécifique de la fièvre puerpérale, car il faut citer à côté de lui : le staphylocoque, le colibacille, les anaérobies, le gonocoque, le pneumocoque, le bacille de Lœffler, le bacille typhique, le proteus vulgaris, le bacille du charbon, le bacille tétanique, etc. Le plus souvent d'ailleurs, l'infection est polybactérienne.

Partant de l'utérus, les microorganismes peuvent gagner les trompes, les lymphatiques, le système veineux et, suivant les cas, l'infection est localisée (endométrite, péritonite, phlegmon péri-utérin, etc.) ou généralisée (pyohémie, septicémie).

a. *Formes localisées.* — α. *Endométrite puerpérale.* — Le troisième ou le quatrième jour, parfois le septième ou le huitième, plus rarement du premier au troisième, survient brusquement un frisson d'intensité variable : la face pâlit, se cyanose, les extrémités se refroidissent, la femme a de la céphalée, des douleurs dans les membres, elle claque des dents et son corps est agité par un tremblement violent. Puis la face devient rouge, vultueuse et la malade, en proie à une sensation de chaleur sèche très désagréable, cherche à se découvrir, rejette ses couvertures. En dernier lieu apparaît une sudation abondante et le paroxysme prend fin. La température qui s'était élevée à 39 ou 40 degrés retombe alors à la normale ou reste dans le voisinage de 38 degrés ou 38°5 et le pouls se ralentit.

Après cet accès initial, l'hyperthermie peut être continue, la courbe présentant de légères rémissions matinales, mais presque toujours elle est rémittente paroxystique ou nettement intermittente.

L'état général s'aggrave de plus en plus : le teint est grisâtre, bistré, les yeux brillent, légèrement excavés; il y a de la céphalalgie, de la courbature, de la dyspnée, de l'agitation ou de l'apathie. Le tube digestif est peu atteint : les digestions sont faciles, les vomissements rares et la diarrhée ne se montre guère que dans les infections à colibacille. La langue, d'abord humide et rosée, est ensuite sèche, rôtie. Quant aux urines, elles sont peu abondantes, très colorées, albumineuses.

La sécrétion lactée est très diminuée. La femme a des douleurs au niveau de l'hypogastre et des aines ; les lochies sont grisâtres, brunâtres, chocolat, parfois marc de café, et répandent une odeur infecte. La fétidité des lochies est due non au streptocoque, mais aux microbes qui lui sont associés : colibacille, anaérobies, etc. Disons enfin que le col est mou, perméable, qu'il peut y avoir des débris placentaires ou du pus dans l'utérus et que, dans certains cas, se développe une fausse membrane vulvo-vaginale plus ou moins épaisse (diphtérie puerpérale).

Cette endométrite dure quelques jours ou plusieurs semaines. Quand l'infection se prolonge, les phénomènes généraux augmentent et lorsqu'il y a de l'incontinence des matières et du délire, la situation est presque désespérée.

β. *Péritonite. Phlegmon péri-utérin.* — Dans ces affections,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 138, p. 1357.

la température est en plateau ou légèrement rémittente; pourtant, dans les phlegmons péri-utérins, les grandes oscillations ne sont pas rares.

b. *Formes généralisées.* — A côté de la septicémie puerpérale et de la péritonite généralisée puerpérale, formes dans lesquelles le thermomètre reste constamment à 40-41 degrés, se place la *pyohémie puerpérale* qui, le plus souvent, reconnaît pour cause la phlébite utérine. Trois à dix jours après l'accouchement, sans que rien puisse faire prévoir cet accident — sauf, dans certains cas, un état subfébrile, de la fréquence du pouls et de la fétidité légère des lochies — éclate un violent frisson avec tremblement généralisé; il dure un quart d'heure, une demi-heure, puis fait place au stade chaleur. La température atteint alors 40, 41 degrés, et l'on compte 120, 130 pulsations; bientôt, des sueurs profuses marquent la fin de la crise. Le thermomètre tombe à 38°5, 37°5 et même au-dessous de la normale, mais le pouls reste fréquent. L'état général ne paraît pas troublé : la malade ne souffre pas ou ne souffre guère, l'abdomen n'est pas ballonné, l'utérus n'est pas douloureux à la pression, sauf sur les bords; les lochies, parfois normales, sont, dans beaucoup de cas, noirâtres, fétides; le col enfin est perméable, et l'on peut souvent constater dans l'utérus la présence de débris de caduque putréfiés.

Après une apyrexie relative de deux ou trois jours ou même de quelques heures apparaît un nouveau paroxysme, le soir de préférence, et les accès se succèdent irrégulièrement avec une fréquence et une intensité variables. Peu à peu, le facies s'altère, le teint devient blâfard, jaunâtre, les yeux brillants et excavés, la langue sèche. On trouve des vomissements, de la diarrhée fétide; l'urine contient de l'albumine, le foie et la rate s'hypertrophient. Au bout d'une à deux semaines se montrent les complications viscérales métastatiques (endocardite, péricardite, embolies, phlébites, suppuration hépatique, abcès du cerveau, arthrites, collections intra-musculaires ou sous-cutanées, etc.), le début de chacune d'elles étant annoncé par une nouvelle crise.

La guérison est rare et la mort survient habituellement au bout de quelques semaines.

Pour compléter l'étude des accidents fébriles d'origine puerpérale, il faut signaler des faits mis en lumière par Doléris : trois ou quatre mois après un accouchement ou un avortement, éclate parfois une fièvre continue, rémittente ou intermittente avec, dans certains cas, pyohémie et accidents métastatiques.

2° *Maladies de l'utérus et de ses annexes.* — Nous n'insisterons pas sur les maladies de l'utérus et de ses annexes; il suffit de faire remarquer que ces affections (métrites, salpingites, pelvi-péritonites, phlegmons pelviens, kystes de l'ovaire, etc.) peuvent, lorsque la suppuration s'établit, s'accompagner d'une fièvre rémittente paroxystique ou intermittente.

X. Centres nerveux et méninges. — L'abcès du cerveau, la thrombo-phlébite des sinus de la dure-mère et les méningites suppurées (surtout dans la forme cérébro-spinale épidémique) sont susceptibles de présenter dans le cours de leur évolution une hyperthermie intermittente.

1° *Abcès du cerveau.* — Le début de l'abcès du cerveau, quelle que soit sa cause, est souvent annoncé par une céphalée circonscrite avec vertige, vomissements, constipation et par une fièvre de moyenne intensité, rémittente ou parfois intermittente. On a décrit une forme intermittente de l'abcès cérébral pendant toute la durée de laquelle la fièvre apparaît d'une façon régulière tous les deux jours ou tous les jours et constitue, dans certains cas, l'unique symptôme de la maladie.

2° *Thrombo-phlébite des sinus de la dure-mère.* — La thrombophlébite des sinus de la dure-mère, d'origine locale (otite) ou générale, se manifeste très souvent par des accès de fièvre intermittente qui se montrent surtout le soir, sont précédés de grands frissons et dont le fastigium atteint 40, 41 degrés. Poulsen affirme que l'apparition de ces accès dans le cours d'une otite indique l'existence d'une phlébite, surtout lorsque l'on sent une coagulation dans la jugulaire.

3° *Méningites suppurées.* — La fièvre peut prendre le type intermittent dans les méningites purulentes, dernière étape d'une pyohémie, et dans les méningites cérébro-spinales épidémiques à marche traînante. Sacquépée et Peltier ont publié des observations de méningite cérébro-spinale grippale avec accès intermittents quartes, tierces ou quotidiens : le début du paroxysme était annoncé par une élévation de la température avec accroissement des phénomènes méningitiques et tremblement généralisé; puis survenait un état quasi-typhique avec hébétude intellectuelle, émission de plaintes continues et faiblement articulées, photophobie, martellement des tempes, attitude en chien de fusil. A la crise succédait un bien-être relatif.

XI. Organes des sens. — La fièvre à type intermittent se montre dans le cours des otites lorsqu'elles se compliquent d'abcès du cerveau, de thrombo-phlébite des sinus de la dure-mère, de pyohémie.

XII. Lésions d'ordre chirurgical (*plaies cutanées, phlegmons, arthrites, etc.*). — Un malade porteur d'une plaie d'ordre accidentel ou opératoire, d'un phlegmon, d'une arthrite, d'une ostéite, etc., peut, soit sans cause apparente, soit à la suite d'un traumatisme, d'une intervention chirurgicale, devenir la proie d'une infection généralisée due au passage dans le sang des agents microbiens (streptocoque, staphylocoque, colibacille, etc.) et de leurs produits de sécrétion. Intense et continue, mais avec des oscillations d'étendue variable dans la septicémie aiguë, la fièvre est intermittente dans la septicémie chronique et surtout dans la pyohémie ou infection purulente.

1° *Septicémie chronique.* — Les plaies anfractueuses mal drainées, les tumeurs blanches fistuleuses, les abcès froids ouverts depuis longtemps, etc., sont des foyers où s'élaborent à petite dose, mais d'une manière continue, des toxines qui diffusent dans l'organisme et l'imprègnent; cet empoisonnement chronique se révèle au point de vue clinique par un état général mauvais, de l'amaigrissement, de la diarrhée, de l'œdème des extrémités et surtout par la *fièvre hectique.* La température, normale le matin, s'élève le soir et le thermomètre marque 38, 39 degrés; il y a une sensation de chaleur surtout marquée aux pommettes, à la paume des mains et à la plante des pieds. Les rémissions sont fréquentes et durent un ou plusieurs jours. La mort survient dans la cachexie et le marasme.

2° *Pyohémie ou infection purulente.* — La pyohémie qui faisait jadis le désespoir des chirurgiens, ne se rencontre plus guère que dans certaines suppurations profondes (voir les chapitres précédents) et l'infection purulente, consécutive à des plaies et telle que la décrivaient les anciens auteurs, est d'une rareté extrême. Une ou deux semaines après un traumatisme accidentel ou chirurgical ayant produit une solu-

tion de continuité des téguments, les traits du malade s'altèrent, la peau prend une teinte terreuse, le tube digestif fonctionne mal, la plaie devient terne, blâfarde, les bourgeons charnus se flétrissent et se couvrent d'un pus rare et d'une odeur spéciale. Puis apparaît brusquement un frisson intense : le corps tremble, les dents claquent, la peau présente le phénomène de la chair de poule. Au bout d'un quart d'heure, d'une demi-heure, le froid fait place à une chaleur souvent excessive ; enfin le corps se couvre d'une sueur profuse. La température atteint rapidement 40, 41 degrés pour redescendre plus ou moins vite à 37 degrés lors de la crise sudorale. L'accès dure une heure, deux heures au plus et le malade en sort effrayé et courbaturé.

Mais la peau prend un aspect de plus en plus inquiétant : les bords se décollent, les bourgeons s'affaissent, laissent suinter du sang, des hémorragies secondaires, parfois mortelles, se produisent. Tout à coup, en pleine accalmie, éclate un nouveau paroxysme plus grave, plus prolongé, avec une ascension thermique plus forte. Les frissons se succèdent très irrégulièrement, à un jour, deux jours, ou quelques heures d'intervalle et à tous les moments de la journée. La plaie reste atone, indolente, décolorée, mais les métastases : suppurations viscérales, arthrites, etc., font leur apparition et l'état général s'aggrave de plus en plus. La guérison est exceptionnelle et le malade meurt habituellement huit à quinze jours après le premier frisson.

II

B. Fièvres intermittentes symptomatiques dues à des causes générales. — I. Septicémies et pyohémies cryptogénétiques. — Les septicémies et les pyohémies cryptogénétiques sont des infections généralisées dans lesquelles la porte d'entrée de l'agent causal reste inconnue. Streptocoques, colibacilles, etc., agissent seuls ou constituent des associations plus ou moins complexes. Rémittente paroxystique ou intermittente à grands accès dans les pyohémies, la fièvre revêt toutes les formes dans les septicémies; dans un cas de Stenico, le sang renfermait des staphylocoques et l'hyperthermie était intermittente à type tierce.

II. Maladies infectieuses. — 1° *Fièvre typhoïde.* — La dothiénentérie, dans sa forme normale, présente, avec une fréquence relative, une fièvre à marche intermittente dans sa période de début (Trousseau), dans sa période terminale (Jaccoud) et même pendant toute sa durée (observations de Rocco Jemma, Laveran, etc.). Le plus souvent, le thermomètre seul fait constater cette particularité : on a le type quarte, tierce et généralement le type quotidien à élévation vespérale. Dans quelques cas, les accès ont les trois stades classiques.

Jaccoud, Borelli ont décrit une forme sudorale qui ressemble beaucoup à la fièvre malarienne et dans laquelle, pourtant, l'hématozoaire ne joue aucun rôle. Le début en est brusque et sans prodromes ; il est marqué, soit par un accès de fièvre, soit par une céphalalgie violente (région orbitaire et nuque), suivie, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, par un accès de fièvre. Le paroxysme présente les trois phases habituelles : frisson prolongé, chaleur, sueurs très profuses avec une température de 40, 41 degrés ; il dure de six à douze heures. L'apyrexie se prolonge jusqu'au lendemain ; puis, à l'heure du jour précédent, l'accès se renouvelle. Le malade a de la céphalalgie, il ne dort pas la nuit; son visage est rouge et animé, ses yeux sont brillants, ses conjonctives injectées. Au bout de huit à douze jours, cette période d'intermittence initiale fait place à la période d'état : la fièvre devient continue mais reste paroxystique. On constate trois et même quatre, cinq accès dans les vingt-quatre heures ; chacun d'eux s'annonce par un frisson ou par une sensation de froid généralisée ou par une sensation de froid tout à fait locale (rotule, talon, région inter-scapulaire) ou encore par une attaque de toux striduleuse ; puis, fait monter la température d'un à deux degrés au-dessus du niveau ordinaire et, enfin, se termine par des sueurs très abondantes. Les accès reviennent à des intervalles très irréguliers ; la température varie avec chacun d'eux et la sudation n'est pas proportionnée à l'élévation thermométrique. Cette période d'état dure trois semaines, puis la fièvre redevient intermittente, le paroxysme éclatant vers quatre ou cinq heures du soir, rarement le matin, et six à sept jours après, la maladie prend fin. Chose remarquable, les phénomènes cérébraux, intestinaux, et broncho-pulmonaires manquent ou ont peu d'intensité. La rate est grosse, les taches rosées peuvent manquer, l'urine ne contient pas d'albumine; l'hémorragie intestinale serait fréquente.

2° *Paratyphus.* — Dans certains cas de paratyphus, maladie très analogue à la fièvre typhoïde et due à un bacille paratyphique, d'un aspect presque identique à celui du bacille d'Eberth, la fièvre prend soit le type rémittent soit le type intermittent (Lévi-Sirugue).

3° *Fièvre éphémère.* — La fièvre éphémère (fièvre herpétique, fièvre synoque, fièvre de surmenage, embarras gastrique fébrile) semble avoir pour cause une auto-infection (pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, colibacille, etc.), ou une auto-intoxication provoquée par le surmenage, la fatigue, les troubles digestifs. J. Simon a décrit en outre une *fièvre pseudo-malarienne* qui serait due aux émanations putrides provenant des égouts, des puisards, de la terre fraîchement remuée et qui se rencontrerait surtout chez les enfants en bas âge.

La fièvre herpétique dont le début est brusque ou lent, peut revêtir certaines formes parmi lesquelles la forme intermittente : les accès sont vespéraux, franchement intermittents, font penser à la malaria, mais le malade revient définitivement à la santé après deux ou trois paroxysmes.

4° *Grippe.* — Dans les formes prolongées de la grippe et surtout dans les formes gastro-intestinales, la courbe thermique prend parfois le type intermittent (*fièvre intermittente grippale*). Le début de l'accès s'accompagnerait d'une tuméfaction douloureuse de la rate (Lafforgue).

5° *Erysipèle.* — L'érysipèle, et spécialement l'érysipèle de la face, s'accompagne dans quelques cas d'une hyperthermie à grandes oscillations avec apyrexie complète ou relative le matin (Sorel).

6° *Fièvre de Malte.* — La fièvre de Malte sévit le long des côtes méditerranéennes, mais on l'a vue aussi dans la mer Rouge, aux Indes orientales, aux Açores, aux Canaries, au Vénézuéla ; elle a son maximum de fréquence de juillet à septembre. Son début est annoncé par l'élévation de la température (40, 41 degrés), de la céphalée, de l'anorexie, des nausées, des vomissements, des douleurs dans la région lombaire et dans les membres. L'hyperthermie est rémittente ou intermittente ; la rate est tuméfiée; la constipation est opiniâtre et les sueurs sont très profuses (phtisie méditerranéenne). Cette maladie a une durée moyenne de soixante à soixante-dix jours, mais à sa suite peuvent survenir

des fluxions articulaires, de l'orchite, de la mammite, des névralgies et les rechutes ne sont pas rares. On trouve dans les organes des sujets qui succombent (dans la rate surtout) le micrococcus melitensis décrit par Bruce; le sérum des malades a un pouvoir agglutinant allant de 1/20 à 1/1000.

7° *Filariose.* — Les individus atteints de filariose ont souvent des accès de fièvre semblables à ceux du paludisme; mais l'hypersplénie fait défaut et l'examen du sang pratiqué pendant la nuit révèle la présence des embryons de la filaria sanguinis hominis.

8° *Lèpre.* — Il n'est pas rare de voir paraître à l'issue de l'incubation de la lèpre qui est silencieuse, des phénomènes généraux constituant une véritable période d'invasion : anémie, céphalalgie, vertiges, abattement physique et moral, tendance au sommeil, douleurs rhumatoïdes, rachialgie, dyspnée, névralgies, phénomène du doigt mort, coryza avec faibles épistaxis à répétition et enfin fièvre. L'hyperthermie est souvent insignifiante, mais parfois elle est très marquée, atteint 40, 41 degrés et l'on a soit une courbe rémittente, soit une courbe intermittente, les paroxysmes éclatant dans l'après-midi et, dans certains cas, le matin (Leloir). A cette époque, le bacille de Hansen pullule déjà dans le mucus nasal.

Signalons en passant que la fièvre, à la période terminale du *farcin chronique*, prend le type hectique avec grandes oscillations et que, dans le *pemphigus aigu fébrile grave*, elle peut être rémittente paroxystique ou même intermittente.

9° *Coqueluche.* — Cesarini a rapporté le cas d'un enfant atteint de coqueluche sans complications et présentant des accès fébriles intermittents et quotidiens.

10° *Tuberculose.* — La fièvre due au bacille de Koch et à ses toxines serait essentiellement, d'après les études récentes, une fièvre rémittente paroxystique ou intermittente vraie; nous l'avons étudiée plus haut et nous n'avons pas à y revenir.

11° *Syphilis.* — La fièvre syphilitique, signalée par Vigo, Jacques de Béthencourt, a été décrite par Hunter et surtout par Fournier. Elle ne se montre guère que dans la période secondaire, c'est-à-dire dans les premiers mois ou la première année de l'infection; quand elle apparaît dans la période tertiaire, elle est généralement due à des lésions graves de caractère inflammatoire ou à des phénomènes d'hecticité. Elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme et chez les sujets non traités que chez les sujets traités. On lui considère deux variétés : fièvre symptomatique et fièvre essentielle; la première est éphémère à type continu et accompagne la roséole ou les accidents secondaires (fièvre d'éruption); la deuxième, au contraire, est le plus souvent intermittente.

La *fièvre syphilitique intermittente* est constatée, dans la majorité des cas, du deuxième au sixième mois de la période secondaire; son début est brusque ou annoncé par un ou deux jours de malaise général, de courbature et de céphalée. Elle est caractérisée par la production d'accès fébriles périodiques, presque toujours quotidiens, rarement tierces (Mauriac), vespéraux ou nocturnes, séparés par des intervalles d'apyrexie complète. Les accès sont généralement irréguliers, avec des stades confondus ou intervertis. Ils sont constitués par l'élévation de la température (38°5, 39°5, 40 degrés), l'accélération du pouls (90 à 110 pulsations), un sentiment de malaise général, de la céphalalgie. Le frisson manque ou est remplacé par de petits frissonnements qui peuvent se reproduire pendant tout le cours de la crise; le troisième stade est représenté par une simple moiteur des téguments et les sueurs apparaissent fréquemment dès le milieu du paroxysme; le stade chaleur est le plus constant. Les accès diffèrent les uns des autres et par leur forme et par leur intensité et par leur durée. Quand le malade n'a pas le traitement approprié, les paroxysmes se rapprochent souvent de plus en plus et le type intermittent se transforme en type continu ou en type irrégulier, mais la forme continue existe parfois d'emblée, donnant le tableau de la fièvre typhoïde (typhose secondaire de Fournier).

Il faut ajouter à ce tableau deux symptômes qui complètent la ressemblance avec la fièvre paludéenne : l'hypertrophie de la rate, fréquente à la période secondaire d'après beaucoup d'auteurs, et la coexistence de névralgie faciale et surtout occipito-pariéto-frontale.

III. Fièvre arthritique (*fièvre de surmenage, fièvre de croissance, etc.*). — Comby a décrit une fièvre arthritique survenant chez les enfants et simulant la fièvre paludéenne : accès fébriles quotidiens possèdant les trois stades et se répétant pendant huit à quinze jours avec un état général mauvais (abattement, pâleur, amaigrissement). La crise terminée, l'enfant se rétablit vite pour retomber au bout de cinq à six mois. On se trouverait en présence, dans ce cas et d'après cet auteur, d'une goutte larvée, d'une manifestation fébrile uricémique.

On a signalé, en outre, chez les enfants qui grandissent, chez ceux qui sont soumis à un surmenage physique ou intellectuel, des accès de fièvre passagers revêtant, surtout à Paris, le type intermittent quotidien, tierce ou quarte. La tuméfaction de la rate fait complètement défaut.

Il semble que les auto-intoxications, et particulièrement les auto-intoxications d'origine intestinale, jouent un grand rôle dans la pathogénie de ces divers accidents.

IV. Maladies nerveuses. — A côté de toutes ces fièvres intermittentes symptomatiques dont la cause est plus ou moins déterminée, se placent des fièvres *sine materia* (fièvre des hystériques, des neurasthéniques, du goitre exophtalmique, fièvre nerveuse pure), dont la pathogénie est très discutée et dont l'existence même est mise en doute par beaucoup d'auteurs. Pour la plupart, l'hyperthermie nerveuse, surtout dans les névroses, est le résultat d'un trouble fonctionnel primitif du cerveau; pour certains, l'affection causale intervient en modifiant les échanges dans les tissus, en exagérant les désassimilations et en jetant dans le torrent circulatoire des substances pyrétogènes qui vont agir sur les centres de calorification; pour Leven enfin, la fièvre nerveuse, beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, serait peut-être un phénomène réflexe provoqué par un état d'irritation du système nerveux utérin.

1° *Fièvre hystérique.* — La fièvre hystérique, niée pendant de longues années, est admise aujourd'hui d'une façon définitive, et cela grâce à des observations indiscutables; on ne l'a constatée que chez la femme. Tantôt, elle ne constitue qu'un symptôme dans la scène morbide (fièvre hystérique avec pseudo-affection viscérale); tantôt, au contraire, elle domine le tableau clinique (fièvre hystérique proprement dite).

L'hyperthermie peut être le signe révélateur de l'hystérie ou peut ne survenir qu'après d'autres manifestations de la névrose. Elle est le plus souvent irrégulière, étant tour à tour continue, rémittente, intermittente, ayant des paroxysmes vespéraux ou matutinaux, offrant de longues pé-

riodes de répit, réapparaissant après une émotion, une attaque convulsive, un changement d'attitude (Déjerine a soigné une jeune fille chez qui la fièvre ne survenait que lorsqu'elle se mettait au lit), résistant à tout traitement antithermique et cessant brusquement du jour au lendemain et sans cause apparente. Mais cette hyperthermie donne dans certains cas une courbe régulière, de longue durée, continue ou intermittente, et l'on a pu décrire une forme pseudo-paludéenne ou intermittente.

La *fièvre intermittente hystérique*, signalée depuis longtemps par Strack, Mercado, Sagar, Puccinnoti, etc., est devenue une entité morbide indéniable depuis les observations de Barié, Debove, de Coquet, etc. Elle se montre chez des femmes dont l'hystérie est manifeste ou encore latente. Après une émotion morale vive, après une crise convulsive ou sans motif connu, la malade présente, le soir ou le matin, un violent accès de fièvre avec les trois stades; au bout de quelques heures, le paroxysme prend fin et la température, qui avait atteint 40, 41 degrés, et parfois même 42, 44, 47, 50 degrés (Teale), retombe à la normale ou au-dessous. Après une apyrexie d'un, deux ou trois jours, éclate un nouvel accès suivi de plusieurs autres, et la courbe s'allonge, offrant le type quotidien, tierce ou quarte. Les exacerbations apparaissent avec une régularité relative et chaque élévation thermique s'accompagne d'une augmentation de fréquence du pouls et dans certains cas de malaise, de courbature, de céphalalgie, de dyspnée. La rate est normale.

Chose très remarquable, on a noté de grandes différences entre les températures des deux moitiés du corps ou même de certains points du corps. Lombroso a observé dans un cas : 36°6 à la bouche, 45 degrés à l'aisselle, 38°7 au rectum, 35 degrés au membre supérieur, 36°6 au membre inférieur. Bien plus, Barié a constaté chez une malade qu'au niveau du rectum la température du matin était supérieure à celle du soir, et qu'au niveau de l'aisselle il y avait le fait inverse.

Cette fièvre persiste pendant des semaines, des mois, variant plus ou moins comme intensité et comme type et saus trouble appréciable de la santé; Affleck a vu le poids d'une malade s'accroître de plusieurs livres, malgré une fièvre de 44 degrés. Il n'est pas rare de voir éclater des attaques à type convulsif dans le cours de cette hyperthermie. La guérison est le plus souvent instantanée et survient après une émotion, une crise convulsive ou sans cause apparente.

D'après Gilles de la Tourette, les accès fébriles ne seraient que « des équivalents thermiques de l'accès hystérique ou mieux des paroxysmes hystériques à forme de fièvre ». Cet auteur a trouvé, dans une hyperthermie de ce genre, la formule chimique de l'attaque établie par lui et par Cathelineau : abaissement du résidu fixe, de l'urée, des phosphates avec inversion de la formule de ces derniers.

Il faut signaler, en terminant, qu'il y a de nombreux cas de *pseudo-fièvre hystérique* (Pinard) à marche intermittente ou continue : la température reste normale ou ne s'élève pas au-dessus de 38 degrés, et chaque accès est caractérisé par l'accélération temporaire du pouls.

2° *Goitre exophtalmique.* — Les sujets atteints de maladie de Basedow présentent parfois, à la suite d'une émotion, des accès de fièvre de courte durée se manifestant par un frisson violent, une chaleur vive (39 à 40 degrés), des sueurs profuses et s'accompagnant de tuméfaction du corps thyroïde. L'apyrexie est complète entre les accès. Dans certaines formes, l'hyperthermie se prolonge avec le type intermittent ou continu paroxystique. Cette allure fébrile est d'ordinaire un signe de gravité.

3° *Neurasthénie.* — Chez les neurasthéniques, une émotion même légère suffit fréquemment pour provoquer un accès de fièvre pseudo-paludéenne, mais ce n'est très souvent qu'une pseudo-fièvre. Les anémies et les congestions locales se produisent avec la plus grande facilité, grâce à l'irritabilité et au défaut de tonicité de l'appareil vaso-moteur, et ces sujets éprouvent alternativement des sensations de froid et de chaleur localisées (dos, cuisses, extrémités) ou généralisées (faux accès de fièvre intermittente).

4° *Fièvre nerveuse pure.* — Les convalescents des grandes pyrexies (fièvre typhoïde, etc.), les névropathes, tous ceux, en un mot, dont le système nerveux offre peu de résistance, ont une température très instable. Une contrariété, un chagrin peut faire éclater un paroxysme fébrile analogue à ceux de la fièvre paludéenne; même, on cite des cas (observation de Vaillard) dans lesquels l'hyperthermie a persisté pendant des semaines et des mois sous la forme intermittente quotidienne, sans que l'on puisse incriminer l'hystérie ni aucune autre névrose.

En résumé, les fièvres intermittentes symptomatiques se caractérisent essentiellement par la production d'accès vespéraux, présentant plus ou moins les trois stades (frisson, chaleur, sueur) et revenant à des intervalles irréguliers : plusieurs fois par jour ou tous les jours, tous les deux jours, tous les trois jours, etc. Elles ont en outre un caractère commun qui a une grande importance dans le diagnostic clinique et que nous avons volontairement laissé de côté pour le mettre ici bien en évidence : *elles sont, sauf de rares exceptions, rebelles à la quinine.*

III

Pathogénie. — De cette étude d'ensemble, résulte le fait suivant : dans la majorité des cas, les fièvres intermittentes symptomatiques sont des fièvres toxiques, c'est-à-dire qu'elles sont dues au passage dans le sang de substances pyrétogènes (produits de désassimilation des tissus normaux ou anormaux (néoplasmes), poisons minéraux et microbiens), substances qui vont agir sur les centres de calorification et provoquer une réaction de l'organisme. Seules les fièvres nutritives, les fièvres fonctionnelles, les fièvres nerveuses, etc., ne rentrent pas dans cette catégorie, d'après l'opinion classique du moins car, suivant des recherches récentes, on pourrait très souvent les considérer comme provoqués par des auto-intoxications ou des auto-infections. La vaste famille des fièvres intermittentes toxiques se divise en deux grandes espèces : les fièvres intermittentes dues à des auto-intoxications (fièvre de surmenage, fièvre éphémère, *fièvre néoplasique*, etc.), et les fièvres intermittentes d'origine microbienne, par auto-infection ou hétéro-infection (fièvre pyohémique, fièvre tuberculeuse, etc.).

La pathogénie de l'intermittence est très obscure et doit certainement dépendre de la cause et peut-être du malade. L'explication suivante a le mérite d'être simple et de pouvoir être appliquée à la plupart des hyperthermies. Les toxines, quels que soient leur origine et leur mode de production (continu ou discontinu), n'agiraient que lorsque leur quantité atteint une valeur déterminée, variable avec leur virulence et la sensibilité de l'organisme. A une intoxication temporaire correspondrait un accès unique ou des accès peu nombreux ; à une intoxication continue mais peu intense, des accès séparés par de longs intervalles; à une

intoxication continue et massive, des accès de plus en plus rapprochés et pouvant même devenir subintrants (d'où courbe rémittente paroxystique ou courbe continue). Il faut ajouter en outre que, pour qu'il y ait fièvre, il est nécessaire que l'organisme soit en état de réagir.

Le rôle thermique de chaque espèce microbienne est encore à déterminer; il semble pourtant que les infections à streptocoques et à staphylocoques sont généralement plus aiguës que les infections à colibacilles.

IV

Diagnostic. — Lorsque l'on se trouve en présence d'un individu atteint de fièvre intermittente, un diagnostic s'impose : s'agit-il d'une fièvre paludéenne ou d'une fièvre intermittente symptomatique? Pour affirmer l'existence du paludisme, on se base habituellement sur les signes suivants : le malade se trouve dans un pays marécageux ou en provient, il a une occupation qui l'oblige à travailler la terre ou à voyager, l'affection est survenue à une période déterminée de l'année, le sujet a déjà eu des accès analogues, il a une teinte terreuse, sa rate est hypertrophiée, on constate une coloration ardoisée sous-unguéale, les paroxysmes reviennent le matin et à des intervalles très réguliers, la formule leucocytaire ne subit aucune modification importante (du moins dans les formes d'intensité moyenne), la tendance aux rechutes est presque constante, enfin la quinine a une action sûre et rapide. Mais aucun de ces symptômes n'est caractéristique : la quinine est parfois efficace dans les fièvres intermittentes symptomatiques et sans grande action dans certains cas graves de paludisme; l'hypersplénie est chose très commune; la fièvre malarienne a souvent une allure irrégulière, ses accès peuvent être incomplets, elle présente de multiples complications; enfin les maladies intercurrentes (infectieuses et nerveuses) sont très fréquentes chez les paludéens, sujets anémiés et sans résistance. *Seule, une méthode nous donne la certitude absolue : la recherche dans le sang de l'hématozoaire de Laveran.* On fera cet examen en tenant compte des nombreuses causes d'erreur et en employant de préférence la coloration par le bleu de méthylène ou la double coloration par le bleu azur et l'éosine. L'absence de l'hématozoaire, établie par une recherche bien faite, ayant permis d'affirmer que le malade en observation n'est pas atteint de paludisme, restera encore à déterminer l'espèce de la fièvre intermittente symptomatique. On se basera sur les antécédents, le mode de début de la maladie, l'état actuel des divers organes, l'examen microscopique, bactériologique et chimique des crachats, du sang et des urines; on n'oubliera pas enfin certaines réactions caractéristiques (le séro-diagnostic de Widal chez les typhiques par exemple).

V

Traitement. — « La suppression de la cause entraîne celle de l'effet, » telle est ou plutôt telle devrait être la base du traitement des fièvres intermittentes symptomatiques. S'il est facile de combattre un grand nombre d'affections d'ordre chirurgical et même d'ordre médical avec des moyens appropriés (que nous n'avons pas à étudier ici), beaucoup de maladies ne possèdent pas à l'heure actuelle de médication pathogénique et doivent encore être traitées par la méthode antithermique. Les agents les plus divers ont été tour à tour préconisés; la fièvre tuberculeuse, la plus fréquente et la plus rebelle de ces hyperthermies, nous en offre un exemple frappant. En dehors du repos et de l'hygiène, on a mis en œuvre contre elle, avec un succès variable, les sels de quinine, l'antipyrine, l'acétanilide, la phénacétine, l'acide salicylique, le salicylate de soude, l'alcool, le gaïacol (en frictions), le tartre stibié et plus récemment l'aspirine, le pyramidon et la cryogénine. Ce dernier médicament a donné entre les mains d'un grand nombre d'observateurs d'excellents résultats. Il ne donnerait lieu à aucun phénomène dépressif (sueurs profuses, collapsus) et serait un antithermique pur. Sans action réelle sur la fièvre de la tuberculose aiguë, il combattrait avec efficacité la fièvre hectique. On le prescrit habituellement sous la forme de cachets, en commençant par une dose massive (0g80 à 1 gramme chez les adultes) pour diminuer progressivement les jours qui suivent. Ajoutons en terminant que, dans les cas de fièvre hépatique, on fait généralement usage du salicylate de soude seul ou associé à la quinine; Reichmann aurait obtenu de bons résultats avec le bleu de méthylène en cachets (0g30 à 1 gramme par jour en trois fois). Aucun antithermique n'a prise sur les fièvres nerveuses; elles disparaissent parfois sous l'influence du bromure, des douches et d'une bonne hygiène.

BIBLIOGRAPHIE

Généralités. — Morat et Doyon. *Traité de physiologie* (art. Thermogénèse). — Langlois. Art. Fièvre, in *Dict. de Richet.* — Roger. Les intoxications, in *Traité de pathologie générale* de Bouchard. — L. Guinon. De la fièvre, *id.* — Roger. *Les maladies infectieuses*, t. I. — Banzet. *Les suppurations dans leurs rappports avec la fièvre*, Th. de Paris, 1896. — Fretel. *De la fièvre cancéreuse*, Th. de Paris, 1898. — Pierre Delbet. Des néoplasmes, in *Traité de Le Dentu-Delbet.* — A. Pugnat. Pyosepticémies cryptogéniques, *Arch. gén. de méd.*, 1901. — Heubner. États fébriles d'origine obscure, *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1899. — Trousseau. *Cliniques.* — F. Widal. Paludisme, in *Traité Charcot-Bouchard.* — Concetti. Art. Malaria, in *Traité des maladies de l'enfance.* — Crespin. L'hématozoaire dans la malaria, *Gaz. des hôpit.*, 1903. — A. Jousset. Des septicémies tuberculeuses, Soc. méd. des hôpit., 1903. — Vaquez et Laubry. L'hémodiagnostic en chirurgie, *Presse méd.*, 1903. — Gilbert et P. Lereboullet. La diathèse d'auto-infection et les polycanaliculites microbiennes, Soc. de biol., 1903.

Foie. — Monneret. *Traité de pathologie interne.* — Charcot. *Leçons sur les maladies du foie et des reins.* — E. Dupré. *Les infections biliaires*, Th. de Paris, 1891, et *Gaz. des hôpit.*, 1891. — Gilbert et Lippmann. Bactériologie des cholécystistes, Soc. de biol., 1902; — *Id.* Le microbisme miliaire normal, Soc. de biol., 1903. — Pick (de Prague). La fièvre intermittente hépatique, Congrès de méd., Paris, 1900, et Soc. Prague, in *Wien. klin. Wochens.*, 1900. — Münzer. Sur la fièvre biliaire intermittente, Congrès de méd. de Berlin, 1901; — Art. Maladies du foie, des voies biliaires, des vaisseaux hépatiques et du péritoine périhépatique, in *Traité Charcot-Bouchard*, in *Traité Brouardel-Gilbert*, in *Traité des maladies de l'enfance* et in *Manuel Debove-Achard.* — Claude. Cholécystite calculeuse et angiocholite, Soc. méd. des hôpit., 1903. — Gilbert et P. Lereboullet. Les angiocholites suppurées anictériques, Soc. méd. des hôpit., 1900; — La cholémie simple familiale, *Gaz. hebd.*, 1902; — Les angiocholites chroniques simples, Soc. méd. des hôpit., 1903; — Les splénomégalies méta-ictériques, Soc. méd. des hôpit., 1903. — P. Lereboullet. *Les cirrhoses biliaires*, Th. de Paris, 1902. — Mossé et Sarda. La formule leucocytaire dans les abcès du foie, Soc. de biol., 1901. — Hallé et Bacaloglu. Anaérobies dans les kystes hydatiques du foie, *Arch. de méd.*

expériment., 1900. — MIGLIORATO. Fièvre intermittente par syphilis hépatique, *Settim. med.*, 1898. — E. BOIX. Syphilis hépatique, *Arch. gén. de méd.*, 1903. — MONNERET. Cancer du foie, *Arch. gén. de méd.*, 1855. — HANOT et GILBERT. *Etudes sur les maladies du foie.*

Intestin. Rate. Pancréas. Péritoine. — E. DUPRÉ. Angines aiguës, in *Traité des maladies de l'enfance*; — Art. MALADIES DE L'ŒSOPHAGE, DE L'ESTOMAC, DE L'INTESTIN ET DU PÉRITOINE, in *Traité Charcot-Bouchard*, in *Traité Brouardel-Gilbert*, in *Traité des maladies de l'enfance* et in *Manuel Debove-Achard.* — DEVIC et CHATIN. Fièvre intermittente dans un double carcinome gastrique, *Province méd.*, 1892. — HANOT. Forme septicémique du cancer de l'estomac, *Arch. gén. de méd.*, 1892. — HAMPELN. Fièvre dans le cancer gastrique, *Zeit. f. klin. Med.*, 1888. — P. DINAMI. Fièvre intermittente d'origine intestinale, *Semaine méd.*, 1896; — Art. MALADIES DE L'ABDOMEN, in *Traité Duplay-Reclus* et in *Traité Le Dentu-Delbet.* — M. F. SCHUPFER. La lombricose à forme typhoïde, *Gazz. degli Osped.*, 1901. — KÖBLER. Fièvre à accès dans les néoplasies abdominales, *Bull. méd.*, 1892. — F. VILLAR. Maladies du pancréas et de la rate, in *Traité Le Dentu-Delbet.* — VERNEUIL. Contusion de la rate, *Mém. de chir.*, vol. III.

Appareil respiratoire. — Art. MALADIES DES BRONCHES, DU POUMON ET DE LA PLÈVRE, in *Traité Charcot-Bouchard*, in *Traité Brouardel-Gilbert*, in *Traité des maladies de l'enfance* et in *Manuel Debove-Achard.* — CLAISSE. *L'infection bronchique*, Th. de Paris, 1893. — Ed. CHRÉTIEN. *De la fièvre des tuberculeux*, Th. de Paris, 1896. — MANGIN-BOCQUET. *De la fièvre des tuberculeux*, Th. de Paris, 1896. — AVIRAGNET. Art. TUBERCULOSE, in *Traité des maladies de l'enfance.* — BARBIER. Sur la fièvre des tuberculeux, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1899 et 1902. — HÉRARD, CORNIL et HANOT. *La phtisie pulmonaire.* — GRANCHER et HUTINEL. Art. PHTISIE, in *Dict. Dechambre.* — HANOT. Art. PHTISIE, in *Dict. Jaccoud.* — COURTOIS-SUFFIT. *Les pleurésies purulentes*, Th. de Paris, 1891. — P. MERKLEN. La fièvre dans le pneumothorax des tuberculeux, *Presse méd.*, 1897. — WITTHAUER. Fièvre intermittente due à une tumeur du médiastin, *Münch. med. Wochens.*, 1901. — Andrews CLARK. Pneumonie intermittente chez un vieillard, *Progrès méd.*, 1885. — JACCOUD. Pneumonie à reprise, *Cliniques de la Pitié*, 1884-1885. — BEHREND. Ueber die intermitten Formen der fibrinösen Pneumonie, *Jahrb. f. Kind.*, 1894.

Cœur. Vaisseaux. Sang. — Art. MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG, in *Traité Charcot-Bouchard*, in *Traité Brouardel-Gilbert*, in *Traité des maladies de l'enfance* et in *Manuel Debove-Achard.* — JACCOUD. Endocardites infectieuses, *Cliniques de la Pitié*, 1885. — HANOT. *L'endocardite aiguë.* — MUNZER. Sur les états fébriles prolongés d'origine endocardique, Soc. méd. de Prague, in *Wiener klin. Wochens.*, 1900. — BERGENSTEIN. *Forme fébrile prolongée de l'endocardite maligne*, Th. de Paris, 1901. — G. DOCK. Endocardite et fièvre intermittente, *The Boston med. and chir. Journ.*, 1895.

Appareil urinaire. — ACHARD et HARTMANN. Sur un cas de fièvre urétrale, Soc. de biol., 1892. — ALBARRAN. *Etude sur le rein des urinaires*, Th. de Paris, 1889. — ALBARRAN et COTTET. Les anaérobies dans les infections urinaires, Assoc. franç. d'urol., 1898. — ALBARRAN, HALLÉ et LEGRAIN. Des infections vésicales, Assoc. franc. d'urol., 1898. — MAXWELL et BRUCE CLARKE. Relations du colibacille avec les autres microbes de l'urine, *Brit. med. Journ.*, 1899. — FALTIN. De l'infection vésicale, *Ann. des mal. génit.-urin.*, 1902. — HARTMANN et ROGER. Contribution à l'étude bactériologique des cystites, *Presse méd.*, 1902. — H. BARTH et G. MICHAUX. Les infections vésicales et le bacille pyocyanique, *Presse méd.*, 1903. — ALBARRAN et COTTET. Rôle des anaérobies dans l'infection urinaire, *Presse méd.*, 1903. — E. FORGUE. Infection urineuse, in *Traité Duplay-Reclus.* — LEGUEU. Infection urinaire, in *Traité Le Dentu-Delbet.* — LAVAUX. Cas de fièvre urineuse aiguë avec manifestations cutanées, Congr. de chir., 1897; — Art. MALADIES DE LA VESSIE ET DU REIN, in *Traité Le Dentu-Delbet*, in *Traité Duplay-Reclus*, in *Traité Charcot-Bouchard*, in *Traité Brouardel Gilbert* et in *Traité des maladies de l'enfance.* — ROGER et BONNET. Abcès périnéphrétique avec fièvre intermittente, Soc. méd. des hôpit., 1895. — ALBARRAN et LEGUEU. Maladies de l'urètre, in *Traité Le Dentu-Delbet*; — Art. HÉMOGLOBINURIES, in *Traité Brouardel-Gilbert*, in *Traité des maladies de l'enfance* et in *Manuel Debove-Achard.* — L. ROQUES. Hémoglobinurie paroxystique, Soc. méd. des hôpit., 1898.

Appareil génital. — DOLÉRIS. *Métrite et fausses métrites.* — LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Traité de gynécologie.* — POZZI. *Traité de gynécologie.* — BUDIN et BRINDEAU. Des infections puerpérales, in *Traité Tarnier-Budin*; — art. MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES, in *Traité Le Dentu-Delbet* et in *Traité Duplay-Reclus.* — DUPLAY et CLADO. De la fièvre dans les maladies de l'utérus et de ses annexes, *Arch. gén. de méd.*, 1897.

Cerveau et méninges. — Art. MÉNINGITES. ABCÈS DU CERVEAU et TROMBO-PHLÉBITE DES SINUS, in *Traité Charcot-Bouchard*, in *Traité Brouardel-Gilbert*, in *Traité des maladies de l'enfance* et in *Manuel Debove-Achard.* — M. LABBÉ. Méningite cérébro-spinale épidémique, *Gaz. des hôpit.*, 1900. — SACQUÉPÉE et PELTIER. Méningites cérébro-spinales grippales, *Arch. gén. de méd.*, 1901. — P. BARBARIN. *Complications des otites chroniques*, Th. de Paris, 1902.

Pyohémies et septicémies. — Alph. GUÉRIN. Pyohémie, in *Dict. Jaccoud.* — J. CHAUVEL. Septicémie, in *Dict. Dechambre.* — M. JEANNEL. Pyohémie, in *Encycl. internat. de chir.* — RECLUS. Septicémies et pyohémies, in *Traité Duplay-Reclus.* — J.-L. FAURE. Complications des traumatismes, in *Traité Le Dentu-Delbet*; — Art. INFECTIONS, in *Manuel Debove-Achard.* — F. WIDAL. Septicémie, in *Traité Brouardel-Gilbert.* — G. ETIENNE. Pyo-septicémies à staphylocoques, *Arch. gén. de méd.*, 1899.

Maladies générales. — JACCOUD. Sur la température de la fièvre typhoïde, *Cliniques de la Pitié*; — Sur la forme sudorale de la fièvre typhoïde, *Cliniques de la Pitié* et *Semaine méd.*, 1897. — CHANTEMESSE. Fièvre typhoïde, in *Traité Charcot-Bouchard.* — P. BROUARDEL et THOINOT. Fièvre typhoïde, in *Traité Brouardel-Gilbert.* — ROCCO JEMMA. Fièvre typhoïde à type intermittent, *Gaz. d. Osped.*, 1897. — POURTIÉ. *Les accès fébriles intermittents au décours de la dothiénentérie*, Th. de Paris, 1899-1900. — COMBY. Fièvre éphémère, in *Traité des maladies de l'enfance.* — LAFFORGUE. Fièvre à type intermittent dans la grippe, Cong. de méd. de Montpellier, 1898. — GILLET. Grippe, in *Traité des maladies de l'enfance.* — F. WIDAL. Erysipèle de la face, in *Traité Brouardel-Gilbert.* — BRUCE. Fièvre de Malte, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1893. — HUGHES. Fièvre de Malte, Soc. roy. de Londres, 1896. — F. ROUX. Fièvre de Malte, *Journ. des prat.*, 1896. — E. NEUSSER. Fièvre de Malte, Cong. allem. de méd. int., 1900. — BRUNNER. Fièvre de Malte, *Wien. klin. Wochens.*, 1900. — A. CESARINI. Coqueluche fébrile, *Riforma med.*, 1903. — LAVERAN. Sur un cas de filariose, Soc. méd. des hôpit., 1893. — COMBY. L'arthritisme chez les enfants, Cong. de pédiat. de Nantes, 1901. — E. PERIER. *La fièvre intermittente chez les enfants*, Paris 1891. — LÉVI-SIRUGUE. Le paratyphus, *Arch. gén. de méd.*, 1903. — LELOIR. *Traité de la lèpre.* — HALLOPEAU. Lèpre, in *Traité Brouardel-Gilbert.* — JEANSELME et M. SÉE. La lèpre, in *Pratique dermatologique*; — Art. MORVE et PEMPHIGUS, in *Pratique dermatologique.*

Syphilis. — MAURIAC. *Leçons sur les maladies vénériennes.* — L. JULLIEN. *Traité pratique des maladies vénériennes.* — MONIER. *Fièvre syphilitique*, Th. de Bordeaux, 1899. — FOURNIER. *Leçons sur la syphilis*; — *Traité de la syphilis.* — FUTCHER. Fièvre syphilitique, *New-York med. Journ.*, 1901. — CAMPBELL WILLIAM. Fièvre syphilitique, Clin. Soc. of London, 1900.

Fièvre nerveuse. — DÉJERINE. Fièvre nerveuse, in *Traité*

de pathologie générale. — Briquet. *Traité de l'hystérie.* — Pinard. *De la pseudo-fièvre hystérique*, Th. de Paris, 1883. — De Coquet. Fièvre intermittente hystérique, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893. — Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie.* — Dutil. Hystérie et neurasthénie, in *Traité Charcot-Bouchard.* — Souques. Hystérie, in *Manuel Debove-Achard.* — Boulay. La fièvre hystérique, *Gaz. des hôpit.*, 1890. — Wormser et Bing. Cas certains de fièvre hystérique, *Munch. med. Wochens.*, 1900. — Boinet. Hystérie et paludisme, *Presse méd.*, 1901; — art. Goitre exophtalmique, in *Traité Charcot-Bouchard* et in *Manuel Debove-Achard.* — Duvernet. Fièvre nerveuse, *France méd.*, 1895. — Vaillard. Fièvre nerveuse, Soc. méd. des hôpit., 1902. — G. Leven. Hypertrophie nerveuse chez la femme par irritation du système nerveux utérin, *Revue de méd.*, 1900.

Traitement. — L. Galliard. *Thérapeutique des maladies du foie.* — Reichmann. Le bleu de méthylène contre les infections des voies biliaires, *Gaz. Lekarska* et *Roussky Wratch.*, 1903. — Teissier. Maladies du foie, in *Traité de thérapeutique* de Robin. — Troisier et Bergé. Traitement de la phtisie pulmonaire, in *Traité de thérapeutique* de Robin. — Rénon. Action de l'aspirine sur la fièvre des tuberculeux, Soc. méd. des hôpit., 1900. — J. Carré. *Sur l'aspirine*, Th. de Paris, 1901. — Lumière et Chevrotier Etude sur la cryogénine, Acad. des sc., 1902. — Carrière. Etude sur la cryogénine, *Revue de méd.*, 1903. — A. et L. Lumière et J. Chaumier. La cryogénine, Congr. de Madrid, 1903. — Rousseau. *La cryogénine*, Th. de Paris, 1903. — P. Seytre. *La fièvre des tuberculeux et son traitement.* — Debidour. *Le pyramidon et la fièvre des tuberculeux*, Th. de Paris, 1902.

A PROPOS DE LA PATHOGÉNIE DE LA GRENOUILLETTE SUBLINGUALE COMMUNE

Par M. Jules Abadie, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Dans ma Revue générale du 14 novembre 1903 sur « Les grenouillettes », j'ai dit que l'article de MM. Cunéo et Veau (*Presse méd.*, 1er nov. 1902) n'avait ajouté au mémoire de MM. Imbert et Jeanbrau qu'une hypothèse dont la réalité ne me paraissait pas suffisamment démontrée.

J'ai le regret de déclarer que l'article de MM. B. Cunéo et Victor Veau (*Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 140, p. 1377) n'a pas modifié mon opinion. J'ajouterai seulement que, si j'ai formulé une opinion plus catégorique que MM. Imbert et Jeanbrau, ce n'est point que ni d'autres, ni eux-mêmes aient apporté de nouveaux arguments dans la question, c'est que l'approbation donnée à la théorie de l'origine congénitale par MM. Cornil, Cunéo et Veau, Forgue, me paraissait justifier une réserve moindre dans l'appréciation des arguments émis par MM. Imbert et Jeanbrau dans leur premier mémoire.

Quant à Roser, tout ce que j'ai trouvé sur son compte, c'est ceci : « Roser, dans ses éléments de pathologie chirurgicale, *prétend, paraît-il*, que les grenouillettes *doivent être quelquefois* des kystes branchiaux » (Michel. *Gaz. hebd.*, 1877, p. 252). Je n'ai pas cru être injuste en négligeant une hypothèse d'authenticité aussi problématique. — MM. Cunéo et Veau ne sont-ils pas, d'ailleurs, les premiers à affirmer : « Il est bien entendu que la théorie de l'origine congénitale de la grenouillette sublinguale commune appartient à Imbert et Jeanbrau »? — Et je serai reconnaissant à qui me fournira l'indication bibliographique exacte du travail de Roser.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(2 décembre 1903)

Trois orateurs ont encore pris part à la discussion sur l'**hystérectomie**, MM. Potherat, Delbet et Quénu. Ce sont toujours les mêmes arguments que nous retrouvons en faveur de la subtotale. Toutefois plusieurs faits nouveaux se sont produits en faveur de l'opinion soutenue par M. Richelot, à savoir la possibilité, dans une certaine mesure, de la dégénérescence cancéreuse du col. Mais il est bien entendu que c'est là un fait très rare.

M. Potherat s'applique à bien poser les indications respectives de la myomectomie, de l'hystérectomie vaginale totale, quand l'ntérus n'est pas trop volumineux, opération trop abandonnée, à notre avis, et enfin de l'hystérectomie abdominale subtotale, la totale ne devant être préférée que dans un très petit nombre de cas.

Dans un nouveau parallèle entre les deux hystérectomies abdominales, parallèle que nous avons déjà maintes fois entendu, M. Potherat fait ressortir les avantages de la subtotale : facilité, bénignité, non-ouverture du vagin et moindre danger d'infection par ce fait, etc. Quant à la dégénérescence cancéreuse du col, c'est là pour M. Potherat un fait très rare.

Il existe cependant, ce fait, puisque M. Delbet a eu l'occasion de rencontrer un cas de cancer inopérable du col chez une malade opérée par M. Potherat d'une subtotale. M. Richelot a donc eu raison de signaler ces faits. Mais il a eu tort, dans son plaidoyer en faveur de la totale, de dire que cette opération n'était ni plus grave, ni plus difficile que la subtotale. Celle-ci est infiniment plus simple, plus facile, plus bénigne.

Quant à l'argument invoqué par M. Richelot en faveur de la totale, la dégénérescence cancéreuse possible du col, il tombe de lui-même par ce fait que la totale n'empêchera pas plus la récidive d'un cancer méconnu ou la dégénérescence cancéreuse des tissus du voisinage que l'hystérectomie subtotale.

M. Quénu possède un cas personnel de dégénérescence cancéreuse du col après une hystérectomie subtotale pour petit fibrome qu'il a observé en novembre 1898. Cette dégénérescence s'est faite après quatre ans et demi. Quand M. Quénu vit la malade, l'épithélioma du col était déjà inopérable. Malgré ce fait, M. Quénu, comme ses collègues, est resté fidèle à la subtotale. Cette dégénérescence cancéreuse du col peut être prouvée par le raisonnement ou par les faits. M. Richelot a choisi le raisonnement. Mais les faits montrent avec évidence que c'est là une rareté. Aussi M. Quénu continue-t-il à préférer la subtotale à la totale, ne réservant cette dernière que pour les cas où le col est malade.

M. Richelot prendra la parole dans la prochaine séance.

M. Tuffier présente deux malades atteints de cancers cutanés, qu'il traite par la **radiothérapie**. Il présentera de nouveau ces malades dans quelque temps afin, dit-il, de tirer au clair cette question.

M. Launay présente une malade chez laquelle il a fait une **suture latérale de la carotide primitive** ouverte au cours d'une opération pour l'ablation d'une tumeur.

M. Sébileau montre un enfant qui était atteint d'une divi-

sion **congénitale du palais** qu'il a corrigée en prenant un vaste lambeau sur la cloison vomérienne. Très bon résultat.

M. Championnière présente un homme qui s'est tiré une **balle de revolver dans la tempe**, de haut en bas. Le blessé présente des accidents cérébraux graves; deux jours après, il avait 39 degrés et était dans le coma. Il y avait une plaie au niveau de l'arcade zygomatique. Malgré l'état en apparence désespéré du malade, M. Championnière fit une large trépanation au-dessus de la plaie, pénétra dans le crâne, trouva la dure-mère ouverte, enleva des caillots sanguins, nettoya le foyer; dès le lendemain la température baissa et le malade reprit connaissance. Ce malade fut radiographié après l'opération; la balle est sur la selle turcique. On sait que, dans ces cas de blessure du cerveau par balles de revolver, ce n'est pas le projectile lui-même qui constitue le danger. M. Championnière est intervenu un grand nombre de fois dans ces circonstances. Il estime qu'il faut, dans ces cas, toujours intervenir.

M. Routier présente deux pièces : un **fibrome utérin** qui était douloureux et non hémorragique. Dans cette tumeur on ne trouve pas de cavité utérine proprement dite.

La seconde pièce est un cœcum avec l'appendice et 15 centimètres d'iléon qu'il a réséqués pour une tuberculose. M. Mauclaire fait une communication sur un cas d'**épiplocèle** avec torsion vasculaire du pédicule, sans étranglement.

M. Hue montre un cas de **fracture spontanée du fémur** qui a été méconnue, non immobilisée et qui a guéri spontanément. Cette fracture s'est produite, l'homme étant debout et portant 100 kilos sur son dos. Il n'est même pas tombé.

M. Championnière, à ce sujet, insiste sur la rapidité de la réparation dans ces cas de fractures spontanées. Ces fractures sont souvent récidivantes.

M. Walther se demande si les fractures qui se produisent dans ces conditions ne mériteraient pas plutôt le nom de fractures traumatiques.

M. Michaux soupçonnerait volontiers, chez le malade de M. Hue, l'existence d'un sarcome qui expliquerait la fractnre spontanée.

M. Luc a fait une intéressante communication sur le **traitement chirurgical des suppurations du sinus frontal**. Cette communication sera l'objet d'un rapport.

M. Lyot a été élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas-manuel de psychiatrie (1), par G. Weygandt; traduit par J. Roubinowitch.

M. Roubinowitch vient de publier chez Baillière une traduction de l'*Atlas-manuel de psychiatrie* de G. Weygandt, augmentée de notes personnelles, livre intéressant à de multiples points de vue.

Tout d'abord ce livre, très clair, est conçu dans un esprit essentiellement moderne, conforme à celui du traducteur : « La psychiatrie moderne, dit Weygandt, doit se tenir à l'écart de toute spéculation métaphysique. » Aussi les altérations somatiques et les lésions anatomo-pathologiques occupent-elles une place importante dans cette étude.

(1) In-8° avec 24 pl. en coul. et 264 fig. — Prix : 24 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

D'autre part, par les notes de M. Roubinowitch, véritables petits chapitres ajoutés à l'œuvre de Weygandt, on peut se rendre exactement compte à quels types cliniques des auteurs français correspondent ceux décrits par les auteurs allemands, de l'école de Kraëpelin, comme la paranoïa, par exemple. D'ailleurs, si Weygandt semble un peu trop ignorer les travaux français, M. Roubinowitch les remet à leur vraie place, ainsi pour les stigmates de dégénérescence, pour l'anatomie pathologique de l'épilepsie, etc.

Le livre est divisé en deux parties. Dans la première partie, de psychiatrie générale, Weygandt étudie d'abord l'étiologie des troubles mentaux. Il décrit ensuite longuement les troubles psychiques élémentaires, suivant les idées de Wundt, et nous remarquerons notamment l'étude des troubles de l'association des idées, illustrée par d'excellents exemples. A la suite de l'étude générale des symptômes et de l'anatomie pathologique de la folie, où les principales méthodes de laboratoire sont décrites, nous arrivons à un chapitre tout à fait remarquable et essentiellement pratique de thérapeutique. On y trouvera les indications de l'internement, le traitement moderne dans les asiles et surtout une étude médico-légale détaillée. Au moment où la réforme de la loi de 1838 est à l'ordre du jour, on lira avec intérêt, à côté de la loi allemande, le chapitre où Roubinowitch cite la loi française, la situation médico-légale des aliénés dans les différents pays, la liste des asiles et des maisons de santé françaises.

Dans la seconde partie, Weygandt étudie la psychiatrie spéciale, suivant les idées de Kraëpelin. Nous nous permettrons de trouver particulièrement remarquable, l'absence de classification. Comme le dit Roubinowitch, « une classification des maladies mentales est impossible à l'heure actuelle, par cette raison que nous ne faisons qu'entrevoir les vraies causes de la folie. » Weygandt, qui partage ces idées, a donc supprimé le chapitre habituel et fastidieux des discussions de classification possible des maladies mentales. Il les groupe grosso modo, d'après leurs causes : arrêt de développement (idiotie, débilité mentale); développement cérébral complet mais troublé ou perverti (folie des dégénérés, perversions sexuelles, neurasthénie constitutionnelle, obsessions, etc.); psychoses liées à l'hystérie et à l'épilepsie; affections d'origine endogène (paranoïa, folie intermittente, démence précoce, etc.); psychoses liées aux maladies de la nutrition générale (paralysie générale, psychoses d'involution et de démence sénile, etc.); enfin psychoses d'origine toxique.

La place la plus importante est faite à la folie intermittente, à la paralysie générale, et à la démence précoce. C'est dans cette partie du volume que l'on se rend particulièrement compte de l'avantage que présente la multiplicité des figures et des planches annexées à l'ouvrage. Les nombreuses photographies de déments précoces et de paralytiques généraux remplacent avantageusement, à notre avis, les longues observations qui encombrent les traités de psychiatrie. D'autre part l'anatomie pathologique de la paralysie générale est représentée par des planches, dignes de remarque. Grâce aux constatations du traducteur, sur le cytodiagnostic, le traitement et la médecine légale de l'alcoolisme, etc., ce livre est tout à fait au point en ce qui concerne l'étude moderne de la psychiatrie pratique.

Israel de Jong.

Précis de dissection des régions (1), par Jules Regnault, prosecteur à l'École de médecine de Toulouse.

Ce livre a été écrit par l'auteur dans le but de guider l'étudiant à l'amphithéâtre, au moment même où il va disséquer; c'est donc un ouvrage essentiellement pratique où

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

M. Regnault a supprimé tous les détails particuliers, pour ne laisser que les choses suffisantes.

Après quelques conseils généraux sur la façon de disséquer, nous trouvons dans chaque chapitre les incisions les plus commodes pour préparer la région considérée, puis une revue brève des organes qui y passent, étudiés plan par plan et exclusivement au point de vue de la dissection. M. Regnault a exposé successivement les régions de la tête, du cou, des membres et du tronc.

De nombreuses figures très schématiques et par suite très faciles à lire illustrent le texte et viennent l'éclairer; les artères et les veines y sont colorées et se distinguent ainsi facilement au milieu du dessin.

Ce manuel est donc destiné à rendre de grands services aux jeunes étudiants. ÉT. LE SOURD.

Péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire, dans ses rapports avec la colique hépatique, la pérityphlite, l'appendicite, etc. (1), par R. Tripier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon, et J. Paviot, agrégé, médecin des hôpitaux.

Cet aide-mémoire est un exposé synthétique des publications des auteurs sur la pathogénie péritonitique des crises douloureuses abdominales : crise appendiculaire, colique hépatique, crises épigastriques, etc. Ils établissent d'abord la condition commune à ces douleurs, à savoir, la péritonite, que l'on retrouve soit à l'œil nu, soit au microscope. Puis ils dégagent des faits qu'ils ont observés la symptomatologie des péritonites sous-hépatiques d'origine vésiculaire, indépendamment du tableau de la colique hépatique et de celui de la crise appendiculaire. Ils font voir que les troubles qui se rapportent à cette affection sont en général attribués à tort à une origine gastrique, intestinale ou utérine chez la femme. Pour faire cette démonstration, ils étudient dans une série de chapitres les relations de ces vestiges de péritonite, qu'on ne soupçonnait pas si fréquentes aux autopsies, avec les dyspepsies, la pérityphlite, l'appendicite, les organes génitaux, l'entéroptose, la colite mucomembraneuse.

Il résulte de leurs recherches anatomiques et cliniques que l'on peut se rendre compte d'une manière rationnelle de tous ces phénomènes, qui paraissent si complexes de prime abord. Par suite, on arrive alors à un diagnostic assez précis pour en tirer des indications véritablement utiles, qui sont traitées dans le dernier chapitre. L. GAYARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le jury du concours est provisoirement composé de MM. Florand, Gouraud, Toupet (qui acceptent), Brocq, Michaux, Schwartz, Tuffier, Delens, Bouffe de Saint-Blaise, Pinard (qui n'ont pas encore fait connaître leur décision).

— *Mutations* — Par suite du décès des docteurs Bouilly, Brun et Gérard Marchant, M. Monod passe à Cochin (service de gynécologie), M. Chaput à Boucicaut, M. Poirier à Saint-Antoine, M. Broca aux Enfants-Malades, M. Potherat à Broussais, M. Guinard à Tenon, M. Delbet à la Maison de santé, M. Rochard à Tenon (service de gynécologie), M. Albarran à la Maison de santé, M. Beurnier à Bicêtre, M. Démoulin à Ivry, M. Legueu à Trousseau, M. Faure à Hérold.

Hôpitaux de province. — *Reims.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Casalis et Verrier.

— *Rouen.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Gauchois, Richard et Beaurain.

(1) Petit in-8°. (Encycl. scient. des aide-mém.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Beurnier, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé chevalier du Mérite agricole.

— La médaille d'honneur de l'Assistance publique a été décernée au docteur Le Coin, pour services exceptionnels.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Moulinier, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer sur le *Henri-IV*, dans l'escadre du Nord.

— M. le médecin auxiliaire de deuxième classe Janicot et MM. les élèves du service de santé de la marine Fockenberghe, Lestage, Heinault, Fatôme, Lecalvé, Colomb, Gatrot, Wadoux et Dupuy sont maintenus à Bordeaux jusqu'au 1er février 1904, afin de leur permettre de suivre les cours de l'institut colonial.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-septième semaine, 875 décès, au lieu de 829 pendant la semaine précédente (moyenne 840).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (moyenne 10).

La rougeole a causé 2 décès (moyenne 3); la scarlatine, 3 décès (moyenne 2); la coqueluche 1 décès (moyenne 8); la diphtérie, 4 décès (moyenne 2); le nombre des cas signalés par les médecins est en augmentation et égal à la moyenne 72.

La variole a causé 0 décès.

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an, au lieu de 29 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 157 décès au lieu de 140 pendant la semaine précédente (moyenne 133). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 14 décès (moyenne 10); bronchite chronique, 25 (moyenne 20); pneumonie, 24 (moyenne 32); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 94 (moyenne 71), dont 36 dus à la congestion pulmonaire et 42 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 204 décès; la méningite tuberculeuse, 16; la méningite simple, 14; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès.

Asile de Villejuif. — *Service de M. Toulouse.* — Maladies mentales et épilepsie. Le mercredi matin à dix heures, visite du service et présentation des malades intéressantes.

Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages internationaux à itinéraire facultatif.* — Toutes les gares délivrent, pendant toute l'année, des livrets de voyages internationaux, avec itinéraire au gré des voyageurs, sur les sept grands réseaux français, sur les lignes maritimes de la Méditerranée desservies par la Compagnie transatlantique, la Compagnie de navigation mixte (Touache) et la Société générale de transports maritimes à vapeur, ainsi que sur les chemins de fer allemands, austro-hongrois, belges, danois, italiens, finlandais, luxembourgeois, néerlandais, norwégiens, roumains, serbes, siciliens, suédois, suisses et turcs.

Ces voyages, lorsqu'ils sont commencés en France, doivent comporter obligatoirement des parcours à l'étranger.

La validité des livrets est de 45, 60 ou 90 jours suivant la longueur des parcours.

La liste et la carte des parcours pouvant entrer dans la composition des livrets internationaux sont déposées dans toutes les gares, bureaux de ville et agences de la Compagnie. Le public y peut en prendre connaissance et s'y procurer ces deux documents au prix de 2 francs et la carte seule au prix de 0 fr. 30.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 142. — MARDI 8 DÉCEMBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 8 DÉCEMBRE 1903. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 7 décembre 1903.

De nombreuses mutations viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux de Paris, ce qui n'est pas sans troubler quelque peu l'harmonie des services hospitaliers. Il y a quelque vingt ans, tous les changements de service avaient lieu le 1er janvier, les chefs prenaient possession de leur service le 25 décembre, et la semaine écoulée, les élèves, internes et externes, entraient en fonctions le 1er janvier. Cette manière de faire était logique et simple ; mais, le concours de l'internat se terminant de plus en plus tardivement, les internes entrèrent en fonctions en février, puis en mars, enfin actuellement les internes prennent leur service le 1er mai.

Ces changements, à deux périodes différentes, ne sont pas sans occasionner de réels embarras.

Le chef qui prend un nouvel hôpital désire, et cela se conçoit, emmener avec lui les internes qu'il connaît depuis huit mois, et dont il a pu apprécier les capacités. Ces internes sont au courant de sa manière de faire, et ils seront pour leur chef des aides précieux dans l'adaptation du nouveau service qu'il est appelé à diriger. Cela est incontestable et il est évident que ce n'est pas par pur caprice que le médecin qui quitte un service demande à être suivi par ses internes. On dit même que la Société de chirurgie a exprimé le vœu qu'il en soit ainsi dans l'avenir.

Mais a-t-on réfléchi à la situation faite aux internes titulaires de ces services où le nouveau chef veut installer ses internes personnels? Prenons un exemple. Voici un interne qui, depuis quatre ans, a retenu sa place dans le service du regretté Bouilly; il a orienté tout son internat dans cette intention. Dans cette dernière année qui doit couronner ses études hospitalières, il a désiré étudier spécialement la gynécologie à laquelle il veut se consacrer. Mais la mort vient, son chef disparaît, et le nouveau titulaire amenant ses internes, remplacé lui-même dans son service par un autre chef qui impose également les siens, il s'ensuit que ce malheureux interne, rejeté de service en service, finit par échouer dans un service de gâteux à Bicêtre ou à Ivry, service peu propice à ses études gynécologiques.

Ceci est injuste et froisse les sentiments de l'équité la plus élémentaire.

Pour concilier les deux intérêts, il n'y a qu'à revenir aux anciens errements : faire coïncider les changements de service des maîtres et des élèves. Pour cela, il n'y a qu'un moyen : faire finir plus tôt le concours de l'internat. Ce concours commence le troisième lundi de décembre, c'est-à-dire qu'avec le temps perdu, les vacances de Noël et du jour de l'an, le concours commence bien peu avant janvier, et cependant il finira fin mars ou au milieu d'avril.

En faisant, comme autrefois, commencer le concours le premier lundi d'octobre, on reviendrait facilement à une date voisine du 1er janvier. Tout serait alors simplifié, et les intérêts de tous seraient respectés. Mais, pour obtenir à coup sûr cette date du 1er janvier, il faudrait supprimer la lecture des copies et procéder comme pour l'École polytechnique et pour le concours général, faire corriger des copies, avec en-tête, par les juges, qui liraient chez eux à tête reposée et donneraient leurs notes indépendamment de toute influence extérieure, ce qui ne serait pas plus mal. On éviterait, en donnant trois heures au candidat au lieu de deux, ces copies écrites sténographiquement, que le jury ne peut ni lire ni contrôler. La tolérance de cet abus incite à la fraude et quelques candidats ne se font pas faute d'y avoir recours.

Cette réforme est simple, réclamée par tous, mais il faudrait sortir de l'ornière, et le premier effort est toujours difficile.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

L'ECZÉMA DE LA TÊTE ET DES DIVERSES RÉGIONS DE LA FACE

Par le professeur GAUCHER (1).

Vous avez pu remarquer que l'eczéma présentait des symptômes particuliers comportant un diagnostic spécial suivant ses localisations régionales. C'est l'étude de ces variétés que nous allons entreprendre aujourd'hui, et, comme il faut toujours suivre un ordre quelconque, nous allons suivre le plus simple, le moins prétentieux; nous allons commencer par la tête et les diverses régions de la face.

ECZÉMA DE LA TÊTE. — Nous avons d'abord à examiner l'*eczéma du cuir chevelu* dans lequel il y a un élément de diagnostic important à connaître, c'est que l'eczéma est très

(1) Leçon recueillie et rédigée par M. le docteur LAUFER.

rarement localisé au cuir chevelu lui-même, et qu'il déborde toujours en petites plaques derrière les oreilles, c'est là un point extrêmement important pour le diagnostic.

Il y a une autre variété plus particulière aux enfants, c'est l'*eczéma impétigineux*; vous savez que les enfants eczémateux ont très facilement, en dehors de leur eczéma, un complément impétigineux, et c'est particulièrement à la tête que vous le voyez.

Vous pouvez également observer sur la tête l'*eczéma sec* décrit par certains auteurs sous le nom de teigne furfuracée. Dans d'autres cas, cet eczéma est constitué par un état squameux d'emblée qui n'a pas été précédé de suintements, et dans lequel les vésicules eczémateuses se sont affaissées et ont donné lieu d'emblée à des squames.

Cet eczéma est caractérisé par une rougeur tout à fait particulière du cuir chevelu accompagnée quelquefois de plaques derrière l'oreille.

Ce qu'il y a également d'important pour le diagnostic de cet eczéma squameux, c'est que l'affection est rarement limitée au cuir chevelu qu'elle déborde en formant des bords festonnés.

Le diagnostic de l'eczéma du cuir chevelu doit être fait d'abord avec la séborrhée pityriasique appelée autrefois pityriasis capitis, avec le psoriasis et avec la teigne. Voilà les trois affections pour lesquelles il importe de faire le diagnostic différentiel.

Dans le pityriasis capitis, les squames sont beaucoup plus fines et beaucoup moins adhérentes que celles de l'eczéma; elles ne sont pas accompagnées de rougeurs, et l'éruption est localisée au cuir chevelu qu'elle ne dépasse pas sous forme de bords festonnés. Il n'en existe pas non plus derrière l'oreille. J'ajoute que ces squames sont grasses et renferment des produits séborrhéiques tachant le papier buvard et la soie.

Dans le psoriasis, les squames peuvent être confondues avec celles de l'eczéma squameux, mais l'affection est exclusivement limitée au cuir chevelu. Vous ne voyez point de plaques derrière l'oreille et non plus la bordure eczémateuse. Enfin les squames du psoriasis sont beaucoup plus épaisses, plus stratifiées que celles de l'eczéma.

Le diagnostic de la teigne n'est guère à faire que chez les enfants et il est généralement facile : vous n'avez pas de squames, mais simplement une matière pulvérulente qui forme des amas au niveau desquels les poils sont cassés. En outre, la teigne est généralement limitée sous forme de plaques, tandis que l'eczéma est diffus.

Le diagnostic est cependant difficile à faire dans certaines formes diffuses de teigne, il faut alors avoir recours au microscope.

Examinons maintenant l'ECZÉMA DE LA BARBE. Nous pouvons, sur la barbe, observer diverses variétés d'eczéma : d'abord l'*eczéma pilaire simple*, squameux, qui se présente sous la forme de rougeurs n'offrant pas ou très peu de suintement, mais se présentant sous la forme d'une légère desquamation formant une sorte de collerette autour des poils. Cette première forme est assez fréquente, et on l'observe particulièrement chez les individus séborrhéiques.

On peut la confondre avec le premier degré ou le début de la trichophytie de la barbe. En effet, avant de donner lieu à des pustules, la trichophytie de la barbe se manifeste par un état squameux tout à fait particulier, pulvérulent, et désigné jadis sous le nom de pityriasis alba parasitaire; celui-ci ressemble, dans une certaine mesure, à l'eczéma, avec cette différence que vous n'avez pas de squames, mais de petites granulations farineuses qui ne sont autre chose que des amas de spores, de la graine de trichophyton. C'est donc là une apparence de desquamation et non une desquamation véritable.

La forme la plus caractéristique est ce qu'on appelle l'*eczéma sycosiforme* ou folliculite eczémateuse, ou encore ce que Bazin appelait le sycosis arthritique. Cet eczéma sycosiforme est caractérisé par des folliculites suppurées et donnant naissance à des croûtes. L'extraction des poils devient douloureuse — c'est là un point sur lequel j'insiste — et vous constatez que ces poils ne sont pas altérés et qu'ils ont conservé leurs caractères normaux.

Cet eczéma siège avec une certaine prédilection à la lèvre supérieure; on lui donne quelquefois le nom d'eczéma récidivant ou d'eczéma impétigineux de la lèvre supérieure. Sa durée est pour ainsi dire indéfinie, et sa localisation exclusivement limitée pendant toute sa durée. Les croûtes qui succèdent à la rupture des vésico-pustules persistent pendant un temps très long.

Cet eczéma sycosiforme — de la lèvre supérieure comme de la barbe — doit être distingué du sycosis parasitaire.

Quand il s'agit d'eczéma sycosiforme de la lèvre supérieure, le diagnostic est assez simple, car la lèvre supérieure n'est pas habituellement le siège du sycosis trichophytique, de la mentagre, elle n'en est pas du moins le siège exclusif. Je ne dis pas que, dans certains cas d'infection profonde de la barbe, dans la mentagre, il ne puisse pas y avoir de lésions sur la lèvre supérieure comme sur la joue ou le menton, mais ce qui n'a pas lieu, c'est la localisation exclusive du sycosis trichophytique sur la lèvre supérieure. Si donc vous avez une affection limitée à la lèvre supérieure, le diagnostic de sycosis trichophytique ne peut même pas se poser.

Lorsqu'il se pose, le diagnostic en est assez facile à faire. Dans le sycosis trichophytique vous avez des poils altérés, ils se cassent à l'épilation, ne s'arrachent pas en entier. Au microscope, il est exceptionnel de pouvoir trouver des spores de trichophytum, même dans la mentagre. Je ne sais combien j'ai fait faire de recherches sans résultat, aussi c'est par d'autres éléments qu'il faut se faire son opinion.

Ces autres éléments sont les suivants : dans le sycosis parasitaire, vous ne voyez pas seulement des pustules et des croûtes, mais des nodosités, des tubercules qui résultent précisément de l'évacuation incomplète de ces pustules, et c'est ce mélange de pustules, de tubercules indurés qui vous fait faire le diagnostic, en même temps que les notions sur la profession du malade. Le sycosis trichophytique, en effet, est une maladie des chevaux et des bovidés, de sorte que, le plus fréquemment, ce sont des personnes qui sont en rapport avec des chevaux qui en sont atteintes.

ECZÉMA DES LÈVRES. — En dehors de l'eczéma sycosiforme que nous venons de voir, et de celui qui résulte de l'extension de l'eczéma général de la face aux lèvres — eczéma qui ne présente rien de particulier, si ce n'est la difficulté des mouvements — il y a des eczémas propres aux lèvres.

Il y a, en premier lieu, l'eczéma orbiculaire, généralement sec, fendillé, fissurique, très pénible justement à cause de ces fissures qui se produisent le long des plis rayonnés de la peau des lèvres. Les lèvres douloureuses, crevassées, indurées, se rétractent facilement, elles sai-

gnent avec une grande facilité, il en résulte de la gêne dans les mouvements de préhension des aliments, dans l'action de boire, dans la succion. Enfin, en dehors de son aspect disgracieux, c'est certainement une des formes les plus gênantes de l'eczéma.

Le diagnostic de cet eczéma doit être fait avec les syphilides labiales, c'est-à-dire les plaques muqueuses.

Les plaques muqueuses siègent surtout aux commissures des lèvres ; elles présentent des fissures plus profondes que celles qui caractérisent l'eczéma, et en même temps moins douloureuses; elles ne sont pas accompagnées de croûtes et il est rare qu'elles soient exclusivement localisées aux lèvres. Quand vous en voyez aux lèvres, regardez la langue et la gorge, il est bien rare que vous n'en rencontriez pas.

Il faut aussi faire le diagnostic différentiel de la perlèche. La perlèche est une affection tout à fait spéciale et qui a été longtemps confondue avec l'eczéma des lèvres. Les travaux qui ont servi à l'individualisation de la perlèche sont exclusivement des travaux français, et, j'ajoute, des travaux provinciaux. C'est le docteur Lemaître (de Limoges) qui est l'auteur des travaux les plus importants sur cette question.

La perlèche débute par une sorte de petite vésicule siégeant à la commissure des lèvres, et donne lieu à une petite exulcération opaline qui se reforme indéfiniment. Cette affection n'est pas grave, mais elle est contagieuse, microbienne ; son microbe est connu, il se propage dans les écoles par contagion — c'est surtout dans les écoles où il sévit — et l'affection ressemble tellement à l'eczéma que, pendant longtemps, on l'a confondue avec lui. Il a fallu qu'on s'aperçoive qu'elle présentait des caractères spéciaux, qu'elle était tout d'abord exclusivement localisée à la commissure des lèvres, se propageant en arrière du côté de la muqueuse et formant une vésicule grisâtre, opaline, indéfinie, contagieuse, et c'est en raison de tous ces caractères que le docteur Lemaître et d'autres sont arrivés à distinguer la perlèche de l'eczéma.

Comment faire le diagnostic du lupus érythémateux avec l'eczéma ?

Ce diagnostic est difficile. Il s'agit ici en effet de lésions ayant tout à fait l'apparence eczémateuse et dont le diagnostic ne peut se faire que par l'évolution, en raison de la longue durée et de la limitation des lésions pendant toute cette durée. L'eczéma dure longtemps, mais il se déplace, il ne reste pas cantonné, localisé dans une même région, tandis que le lupus reste indéfiniment localisé. La plupart du temps, ce caractère suffit pour faire le diagnostic différentiel.

L'eczéma hypertrophique de la lèvre supérieure est caractérisé par une infiltration de la lèvre, un épaississement de la lèvre souvent accompagné d'œdème lymphatique constituant un véritable éléphantiasis localisé consécutif à l'oblitération des voies veineuses et lymphatiques.

Vous observez une surface rouge, suintante, recouverte d'une croûte se propageant quelquefois aux narines, car cet eczéma hypertrophique est, dans la très grande majorité des cas, consécutif au coryza chronique.

Cet eczéma hypertrophique est quelquefois éléphantiasique et est à diagnostiquer de deux affections :

D'abord d'un syphilome diffus de la lèvre supérieure; ensuite d'un lupus.

Tout d'abord, l'eczéma hypertrophique est limité à une partie des lèvres correspondant à l'ouverture des narines. De plus, l'infiltration est localisée à une certaine partie de la lèvre, à la partie superficielle de l'épiderme et ne s'étendant pas dans la profondeur de la lèvre. Il semble très nettement ici qu'il s'agit d'une affection qui, tout d'abord, a été toute superficielle et qui, peu à peu, s'est étendue vers la profondeur, mais dans une limite très restreinte. Dans le syphilome diffus, au contraire, vous avez toute la lèvre supérieure infiltrée dans sa totalité et dans toute sa profondeur. Ce n'est pas à la surface de la peau que la lésion a débuté ; elle a débuté profondément dans les tissus cellulaires ; c'est une lésion des tissus cellulaires sous-cutanés, et cette participation totale des tissus dans le syphilome diffus permet de faire le diagnostic avec l'eczéma hypertrophique.

Le diagnostic est également à faire avec le lupus.

Le lupus de la lèvre ressemble beaucoup, dans certains cas, — surtout le lupus végétant, — à cet eczéma hypertrophique, mais il y a cependant des différences. Le lupus, même quand il est végétant, est rarement limité à la lèvre; le plus souvent, il vient de la propagation du lupus de la face ; il est, d'autre part, caractérisé par une infiltration plus profonde non seulement par la présence d'ulcérations, mais de tubercules d'une teinte plus foncée et plus violacée que la teinte rouge de l'eczéma.

Enfin, vous avez toujours dans le lupus des cicatrices qui peuvent être la conséquence d'ulcérations, mais qui, dans certains cas, peuvent même se développer spontanément sans ulcération préalable. Ce sont des cicatrices qui se produisent par une sorte d'atrophie interstitielle des tissus et qui entraînent à leur suite parfois une rétraction superficielle que vous n'avez pas dans l'eczéma.

Je vous disais que cet eczéma hypertrophique s'accompagne généralement d'eczéma des narines ; il s'observe particulièrement chez les sujets lymphatiques. Il est alors caractérisé par une tuméfaction, un épaississement de la muqueuse sur laquelle vous voyez apparaître de petites vésico-bulles se terminant par des croûtes et donnant lieu à des troubles fonctionnels en rapport avec leur siège.

Sur la face, il y a encore une autre région pouvant être atteinte, avec des caractères spéciaux, par l'eczéma : ce sont LES OREILLES.

Le siège principal de l'eczéma est alors sur le pavillon, et il peut s'étendre au conduit auditif externe. En effet, chez un certain nombre de sujets, vous voyez un peu d'eczéma du pavillon, mais ce que vous voyez surtout, c'est, dans l'intérieur de l'oreille, un suintement, des croûtes, quelquefois même des squames accompagnées d'un engorgement ganglionnaire derrière l'oreille et qui est quelquefois cause d'une erreur de diagnostic. J'ai vu des malades atteints d'otorrhée qui n'avaient pas d'autre écoulement que celui d'un eczéma. Cela est très important, car le traitement et le pronostic sont tout à fait différents. L'otorrhée vraie est un symptôme de tuberculose localisée; il s'agit donc de bien faire le diagnostic, ce que vous pourrez faire à l'aide du speculum auri. Le suintement peut être très peu abondant et même n'être révélé que par une petite goutte séro-sanguinolente sur l'oreiller.

Mais, ce que vous voyez surtout dans le conduit auditif externe, c'est l'eczéma squameux qui existe chez un certain nombre de sujets, et certainement, en rappelant vos souvenirs, vous trouverez des personnes atteintes de cette affection. Cette otite eczémateuse qui n'est pas suintante,

qui donne lieu à une desquamation abondante, peut troubler l'ouïe par suite de l'accumulation de ces squames qui tend à oblitérer le conduit auditif.

L'ECZÉMA DES PAUPIÈRES est également un signe de lymphatisme; il a pour caractères d'être symétrique; il n'y a pas qu'une paupière atteinte, mais généralement les deux; il peut occuper la totalité de la paupière avec le bord ciliaire, et même la conjonctive, ou être borné symétriquement à l'une de ces parties. Quand il est généralisé, les paupières sont rouges, épaissies, la conjonctive est également rouge, larmoyante, les paupières sont rétractées en ectropion, particulièrement la paupière inférieure; en outre il y a des croûtes sur le bord ciliaire. C'est là une affection véritablement douloureuse, surtout quand elle est arrivée à l'état chronique.

Cet eczéma peut se borner, par exemple, aux commissures palpébrales; c'est alors un eczéma fissurique déterminant des douleurs assez vives et un léger suintement séro-sanguinolent. Cet eczéma fissurique de la commissure palpébrale n'est pas très fréquent, et à cause de sa rareté, il peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

L'affection avec laquelle il importe de le distinguer tout d'abord sont les plaques muqueuses fissuriques de la même région, qui constituent une affection également très rare.

Dans les plaques muqueuses, il est exceptionnel qu'il n'y ait qu'une plaque de la paupière; le plus souvent, il y en a ailleurs, dans la gorge, dans la bouche, sur la langue. D'autre part, la plaque muqueuse fissurique n'est pas douloureuse ou l'est très légèrement; en outre, elle n'est pas suintante, l'eczéma fissurique au contraire s'accompagne toujours de douleurs assez vives et d'un suintement séro-sanguinolent.

L'eczéma peut être aussi — et d'une façon beaucoup plus fréquente — limité au bord ciliaire de la paupière.

Autant l'eczéma fissurique de la commissure palpébrale est rare, autant celui-ci est fréquent. Il est caractérisé, comme tous les eczémas, par un peu de rougeur et d'épaississement de la peau, et surtout par l'existence de vésicopustules, donnant lieu à des croûtes qui sont généralement molles, suintantes, produisant un suintement séro-sanguinolent qui agglutine les paupières et empêche le malade d'ouvrir les yeux le matin.

Ce sont là des affections bénignes, mais très difficiles à guérir, ainsi que je vous le dirai quand nous nous occuperons du traitement de l'eczéma.

Il est rare que l'eczéma soit localisé à la conjonctive; le plus souvent, il atteint la conjonctive par voisinage. Quelquefois cependant, il peut donner lieu à des conjonctivites isolées. Il peut arriver que vous vous trouviez en présence d'un de vos clients eczémateux qui offre cette conjonctivite; là le diagnostic sera facile. Mais il est cependant très important d'en bien préciser le diagnostic, car le pronostic et le traitement sont singulièrement différents quand il s'agit d'une conjonctivite ordinaire.

Les conjonctives sont rouges, injectées, douloureuses, donnant la sensation du corps étranger, mais si vous examinez cette conjonctivite à la loupe, vous voyez un certain nombre de petits points soulevés, vésiculeux, qui ne sont autre chose que les traces d'une éruption eczémateuse semblable à celle que vous voyez sur le revêtement cutané.

Cette conjonctivite eczémateuse présente le même pronostic et les mêmes complications que la conjonctivite ordinaire, c'est-à-dire que si vous ne la traitez pas à temps, elle peut donner lieu à des troubles oculaires.

Quelquefois, cet eczéma se propage aux points lacrymaux et donnent lieu à l'atrésie des points lacrymaux, quelquefois même à leur oblitération, ce qui nécessite l'intervention d'un oculiste pour rétablir le cours normal des larmes par les points lacrymaux.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(4 DÉCEMBRE 1903)

La question de l'**appendicite larvée**, soulevée dans l'avant-dernière séance par M. Siredey, continue à déterminer les médecins de la Société à dire leur opinion. Hier, c'est M. Dalché qui, à propos du travail de M. Soupault, demande qu'on dénomme beaucoup des cas visés dans ce travail sous le vocable « pseudo-appendicite » et qui attire, s'appuyant sur de nombreuses observations personnelles, l'attention sur les difficultés que comporte le diagnostic entre les douleurs de la menstruation et les douleurs de l'appendicite.

M. Marfan vient ensuite présenter deux remarques relatives à l'appendicite: la première a trait à la coexistence de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite. Cette coïncidence est moins rare qu'on ne l'a dit antérieurement. Lorsqu'on enlève l'appendice à un malade atteint de ces deux affections, il est rare que les accidents de colite s'améliorent ou disparaissent; le plus souvent ils persistent après l'opération et présentent les mêmes caractères qu'auparavant.

La seconde remarque a trait aux lésions histologiques de l'appendice. M. Marfan rappelle que l'appendice a des parois contractiles soumises à des alternatives de resserrement et de relâchement. Or, les figures histologiques varient suivant qu'on les fixe dans l'un de deux états de relâchement ou de resserrement. De plus, quand les examens de l'appendice sont pratiqués vingt-quatre ou trente-six heures après la mort, ils sont impossibles à interpréter.

MM. Achard et Grenet lisent une étude sur les **injections sulfatées hypertoniques**.

Ces auteurs ont étudié chez plusieurs malades les effets des injections de solutions hypertoniques de sulfate de soude. Elles produisent d'abord une concentration du sang, puis une dilution qui a pour conséquence la diurèse.

Toujours une partie importante du sulfate injecté s'élimine par l'urine dès le premier jour. Par contre, l'injection sulfatée a le plus souvent pour effet d'abaisser l'excrétion des chlorures, ce qui paraît dû surtout à l'afflux de chlorures qui se produit au lieu de l'injection.

Toute cette série de variations observées dans les humeurs constitue des phénomènes de régulation, concourant à rétablir l'équilibre humoral; ils sont tout à fait comparables à ce qu'on obtient par l'expérimentation.

En pratique, pour provoquer la diurèse par les injections salines, il y a lieu de préférer le sulfate aux chlorures et les solutions hypertoniques aux solutions iso et hypotoniques. Mais il importe de s'en tenir aux doses modérées, car les fortes doses peuvent produire l'aggravation des œdèmes, peut-être en diminuant l'excrétion chlorurée; de plus, elles sont irritantes et douloureuses.

MM. Achard et Paisseau, à propos de la récente communi-

cation de M. Bergé, rapportent un cas d'**injection saline massive suivie de mort.**

Les auteurs ont pu pratiquer l'autopsie d'une femme à laquelle, pour combattre une hémorragie interne à la suite d'une hystérectomie, on avait injecté sous la peau, en vingt-quatre heures, 10 litres de sérum artificiel contenant 5 de chlorure de sodium et 10 de sulfate de soude p. 1 000. La mort était due à l'œdème pulmonaire dont la malade avait présenté les symptômes et dont ils avaient constaté les lésions. Il y avait, en outre, des lésions rénales consistant en un œdème considérable, localisé histologiquement dans les pyramides, et en des altérations épithéliales des tubuli.

Il n'est pas établi que ces lésions soient dues exclusivement au chlorure de sodium en excès, car ce sel était très dilué dans la solution injectée, qui était elle-même hypotonique et congelait à — 0°44. C'est même en raison de cette hypotonie que les muscles de la malade ont donné un taux moindre de chlorure que ceux d'un sujet mort de suffocation rapide, pris comme terme de comparaison.

Il ne semble pas non plus que ce soit la dose de sulfate injectée qui puisse expliquer les lésions. Il faut donc invoquer surtout, à leur avis, l'énorme quantité d'eau.

L'expérience montre, du reste, qu'en injectant comparativement dans les veines des lapins des solutions faibles et fortes de sulfate de soude, on les tue avec peu de sulfate et beaucoup d'eau, aussi bien qu'avec beaucoup de sulfate et peu d'eau.

Enfin, en injectant sous la peau d'un lapin plus d'un litre de la solution saline qui avait été employée pour la malade, MM. Achard et Paisseau ont provoqué la mort en quelques heures par suite de la dilatation du cœur, et ils ont constaté, en outre, quelques altérations de l'épithélium rénal, assez comparables à celles que MM. Castaigne et Rathery ont obtenues *in vitro* en soumettant cet épithélium à l'action des liquides hypotoniques.

M. Joseph Belin et son interne, M. Pierre Lecornu, apportent à la Société une **contribution à l'étude de l'intoxication par l'hydrogène arsénié.** Ils présentent une observation de cet empoisonnement chez un homme employé dans un aérodrome. Cet homme avait absorbé de l'hydrogène impur en voulant réparer une déchirure de ballon. Il fut pris peu après de douleurs gastriques et abdominales violentes, de nausées, de vomissements suivis bientôt d'ictère. Ce n'était pas un ictère par obstruction, puisqu'il n'y eut pas de décoloration des matières fécales, puisqu'il n'y eut pas de pigment biliaire dans les urines. Celles-ci, noires, très albumineuses, hémoglobinuriques, renfermaient une grande quantité d'arsenic, ainsi que le démontra l'analyse faite à l'aide de l'appareil de Marsh. Le foie et la rate étaient notablement augmentés de volume. Le malade fut très gravement atteint et faillit mourir : une déglobulisation intense fut la conséquence de l'intoxication.

A l'occasion de ce fait très rare, les auteurs résument les observations déjà publiées d'empoisonnement par le gaz des ballons (c'est à peine si on en compte une dizaine). L'hydrogène était toujours préparé en faisant agir sur du fer ou du zinc de l'acide sulfurique dilué. L'arsenic provenait soit du métal, soit plutôt de l'acide sulfurique qui en contenait de grandes quantités. MM. J. Belin et P. Lecornu terminent leur communication en étudiant brièvement les symptômes et les lésions de l'intoxication par l'hydrogène arsénié. A cette occasion, ils recherchent quelle est la pathogénie de l'ictère toujours observé en pareil cas et ne peuvent se prononcer sur ce point si controversé de la pathologie générale.

M. Dopter présente les résultats d'**examens cytologiques du liquide céphalo-rachidien, pratiqués chez huit malades atteints de coup de chaleur**; de ce qu'il a constaté il peut conclure :

1° Dans les cas bénins, le liquide céphalo-rachidien a son aspect normal, les éléments cellulaires y sont absents; on note seulement un état d'hypertension notable, variable avec chacun d'eux;

2° Dans les cas graves, même hypertension. Le liquide peut être légèrement trouble, albumineux teinté; il contient des éléments cellulaires en abondance et en quantité variable suivant la période d'évolution à laquelle il est examiné. Au début, la polynucléose domine, la lymphocytose y succède progressivement. Cette lymphocytose peut rapidement disparaître; elle peut persister plusieurs mois.

L'exode de ces éléments leucocytaires est la signature manifeste d'un certain degré d'irritation méningée se produisant sans doute sous l'influence phlogogène de poisons accumulés dans l'organisme à la faveur du coup de chaleur.

Enfin, une notion essentiellement pratique découle de ces recherches; c'est l'action thérapeutique évidente de la ponction lombaire dans tous les cas observés, sur les troubles symptomatiques habituels du coup de chaleur et, particulièrement, la céphalée.

M. Louis Rénon rapporte un fait d'**ovarite ourlienne droite**, survenue chez une jeune fille de quatorze ans, dans le décours d'oreillons parotidiens et sous-maxillaires des plus légers. La crise ovarienne, très aiguë, s'accompagnant de vomissements, de fièvre et de douleurs intenses dans la fosse iliaque droite, ressemblait à une appendicite; mais il n'existait pas de défense musculaire, et la douleur siégeait plus bas que le point de Mac Burney. En quarante-huit heures cette ovarite se termina par la guérison, sans récidive ultérieure.

Le même auteur publie une observation très intéressante de **fièvre typhoïde chez un glycosurique terminée par la mort par hémorragie intestinale foudroyante.**

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des pays chauds, par Patrick MANSON; traduction française par MM. GUIBAUD et J. BRONGUES.

Lorsque parut la dernière édition remise au point du beau livre de Patrick Manson, ce fut un regret unanime en France que l'ouvrage en question ne fût pas traduit en notre langue. MM. Guibaud et Brongues viennent de s'acquitter de cette tâche; à bien des titres, la reconnaissance des hommes de science leur est assurément acquise.

Ce livre voit le jour en une heure favorable, où tout converge vers l'étude si attrayante de la pathologie exotique. On sait quelle extension cette dernière a prise depuis quelques années; de tous côtés les bactériologistes et surtout les parasitologistes ont trouvé dans cette voie nouvelle des ressources sans nombre, excitant la curiosité et l'ardeur des recherches. Chaque année apporte son contingent de découvertes passionnantes. Pour les favoriser chaque nation

(1) In-8° cavalier, 776 p., 113 fig. en noir. Prix : 12 fr. — Paris, C. Naud.

envoie des missions scientifiques, crée des laboratoires, des instituts coloniaux situés près des facultés de médecine, se chargent d'enseigner sur place ce que la patience, la sagacité ont pu arriver à recueillir au loin sous le ciel ardent des tropiques.

De la plume de Manson, s'il dût sortir un chef-d'œuvre, c'était certes bien la question de la malaria; l'attente n'est certes pas déçue : clinique, anatomie pathologique, étiologie et surtout le rôle du moustique sont traités de main de maître; mais la fièvre intermittente n'est pas seule à revendiquer cette faveur : fièvre jaune, peste, choléra, dysenterie, béribéri, dengue, etc., sont autant de sujets où l'on retrouverait la concision, la rigueur qui sied à tout esprit scientifique.

Les chapitres ayant trait à l'étude des parasites sont particulièrement bien étudiés, et tout spécialement la filariose qui doit certes à Manson tout ce que l'on sait d'elle au point de vue de sa transmission sur les insectes. Tænias, tricocéphales, burthylostomes, etc., demandent encore droit de cité dans l'énumération de ces chapitres attrayants. Enfin l'étude des maladies cutanées, spéciales aux régions tropicales, ajoute encore à l'intérêt naissant que l'on éprouve à la lecture de chaque page.

Mais l'édition dernière de cet ouvrage date de 1900 et, depuis cette époque si rapprochée, nombre de découvertes ont été faites, et ce si beau livre risquerait d'être taxé d'« incomplet » pour l'heure présente, si MM. Guibaud et Brongues n'avaient pas eu par l'addition d'un appendice l'heureuse idée de combler une lacune qui, dès lors, n'existe plus.

En somme, l'impression que donne la lecture de ce traité des maladies des pays chauds est des plus exquises; il compte assurément pour l'un des plus scientifiques, des plus documentés que la littérature médicale nous a fait connaître depuis longtemps; son succès ne fait aucun doute.

CH. DOPTER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 14 AU 19 DÉCEMBRE 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 14 DÉCEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Legueu et Mauclaire; — (2e série) : MM. Reclus, Walther et Gosset; — (2e partie, ancien régime) : MM. Gaucher, Bezançon et Legry ; — M. Cunéo, suppléant.

MARDI 15 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Hartmann et Thiéry.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chassevant et Méry.

1er (oral) : MM. Poirier, Launois et Auvray; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Albarran et Faure; — (2e série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Marion ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Achard et Thiroloix; — M. Toinot, suppléant.

MERCREDI 16 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e, *Salle Béclard* : MM. Gautier, Ch. Richet et Retterer.

3e (2e partie, oral), *Salle Thouret* : MM. Landouzy, Blanchard et Letulle.

4e, *Salle Velpeau* : MM. Hayem, Gaucher et Wurtz; — M. Remy, suppléant.

JEUDI 17 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Méry et Jeanselme.

4e, *Salle Richet* : MM. Pouchet, Chantemesse et Dupré; — M. Launois, suppléant.

VENDREDI 18 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

4e, *Salle Broussais* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Legueu ; — (2e série) : MM. Tuffier, Mauclaire et Gosset ;— M. Sébileau, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 19 DÉCEMBRE, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Chantemesse, Widal et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Troisier, Vaquez et Jeanselme; — M. Achard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bonnaire ; — M. Hartmann, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Le concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Abadie et Jacques Carle.

— *Rennes.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Chevreul et Loiseleur comme internes titulaires, et de MM. Lepipe, Olliéric et Thébot, comme internes provisoires.

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par arrêté ministériel du 28 novembre 1903, MM. Challier, Jarland, Ginoux et Pouillot ont été nommés à l'emploi de médecins aides-majors de première classe stagiaires.

Marine. — M. le docteur Hénault a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Guiol (d'Hyères); Vincenty, hôpital Sainte-Marthe (Avignon); Caurand, médecin sanitaire maritime; Thiroux (de Tananarive); Heusch, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales; Rosviel (de Majunga); Auber, à Saint-Denis (Réunion).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Rossi (d'Embrun); Capoulade (d'Espalion); Alaux (d'Espalion); Gaignerot, hôpital Saint-André (Bordeaux); Mme Volqueman [sœur Candide] (de Cambrai); M. Florion, interne à Rouen.

Mention honorable. — M. le docteur Meslay (de Majunga).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bertrand, de Consenvoye (Meuse), fondateur et vice-président de la Société des naturalistes et archéologues du nord de la Meuse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'électricité médicale, par le docteur E. CASTEX, agrégé des Facultés de médecine, professeur de physique médicale à l'université de Rennes, chef du service d'électrothérapie et de radiographie à l'Hôtel-Dieu. Gr in-18 de VII-672 p. avec 208 fig. cart. — Prix : 8 francs. — Paris, Librairie scientifique et littéraire F.-R. de Rudeval.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

ÉLIXIR & PILULES GREZ CLHORHYDRO-PEPSIQUES
1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas.
ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. 1 verre à liqueur à chaque repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, rue de Maubeuge.

ÉLIXIR DE VIRGINIE
Souverain contre les
MALADIES du SYSTÈME VEINEUX
Varices, Hémorrhoïdes, Varicocèle, Phlébite, Œdèmes chroniques, Accidents du Retour d'âge, Congestions et Hémorrhagies de toute nature.
LE FLACON : 4f50 *franco.*

CIGARETTES AMÉRICAINES
préparées par **C. LEROY,** *Licencié ès-Sciences, Pharmacien de Première Classe.*
Asthme, Coryza, Toux, Bronchite, Maladies des Voies Respiratoires.
LA BOITE : 3 francs *Franco.*

VIN DE MORIDE
aux Plantes Marines
LAURÉAT DE L'INSTITUT — PRIX MONTHYON
Engorgements ganglionaires, Lymphatisme, Chlorose, Affections de Poitrine.
LA BOUTEILLE : 4 fr. *Franco.*

DRAGÉES NYRDAHL
à base d'Ibogaïne
(Nouvel alcaloïde extrait de l'Iboga du Congo).
Maladies du Système nerveux : Neurasthénie, Impuissance, Surmenage, etc.
LE FLACON : 5 fr. *Franco.*

VENTE EN GROS : PHARMACIE MORIDE, 2, Rue de la Tacherie, Paris.

PAPAINE
TROUETTE-PERRET
(Le plus puissant digestif connu)
Un verre à liqueur d'ÉLIXIR, SIROP ou VIN de *Papaïne de Trouette-Perret* après chaque repas.
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS.

HÉMORRAGIES | LYMPHATISME
ANÉMIE | CHLOROSE

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR
Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.
Le flacon : 4 francs.

DÉPOSÉ

Chologène
Traitement des calculs hépatiques d'après le Dr GLASER de MURI (*Suisse*)

PHARMACIE LEKER, *13, rue Marbeuf, PARIS*

VIN de KOLA QUINA du Dr ESCANDE
ELIXIR de KOLA QUINA du Dr ESCANDE
Un Verre à liqueur après chaque repas.

GRANULÉ de KOLA QUINA du Dr ESCANDE
EXTRAIT Fluide de KOLA QUINA du Dr ESCANDE
Une Cuillerée à café dans un liquide alimentaire quelconque.

à base de Kola Fraîche de V. GABORIAUD, Explorateur.

Anémie, Débilité, Faiblesse générale, Neurasthénie.

Si jusqu'à ce jour les préparations de noix de Kola n'ont pas donné les résultats que l'on obtient dans leur pays d'origine, celà tient à ce que ces préparations ont été faites avec la noix désséchée qui, dans cet état, a perdu les trois quarts de son efficacité.

Celles que nous préparons par un procédé spécial sont faites avec la noix *fraîche* et *vraie* de l'explorateur V. Gaboriaud, à Conakry (Guinée Française), elle sont des plus actives et très agréables.

PRÉPARATION : par **A. FLOURENS** Dr DU LABORATOIRE OPOTHÉRAPIQUE autorisé par l'Etat.
VENTE : 62, Rue Notre-Dame, BORDEAUX *et toutes Pharmacies.*

Tonique par excellence.
Reconstituant.
Anti-Déperditeur.
Régulateur du Cœur.
Excitant du système musculaire.
Anti-Diarrhéique.

ANTISEPTIQUE A BASE DE FORMOL NI TOXIQUE
LUSOFORME
DESINFECTANT D'ODEUR AGRÉABLE NI CAUSTIQUE
Chirurgie, Stérilisation des mains, des instruments, Sueur des pieds, Voies génito-urinaires, Hôpitaux, Parquets, Crachoirs, Grosse désinfection, Médecine vétérinaire, Ecuries, locaux, etc.
Société Générale Parisienne d'Antisepsie, — 15, r. d'Argenteuil, Paris.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
(Anciennement Gilliard, P. Monnet et Cartier.)
Société anonyme au capital de 3 000 000 de fr. — SIÈGE SOCIAL : A SAINT-FONS, PRÈS LYON.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

KÉLÈNE
CHLORURE D'ÉTHYLE PUR POUR LA KÉLÉNARCOSE ET L'ANESTHÉSIE LOCALE

Salicylate de soude.
Salicylate de méthyle.
Acide salicylique.
Salol.
Résorcine.
Antipyrine.
Hydroquinone.
Phénolphtaléine pure (nouveau purgatif).

Bleu de méthylène.
Formaldéhyde.
Trioxyméthylène.
Lactanine (nouvel antidiarrhéique).
Phosphotal (Phosphite de créosote).
Gaïacophosphal (Phosphite de gaïacol).
Phénol synthétique.
Métylrhodine (acétyl-salicylate de méthyle).

FURONCULOSE — ANTHRAX — ECZÉMA
PSORIASIS — LICHEN — LEUCORRHÉE

LEVURE DE BIÈRE
SÈCHE 

TITRÉE

· ADRIAN & Cie ·

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. Le VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après chaque repas.
MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

FER QUEVENNE
Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudre et Dragées à 0,05).
FRANCO ÉCHANTILLONS. — 14, Rue des Beaux-Arts, Paris.

DIATHÈSE URIQUE **PIPÉRAZINE** EFFERVESCENTE • **MIDY** DOSE : 2 à 6 MESURES PAR JOUR

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le jury du concours est actuellement composé de MM. Florand, Souques, Brocq, Toupet, Michaux, Schwartz, Delens, Bar, qui ont accepté, et de MM. Tuffier et Tissier, qui n'ont point encore fait connaître leur acceptation.

Faculté de médecine de Paris. — Le conseil de la Faculté vient de décerner les prix suivants :

Prix Jeunesse (hygiène, 1 500 francs) : M. Borrel; mentions honorables : MM. Raffray et Raynaud.

Prix Jeunesse (histologie, 750 francs) : M. Dominici.

Prix Barbier (2 000 francs) : M. Georges Luys; mention très honorable : M. Remy.

Marine. — M. le médecin principal Vergos, du port de Brest, est désigné pour aller servir à l'hôpital français de Smyrne.

Ier Congrès français de climatothérapie et d'hygiène urbaine. — Ce Congrès se tiendra à Nice du 4 au 9 avril 1904, pendant les vacances de Pâques, sous la présidence du docteur Chantemesse avec MM. les professeurs Renaut (de Lyon), Grasset (de Montpellier), Calmette (de Lille) et M. le docteur Balestre (de Nice) comme vice-présidents.

Les questions à l'ordre du jour sont au nombre de cinq :

1° « Le climat du littoral méditerranéen français, » rapporteur : docteur Chaïs (de Menton);

2° « Adaptation climatérique, » rapporteur : docteur Manquat (de Nice);

3° « Influence du climat méditerranéen (littoral français) sur la tuberculose et les tuberculeux. » — *a.* Etude clinique et critique : conditions spéciales pour bien apprécier cette influence, rapporteur : docteur Baréty (de Nice); — *b.* Cure libre, rapporteur : docteur Guiter (de Cannes); — *c.* Cure fermée : sanatorium pour la classe riche ou aisée, rapporteur : docteur Malibran (de Menton); — établissement d'assistance pour scrofuleux et tuberculeux pulmonaires indigents, rapporteur : docteur E. Vidal (d'Hyères); co-rapporteur : docteur Rénon, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris.

4° « Influence du climat du littoral méditerranéen français sur le rhumatisme et les rhumatisants, » rapporteur : docteur Moriez (de Nice); co-rapporteurs : docteurs Huchard, membre de l'Académie de médecine, et Triboulet, médecin des hôpitaux de Paris.

5° « Désinfection urbaine, » rapporteurs : docteurs Balestre et Camous (de Nice).

De grandes facilités de parcours, en France et à l'étranger, seront accordées aux congressistes; ils bénéficieront dans les hôtels de Nice de prix très réduits et fixés à l'avance,

S'adresser, pour tous renseignements, à M. le docteur Hérard de Bessé, secrétaire général du Congrès, à Beaulieu-sur-Mer.

VIIe Congrès international d'otologie. — Le VIIe Congrès international d'otologie se réunira à Bordeaux du 1er au 4 août 1904.

Les langues officielles du Congrès seront le français, l'anglais, l'allemand et l'italien.

Un musée d'instruments ainsi que de pièces anatomiques et pathologiques concernant les maladies de l'oreille, des fosses nasales et du naso-pharynx sera organisé pendant le Congrès.

On peut se faire inscrire jusqu'au 1er mai 1904.

Le titre et le résumé des communications doivent être envoyés avant cette date au secrétaire général, M. Lermoyez, 20 *bis*, rue de la Boétie, Paris.

D'après le règlement du Congrès, la lecture d'un mémoire ne pourra excéder quinze minutes; si les communications étaient plus longues, on serait obligé de les résumer.

Les rapports suivants ont été mis à l'ordre du jour :

1° « Choix d'une formule acoumétrique simple et pratique. » Rapporteurs : MM. Politzer, Gradenigo et Delsaux.

2° « Diagnostic et traitement des suppurations du labyrinthe. » Rapporteurs : MM. Brieger, von Stein et Dundas Grant.

3° « Technique de l'ouverture et des soins consécutifs de l'abcès cérébral otogène. » Rapporteurs : MM. Knapp, Schmiegelow et Botey.

La souscription, qui donnera droit à un exemplaire des comptes rendus, est fixée à 25 francs; elle doit être payée au trésorier, docteur Lannois, rue Emile-Zola, 14, à Lyon.

Conférence privée d'internat. — MM. Alquier, ancien interne, et Bailleul, interne des hôpitaux, reprendront leur conférence privée d'internat au commencement de décembre. S'adresser à M. Bailleul, pavillon 8, ou chez M. Alquier, 142, boulevard Montparnasse.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Fages-Latour, comte de Rochemure (de Largentière); de M. Paul Charrier, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Prophylaxie du paludisme (1), par LAVERAN, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

La question de la prophylaxie du paludisme est entrée depuis peu dans une phase nouvelle; empirique naguère, alors qu'on ignorait le mode de propagation de cette grave endémie, la prophylaxie doit devenir rationnelle. L'aide-mémoire que vient de publier M. Laveran contribuera certainement à répandre les données scientifiques récemment acquises : c'est un exposé très clair et très concis de la question telle qu'elle se pose aujourd'hui.

Dans la première partie de l'ouvrage, l'auteur étudie le rôle des moustiques dans la propagation du paludisme; il montre que ce rôle n'est plus douteux aujourd'hui; un chapitre est consacré à l'étude des moustiques, étude aujourd'hui inséparable de celle du paludisme.

La deuxième partie est consacrée à la prophylaxie proprement dite sous les titres suivants : destruction des moustiques, mesures à prendre pour se protéger contre les piqûres des moustiques, prophylaxie médicamenteuse; influence des progrès économiques et hygiéniques en général sur l'endémie palustre.

En terminant M. Laveran montre l'utilité et définit le rôle des ligues contre le paludisme qui existent déjà en Corse et en Algérie.

(1) Petit in-8°. (Encycl. scient. des aide-mém.) Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le biomécanisme ou néovitalisme en médecine et en biologie (1), par le docteur M. BENEDIKT, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, traduit de l'allemand avec l'autorisation de l'auteur par le docteur E. ROBERT-TISSOT.

Traité par un maître de la valeur de Benedikt, ce sujet devient une manifestation littéraire destinée à faire époque. Son importance est aussi grande qu'en son temps, celle de la pathologie et de la thérapeutique générale de Lotze. Celui qui lira ce livre — et tout médecin qui pense le fera — sera reconnaissant envers l'auteur, cela parce que son ouvrage est rempli de données d'un haut intérêt.

La traduction française que nous donne aujourd'hui le docteur E. Robert-Tissot a été augmentée d'un supplément spécialement écrit par M. Benedikt pour cette édition.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE

Par M. G. Froin, interne des hôpitaux.

Les hémorragies sous-arachnoïdiennes non traumatiques sont le plus souvent des hémorragies cérébro-méningées, qu'il s'agisse de formes mortelles ou de formes curables. Les anévrismes miliaires se développent et se rompent plus facilement sur les artères qui ont pénétré la substance nerveuse, car si le calibre de ces vaisseaux diminue et si leur paroi devient plus ténue et plus fragile, il n'y a pas en même temps un abaissement parallèle de la pression sanguine. De là un effort vasculaire excessif dont profite largement la pathologie des artères.

Cependant, quand on recueille une assez longue série d'observations sous-arachnoïdiennes, on voit que celles qui sont dues à la rupture des gros troncs péri-encéphaliques ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le supposer au premier abord. Ceci ne doit pas surprendre si l'on se rappelle les altérations fréquentes de ces vaisseaux et la pression considérable qu'ils ont également à soutenir. Le plus souvent, ces hémorragies sont si abondantes que la mort survient rapidement.

Nous avons pu observer dans le service de notre maître M. Chauffard, un de ces cas d'hémorragie énorme, par rupture de l'artère cérébrale postérieure gauche. La malade a vécu huit jours, et nous en avons profité pour faire une étude complète d'un grand nombre de réactions morbides, suscitées par cette hémorragie, dont voici l'observation :

D..., blanchisseuse, âgée de soixante-dix ans, est apportée dans le coma, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Chauffard, le 17 septembre 1903.

On nous dit que la malade est alcoolique. Elle a eu quatre enfants : tous sont vivants et bien portants. C'est une femme d'un embonpoint notable.

Elle semblait en bonne santé, lorsque, dans la matinée du 17 septembre, on la trouva chez elle, étendue à terre, ayant perdu connaissance. Elle porte des traces de contusion sur le visage. Pendant qu'on la transporte à l'hôpital, elle est très agitée et délire.

L'agitation persiste et la malade a tendance à rouler hors de son lit. Elle parle continuellement. C'est un délire professionnel. Nous constatons la déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté droit. Les membres sont presque constamment en état de contracture, surtout à gauche, et ont des mouvements automatiques fréquents. Les réflexes tendineux sont très diminués. Le signe de Babinski est en flexion du côté gauche et en extension du côté droit.

Il y a de l'incontinence d'urine et des matières fécales. Le pouls égale 100 et est bien frappé. La température = 37°4.

Une ponction lombaire permet de retirer un liquide céphalo-rachidien hémorragique.

Le 19, le coma est moins accentué, mais la malade ne peut répondre aux questions qu'on lui pose. Le délire professionnel avec la déviation de la tête à droite, les contractures intermittentes, surtout prononcées à gauche, persistent comme au jour de l'entrée.

La langue est sèche. Il y a toujours une incontinence d'urine complète.

Le signe de Babinski se produit en flexion des deux côtés. La température se maintient à 37°4. Le pouls = 100, un peu plus faible et inégal.

Le 20 septembre, la température atteint 38°1 le soir et s'élève graduellement d'une façon ininterrompue dans les jours suivants. La tête n'a plus la même tendance à se dévier vers la droite et le signe de Babinski se produit toujours en flexion. Les contractures semblent intenses et plus généralisées, le coma s'accentue.

Le 21 septembre, la température = 38°3 le matin et 38°5 le soir; le pouls = 100 et est bien frappé. Le 22, la fièvre se maintient à 39°4 et le pouls = 128. Le 23, la température est de 39°6 le soir et le pouls = 128. Le 24, la malade meurt dans le coma complet, le huitième jour après le début de l'ictus. Elle se cyanose et se refroidit. Le pouls devient filiforme et extrêmement rapide, le thermomètre monte à 40°3. Aussitôt après la mort, la température est de 41°9 et deux heures après de 41°6.

Ponctions lombaires. — On a pratiqué quatre ponctions lombaires : le 17 septembre au premier jour, le 19 au troisième jour, le 21 au cinquième jour et le 23 septembre au septième jour de la maladie.

Le premier jour, ponction dans le cinquième espace.

Position couchée.

Quantité : 15 centimètres cubes dans trois tubes.

Ecoulement en gouttes très lentes.

Coloration rouge foncé, uniforme dans les trois tubes.

Centrifugation : Culot hématique énorme et liquide jaune un peu trouble.

Numération : globules rouges = 1263300; globules blancs = 2100.

Cytologie : Il y a extrêmement peu de globules blancs. On ne voit pour ainsi dire que des globules rouges.

Albumines : La globuline et la sérine sont en proportion considérable, se rapprochant de la quantité contenue dans le sérum sanguin.

Cryoscopie : $\Delta = -0{,}57$.

Spectroscopie : On ne constate pas les raies de l'oxyhémoglobine.

Pigments biliaires : La réaction de Gmelin est négative dans le liquide céphalo-rachidien.

L'urobiline ne se trouve pas dans le liquide céphalo-rachidien ni dans l'urine, par le procédé de l'alcool amylique et du chlorure de zinc ammoniacal.

Réaction alcaline.

Dans le sang, on note l'équilibre leucocytaire suivant :

Polynucléaires	65,69
Mononucléaires	31,39
Lymphocytes	2,55
Eosinophiles	0,36

Le troisième jour, ponction dans le cinquième espace.

Position assise.

Quantité : 15 centimètres cubes dans trois tubes.

Ecoulement en gouttes lentes.

Coloration rouge foncé, uniforme dans les trois tubes.

Centrifugation : Culot hématique énorme. Liquide jaune foncé avec léger éclat verdâtre.

Numération : Globules rouges = 2030000; globules blancs = 1900

Cytologie : Il y a extrêmement peu de globules blancs. On ne voit pour ainsi dire que des globules rouges.

Albumines : La globuline et la sérine, encore très abondantes, semblent diminuer un peu.

Sucre : La liqueur de Fehling ne donne pas de réduction.

Spectroscopie : Toute la partie droite du spectre est éteinte. On aperçoit les raies de l'oxyhémoglobine, mais très légères.

Pigments biliaires : La réaction de Gmelin est extrême-

ment marquée dans le liquide céphalo-rachidien. Elle existe également dans le sérum du sang, mais plutôt moins prononcée que dans le liquide céphalo-rachidien. Enfin la réaction de Gmelin est légère dans les urines, et il y a une fluorescence légère par le chlorure de zinc ammoniacal.

Le cinquième jour, ponction dans le quatrième espace.

Position assise.

Quantité : 15 centimètres cubes dans trois tubes.

Ecoulement en gouttes rapides.

Coloration rouge cerise, uniforme dans les trois tubes.

Centrifugation : Le culot hématique a diminué de volume; le liquide est très jaune.

Numération : Globules rouges = 517500, dont 17500 sphériques et opaques. On voit de nombreux débris protoplasmiques. Globules blancs = 400.

Cytologie : Les éléments blancs sont en augmentation comparativement aux globules rouges. On trouve l'équilibre leucocytaire suivant :

Polynucléaires	9,32
Lymphocytes	8,47
Grands éléments uninucléés	72,87
Hémato-macrophages	0,84
Eosinophiles	8,46

Dans le sang on note l'équilibre leucocytaire suivant :

Polynucléaires	78,22
Mononucléaires	14,59
Lymphocytes	4,67
Eosinophiles	2,50

Albumines : La globuline et la sérine sont peu abondantes.

Sucre : La liqueur de Fehling donne une réduction légère.

Cryoscopie : $\Delta = -0,55$.

Spectroscopie : Toute la partie droite du spectre est éteinte. On ne voit pas les raies de l'oxyhémoglobine.

Pigments biliaires : La réaction de Gmelin est très nette dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum sanguin. Les deux liquides ont tous deux une coloration franchement jaune.

Les urines montrent aussi une légère réaction de Gmelin.

Urobiline : Il existe une très légère fluorescence, par le chlorure de zinc ammoniacal, dans le liquide céphalo-rachidien. Dans les urines du 20 et du 21 septembre on constate une fluorescence extrêmement marquée.

Réaction alcaline.

Le septième jour ponction lombaire dans le cinquième espace.

Position couchée.

Quantité : 15 centimètres cubes dans trois tubes.

Ecoulement en gouttes lentes.

Coloration rouge cerise, uniforme dans les trois tubes.

Centrifugation : Le culot hématique est en diminution notable. Le liquide est jaune avec teinte rosée. Pas de coagulum, ni filaments de fibrine.

Numération : Globules rouges = 450000 dont 23300 sphériques et opaques. On voit des débris protoplasmiques sur la lame. Globules blancs = 700.

Cytologie : Les éléments blancs ne semblent pas en augmentation par rapport aux globules rouges depuis la dernière ponction. L'équilibre leucocytaire est le suivant :

Polynucléaires	48,73
Lymphocytes	15,54
Grands éléments uninucléés	34,87
Eosinophiles	0,84

Dans le sang, l'équilibre leucocytaire est le suivant :

Polynucléaires	72,76
Mononucléaires	24,05
Lymphocytes	1,78
Eosinophiles	1,59

Albumines : La globuline et la sérine ont augmenté par rapport à la ponction précédente.

Sucre : La liqueur de Fehling ne donne pas de réduction.

Cryoscopie : $\Delta = -0,63$.

Perméabilité : On trouve le KI, donné depuis trois jours à la dose de 4 grammes par jour, dans le liquide céphalo-rachidien.

Spectroscopie : On constate les deux raies de l'oxyhémoglobine et l'extinction de la partie droite du spectre.

Pigments biliaires : La réaction de Gmelin dans le liquide céphalo-rachidien est moins prononcée qu'à la ponction précédente. Elle n'existe plus dans les urines.

Urobiline : La fluorescence est très marquée dans l'urine. Elle n'existe pas dans le liquide céphalo-rachidien.

Le huitième jour, quelques heures avant la mort, on pratique l'ensemencement de 4 centimètres cubes de sang dans 400 centimètres cubes d'eau peptonée. Aucune culture microbienne ne s'est développée.

La numération globulaire du sang a donné : Globules rouges = 5680000; globules blancs = 26000.

Autopsie. — L'encéphale montre une injection noirâtre peu prononcée des espaces sous-arachnoïdiens. On trouve deux caillots qui ont chacun la grosseur d'une noix environ, au milieu des nerfs de la queue de cheval.

La moelle a un aspect normal. A la base du cerveau toutes les grosses artères sont athéromateuses et surtout le tronc basilaire, dont le calibre est renflé en certains points. Il y a quelques caillots membraniformes recouvrant le sillon bulbo-protubérantiel inférieur et la protubérance.

Un caillot sanguin plus épais s'incruste dans le sillon protubérantiel supérieur et recouvre en particulier la division du tronc basilaire et le pédoncule cérébral gauche. On soulève délicatement ce coagulum, sans aucune résistance, et on aperçoit à un demi-centimètre environ de l'origine de la cérébrale postérieure gauche une petite déchirure, longue de 2 à 3 millimètres, parallèle à l'axe longitudinal du vaisseau, à lèvres amincies et festonnées. Les coupes pratiquées sur les diverses parties de l'encéphale et sur la moelle n'ont montré dans la substance nerveuse aucun foyer d'hémorragie ou de ramollissement.

Les viscères thoraciques et abdominaux ne présentent rien de remarquable. Le foie pèse 1^{k}236 et a un aspect normal. La rate pèse 42 grammes et a une capsule épaissie, avec plaques cartilagineuses. Il n'y a rien à signaler au niveau des reins. Les poumons sont un peu congestionnés au niveau des bases. Le cœur n'est pas hypertrophié; l'aorte est presque toute entière athéromateuse, avec nombreuses plaques calcaires sur la crosse.

Remarques cliniques. — La malade a présenté les signes classiques de l'ictus apoplectique, avec inondation méningée : torpeur, délire professionnel, contractures, ascension thermique finale.

Nous avons constaté, en outre, des phénomènes qui cadrent peu avec une hémorragie simplement méningée : c'est la déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté droit et l'extension de l'orteil du même côté, avec parésie des membres supérieurs et inférieurs. Ces symptômes, si fré-

quents dans l'hémorragie cérébro-méningée sont un peu surprenants dans le cas que nous rapportons. Mais nous pensons qu'il faut incriminer dans leur production, le caillot sanguin volumineux qui s'est constitué au niveau de l'artère rompue, sur la face ventrale de la protubérance et du pédoncule cérébral gauche. Le faisceau pyramidal contenu dans le pied du pédoncule a dû être comprimé et irrité, et nous avons eu une hémiplégie droite avec extension de l'orteil.

Nous avons noté aussi la déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite. Ce signe a été rencontré dans les lésions de la protubérance et rapporté entre autres par M. Touche (1). Il est intéressant de voir dans notre observation la disparition rapide de ces symptômes que nous n'avons plus constatés au bout de deux jours. Il n'en est pas de même dans les hémorragies cérébro-méningées : lorsque le faisceau pyramidal n'est pas comprimé, mais sectionné, on distingue parfois, au milieu de l'hypertonie musculaire généralisée, une atténuation des contractures et l'extension de l'orteil du côté commandé par le faisceau altéré, mais ces troubles persistent jusqu'à la mort ou longtemps encore après que le malade est sorti de l'ictus.

L'hémorragie méningée pure que nous rapportons ici a provoqué l'extension de l'orteil et la déviation conjuguée de la tête et des yeux, mais ces phénomènes ont eu une durée éphémère.

Les ponctions lombaires répétées chez notre malade dans le but de diminuer les contractures nous ont permis de faire des constatations très intéressantes sur le liquide céphalo-rachidien.

Pression du liquide. — Nous avons déjà montré que ce ne sont pas les hémorragies énormes qui donnent plus particulièrement l'hypertension du liquide céphalo-rachidien (2). Le cas qui nous intéresse est conforme à cette règle. Pendant les quatre ponctions lombaires, que la malade soit assise ou couchée, le liquide s'est écoulé en gouttes lentes et une seule fois en gouttes rapides. Il n'est jamais sorti en giclant et c'est ce qui permet d'affirmer l'hypertension.

Abondance de l'hémorragie. — Le volume seul de l'artère rompue n'explique pas seulement l'abondance de l'épanchement dans le sac spinal. Il faut tenir compte de l'ouverture directe du vaisseau dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne, ainsi que de son siège. En effet, le sang dans les hémorragies de la base de l'encéphale peut arriver très vite et en très grande quantité à la région lombaire. Ces cas peuvent être opposés aux hémorragies ventriculaires : l'inondation spinale est moins massive après hémorragie dans le troisième ventricule et surtout dans les ventricules latéraux.

Des culots hématiques punctiformes correspondent le plus souvent à l'inondation dans les ventricules latéraux ; les hémorragies dans le troisième ventricule donnent ordinairement des culots hématiques plus volumineux. Mais quand on trouvera dans des cas comme celui qui nous occupe, par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien, 1263300 globules rouges le premier jour et 2030000 le troisième jour, il sera logique de penser qu'il s'agit d'une hémorragie directement sous-arachnoïdienne. Il semble que le sang ait fait embolie dans le cône dural et lorsqu'on pratique la ponction on retire un liquide qui est presque du sang pur. On ne sera pas surpris alors de voir le liquide céphalo-rachidien conserver après centrifugation une teinte franchement jaune, même quelques heures après le début de l'ictus.

Absence de coagulum fibrineux. — Nous avons constaté le caractère très important des hémorragies méningées, l'absence de prises fibrineuses dans les tubes, quand il n'y a pas en même temps de méningite.

Les coagulations sont déjà faites dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne, et il importe de les signaler ici à propos de la pratique des ponctions lombaires. Il faut distinguer deux cas opposés : lorsque le sang fait irruption dans les ventricules, il rencontre au cours de sa dissémination dans le liquide céphalo-rachidien, des défilés très étroits (trou de Monro, aqueduc de Sylvius, trous de Magendie et de Luschka) qui l'arrêtent et donnent le temps à la coagulation de se faire en partie à l'intérieur des cavités encéphaliques. Au contraire quand l'hémorragie se fait directement dans les espaces sous-arachnoïdiens, le sang afflue très vite dans le sac spinal et va constituer la plupart de ses caillots au milieu des nerfs de la queue de cheval.

Dans notre cas, neuf jours après que l'hémorragie se fut produite, nous y avons trouvé des caillots assez volumineux, tandis que les espaces sous-arachnoïdiens de l'encéphale étaient à peine marbrés de sang. Chez un autre malade, nous avons vu de gros caillots dans le cône dural, et la ponction lombaire, pratiquée pendant la vie, faillit rester négative : la pointe de l'aiguille pénétrait dans ces caillots et il s'écoula seulement quelques gouttes de liquide comparable à du sang pur. Il ne se produisit aucun coagulum dans le tube où il fut recueilli.

Réactions pigmentaires dans le liquide céphalo-rachidien, le sérum sanguin et l'urine. — Les réactions chromatiques et pigmentaires du liquide céphalo-rachidien examinées après centrifugation, ont été très remarquables. Nous voyons d'habitude dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne, soit une teinte jaune, soit une teinte rosée, au moment de la grande activité des processus hématolytiques. La teinte rosée suit d'ailleurs une phase de xanthochromie et s'efface pour donner une nouvelle teinte jaune. Dans l'hémorragie considérable que nous rapportons, l'hématolyse a engendré d'autres réactions. Nous avons eu d'abord une teinte jaune assez prononcée due au sérum sanguin. Après la destruction globulaire massive qui, entre le troisième et le cinquième jour, a diminué le nombre des hématies de 2030000 à 517500, nous avons trouvé un liquide jaune verdâtre ; le septième jour, après cette forte hématolyse, le liquide n'était que légèrement rosé.

Ces teintes diverses correspondaient à des réactions pigmentaires spéciales. La réaction de Gmelin, négative le premier jour dans le liquide céphalo-rachidien, était positive les jours suivants (1) et extrêmement prononcée au moment de l'intensité de l'hématolyse. Cette réaction existait dans le sérum sanguin au troisième jour, mais plus légère que

(1) Touche. Hémiplégie syphilitique protubérantielle au cours du tabes, Soc. méd. des hôpit, 1902, p. 113.

(2) G. Froin. Le liquide céphalo-rachidien dans l'hémorragie cérébro-méningée, *Gaz. des hôpit.*, 5 nov. 1903.

(1) Cet article était déposé à la rédaction du journal, lorsque est parue une note de M. Bard, dans laquelle cet auteur dit avoir observé la réaction de Gmelin dans un liquide céphalo-rachidien hémorragique. Soc. de biol., 28 nov. 1903.

dans le liquide céphalo-rachidien. En même temps, le spectroscope montrait dans ce liquide une extinction de toute la partie droite du spectre. C'est seulement le septième jour que la teinte rosée est apparue : on décèle alors nettement les raies de l'oxyhémoglobine tandis que s'atténue la réaction de Gmelin. Cette dernière modification chromatique survient à un moment où la proportion de l'hématolyse va s'abaisser considérablement. On ne note plus que 450000 globules rouges par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien et dans d'autres hémorragies correspondant à ce chiffre globulaire, nous n'avons jamais observé que cette teinte rosée.

Dans l'urine, toutes les réactions pigmentaires sont absentes le premier jour de la maladie. Le troisième jour, en même temps que la réaction de Gmelin trouvée dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum sanguin, on décèle une urobilinurie légère. Le cinquième jour, après la forte destruction globulaire, la réaction de Gmelin existe dans les trois humeurs : liquide céphalo-rachidien, sérum sanguin, urine. Il y a même un peu d'urobiline dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne, mais l'urobilinurie est très intense. Le septième jour, la réaction de Gmelin n'existe plus dans l'urine ; il n'y a seulement que de l'urobiline.

Ces constatations montrent une fois de plus les relations qui existent entre les pigments biliaires et le pigment sanguin. L'hématolyse considérable qui s'est produite dans le cône dural a engendré des pigments biliaires, probablement par l'intermédiaire des oxydases existant dans le liquide céphalo-rachidien. Tous les physiologistes signalent la production de ces pigments dans les extravasats sanguins. Lorsque le foyer hémorragique est à l'abri des fluctuations si rapides de la circulation sanguine, et qu'on observe toutes les mutations destructives des globules rouges, dans ce liquide limpide et comme stagnant qui est contenu dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne, loin des tissus chargés normalement de ces réactions chimiques, on peut déceler ces pigments avec une netteté saisissante.

Leur évolution dans l'organisme de notre malade concorde bien avec les recherches de M. Lesné et Ravaut (1). Ces auteurs ont provoqué une hématolyse qui a engendré l'urobilinurie et la cholurie. Ils ont vu aussi que « l'urobilinurie a toujours précédé, accompagné et suivi la cholurie ».

Mais nous avons pu voir en outre que l'hématolyse engendrait d'abord des pigments biliaires normaux, décelés à la fois dans le foyer hémorragique et dans le sérum sanguin. Ces pigments d'origine directement hématique ont été retrouvés dans l'urine surtout sous forme d'urobiline. Ce fait n'a pas lieu de nous surprendre puisque les recherches de MM. Gilbert et Herscher (2) montrent, en cas de cholémie peu prononcée, la transformation des pigments biliaires en urobiline au niveau du rein. S'il y a eu à un moment donné un peu d'urobiline dans le liquide céphalo-rachidien, c'est en proportion absolument infime, non comparable à l'urobilinurie.

Réactions cellulaires. — L'étude cytologique a montré que la phase hématolytique avec réaction de Gmelin s'est caractérisée par un afflux cellulaire peu considérable dans le liquide céphalo-rachidien. Le troisième jour et même le cinquième jour, les globules blancs ne sont pas très abondants comparativement aux globules rouges, mais l'équilibre leucocytaire est particulièrement intéressant. Il ne nous montre pas seulement des polynucléaires, des lymphocytes, des grands éléments uninucléés et des macrophages, mais encore une assez forte proportion d'éosinophiles.

Dans le sang il existe en même temps une légère polynucléose avec tendance à l'augmentation de la proportion des éosinophiles. Cette constatation est intéressante à retenir pour l'étude des phénomènes qui peuvent se passer dans les organes préposés normalement à l'hématolyse. Ici la réaction a été dissociée, mais éclaircie, pour ainsi dire, par la vaste surface sur laquelle elle a évolué.

Étude de l'albumine. — Nous voulons signaler aussi les variations de la quantité d'albumine trouvée dans le liquide céphalo-rachidien. Dans un travail antérieur nous avons montré que la globuline et la sérine dans la plupart des hémorragies sous-arachnoïdiennes étaient surtout abondantes au moment des grandes poussées cellulaires dues à l'irritation de la séreuse. Mais il s'agit ici d'un fait exceptionnel : le premier jour il y a une quantité énorme de globuline et de sérine, qui diminue légèrement le troisième jour, pour disparaître presque complètement le cinquième jour. Puis le septième jour, la globuline et la sérine augmentent légèrement, dans la proportion que l'on trouve d'habitude dans les liquides hémorragiques, à la période de destruction globulaire.

Cette particularité dans les variations de l'albumine tient à l'abondance de l'hémorragie dans le cône dural : on retirait, au début de la maladie, du sérum sanguin à peine dilué par le liquide céphalo-rachidien, mais cette albumine sanguine était presque complètement résorbée le cinquième jour au moment ou s'exagérait l'afflux leucocytaire et où l'organisme mettait en jeu ses processus de destruction et de résorption.

Perméabilité. — Nous avons pu montrer la perméabilité méningée à l'iodure de potassium au moment où ces réactions morbides atteignaient toute leur intensité. Après avoir donné 4 grammes de KI pendant trois jours, nous avons constaté sa présence le septième jour dans le liquide céphalo-rachidien. Ajoutons que la ponction lombaire ne montrait pas à ce moment la production d'une nouvelle hémorragie, pouvant expliquer cette présence de l'iodure, puisque le nombre des globules rouges était tombé de 517500 à 450000, pendant l'ingestion de cette substance.

C'est en somme une observation à retenir, au double point de vue de la clinique et de la physiologie pathologique.

Elle nous montre que l'hémorragie sous-arachnoïdienne primitive peut réaliser parfois les symptômes qu'il est habituel de voir dans les destructions de la substance nerveuse. Et l'hématolyse massive qui lui succède peut s'accompagner de réactions pigmentaires et cellulaires spéciales, qu'il sera bien exceptionnel, sans doute, de rencontrer dans l'hémorragie cérébro-méningée. En effet, il est difficile à cette dernière de se manifester par une inondation aussi abondante dans le sac spinal.

(1) Lesné et Ravaut. Des rapports que présentent entre elles l'hémoglobinurie, la cholurie et l'urobilinurie secondaires à l'hématolyse expérimentale, Soc. de biologie, 14 décembre 1901.

(2) Gilbert et Herscher. L'urobilinurie. Origine rénale de l'urobiline. L'urobiline est un indice de cholémie, *Presse méd.*, 3 septembre 1902. — Herscher, *Origine rénale de l'urobiline*, Th. de Paris, 1903.

UTÉRUS BIFIDE

FIBROME A DROITE, GROSSESSE A GAUCHE, HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. GUÉRISON

Par M. Victor PAUCHET (d'Amiens).

J'ai publié dans un article antérieur l'observation d'un utérus bifide extirpé par la voie vaginale. Il s'agissait d'une jeune femme qui réclamait un traitement pour des métrorragies. L'exploration me fit reconnaître un utérus légèrement hypertrophié et accolé à une tumeur allongée, dure, ovoïde, que je pris pour un fibrome du ligament large. Je pratiquai une castration vaginale et enlevai un utérus double, dont l'une des deux portions était le siège d'une inflammation banale (métrite hémorragique) qu'un simple curetage eût probablement guéri.

Le nouveau fait que je relate aujourd'hui est l'histoire d'une femme porteuse également d'un double utérus dont une portion contenait des fibromes et l'autre un œuf de trois mois et demi. Pas plus que dans le cas précédent, le diagnostic ne fut posé au lit de la malade et c'est encore au cours de l'opération que la malformation utérine fut reconnue.

OBSERVATION. — La malade est âgée de quarante ans, et a eu trois grossesses et accouchements normaux, l'un il y a vingt ans, l'autre il y a dix-huit ans et le troisième il y a quatorze ans. L'expulsion de l'enfant se fit sans intervention manuelle ni instrumentale. Depuis cette époque, cette femme n'éprouva d'autre trouble que des ménorragies modérément abondantes survenant depuis quatre ou cinq ans. La santé générale restait bonne; aucun malaise n'avait été éprouvé du côté de l'appareil génital interne.

En septembre 1903, la malade consulte le docteur Taquet (d'Abbeville) et attire son attention sur les trois faits suivants : *arrêt des règles depuis trois mois*, *douleurs pelviennes*, *augmentation de volume du ventre*.

Notre confrère, constatant une saillie abdominale très supérieure au volume d'un utérus gravide de trois mois, fit le diagnostic de fibrome compliqué de grossesse et m'adressa la malade pour élucider le diagnostic et poser l'indication thérapeutique. J'examinai cette femme et je pus difficilement, au premier abord, limiter les lésions, le sujet étant impressionnable, nerveux et l'abdomen se défendant contre toute exploration. Je dus la soumettre au repos combiné aux purgatifs et à la diète hydrique, pour pouvoir circonscrire le contenu du bassin. Par le palper combiné au toucher, je trouvai les signes objectifs suivants : le col présentait une consistance, une forme et un volume normaux; son orifice n'était pas entr'ouvert; l'utérus dur et bosselé remontait à quatre travers de doigt au-dessus du pubis et présentait tous les caractères d'un fibrome multilobulé.

A gauche de l'utérus hypertrophié on sentait une masse molle, fluctuante, mobile, sensible à la pression et plus volumineuse que le poing. On aurait pu penser à un kyste du ligament large ou à un hydrosalpinx développé à côté d'un fibrome.

J'examinai la *coloration* de la *vulve* et du *vagin*; leur *aspect était nettement violacé*; ce caractère objectif rapproché de l'*arrêt des règles* me fit pencher vers le diagnostic de grossesse tubaire évoluant à côté d'un utérus fibromateux.

Si cette grossesse s'était développée dans la cavité utérine même, j'aurais abandonné la malade et respecté son fibrome. Si, par la suite, des accidents s'étaient montrés du côté de l'état général ou local, ou bien, si la tumeur avait constitué un obstacle au travail, je me serais réservé d'intervenir seulement dans ces conditions.

Mais si on pouvait penser chez la malade à un fibrome compliqué de grossesse, il était vraisemblable, d'après les signes constitués, que l'œuf évoluait dans la cavité abdominale et qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire.

Il n'est pas de chirurgiens qui ajournent l'intervention après avoir fait le diagnostic de grossesse tubo-ovarienne; la perspective d'une inondation péritonéale ou d'une hématocèle doit toujours imposer l'intervention, dès que la malade se trouve dans les conditions requises pour une laparotomie.

J'intervins donc quelques jours plus tard.

LAPAROTOMIE MÉDIANE, suivant le mode habituellement employé pour la castration abdominale totale. L'ouverture du ventre fait reconnaître un utérus fibromateux de grosseur moyenne. La consistance est un peu plus molle que celle des fibromes ordinaires.

A gauche une masse rouge violacé, ayant l'aspect et la consistance d'un utérus gravide, vient s'implanter sur l'isthme de la matrice fibromateuse. L'exploration de cette masse ne laisse aucun doute sur l'existence d'un second utérus atteint de grossesse.

J'hésitai quelques instants sur le parti à prendre. L'idéal eût été de supprimer tout le corps de l'utérus fibromateux en respectant à la fois le col commun et l'utérus gravide. Ce desideratum n'était pas réalisable, car la portion fécondée de l'utérus était *appendue* au côté de la portion fibromateuse, et il eût été difficile de rétablir la continuité entre le canal cervical commun et la cavité utérine encore saine.

Je pouvais encore m'abstenir de toute exérèse, refermer le ventre et laisser l'utérus gravide se développer à côté de l'utérus fibromateux. Si le diagnostic de fibrome à droite et de grossesse à gauche avait été posé au lit de la malade, j'aurais certainement attendu les événements et je me serais disposé à intervenir le plus tard possible, pour extraire par la laparotomie un enfant vivant. Mais devant l'incertitude de la viabilité ultérieure du fœtus, et devant les risques — si minimes qu'ils soient — qu'une seconde intervention pouvait faire courir à la malade, je trouvai plus simple de débarrasser celle-ci de son fibrome et de son utérus gravide.

L'hystérectomie subtotale s'exécuta sans difficulté et la malade guérit, après avoir présenté un peu de désunion de la plaie abdominale.

Examen de la pièce. — L'utérus enlevé se compose de deux parties, chacune d'elles flanquée en dehors d'un ovaire et d'une trompe symétriquement placés. Les deux hémi-utérus sont nettement séparés. La matrice fibromateuse forme le corps principal, tandis que la matrice gravide qui correspond par son volume au tiers du précédent, est appendu à ce dernier par un pédicule large de trois travers de doigt et implanté sur l'isthme utérin commun.

En fendant chacun des deux hémi-utérus on trouve à droite une masse fibromateuse sans caractère spécial. A gauche l'organe similaire contient un fœtus de trois mois et demi environ; le placenta occupe la face antérieure, la tête de l'embryon occupe le fond.

Le canal cervical commun se continue verticalement et directement avec la cavité de l'utérus fibromateux. Ce canal traverse l'isthme utérin sans déviation. La cavité virtuelle de l'utérus gravide vient se brancher à angle droit et par un trajet rendu irrégulier et sinueux par la présence d'un fibrome faisant saillie dans le canal de l'isthme utérin.

En somme, l'hémi-utérus gravide présente la forme, l'épaisseur, la consistance d'une matrice grosse de trois mois et demi, l'absence de l'ovaire et des insertions ligamenteuses à droite permettent de le différencier.

Examen radiographique. — Avant de pratiquer l'ouverture des deux portions de la pièce, j'ai fait radiographier cette dernière pour me rendre compte de la situation et de l'at-

titude exactes du fœtus. La position n'offre rien de spécial; la flexion des membres est classique; la tête occupe le fond utérin.



Fig. 1.

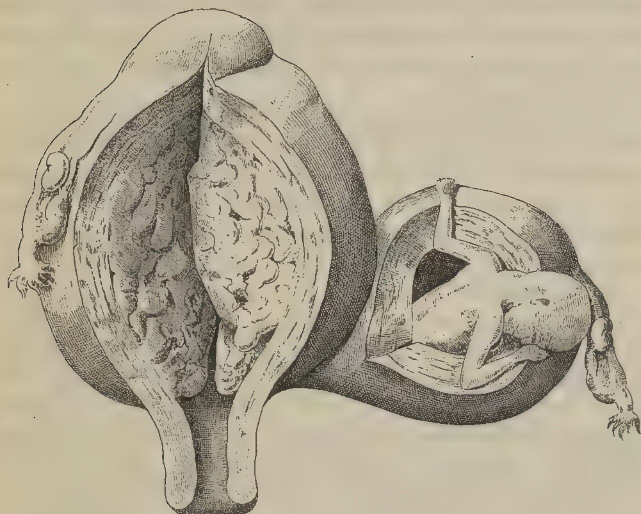


Fig. 2.

J'aurais voulu donner cette radiographie au milieu de ce travail, mais par suite de la transparence des cartilages embryonnaires, l'image reproduite par l'impression sur papier perd toute sa netteté.

Je n'ai fait chez aucune de mes malades le diagnostic de bifidité utérine avant l'opération. Peut-on arriver avant l'ouverture du ventre à émettre l'hypothèse de cette malformation? Peut-être oui, quand on aura affaire à des ventres souples ou complaisants ou quand, à la faveur de l'anesthésie générale, on pourra reconnaître la forme réelle de l'organe. Je signalerai pourtant un caractère anatomique qui peut être de quelque utilité pour faire craindre cette déformation : *la bifidité réelle ou simplement ébauchée du vagin.*

Il y a deux mois, j'opérais à l'Hôtel-Dieu d'Amiens une jeune fille atteinte d'incontinence essentielle d'urine. Le vagin était double; par le toucher rectal, je reconnus un utérus bicorne.

Chez mes deux opérées, il n'y avait pas de duplicité vaginale, mais chez chacune d'elles on constatait l'ébauche d'une cloison sous forme d'un *raphé vaginal médian, antérieur et postérieur.*

Reste actuellement à juger le mode de traitement à appliquer dans un cas semblable au mien : utérus double; fibrome à droite, grossesse à gauche. Mon opinion est que, le diagnostic étant posé, on doit assimiler le cas à celui d'un fibrome utérin ordinaire compliqué de grossesse.

Or, l'indication est ainsi formulée par la plupart des chirurgiens : si le fibrome ne gêne pas l'évolution de la grossesse, ou si cette dernière ne menace pas la vie de la femme par l'exagération des troubles occasionnés par la tumeur, il faut se contenter de surveiller la patiente sans opérer. Bien des grossesses évoluent à côté d'un fibrome sans entraîner d'accidents.

Si le fibrome est unique et pédiculé du côté du péritoine, on peut l'extirper pour faire de la place et laisser l'utérus se développer. Si une tumeur fibreuse existe au niveau du segment inférieur et doit rétrécir la filière pelvienne, on devra faire l'hystérectomie au cours du neuvième mois et extraire un enfant vivant.

Somme toute, on respecte les fibromes gravides; on ne les opère que devant la menace ou en présence d'accidents. Chez la malade dont je viens de citer l'observation, les circonstances ne se présentaient pas de la même façon. Il existait deux utérus, l'un fibromateux, l'autre gravide. J'aurais voulu extirper l'un et laisser l'autre. Malheureusement, la situation respective des deux cavités utérines m'aurait obligé à créer par la suture un conduit utérin, irrégulier, sinueux, cicatriciel. J'ai choisi la méthode la plus simple, méthode qui ne présente aucun intérêt au point de vue chirurgical ni obstétrical, mais grâce à laquelle j'apporte un exemple de plus de la bifidité utérine et des erreurs qu'elle fait commettre aux gynécologues, quand l'une des deux portions est le siège d'une modification pathologique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(8 décembre 1903)

M. Cornil a fait une intéressante communication sur le **mode de réparation des fractures et la formation du cal.** Il a fait, en collaboration avec M. Coudray, de nombreuses expériences sur les animaux. Ils ont déterminé diverses fractures chez ces animaux et ont observé ensuite ce qui se passait dans les jours suivants, ces fractures étant abandonnées à elles-mêmes et n'étant soumises à aucun traitement. Ils ont constaté qu'il se faisait dès les premiers jours une formation osseuse considérable. On constata la présence de cartilage dès le cinquième jour. Puis on a mobilisé chaque jour ces fractures et on a constaté alors que le cal augmentait plus rapidement de volume. La consolidation absolue est obtenue généralement du vingtième au vingt-septième jour. Il résulte de ces expériences que la mobilisation hâte la consolidation des fractures.

On a cherché à créer des pseuarthroses sans pouvoir y parvenir.

M. Cornil fait suivre l'exposé de ces expériences de considérations histologiques.

Comme il fallait s'y attendre, M. Lucas-Championnière n'a pas manqué, à l'occasion de cette communication, de rappeler, d'ailleurs avec beaucoup de justesse et de raison, que voilà plus de vingt années qu'il soutient que le grand principe du traitement des fractures généralement admis, c'est-à-dire l'immobilisation, repose sur une grande erreur. Voilà plus de vingt ans qu'il s'applique, en effet, à démontrer que ce mode de traitement donne des résultats déplorables, surtout dans les fractures articulaires. Voilà vingt ans qu'il cherche à faire entrer dans la pratique une méthode de traitement basée sur la mobilisation des fractures et à démontrer que, lorsqu'on mobilise une fracture, le cal se développe et la consolidation se fait beaucoup plus vite. Les expériences de M. Cornil confirment en tous points les

données cliniques défendues avec tant d'énergie par M. Lucas-Championnière. Comme M. Cornil l'a remarqué dans ses expériences, M. Championnière a signalé aussi que, chez les enfants, par exemple, la mobilisation pouvait donner un cal exubérant, exagéré, si bien qu'il fallait la pratiquer chez eux avec plus de réserve.

Les expériences intéressantes de M. Cornil confirment donc absolument l'opinion de M. Lucas-Championnière sur le traitement des fractures.

Nous revenons encore sur le **sérum antituberculeux de Marmorek**. M. Championnière, qu'on avait annoncé comme devant prendre la parole sur ce sujet, déclare n'avoir pas lui-même expérimenté ce sérum. Mais, pendant ses vacances, M. Marion l'a expérimenté dans son service à l'Hôtel-Dieu. Cinq malades ont été soumis à ce traitement : il y avait un mal de Pott, un abcès tuberculeux de la hanche, une tuberculose à la fois testiculaire et pulmonaire. Aucun de ces malades n'a présenté la moindre amélioration. Les injections faisaient plutôt monter la température. Le malade atteint de tuberculose testiculaire est mort, en quelques heures, de méningite. Voilà les résultats qui ont été obtenus dans le service de M. Lucas-Championnière par l'emploi du sérum antituberculeux de Marmorek.

M. Josias a donné lecture, au nom de la Commission d'hygiène, d'un rapport très bien fait sur le **lazaret du Frioul**. On se rappelle la communication de M. Bucquoy à l'occasion de la peste survenue sur le bâteau appelé *Le Sénégal*. On se rappelle les communications de MM. Teissier et Lortet. Dans son rapport, M. Josias met franchement le doigt sur toutes les plaies, montre, sans réserves, les desiderata, hélas! trop nombreux, que présente le lazaret du Frioul. Il entre dans tous les détails et, probablement pour obtenir un peu, demande beaucoup. Voici, d'ailleurs, les conclusions de ce rapport :

« Votre Commission vous propose de déclarer d'urgence absolue :

1° Que le lazaret du Frioul soit aménagé dans de meilleures conditions d'hygiène et de confort, et comporte :

a. Une infirmerie avec chambres d'isolement ordinaires;

b. Un hôpital pour les malades atteints de maladies pestilentielles (peste, choléra, fièvre jaune, etc.), et établi avec toutes les ressources de la thérapeutique et de la prophylaxie modernes.

2° Que les mesures imposées par le décret du 21 septembre 1903, concernant la désinfection des navires et la destruction des rats, avant le déchargement, à l'aide des procédés reconnus les plus pratiques et les plus efficaces, soient rigoureusement appliquées. »

Ces conclusions seront discutées dans l'une des prochaines séances.

Echec de cent tentatives d'inoculation peladique, tel est le titre d'une communication de M. Jacquet.

Il a vainement tenté d'inoculer la pelade à cinq de ses élèves, MM. Péchin, Chatin, Lagrive, Broquin, Masson et à lui-même.

L'auteur n'a utilisé dans ce but que des sujets porteurs de pelades récentes, en voie d'extension et non traitées.

Une de ces tentatives semble réaliser des conditions expérimentales idéales, au triple point de vue du contage, de son mode de pénétration et du terrain choisi. Les produits de râclages cutanés furent portés jusqu'à la papille grâce au cathétérisme de ses follicules pileux au nombre d'une cinquantaine. Sur d'autres points, ils furent appliqués après râclage de son épiderme à la lame de verre, par frictions et massage vigoureux. A la suite il s'abstint pendant quarante-huit heures de tout soin de toilette du cuir chevelu. Il ajoute qu'il a eut jadis la pelade et que la maladie est des plus récidivantes. Le résultat de ces diverses tentatives au nombre total d'une centaine fut *rigoureusement nul*.

La pelade en aucune de ses variétés n'est donc inoculable.

Au cours de cette séance, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire. Les candidats en présence étaient MM. Barrier, Benjamin, Cadiot, Kauffmann, Moussu.

Au premier tour de scrutin, M. Barrier a été élu par 54 suffrages sur 70 votants.

Dans la dernière séance M. Kelsch a présenté à l'Académie, de la part de M. le docteur Campos-Hugueney, médecin major de l'armée, un opuscule intitulé : **De la méthode expérimentale dans l'étude de la constitution de l homme, ses applications au recrutement de l'armée.**

L'auteur y fait ressortir l'insuffisance des données anthropométriques, telles que celles qui sont fournies par la taille, le poids et le périmètre thoracique, pour apprécier la valeur physique de la constitution. Ses recherches expérimentales l'ont amené à y joindre la détermination de la *force musculaire*, mesurée par la pression dynamométrique de la main, laquelle répond très sensiblement à la force musculaire générale. Il estime, d'après ses études, que celle-ci est l'expression la plus sincère de la valeur de la constitution, et qu'elle a son criterium non pas dans une seule donnée anthropométrique, mais dans le consensus de la taille, du poids et du périmètre thoracique, consensus dans lequel le poids du corps lui a semblé toutefois avoir une signification prépondérante. L'auteur a condensé dans cette œuvre beaucoup de travail et d'intéressantes recherches. C'est une contribution très méritoire à l'importante question de l'aptitude physique au service militaire.

REVUE DE LA PRESSE

Méthode de transformation progressive des microbes anaérobies stricts en microbes aérobies. (G. Rosenthal. Soc. de biol., 7 nov. 1903) — Reprenant les recherches de Duclaux, de Vaillard et Vincent, d'Achalme, M. Rosenthal a essayé de transformer progressivement les anaérobies stricts en aérobies. Grâce à une nouvelle technique, utilisant les *tubes profonds* et les *tubes cachetés*, il arrive à réaliser cette transformation, montrant ainsi que la distinction des anaérobies et des aérobies, sur laquelle on a échafaudé tant d'hypothèses plus ou moins ingénieuses, n'est plus acceptable aujourd'hui. L. Babonneix.

Recherches sur la gymnastique respiratoire. (G. Rosenthal. *Extrait du Journal de physiothérapie*, 1903.) — La gymnastique respiratoire constitue le meilleur traitement préventif de la tuberculose pulmonaire. Déterminant la croissance et le développement des thorax étroits, elle supprime l'inertie pulmonaire générale ou sous-claviculaire, favorise l'action des autres méthodes thérapeutiques et donne les meilleurs résultats *à condition d'être pratiquée scientifiquement*. Elle réussit encore dans les maladies aiguës de l'appareil respiratoire, dans les insuffisances diaphragmatiques de cause abdominale, dans les cas de faux adénoïdisme. Diri-

gée par l'auscultation et contrôlée par la mensuration du thorax, la gymnastique respiratoire constitue donc une ressource thérapeutique précieuse. L. BABONNEIX.

QUESTION D'INTERNAT

Signes et diagnostic des péricardites aiguës (1).

L'ÉVOLUTION de la péricardite avec épanchement est assez variable. Dans un certain nombre de cas, l'épanchement finit par se résorber; les phénomènes généraux et fonctionnels s'amendent progressivement; l'auscultation fait entendre des *frottements de retour* parfois assez persistants; la matité cardiaque diminue, la voussûre péricardique s'affaisse. D'autres fois, l'épanchement ne cesse de s'accroître et provoque des phénomènes de compression très accusés: la mort peut alors survenir, qu'elle soit due à une syncope, à une crise d'asystolie aiguë, à la dyspnée. D'autres fois encore, l'épanchement ne se résorbe que lentement; il s'établit entre les deux feuillets du péricarde des adhérences qui peuvent se généraliser et aboutir à la symphyse cardiaque.

FORMES CLINIQUES. — *a.* La PÉRICARDITE HYDROPHOBIQUE (Gendrin) est caractérisée par des troubles dyspnéiques et dysphagiques [pharyngo-œsophagiens] attribuables tantôt à l'inflammation du phrénique (Bourceret), tantôt à l'irritation du plexus œsophagien. *b.* L'existence d'une FORME TYPHOÏDE (Blache) semble mal « établie, et, pour quelques faits tout au moins, il s'agissait simplement d'une péricardite dans le cours d'une fièvre typhoïde » (Barié, *loco citato*). *c.* Dans la FORME PARALYTIQUE, ce qui domine, ce sont les signes de défaillance cardiaque (Jaccoud), que ces signes doivent être rattachés à une myocardite vraie, ce qui est rare, à une paralysie du myocarde consécutive à la péricardite (loi de Stokes), à des troubles d'innervation ou de vascularisation du muscle cardiaque (cas le plus fréquent). *d.* Il existe un grand nombre de PÉRICARDITES LATENTES, le plus souvent secondaires (Leudet, Letulle), et surtout fréquentes aux âges extrêmes de la vie. *e.* Les PÉRICARDITES PURULENTES s'observent dans les septicémies et s'accompagnent de signes généraux de suppuration. *f.* La PÉRICARDITE HÉMORRAGIQUE se voit dans certaines pyrexies hémorragiques (*P. scorbutique* de Kyber).

COMPLICATIONS. — *a.* La plus fréquente et la plus importante est l'ENDOCARDITE, qui apparaît en même temps que la péricardite ou ne se développe qu'un peu plus tard, et est presque la règle chez l'enfant. Son diagnostic, extrêmement difficile au début, ne devient possible que lorsqu'il existe un souffle orificiel. Son pronostic est sévère, car « si la péricardite peut se guérir complètement, l'endocardite, au contraire, tend souvent à s'organiser » (Barié). *b.* La MYOCARDITE se caractérise par les signes habituels; elle aboutit souvent à la mort par syncope, asystolie aiguë, rupture du cœur. *c.* L'AORTITE est beaucoup plus rare. *d.* Rappeler les COMPLICATIONS PLEURO-PULMONAIRES (*signe de Pins*).

PRONOSTIC. — Toujours grave, mais non forcément fatal *chez l'adulte*, puisque les statistiques indiquent de 58 p. 100 (Bamberger) à 66 p. 100 (Louis) de guérisons. *Chez l'enfant*, le pronostic est beaucoup plus sévère, et Cadet de Gassicourt a pu dire que tous les enfants qui meurent de rhumatisme meurent de péricardite.

Sauf les *P. hémorragique et purulente* qui sont presque toujours mortelles, on peut dire que le *pronostic des P. est lié à l'état général* (cachexies, alcoolisme, diabète, états infectieux, etc.), et *surtout à l'état du myocarde* et *à la tonicité des vaisseaux*; le myocarde résiste-t-il, la tension artérielle est-elle suffisante, le pronostic est bon; y a-t-il insuffisance du myocarde organique, ou fonctionnelle (troubles toxiques, troubles d'innervation ou de vascularisation), la tension artérielle est-elle faible, le pronostic doit être réservé. L'état du myocarde commande donc le pronostic comme il domine la symptomatologie des P. aiguës.

DIAGNOSTIC. — Toujours très difficile, doit surtout se fonder sur les signes physiques.

I. Péricardite sèche. — Le signe capital est le *frottement*. Ce frottement doit être différencié : *a.* des *souffles cardio-pulmonaires* qui, eux aussi, siègent souvent à la base du cœur, sont mésosystoliques, ne se propagent pas. *Mais* les souffles cardio-pulmonaires ont un timbre particulier; ils présentent une mutabilité caractéristique, « changeant de siège, de rythme et de timbre quelquefois pendant toute la durée d'un même examen » (Barié), ils ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel en général; contrairement aux frottements, ils diminuent ou disparaissent dans la situation assise; *b.* Les *souffles endocardiques* sont orificiels; ils se propagent nettement suivant des directions invariables; ils sont exactement systoliques, diastoliques ou présystoliques et ne se modifient pas par les changements d'attitude; *c.* Le *frottement pleural* disparaît généralement quand on suspend la respiration; parfois il persiste pendant ce temps, mais alors il est surtout net au niveau du bord du ventricule gauche et dans les grandes inspirations; il n'augmente pas si le malade se penche en avant (Potain, Choyau), il se suspend au cours des inspirations forcées (M. Raynaud). *d.* Le diagnostic est beaucoup plus délicat lorsque le *frottement coïncide avec un souffle endocardique*.

II. Péricardite épanchée. — A. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. *a.* Dans l'*hypertrophie cardiaque*, la matité cardiaque conserve sa forme, le cœur bat violemment, le pouls est vibrant; il existe fréquemment en même temps des lésions aortiques ou de la néphrite interstitielle; *b.* Le diagnostic entre la *dilatation simple du cœur* et la P. épanchée est, dans certains cas, des plus difficiles qui soient. On dit bien que, dans celle-là, il n'y a pas de voûssure, que la matité cardiaque est surtout augmentée dans le sens transversal, que le choc de la pointe est mou, mais perceptible, et qu'il ne siège pas au-dessous de la matité, que dans celle-ci, il y a voussure, choc de la pointe au-dessus de la limite inférieure de la matité, que les bruits du cœur y sont voilés et modifiés par les changements de position. Malgré tous ces signes, le diagnostic différentiel est souvent des plus délicats. *c.* Citer encore la *pleurésie gauche*, les *tumeurs du médiastin*, etc.

B. EVALUATION DE LA QUANTITÉ DE LIQUIDE ÉPANCHÉ : toujours très délicate. Une voussure précordiale très accusée, une matité cardiaque considérable, l'effacement des bruits du cœur, l'œdème de la région précordiale, le pouls paradoxal (Rendu) indiquent l'existence d'un épanchement abondant.

C. Le DIAGNOSTIC DE LA QUALITÉ DE L'ÉPANCHEMENT se fait d'après les antécédents, l'évolution générale, les renseignements étiologiques.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, nº 140, p. 1381.

La surdité, son diagnostic et son pronostic établis au moyen de l'enquête par les diapasons, par le docteur Marcel NATIER. In-8°. — Paris, Institut de laryngologie et orthophonie, 6, quai des Orfèvres.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOITRE, etc.

Tablettes de Catillon

à 0gr.25 de corps

THYROÏDE

Titré, Stérilisé, bien toléré, Efficacité certaine.

IODO-THYROÏDINE

Principe iodé, mêmes usages.

Fl. 3 fr. — PARIS, 3, Boulᵈ St-Martin.

ANÉMIE
PALES COULEURS
Appauvrissement du Sang
Scrofule, etc.

PILULES de BLANCARD

EXIGER LA SIGNATURE

Approuvées par l'Académie de Médecine

PILULES DE BLANCARD

à L'IODURE DE FER INALTÉRABLE

SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS

Dépôt : BLANCARD & Cie, 40, Rue Bonaparte, Paris.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dispepsies, anorexies, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

HÉMORRAGIES ANÉMIE | LYMPHATISME CHLOROSE

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.

Le flacon : 4 francs.

EAU PURGATIVE NATURELLE

"APENTA"

PAR EXCELLENCE

MISE EN BOUTEILLES AUX SOURCES, BUDA PEST, HONGRIE.

KOLA ROY

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.

Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

DOULEUR - INSOMNIE

guéries, quelle qu'en soit la cause, par le

SIROP FOLLET

« *C'est la meilleure forme d'administration du chloral.* »
(FORMULAIRE BOUCHARDAT.)

Sommeil calme sans Céphalalgie au réveil.

Aucune irritation de l'estomac. — Conservation indéfinie. — Pureté absolue.

Dosage rigoureux : 1 gramme de chloral par cuiller à bouche.

DOSE pour ADULTES : 3 cuillers à bouche par jour, chacune dans du lait ou dans une infusion.

Maison L. FRERE (A. CHAMPIGNY et Cie), 19, rue Jacob, PARIS.

CONVALESCENCE ❖ FIÈVRES

Anémie — Débilité — Cachexies

QUINIUM LABARRAQUE

Approbation de l'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

VIN TONIQUE — FÉBRIFUGE — DIGESTIF

Exactement titré et dosé. — Contient tous les principes utiles du quinquina.

(3 gr. de principes toniques et 1 gr. 50 d'alcaloïdes par litre.)

DOSE. — *Un verre à liqueur avant ou après chaque repas.*

Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE (A. Champigny et Cie), 19, rue Jacob, Paris

POUR BOIRE AUX REPAS

VICHY-CÉLESTINS

EN BOUTEILLES ET DEMI-BOUTEILLES

*POUR DISSIPER LES AIGREURS
ET FACILITER LA DIGESTION*

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Pour ÉVITER les CONTREFAÇONS du THIOCOL prescrire

Sirop Roche au Thiocol

Comprimés de Thiocol Roche

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, 7, Rue St-Claude, PARIS (3e)

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0 gr. 20 centigr. de *Substance ovarienne*. — Dose : 2 à 6 capsules par jour.

Phie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

N° 144. — SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1903. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les éruptions post-vaccinales.

Par M. V. COURTELLEMONT,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

L'existence d'efflorescences cutanées consécutives à la vaccination et indépendantes des éléments vaccinaux eux-mêmes, a été constatée dès les premières applications de la découverte jennérienne. Ce sont les formes ortiées et érythémateuses qui furent observées les premières ; Jenner signala l'existence de l'urticaire. Pearson (1) décrivit ensuite, dans son mémoire, des éruptions érythémateuses (2) et ortiées, retrouvées par plusieurs médecins de l'époque (Odier, Pagès, Valentin, Mansuy, Mongènot); elles sont caractérisées, dit Husson (3), par « des taches rouges, analogues aux rash de la variole », prurigineuses « par des taches ou des plaques semblables à celles de la fièvre urticaire »; elles ne s'accompagnent d'aucun malaise et ont une durée éphémère. Mais, en réalité, c'est Willan et Bateman qui donnèrent de la roséole post-vaccinale, une première description d'ensemble.

Déjà l'on connaissait les éruptions vésiculo-bulbeuses qui avaient été remarquées dès les premières années du XIXe siècle, peu de temps après les premiers cas d'urticaire ou d'érythème. En 1803, le Comité central de vaccine discute une observation de miliaire inoculée sans succès à un autre enfant; dans le compte rendu de 1806-1807, d'autres faits analogues sont rapportés par Trussy, Haunière, Hugon, Voisin, Knuf, Lavenière, Rey, Murra et Husson ; l'inoculation du liquide des éléments, faite par Voisin et Launière d'Archiac, donna encore un résultat négatif.

(1) PEARSON. Observations concerning the eruptions, etc., *London philosophical magazine*, janv. 1800.

(2) Nous ne voulons pas parler ici d'un autre type éruptif, signalé par Pearson; constituée par de « gros boutons rouges et durs, mais peu élevés et ne contenant ni pus, ni sérosité », cette forme était transmissible par inoculation, elle ne saurait donc rentrer dans le cadre des faits que nous étudions ici.

(3) HUSSON. *Remarques historiques et médicales sur la vaccine*, 1803, p. 131.

Enfin, nous voyons qu'en 1803 Fine et Husson (1) avaient observé trois cas d'éruptions pemphigoïdes, et Husson reconnut la non-transmissibilité de ce type morbide par l'inoculation chez les deux malades qu'il étudia.

Ainsi sont démontrées du même coup, dès cette époque, et l'existence des éruptions post-vaccinales et leur distinction de la variole et de la vaccine.

Quelques autres dermatoses furent successivement signalées au cours du siècle dernier. En 1842, Gregory (2) publie un cas de purpura généralisé, en 1864, Vidal (3) nous fait connaître certaines formes d'érythème papuleux.

Behrend (4) étudie en 1881 les érythèmes polymorphes; enfin Robinson (5), Rohé (6) rapportent en 1882 les premiers cas de psoriasis post-vaccinal.

Les notions acquises sur ce sujet furent condensées à différentes époques par Hervieux (7), Dauchez (8), Mlle Waïsman (9), dans des travaux d'ensemble restés classiques. Parmi les auteurs qui, dès 1892, ont apporté une contribution à son étude, nous citerons seulement ici : Dauchez, Gillet, Patoir, Richardière, Vignal, en France ; à l'étranger, Guida, Léoni, Goubert, Finkelnburg, Epstein, Bowen, Carter, Colcott Fox, Pernet.

Les éruptions post-vaccinales se divisent en deux classes : les unes de nature vaccinale, c'est-à-dire capables de reproduire la vaccine si l'on vient à les inoculer, ce sont les éruptions vaccinales directes ; les autres, non inoculables, constituent les éruptions vaccinales indirectes. Ce sont ces dernières seules dont nous nous occuperons dans cet exposé. Encore éliminerons-nous de ce groupe celles qui sont manifestement causées par une infection secondaire, locale : l'impétigo et l'ecthyma.

II

Étiologie. — Il est difficile de déterminer le degré de fréquence des éruptions vaccinales indirectes ; par leur insi-

(1) HUSSON. Loc. cit., p. 133 et 144.

(2) GREGORY. *Transact. med. chir.*, vol. VII, 1842.

(3) WIDAL. *Recueil des mém. de méd., de chir. et de pharm. milit.*, 1864.

(4) BEHREND. Ueber vaccinale Hauteruptionen, *Berl. klin. Wochens.*, 1881, n° 46.

(5) ROBINSON. Société de dermatologie de New-York, 28 nov. 1882.

(6) ROHÉ. *Journ. of cutan. and vener. diseases*, oct. 1882.

(7) HERVIEUX. Rapport sur la vaccination, présenté à l'Académie de médecine, 1878.

(8) DAUCHEZ. Th. de Paris, 1883.

(9) WASSMAN. Th. de Paris, 1892.

diosité, leur courte durée, leur bénignité, un certain nombre d'entre elles passent sans doute inaperçues. Néanmoins, d'une façon générale, on doit les regarder comme rares.

On les rencontre plus souvent l'été que l'hiver. Elles frappent beaucoup plus fréquemment l'enfant que l'adulte; la cause doit en être cherchée dans cette particularité que cette complication survient d'ordinaire à la suite de la première vaccination; il est plus rare, en effet, de la voir succéder à une revaccination.

Les enfants chétifs, malingres, les rachitiques, scrofuleux sont plus souvent atteints que les enfants sains. Les maladies de la peau (Devergie et Besnier), la tuberculose y prédisposent probablement.

Il n'existe pas de rapport entre les caractères de l'éruption vaccinale et l'apparition d'une dermatose secondaire: on connaît même des cas dans lesquels celle-ci survint chez des individus vaccinés sans succès (cas de Longet, Comby, Piffard, Chambard).

III

Pathogénie. — Quelle est la nature de ces éruptions? C'est là une question fort discutée autrefois, et sur laquelle d'ailleurs l'accord n'est pas encore complètement établi. La première pensée qui vint à l'esprit des observateurs fut d'admettre la nature vaccinale de ces efflorescences cutanées; celles-ci seraient des symptômes de la vaccine au même titre que l'éruption spécifique de la scarlatine est une manifestation de cette pyrexie. Aussi les éruptions post-vaccinales furent-elles considérées d'abord comme des cas de vaccine généralisée. Friedringer a soutenu à nouveau la doctrine de la nature spécifique de ces dermatoses. Aujourd'hui la plupart des médecins repoussent une pareille conception, et ils basent leur conviction sur des faits expérimentaux et des arguments d'ordre clinique. L'insuccès constant des tentatives d'inoculation faites sur l'homme, dès le début du XIXe siècle, avec le liquide des vésicules de miliaire ou des bulles de pemphigus (expériences que nous avons signalées tout à l'heure), d'autre part l'échec des inoculations pratiquées sur la génisse, plus récemment par Chambon, avec l'exsudat des vésicules de miliaire, prouvent d'une façon évidente que les éruptions vésiculo-bulleuses post-vaccinales ne sont pas de nature vaccinale. Qu'on ne croie pas davantage à la spécificité des formes érythémato-papuleuses (1) regardées parfois comme l'analogue des rash varioliques; semblable interprétation aurait contre elle les raisons suivantes, tirées de l'observation clinique : d'une part l'absence de tout pouvoir contagieux ou inoculable; d'un autre côté, le caractère essentiellement variable, polymorphe de ces manifestations; l'inconstance, pour ne pas dire la rareté de leur apparition; enfin leur ressemblance avec les efflorescences cutanées liées à des intoxications diverses, alimentaires ou médicamenteuses, par exemple, autant de particularités en opposition absolue avec les symptômes des éruptions spécifiques.

En face de la théorie qui considère la totalité ou une partie de ces dermatoses comme de nature vaccinale, s'en éleva une autre, adoptée surtout par certains membres du comité central de vaccine, et d'après laquelle aucun rapport n'existe entre ces éruptions et la vaccine ou la vaccination; les deux faits seraient le résultat d'une simple coïncidence. Cette opinion n'a pas prévalu, en raison des nombreuses constatations cliniques qui indiquent autre chose qu'une coïncidence.

Une théorie intermédiaire aux deux précedentes devait forcément prendre naissance; elle est représentée par plusieurs théories que rapprochent des caractères communs; elle admet l'influence de la vaccination ou de la vaccine, mais nie la nature vaccinale de ces dermatoses ou leur origine aux dépens du vaccin normal; pour elle ces éruptions sont d'ordre secondaire. Elles seraient consécutives, selon les uns, à une excitation nerveuse, d'ordre mécanique; c'est ainsi que Bousquet parle d'une excitation sympathique très vague; Malcolm Morris (1) attribue les éruptions précoces à une irritation nerveuse réflexe partie de la plaie d'inoculation. Selon d'autres auteurs, ce sont les infections secondaires développées au niveau de la piqûre qui seraient le point de départ des réactions cutanées; cette opinion est souvent émise pour expliquer les éruptions tardives. Un troisième groupe de médecins fait intervenir comme notion étiologique les propriétés anormales du vaccin; Bonnerie incrimine la mauvaise qualité du virus; Dauchez, la virulence excessive du vaccin frais de génisse employé aussitôt après son prélèvement sur l'animal. A l'opinion de Bonnerie on objecte que la lymphe de mauvaise qualité donne plutôt une infection secondaire locale : impétigo, ecthyma, érysipèle; et l'interprétation de Dauchez a contre elle, d'une part les faits nombreux d'éruptions consécutives à l'emploi du vaccin recueilli depuis longtemps, et d'autre part l'affirmation d'Hervieux qui prétend voir diminuer le nombre de ces efflorescences depuis l'emploi du vaccin animal. D'ailleurs ces trois groupes de conceptions pathogéniques ne résistent pas à la critique; la première, la théorie nerveuse réflexe est à l'heure actuelle une pure hypothèse que rien ne justifie; quant aux deux autres, elles sont passibles d'un même reproche; elles généralisent des faits qui, vrais dans quelques cas, sont en contradiction avec les données de la clinique dans la plupart des observations.

La théorie la plus satisfaisante, celle qui paraît la plus conforme aux notions de pathologie générale, acquises aujourd'hui, envisage la question d'une manière différente; elle considère les dermatoses post-vaccinales comme le résultat d'une intoxication ou d'une infection, celle-ci n'agissant peut-être, nous dirons même sans doute, que par les toxines microbiennes. On conçoit que, dans un tel processus, la qualité du virus inoculé, l'existence de complications septiques au niveau de la plaie, enfin la notion du terrain, c'est-à-dire de la résistance individuelle, soient les trois facteurs qui règlent l'éclosion de ces manifestations cutanées. Les toxines de la vaccine, même de la vaccine la plus normale, sont, selon toute vraisemblance, l'agent qui met en branle, ainsi que le ferait un poison quelconque et non à titre spécifique, le système vaso-moteur du sujet; toute propriété anormale du vaccin (vaccin de mauvaise qualité, vaccin frais de génisse), toute infection secondaire au niveau des pustules peuvent jouer le même rôle provo-

(1) Dans sa thèse, Dauchez, adoptant la division proposée par Hervieux, fait rentrer dans la classe des éruptions vaccinales directes, à côté de la vaccine généralisée, les formes érythémato-papuleuses, qui « doivent être rapprochées, dit-il, des exanthèmes classiques ou fièvres exanthématiques », les autres types éruptifs constituent seuls, dans cette classification, le groupe des éruptions vaccinales indirectes.

(1) Malcolm Morris attribue les éruptions tardives au passage du virus dans le sang.

cateur. Mais pour que ces substances puissent agir, pour qu'elles déterminent une réaction cutanée secondaire, il faut qu'elles trouvent un terrain préparé. La notion du terrain apparaît, en somme, comme l'élément étiologique principal, dans l'éclosion des dermatoses post-vaccinales; celles-ci ne sont donc que des éruptions banales apparues à l'occasion ou sous l'influence d'une vaccination chez des sujets prédisposés. Bien plus, c'est la constitution du malade qui détermine la forme même de l'éruption; c'est ainsi que les formes pemphigoïdes sont fréquentes chez les cachectiques, le purpura chez les hémophiliques et les débilités.

Cette théorie qui reproduit dans ses grandes lignes celle de Behrend (1), admise par M[lle] Waïsmann, au lieu d'être étroite comme la plupart des conceptions précédentes, a le mérite de tenir compte de tous les faits observés, en les réunissant à l'aide d'un lien commun : l'intoxication. Intoxication et terrain, voilà les deux éléments pathogéniques de ces éruptions. Il s'ensuit que, si beaucoup de dermatoses post-vaccinales sont d'origine vaccinale, ce serait une erreur de dire qu'elles sont de nature vaccinale, elles n'ont aucune spécificité et peuvent être comparées aux éruptions médicamenteuses ou toxiques.

Quant à déterminer d'une façon précise l'élément altéré primitivement par la substance toxique, centres vasculaires de la peau, ou glandes cutanées irritées par les principes éliminés, c'est là un point insoluble à l'heure actuelle.

Il est à peine besoin de faire remarquer que, dans toute cette discussion, nous avons laissé de côté les dermatoses constitutionnelles, sur la pathogénie desquelles nous reviendrons ultérieurement.

IV

Symptomatologie générale. — Les éruptions vaccinales indirectes affectent quelques caractères communs.

Elles surviennent, d'ordinaire, du septième au douzième jour, plus spécialement au huitième jour d'après Dauchez; du neuvième au onzième suivant Hervieux; leur apparition coïncide donc avec la phase aiguë de l'inflammation péripustuleuse. Parfois cependant elles se montrent plus tôt, dès le deuxième ou le troisième jour (formes précoces de Behrend), ou exceptionnellement plus tard le dix-huitième jour (Behrend).

C'est le plus souvent sur le membre inoculé, et autour des éléments vaccinaux, qu'on les aperçoit tout d'abord. Elles pourront ultérieurement s'étendre sur les autres membres, sur le tronc et se généraliser; parfois elles continueront à prédominer au niveau du ou des membres inoculés. Cette localisation primitive ou prépondérante n'est pas un fait isolé en pathologie; elle s'observe en d'autres circonstances, en particulier au cours des érythèmes consécutifs à l'emploi du sérum antidiphtérique. Il semble, dans tous ces faits, que la région le plus rapidement en contact avec la substance nocive, réagisse la première à son excitation vaso-motrice.

On peut dire, d'une manière générale, que ces dermatoses n'intéressent pas les muqueuses; deux faits, qui font exception à cette règle (cas de Widal et cas de Behrend), concernent sans doute des cas d'érythème polymorphe avec manifestations sur les muqueuses.

(1) Behrend admet en effet que les éruptions précoces sont dues à la présence de la lymphe vaccinale dans le sang; les éruptions tardives à celle du pus des pustules dans le courant circulatoire; il reconnaît en même temps l'influence de la prédisposition individuelle.

Enfin une autre particularité sur laquelle nous voulons appeler l'attention est la fréquence du polymorphisme éruptif, qu'il soit successif ou simultané. On voit ainsi des malades présenter d'abord de l'urticaire, puis le lendemain ou quelques heures après, apparaît un érythème localisé ou généralisé. Un enfant, atteint d'érythème scarlatiniforme, peut avoir, deux jours après, un érythème morbilliforme [cas de Dauchez (1)]. La coïncidence de plusieurs types éruptifs s'observe plus fréquemment encore que leur succession. Très souvent, la miliaire accompagne un rash érythémateux ou papuleux, les vésicules couvrent les placards rouges ou siègent en dehors d'eux. La coexistence d'urticaire et d'éruptions érythémateuses ou papuleuses est loin d'être rare (par exemple, cas de Behrend 1888, cas récent de Dauchez 1903). La malade dont nous avons publié l'observation présentait à la fois un érythème noueux, une éruption bulleuse, et un érythème polymorphe. Enfin Sobel a constaté l'association d'érythème multiforme et de purpura (un cas). Ce polymorphisme est un lien qui rapproche les différents types observés et atteste leur unité de nature et d'origine.

L'urticaire exceptée, les éruptions post-vaccinales ne donnent lieu, dans le plus grand nombre de cas, à aucun signe fonctionnel.

Il n'est pas habituel non plus de les voir associés à des symptômes généraux : la fièvre fait défaut, ou du moins quand elle existe, sa présence paraît due à l'inflammation vaccinale, et non à l'éruption secondaire. Dans certains cas cependant, il est logique de la rapporter à celle-ci : telle nous semble être l'ascension de température, constatée au cours de l'érythème noueux dont nous avons précédemment parlé.

La durée de ces éruptions est en général fort courte : elle est de quelques heures à quatre ou cinq jours; aussi ce caractère joint à l'absence habituel de tout symptôme fonctionnel ou général explique-t-il que nombre de ces faits échappent à l'observation.

Les rash à type érythémateux ou papuleux ne laissent pas de desquamation à leur suite.

Le pronostic de toutes ces affections est bénin, exception faite pour certaines formes sur lesquelles nous appellerons l'attention tout à l'heure.

On ne rencontre d'ordinaire aucune difficulté dans le diagnostic de ces dermatoses : seules, les éruptions médicamenteuses ou les érythèmes liés aux troubles digestifs, à l'évolution dentaire (?) pourraient induire en erreur, si l'on ne songeait pas à leur possibilité.

V

Formes cliniques. — Telles sont les considérations générales auxquelles peuvent prêter les manifestations cutanées post-vaccinales indirectes. Leur forme objective est variable, et l'on peut distinguer plusieurs types que nous grouperons, pour la clarté de l'exposition, sous quatre chefs : les éruptions érythémato-papuleuses, appelées spécialement rash vaccinaux, les éruptions vésiculo-bulleuses, le purpura et les dermatoses constitutionnelles.

LES RASH (OU ÉRUPTIONS ÉRYTHÉMATO-PAPULEUSES). — Les rash constituent sans contredit la variété la plus fréquemment observée. On peut en distinguer quatre formes : la

(1) DAUCHEZ. *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1890.

forme érythémateuse, la forme papuleuse, la forme noueuse et la forme ortiée.

I. La forme érythémateuse affecte trois types différents : tantôt la lésion consiste uniquement en un petit nombre de plaques érythémateuses isolées (rash érythémateux simple). Tantôt les taches, peu volumineuses, irrégulières, séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine, s'étendent sur la plus grande partie du corps, envahissent la face, respectant en général les jambes et les pieds; on a alors affaire au rash morbilliforme. Tantôt enfin, les plaques érythémateuses sont rouge lie de vin, forment une nappe continue et couvrent une grande étendue du corps : c'est le rash scarlatiniforme. Dans une observation rapportée par Dauchez, l'érythème scarlatiniforme s'accompagnait d'angine et d'une ascension de température à 39°2. La durée de ces éruptions est de deux à trois jours, cinq jours au plus.

Leur diagnostic avec les fièvres éruptives et la roséole syphilitique ne présente guère de difficulté : le rash morbilliforme est celui qui peut prêter le plus au doute : la largeur des macules, leur forme irrégulière, la coexistence possible d'autres éléments cutanés (polymorphisme éruptif) et surtout l'état de la température et des muquenses ; enfin la présence des fistules vaccinales : voilà les éléments qui guideront le clinicien dans les cas embarrassants.

II. La forme papuleuse peut revêtir également trois aspects (1).

Le premier est caractérisé par l'apparition exclusive de papules, de moyen ou de petit volume, isolées les unes des autres, parfois surmontées d'une fine vésiculette; la peau qui les porte est légèrement rosée, sur un pourtour de quelques millimètres; ce sont ces éruptions que l'on désigne sous des noms divers : strophulus (deux cas de Gilbert), lichen simplex aigu, prurigo simplex aigu.

Le second type n'est autre que l'érythème polymorphe, variété érythémato-papuleuse. Behrend (2) a signalé les deux premiers cas en 1881, sous le nom d'érythème exsudatif multiforme; de nombreux exemples en ont été observés depuis, en France et à l'étranger. Dans les cas types, les lésions érythémato-papuleuses occupent leur siège de prédilection : dos des mains, dos des pieds (cas de Behrend 1881). Il n'est pas rare de les voir accompagnées de manifestations vésiculeuses (par exemple cas de Behrend 1888) ou bulleuses (cas de Courtellemont). Il nous semble que bon nombre d'observations étiquetées lichen aigu se rapportent à des faits d'érythème polymorphe; ainsi en est-il de certaines descriptions de Crooker; telle paraît être également l'interprétation qu'en donne Carter.

Enfin le troisième type, que nous nommerons érythème syphiloïde, contient sans doute des faits disparates : nous y groupons les cas de manifestations génitales, fessières ou inguinales, d'aspect syphiloïde.

Widal (3) fait mention d'éruptions observées par Arondel, et constituées par des « plaques ou des tubercules isolés, durs, acuminés, parfois légèrement pédiculés, siégeant plus particulièrement sur le tronc, les fesses, à l'anus et autour des parties génitales »; cette forme simulait des syphilides.

Lui-même cite une observation relative à un enfant, atteint de plaques érythémateuses localisées en ces mêmes régions, et atteignant également la figure, le cou, les bras, le tronc et l'abdomen; ces plaques, d'un rouge sombre, aplaties, dures au toucher, avaient des dimensions variant entre celle d'une lentille et celle d'une pièce de 50 centimes; elles confluaient par places. « Au haut des cuisses, aux fesses, au pourtour de l'anus, au périnée, elles étaient humides et luisantes, plus aplaties, » avaient des bords légèrement soulevés et une couleur brune. La muqueuse buccale « présentait çà et là quelques plaques d'un rouge foncé, mais s'élevant à peine au-dessus du tissu ambiant ». Après avoir duré trois semaines, l'éruption disparut en laissant à sa place une pigmentation de teinte cuivrée, qui persistait encore au bout de vingt jours environ.

Enfin Behrend (1) a rapporté l'histoire d'un malade qui, atteint d'érythème polymorphe érythémateux, papuleux et vésiculeux (herpès vu sur les bras), présentait au niveau des plis de l'aine et des grandes lèvres des papules érodées, reposant sur une peau irritée; en même temps coïncidaient des lésions des muqueuses; la lèvre inférieure et la face interne d'une des grandes lèvres étaient le siège d'érosions plates, d'un blanc onctueux et jaunâtre. Aussi l'ensemble de ces altérations vulvaires et inguinales « offrait-il l'aspect d'un eczéma humide sur lequel s'élèvent quelques saillies, si bien qu'une confusion avec des condylomes larges pouvait facilement être faite. »

Il est donc bien prouvé que des éruptions post-vaccinales peuvent simuler la spécificité soit par l'existence de papules syphiloïdes cutanées, soit par la présence d'érosions des muqueuses.

A quel type éruptif doit-on rattacher tous ces faits?

Le dernier nous semble bien la conséquence d'un érythème polymorphe avec manifestations sur les muqueuses, et irritation, eczématisation des éléments papuleux au niveau des plis de l'aine et des plis génito-cruraux. Quant à la forme signalée par Arondel et rapportée par Widal, elle doit être rangée sans doute à côté des érythèmes syphiloïdes des jeunes enfants étudiés par Jacquet. L'observation personnelle de Widal est plus difficile à classer; elle se rapproche, par certains caractères, des érythèmes polymorphes.

III. L'érythème noueux est exceptionnel au cours de la vaccine; il n'en existe, à notre connaissance, qu'un seul exemple (Courtellemont). Dans ce cas, les nouures coïncidaient avec des lésions d'érythème polymorphe du dos des mains, des genoux et avec des bulbes localisées autour des pustules vaccinales; l'évolution de ces manifestations s'accompagna d'un cycle fébrile et de douleurs articulaires multiples. Il est intéressant de rappeler que deux faits d'érythème noueux ont été observés dans la période d'invasion de la variole (Patoir).

IV. La forme ortiée est loin d'être rare. Parfois l'urticaire existe seule; elle apparaît et disparaît en quelques heures. Plus souvent peut-être, elle précède ou accompagne d'autres types éruptifs. On donne le nom de « lichen urticatus » aux formes dans lesquelles les plaques ortiées portent une papule en leur centre; ces faits se lient étroitement au

(1) Nous ne faisons pas rentrer dans cette description les éruptions « cornées, formées de petits boutons confluents gros comme un grain de millet, sans matière et tellement durs qu'on ne pouvait y introduire une aiguille ». Ce type, simplement signalé dans le rapport du comité central de vaccine, de 1806-1807, n'est pas appuyé d'observations, qui permettent de l'accepter sans réserve.

(2) Behrend. Ueber vaccinale Hauteruptionen, *Berlin. klin. Wochens.*, 1881, n° 46.

(3) Widal. Loc. cit.

(1) Behrend. *Berlin. klin. Wochens.*, 1888, p. 532.

lichen simplex aigu (strophulus), dont nous avons précédemment parlé, et dont ils constituent une simple modalité.

Éruptions vésico-bulleuses. — Ces éruptions peuvent être uniquement vésiculeuses, uniquement bulleuses et associées.

I. Le type de dermatoses post-vaccinales composées uniquement de vésicules est représenté par la miliaire. Celle-ci est une des variétés éruptives le plus fréquemment rencontrées dans les suites de la vaccine. Formée de vésicules isolées, nées sur une petite aréole de peau rouge, elle peut rester localisée autour des pustules vaccinales, son siège initial habituel, ou s'étendre au reste du corps; sa marche par poussées successives, sa disparition rapide, la desquamation qui lui succède, ainsi que l'évolution ordinaire de chaque élément ne présentent pas de caractère particulier. Nous n'insisterons pas à nouveau sur la co-existence fréquente de la miliaire et d'autres efflorescences cutanées.

La seconde variété d'éruptions exclusivement vésiculeuses est le zona post-vaccinal, beaucoup plus rare que la miliaire; nous en connaissons actuellement trois cas, dus à Comby, Laubry, Gillet. Le zona apparaît du quatrième au douzième jour après la vaccination; dans deux cas, il siégeait sur le trajet d'un nerf intercostal; le troisième occupait le voisinage des piqûres.

II. Les éruptions formées uniquement de bulles sont rares; elles paraissent plus fréquentes en Allemagne qu'en France. Elles surviennent de préférence chez les enfants affaiblis, cachectiques, chez les athrepsiques; Hébra et Zährer les ont observées à l'état endémique. L'affection débute d'ordinaire autour des pustules vaccinales; tantôt elle reste localisée en ce point, tantôt elle gagne progressivement le membre; parfois enfin, elle se généralise à la surface entière du corps. Les éléments éruptifs sont constitués par des bulles, à contenu clair, qui reposent sur une peau érythémateuse. Bientôt, le liquide qu'ils renferment devient louche; dans les cas favorables, l'épiderme soulevé se dessèche et forme une croûte qui tombe au bout de quelques jours en laissant la peau saine; mais souvent certains éléments sont suivis, soit à l'époque de leur rupture, soit au moment de la chute de la croûte, d'une ulcération dont la cicatrisation peut être assez longue. Dans le plus grand nombre des cas, toutefois, cette guérison ne se fait pas attendre plus de vingt jours (Dauchez, Patoir). Exceptionnellement, de semblables éruptions ont entraîné la mort, soit par la gangrène des ulcérations (Stakes, Hutchinson), soit par une complication broncho-pulmonaire (Dauchez). Le pronostic de ces affections doit donc être quelque peu réservé. Il dépend, avant tout, de l'état antérieur de l'enfant, car la gravité tient ici non à la lésion cutanée elle-même, mais à la moindre résistance du sujet, qui facilite toutes les infections secondaires. Dumontpallier et Longet, qui regardent cette forme comme infectieuse, conseillent de ne pas employer le vaccin d'un enfant qui en serait atteint.

Le groupe des pemphigus vaccinaux (1) était constitué autrefois par les éruptions de ce genre : on désignait sous ce nom toutes les affections bulleuses observées au cours de la vaccine. Une telle dénomination ne peut être conservée aujourd'hui : l'existence d'une zone érythémateuse autour de l'élément primitif sépare nettement ces faits de pemphigus et les range dans la classe des éruptions pemphigoïdes. Cette variété de dermatose post-vaccinale comprend en réalité trois types cliniques différents : tantôt les bulles sont localisées en un point du corps, autour des vésico-pustules le plus souvent : on peut se demander s'il ne s'agit pas, dans ces cas, d'hydroa bulleux; tantôt les éléments, répartis sur une plus grande étendue ou généralisés, réalisent une forme qui doit être rapprochée des éruptions bulleuses produites par certains médicaments (antipyrine, iodure de potassium, par exemple); dans un troisième ordre de faits, les bulles sont associées à d'autres éléments éruptifs : c'est le groupe dont nous allons nous occuper maintenant.

III. Les éruptions vésiculeuses ou bulleuses peuvent soit coexister, soit s'associer à des plaques d'érythème et à des papules. Leur évolution peut être rapide ou lente.

Les éruptions associées à marche aiguë sont représentées soit par la présence simultanée sur le même malade de miliaire et d'éruption bulleuse, soit le plus souvent par l'érythème polymorphe; toutes les variétés de celui-ci peuvent être observées; l'herpès iris est constaté assez fréquemment; parfois, les plaques érythémateuses, de forme ronde, sont « serties chacune de centaines de petites papules et vésicules, aussi régulièrement rangées que des perles fines sur une parure » (cas de Dauchez, 1903). Freemann a signalé la coïncidence d'un érythème et d'une éruption bulleuse généralisés.

Les éruptions bulleuses polymorphes à marche chronique ne sont connues que depuis peu d'années; Bowen en a connu six observations, intéressant des enfants de cinq à dix ans; Galloway en a rapporté une septième, qui concernait un adulte. Nous ferons remarquer dès maintenant qu'il est difficile, à notre avis, de préciser la part exacte qui revient à la vaccine dans les développements de ces formes chroniques; on ne peut affirmer, par exemple, que celles-ci ne soient pas simplement une dermatose constitutionnelle, qui n'attendait qu'un prétexte pour éclore, comme il en est de l'eczéma et du psoriasis. L'affection se montre de deux à trois semaines après la vaccination et dure de quelques mois à quelques années; elle consiste à la fois en vésicules, bulles, papules et plaques d'érythème.

L'interprétation de ces faits est particulièrement délicate. L'absence de prurit, l'uniformité de l'éruption s'élèvent contre l'assimilation qu'on est tenté d'en faire avec la maladie de Dühring; mais, d'un autre côté, le polymorphisme, la tendance des éléments à former des groupes, l'évolution en foyers et par poussées successives, la présence d'une éosinophilie marquée dans les bulles et dans le sang sont des symptômes qui plaident en faveur de cette analogie.

Telle est la conception que l'on doit se faire à l'heure actuelle des dermatoses bulleuses post-vaccinales; isolées ou associées, elles sont accompagnées de lésions érythémateuses qui, en dehors même de toute autre considération, suffiraient à les faire exclure du groupe des pemphigus. Elles prennent place soit parmi les érythèmes polymorphes, soit dans la classe des dermatoses polymorphes. Il ne faudrait pas croire cependant que cette question, qui touche à un des points les plus complexes et les plus discutés de la dermatologie, soit tranchée d'une façon définitive; ainsi, Sequeira a rapporté, en 1902, un cas d'éruption bulleuse, de date récente, apparue sans autre élément cutané et sur une peau absolument normale. Peut-être, enfin, certains faits

(1) Le pemphigus post-vaccinal fut surtout étudié en Allemagne par Hebra, Kaposi, Steiner; Blot et Carré (d'Avignon), en France, Dühring en Amérique, ont aussi apporté une contribution à la connaissance de cette forme éruptive.

d'éruption pemphigoïde aiguë ne sont-ils que de l'impetigo contagiosa à forme bulleuse (Pernet).

On voit donc que le pronostic d'une affection bulleuse, simple ou polymorphe, bien que bénins dans le plus grand nombre des cas, doit être réservé pour deux raisons : la possibilité d'ulcérations graves d'une part, et d'autre part la perspective d'une évolution chronique.

Le diagnostic se pose parfois, au cours d'une vaccine, entre une éruption du genre de celles que nous venons d'étudier et le pemphigus syphilitique, une varicelle, une variole, une vaccine généralisée. Cette dernière se reconnaîtra à sa date d'apparition, à l'ombilication des éléments, à leur contenu, enfin et surtout au résultat de l'inoculation à la génisse.

Purpura vaccinal. — Le purpura est le troisième groupe d'éruptions post-vaccinales indirectes. Sa rareté est relatée par tous les auteurs. Il s'observe surtout chez les enfants débilités, cachectiques ou hémophiliques, et cet état préexistant est le facteur principal de la gravité présentée parfois par l'affection. Celle-ci se montre du quatrième au onzième jour. Elle peut revêtir deux types.

La forme bénigne consiste en taches purpuriques localisées aux membres, sans participation des pustules au processus hémorragique (deux cas d'Epstein); ou bien elle peut débuter au niveau des pustules vaccinales et se généraliser dans la suite (Pfeiffer).

La forme maligne (vaccine hémorragique) est caractérisée par des hémorragies cutanées sous forme de taches et d'ecchymoses, parfois énormes, et des hémorragies des muqueuses (épistaxis, otorragies, hémorragies buccales, hématuries); la mort peut en être la conséquence (cas de Burlureaux).

Dermatoses constitutionnelles. — Les maladies de ce groupe sont celles qui, en puissance chez le malade avant la vaccination, n'attendaient qu'une occasion pour se manifester. Le traumatisme, les modifications d'ordre infectieux ou toxique, que créent la vaccination et la vaccine, ont fourni cette occasion; la cause réelle, ici, semble donc bien être la diathèse du sujet.

L'eczéma et le psoriasis sont les deux affections qui constituent cette classe.

L'eczéma atteint surtout les enfants scrofuleux, rachitiques ou les prédisposés (atteinte antérieure d'eczéma); il apparaît du huitième au dixième jour, débute d'ordinaire sur les régions inoculées et y reste le plus souvent localisé; mais il peut aussi envahir différentes parties du corps. Sa durée est courte dans le plus grand nombre des cas, mais parfois elle se prolonge d'une façon désespérante, dans la forme impétigineuse par exemple. Darier a cité un cas d'eczéma nummulaire en placard, qui simula pendant quelque temps, l'urticaire pigmentée; apparu douze jours après la vaccination, il persistait encore au bout d'un an. Il s'en faut d'ailleurs que la nature de ces éruptions eczématiformes soit la même dans tous les cas observés; à côté de ceux qui relèvent de l'eczéma vrai, il en est certainement qui ne sont que de simples eczématisations survenues chez des prédisposés; tels sont, par exemple, les quatorze cas rapportés par Le Duc (1) en 1871; d'après cet auteur, qui a très finement analysé le mode de début de ces lésions, le phénomène initial est l'ouverture des pustules vaccinales, et comme conséquence l'écoulement de leur contenu sur la peau avoisinante; il en résulte, ainsi que le fait remarquer Le Duc, une irritation cutanée à ce niveau, et c'est sur cette région, ainsi enflammée, qu'apparaissent les vésicules caractéristiques. Il s'agit, en somme, ici, très probablement d'une dermatite artificielle eczématiforme, de cause externe.

Le nom de psoriasis vaccinal ne doit s'appliquer qu'aux faits de psoriasis qui se montrent quelque temps après la vaccination chez des malades indemnes jusque-là de tout accident psoriasique; dans ce groupe ne rentrent donc pas les cas de réapparition post-vaccinale d'une poussée psoriasique chez un malade atteint antérieurement de cette dermatose (Rioblanc). L'affection ainsi limitée est rare; Vignal, dans sa thèse, en 1897, en rapportait dix cas. Depuis on en a signalé un cas en Italie (Truffi), quatre en Angleterre (un cas de Radcliffe Crocker; trois de Dore, dont l'un est peut-être suspect), et un en Allemagne (Ahronheim). La connaissance de cette complication est d'ailleurs de date assez récente, le premier travail d'ensemble sur ce sujet remonte à 1884 (Monneret. Th. de Paris).

L'étude des observations nous a permis de dégager quelques considérations cliniques générales. Sur neuf d'entre elles qui mentionnent la provenance du virus, nous voyons que, dans huit cas, celui-ci était d'origine animale, la lymphe avait été prise sur la génisse; une seule fois (cas de Klamann), on avait employé du vaccin humain, mais Klamann s'est assuré que ni le vaccinifère, ni sa famille n'avaient présenté à aucun moment d'accident psoriasique ou psoriasiforme. Les malades frappés de cette affection ne sont plus de jeunes enfants, comme le plus grand nombre de ceux qu'atteignent les dermatoses étudiées précédemment; il s'agit soit d'adolescents (sept cas) âgés de dix-huit à trente-trois ans, et surtout de dix-huit à vingt-deux ans, soit de sujets à la seconde enfance, âgés de cinq ans et demi à douze ans (six cas), et cette particularité s'explique parfaitement par la rareté du psoriasis pendant les premières années et sa fréquence de plus en plus grande à mesure qu'approche l'adolescence. Le sexe féminin est plus souvent touché que le sexe masculin (huit cas contre cinq). Sur seize cas connus actuellement, deux concernent des médecins (cas de Rohé, auto-observation d'Ahronheim). L'âge relativement avancé des sujets rend compte de l'apparition fréquente de cette dermatose à l'occasion d'une revaccination (six cas); dans l'observation de Piffard, c'est à la quatrième vaccination qu'elle se montre. L'affection survient rarement au troisième jour, le plus souvent du huitième au quinzième jour après l'inoculation. Presque toujours, l'éruption débute au niveau des pustules vaccinales; à la chute de la croûte, c'est-à-dire vers le quinzième jour en moyenne, la cicatrice rougeâtre, souvent prurigineuse, se recouvre de squames qui se reproduisent à mesure qu'on les enlève. Mais les éléments vaccinaux évoluent-ils plus rapidement, on voit survenir plus tôt le squame psoriasique. Dans certains cas même, l'éruption apparut avant la chute des croûtes, elle débuta alors en d'autres points du corps (Dore, observation I et III; Klamann). Enfin, chaque point d'inoculation peut donner naissance à un élément psoriasique, sans que la vaccination ait été suivie de succès; la squame se développe ici d'emblée (cas de Piffard, cas de Chambard). Localisé d'abord au point d'inoculation, le psoriasis, tout en persistant en cet endroit, s'étend sur le reste du corps, sans présenter, semble-t-il, d'autres particularités bien nettes.

(1) Le Duc. In *Rapport sur la vaccination*, présenté à l'Acad. de méd., 1871, p. 183.

Cependant l'intégrité de la paume de la main et de la plante des pieds est notée sur plusieurs observations, leur atteinte n'est mentionnée dans aucune de celles que nous avons pu vérifier; l'aspect de la lésion paraît être le plus souvent celui des variétés punctata, guttata et nummulaire. La durée de la poussée post-vaccinale est variable; dans deux cas de Wood, la guérison n'était pas encore obtenue au bout d'un an; Ahronheim avait une forme encore plus tenace; mais en général l'affection cède après quelques semaines ou quelques mois; le traitement paraît l'influencer heureusement. Les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'il soit possible de formuler une conclusion relativement aux récidives de cette dermatose.

On a beaucoup discuté les rapports qui unissent le psoriasis développé dans ces conditions et la vaccination. Il semble impossible en raison de la netteté, de la précision des faits, de voir dans l'apparition simultané de ces deux maladies une simple coïncidence; très certainement des relations existent entre l'une et l'autre. La vaccine serait-elle capable d'engendrer à elle seule un psoriasis? C'est là une opinion que rend insoutenable le caractère exceptionnel des cas étudiés précédemment, comparée à la fréquence du psoriasis spontané et surtout à celle de la vaccine. S'agit-il d'une complication nerveuse, en un mot, la dermatose secondaire est-elle créée de toutes pièces par le choc moral qu'entraîne l'acte opératoire? L'insignifiance de cet élément émotif, son inconstance même, et, il faut bien le dire, le peu de crédit que rencontre dans la science la théorie nerveuse du psoriasis, n'autorisent pas une conclusion semblable. En réalité, deux explications seules sont vivement défendues : l'une qui soutient que le psoriasis a été inoculé en même temps que la vaccine; l'autre qui fait de la dermatose une affection constitutionnelle, apparue à l'occasion de la vaccination. La première de ces deux théories, soutenue par les partisans de la nature parasitaire du psoriasis, qui voient dans ces faits une preuve à l'appui de leur opinion, est fortement battue en brèche par ses adversaires qui lui objectent, en effet, l'impossibilité d'une contagion émanant du vaccinifère, que celui-ci soit une génisse (car le psoriasis des veaux est inconnu), ou qu'il soit un enfant, puisque dans ce cas (cas de Klamann), l'enquête la plus consciencieuse a révélé l'absence de toute affection de ce genre chez l'enfant et dans sa famille; on lui oppose encore l'invraisemblance d'une contagion qui n'atteindrait qu'un malade sur des centaines et des milliers inoculés avec le même virus. En outre, la propagation par un instrument mal stérilisé, d'un psoriasis puisé sur un malade vacciné précédemment est un argument qu'on ne peut invoquer, tout au moins pour l'observation de Rioblanc, où les soins antiseptiques rigoureux ne furent pas négligé. D'ailleurs, dans ce cas, au cours de la série de soldats inoculés le même jour, le seul homme qui présentait cette affection était séparé par 600 autres soldats du vacciné qui devint psoriasique.

Pour toutes ces raisons, Rioblanc et Vignal rejettent la théorie contagieuse et adoptent l'opinion suivante. Pour eux, le psoriasis, maladie dyscrasique, éclose sur un terrain arthritique et nerveux, se développe à l'occasion du traumatisme créé par la vaccination, de même qu'on en a vu des exemples succéder à des traumatismes divers (Köbner). Nous pensons, comme ces auteurs, que le psoriasis, maladie générale constitutionnelle, est simplement éveillé par la vaccination chez un sujet prédisposé; mais à côté du rôle purement occasionnel joué par le traumatisme de l'acte opératoire, nous nous demandons s'il ne faut pas attribuer une influence analogue aux modifications générales apportées à l'organisme par le développement de la vaccine. En tout cas, cause locale ou cause générale, la vaccine ou la vaccination ne rempliraient toujours dans l'apparition de la dermatose que la fonction d'agent étiologique purement occasionnel.

Il faut remarquer, d'ailleurs, que la nature de ces éruptions n'est peut-être pas encore déterminée d'une façon définitive. Truffi croit que bon nombre de ces observations se rapportent, malgré toutes les apparences, non au véritable psoriasis, mais à l'eczéma séborrhéique.

Cette vue d'ensemble, jetée sur les dermatoses post-vaccinales, nous montre la multiplicité des formes cliniques qu'elles peuvent revêtir et, en même temps, l'absence de toute morphologie qui leur soit spéciale. Aussi nous apparaissent-elles bien comme des manifestations secondaires, nullement spécifiques, analogues aux éruptions que l'on voit apparaître au même titre au cours d'autres maladies infectieuses : fièvre typhoïde, diphtérie, etc.

Bien plus, la présence dans ce cortège d'affections considérées longtemps comme exclusivement primitives, indépendantes, autonomes, telles que l'érythème noueux, la maladie de Dühring, l'eczéma, le psoriasis, est de nature à éclairer d'un jour nouveau la pathogénie et l'essence même de ces maladies.

Enfin, au point de vue pratique, nous retiendrons ce conseil : sauf le cas d'épidémie ou la crainte d'une contagion, il faut s'abstenir de vacciner un enfant cachectique, athrepsique, les individus affaiblis, les sujets porteurs d'eczéma étendu; il est bon, chaque fois qu'on pourra le faire, d'attendre pour vacciner un malade que celui-ci soit rétabli et ait recouvré une santé parfaite. Ce sera là le meilleur moyen prophylactique que l'on puisse employer contre les dermatoses post-vaccinales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DES TRAVAUX PARUS DEPUIS 1892

DAUCHEZ. Art. VACCINE, in *Traité des maladies de l'enfance* de Gaucher, Comby, Marfan, t. I, p. 234-238; — *Journ. des prat.*, 1902; — Les anomalies vaccinales, *Gaz. des mal. infant.*, 1902, p. 381; — *Arch. de méd. des enf.*, janv. 1903, p. 36. — DELOBEL et COZETTE. *La vaccine* (Collect. des aide-mém. Léauté), Paris. — PATOIR. Les dermatoses vaccinales, *Presse méd.*, 1894, p. 414. — AUSSET. *Bull. méd. du Nord*, 13 sept. 1895. — RICHARDIÈRE. *Union méd.*, 27 juillet 1895. — GILLET (H.). Quelques éruptions peu connues coïncidant avec la vaccination : urticaire, zona, strophules vaccinaux, *Gaz. des mal. infant.*, Paris 1902, p. 146-157; — Un cas de strophulus post-vaccinal, *Revue des mal. de l'enf.*, mars 1903; — *Arch. gén. de méd.*, mars 1903, p. 820. — DARIER. Eczéma nummulaire, etc., *Ann. de dermat. et de syphil.*, Paris 1894. — VIGNAL. *Le psoriasis vaccinal*, Th. de Lyon, 1897. — RIOBLANC. Psoriasis vaccinal, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1895. — COURTELLEMONT. Soc. méd. des hôpit., séance du 5 juin 1903, et *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*. Paris, 12 juin 1903. — FINKELNBURG. Complications de la vaccine, *Centralbl. f. Allgem. Gesundheitspft*, 1899, p. 357. — PFEIFFER. *Verhandlungen der G. Versammlung der Gesellschaft f. Kinderheilkunde*, Halle 1891, S. 133, Wiesbaden 1892. — EPSTEIN. B. z. d. Komplikationen der Vaccine, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1893, p. 711. — FURST. *Die Pathologie der Schutzpockenimpfung*, Berlin 1896. — AHRONHEIM (Carl). *Ueber Psoriasis nach Impfung*, Th. de Berlin, avril 1899, chez Schade. — GUIDA. Dermatoses post-vaccinales, *La Pediatria*, sept. et déc. 1897, p. 266 et 353. — LEONI. *L'infezione vaccinia studiata nella sua patogenia, etc.*,

Roma 1902, 1057-1062. — TRUFFI. Dermatoses psoriasiformes post-vaccinales, *Gaz. med. di Torino*, 1899, n° 20. — CARTER. Rash vaccinaux, *Lancet*, 20 août 1898. — FOX. Les accidents de la vaccination, *Practik*, mai 1896; — Erythème papuleux, suite de vaccination, *Medic. News*, 4 janv. 1896; — Complications de la vaccine, *Brit. med. Journ.*, London 1902, II, 35-38. — WALKER. Erythème multiforme et vaccination, *Brit. med. Journ.*, London 1901, I, 1201. — TOVOLE. Eruptions vaccinales, *Boston med. and surg. Journ.*, 4 sept 1902, p. 269. — DORE. Psoriasis vaccinal, Dermat. Soc. of London, 9 juillet 1902; *Brit. Journ. of Dermat.*, août 1902, p 295. — FREEMANN. Eruptions post-vaccinales, *Brit. Journ. of Dermat.*, mai 1902, p. 186. — SEQUEIRA. Pemphigus post-vaccinal, Dermat. Soc. of London, 9 avril 1902; *Brit. Journ. of Dermat.*, mai 1902, p. 175. — GALLOWAY. Eruption bulleuse post-vaccinale, *id.* — BOWEN. Dermatites bulleuses consécutives à la vaccination, *Journ. of cutan. and genito-urin. diseases*, sept. 1901. — PERNET. Rash et complications de la vaccine, *Lancet*, London 1903, 87-91. — BRAIDWOOD. Accidents consécutifs à la vaccination, *Lancet*, 24 avril 1897. — SOBEL. Eruptions vaccinales, *Med. News*, 1900, LXXII, 199-202. — WILLIAMS. Eruptions vaccinales, *Pacific med. Journ.*, San-Francisco 1901, 320-323. — HARLINGEN. *Philad. med. Journ.*, 1902, 184-186. — MARSDEN. Lichen urticatus post-vaccinal, *Lancet*, London 1902, I, 1032-1035. — STODDART. Un cas d'éruption secondaire à la vaccine, *Brit. med. Journ.*, London 1902, II, 616. — FRANK (Louis). Les éruptions post-vaccinales, *Journ. of cutan. and genito-urin. dis.*, avril 1895, n° 4, p. 142. — STELWAGON. Quelques éruptions vaccinales, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, nov. 1902, p. 1291-1388. — GOUBERT. *La marche clinique de la vaccine et ses principales anomalies*, Th. de Saint-Pétersbourg, 1898. — VOIGT. Les accidents de la vaccination, *Wien. med. Presse*, 1895, p. 244-292. — RADCLIFFE CROCKER. Psoriasis post-vaccinal, *Brit. Journ. of Dermat.*, 1902, p. 270.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(9 DÉCEMBRE 1903)

La discussion sur l'hystérectomie touche à sa fin, et cela est bien, car il serait vraiment difficile d'en dire quoi que ce soit qui n'ait pas été dit et redit.

M. Pozzi, comme tous ses collègues, préfère la subtotale à la totale. Mais il n'aime pas beaucoup la thermocautérisation de la cavité cervicale. Pour l'éviter, il partage ce qui reste du col, après l'hystérectomie subtotale, en deux lambeaux qu'il rapproche par deux points de suture. Il ferme ainsi complètement la cavité cervicale et l'isole de la cavité abdominale. Les préférences de M. Pozzi pour la subtotale sont basées sur ce fait que la totale lui a donné 9 p. 100 de mortalité, tandis que la subtotale ne lui a donné que 4 p. 100. Quant à la dégénérescence cancéreuse du moignon utérin, il la considère comme extrêmement rare.

M. Montprofit (d'Angers), de tous les orateurs qui ont pris part à cette discussion, est celui qui se rapproche le plus de M. Richelot. Il fait, comme lui, de préférence l'hystérectomie totale, bien qu'il reconnaisse que la subtotale est plus simple, plus facile et plus bénigne.

MM. Routier et Quénu estiment que la précaution prise par M. Pozzi est inutile. Quand on sectionne le col, dans la subtotale, la section porte de haut en bas et de dehors en dedans; il en résulte une résection conique qui facilite le rapprochement des deux bords et la fermeture de la cavité cervicale. Quant à la thermocautérisation de la muqueuse, c'est une précaution qui est utile.

MM. Schwartz et Ricard s'appliquent également à faire cet évidement conique du col, à en rapprocher les deux bords par deux ou trois points de suture et à recouvrir ensuite d'un surjet péritonéal.

M. Richelot répond à ses contradicteurs, c'est-à-dire à tous ceux de ses collègues qui ont pris part à la discussion. Il reconnaît, avec bonne grâce, que l'hystérectomie totale a reçu, dans cette discussion, une véritable volée de bois vert. Il espère toutefois qu'elle ne s'en portera pas plus mal. Il proteste tout d'abord contre les exagérations qu'on a prêtées à ses opinions. A M. Ricard, il répond qu'il n'a pas absolument condamné la subtotale; à M. Tuffier qu'il reconnaît à la myomectomie certaines indications; l'utérus, dit-il, doit être conservé quand il en vaut la peine. Enfin, il trouve que ses collègues ont de l'hystérectomie totale une conception très éloignée de la sienne.

La discussion a porté sur deux points : 1° les avantages de la subtotale sur la totale; 2° la dégénérescence cancéreuse du col. Sur le premier point MM. Ricard, Routier et d'autres auraient singulièrement exagéré les difficultés et les dangers de la totale. M. Richelot compare ici la technique des partisans de la subtotale avec sa propre technique pour la totale et il s'applique à démontrer que ces deux techniques ne diffèrent que par des nuances. En effet, M. Richelot et ses collègues coupent les mêmes vaisseaux, à la même hauteur; sa section circulaire diffère bien peu de la section même du col. Il n'y a pas plus d'hémostase à faire dans un cas que dans l'autre. Quant à l'ouverture du vagin, M. Ricard en a peur, mais c'est une question de bonne asepsie préalable de la cavité vaginale. Le péril vaginal est donc une vieille rengaine. C'est l'avis de M. Routier qui d'ailleurs n'a pas autrement peur de la totale. Il n'y a donc entre les deux procédés qu'une nuance de technique qui n'est pas suffisante pour passionner les opérateurs. Entre le fait de couper le col au ras de l'insertion ou de couper l'insertion au ras du col, il n'y a pas la différence sur laquelle on a tant insisté. Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que de l'hystérectomie totale pour fibrome et non de l'hystérectomie pour cancer qui est une tout autre affaire.

Arrivant au second point, la dégénérescence cancéreuse du col, M. Richelot fait observer avec quelque raison que ce n'est pas là une vue de l'esprit, des faits qu'il a lui-même rapportés, il rapproche les faits de ses collègues Rochard, Delbet, Quénu, ainsi que les faits de MM. Lauwers, Pichevin, Pauchet, en tout neuf exemples qui viennent s'ajouter à ceux qu'il a cités, il y a là, dit-il, un nombre suffisant de faits nouveaux pour justifier un nouveau jugement. En outre MM. Moulonguet (d'Amiens), Barette (de Caen) ont déclaré préférer la totale, ne la trouvant ni beaucoup plus difficile, ni beaucoup plus dangereuse que la subtotale. La tranche vaginale ne saignerait donc pas en province, ajoute M. Richelot.

Nous craindrions de mal interpréter les idées de M. Richelot si nous voulions le suivre, après une simple audition, dans ses explications sur la pathogénie du cancer succédant au fibrome. Il s'est plaint quelque peu de l'ironie de M. Ricard, du scepticisme de M. Routier et de l'indifférence de la plupart de ses autres collègues à l'égard de ces études qui ont pourtant bien leur utilité : retenons ce fait qu'un utérus scléreux, avec ou sans fibrome, constitue un terrain favorable à l'évolution du cancer.

M. Pozzi résume en deux mots ce long débat. La dégénérescence cancéreuse du col est-elle fréquente? Non. Alors il

y a tout lieu de préférer l'hystérectomie subtotale à la totale. C'est là une question de fait et non de raisonnement.

La discussion sur l'hystérectomie est close, mais nous ne sortons pas encore pour cela de la question des fibromes, car c'est encore d'un **fibrome** compliqué d'un kyste du ligament large que vient nous entretenir M. Potherat analysant une observation de M. Vanvers (de Lille) : femme de quarante ans, présentant une volumineuse tumeur abdominale, dure, mamelonnée ; diagnostic porté : sarcome de l'utérus.

La laparotomie montre qu'il s'agit d'un fibrome avec une loge remplie de pus et un kyste para-ovarien suppuré. Hystérectomie supra-vaginale, guérison. L'auteur et le rapporteur font suivre cette observation d'une nouvelle discussion pathogénique sur les fibromes. Passons.

M. Peyrot fait un rapport sur une observation de **fracture comminutive de la voûte cranienne**, adressée par M. Henri Gérard, médecin de la marine ; trépanation, ablation de nombreux fragments osseux, guérison.

Du même auteur, un cas de **fracture de l'humérus**, avec inclusion du radial dans le cal, paralysie ; opération, désenclavement du nerf radial, guérison des troubles paralytiques.

M. Quénu présente un malade qui a subi un grand traumatisme du bras ayant eu pour conséquence une ankylose complète du coude dans l'extension. M. Quénu a fait la résection, puis il a fait à la partie inférieure de l'humérus une petite encoche dans laquelle il a enclavé une portion du tendon qu'il y a fixée, très bon résultat.

M. Guinard présente un malade qui était atteint d'un énorme **éléphantiasis du scrotum et du prépuce**. Il a enlevé, chez ce malade, tout le scrotum et le fourreau de la verge. Il a refait ce scrotum et ce fourreau avec de la peau empruntée sur les cuisses.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(3 DÉCEMBRE 1903)

La séance a été consacrée à des présentations de malades et surtout à des démonstrations histologiques, sans discussion importante sur quelque problème neurologique.

MM. Cestan et Halberstadt montrent les coupes d'un **adénome kystique du corps pituitaire**. Dans cette observation deux faits doivent être relevés ; d'abord, la tumeur cérébrale a évolué sans signes objectifs sous l'apparence de troubles vésaniques qu'on a attribués à l'alcoolisme chronique ; ensuite, elle n'a pas déterminé d'hypertrophie du squelette (acromégalie ou gigantisme). Aussi les auteurs font-ils cette hypothèse : la lésion pituitaire crée le gigantisme ou l'acromégalie si les ossifications épiphysaires et diaphysaires sont pleines d'activité ; mais chez le vieillard, et c'était le cas de leur malade, l'ossification périostée se ralentit, disparaît même et dans ces conditions l'adénome pituitaire ne peut déterminer une hypertrophie squelettique.

MM. Déjerine et Armand-Delille insistent sur les différences non seulement cliniques, mais aussi anatomiques, qui séparent l'atrophie musculaire Charcot-Marie de la névrite interstitielle hypertrophique décrite par MM. Déjerine et Sottas. Ils s'appuient sur une **autopsie d'atrophie musculaire Charcot-Marie** qu'ils viennent de pratiquer ; ils ont vu en effet les lésions habituelles du cordon de Goll qui caractérisent cette affection, mais, contrairement à ce que l'on observe dans la névrite interstitielle hypertrophique, les troncs nerveux périphériques ne présentaient pas de dégénération appréciable. Les filets cutanés sensitifs étaient intacts, mais les filets nerveux intra-musculaires des petits muscles des mains et des pieds ne présentaient qu'un très petit nombre de fibres saines.

MM. Dupré, Hauser et Sébileau présentent un fait anatomo-clinique fort curieux d'**accidents nerveux au cours d'une myélite tuberculeuse**. On sait que la formule de ces accidents nerveux est variable : myélite par compression, myélite par propagation, leptomyélite décrite par le professeur Raymond, myélite parenchymateuse d'ordre toxique décrite par MM. Philippe et Cestan. Le cas des auteurs comporte deux épisodes, l'un, six ans auparavant, de rachialgie lombaire, l'autre récent, ayant évolué en deux mois sous la forme d'une paraplégie avec troubles sphinctériens, anesthésie, escare, troubles mentaux de confusion mentale. A l'autopsie, on a trouvé d'une part dans la région dorsale, un vieux nodule fibro-tuberculeux centro-épendymaire sans mal de Pott osseux, d'autre une méningite cérébrale et surtout une méningo-myélite dorsale en regard de l'ancienne lésion tuberculeuse. Mais cette méningo-myélite était légère et contrastait ainsi avec l'intensité des signes physiques ; ce fait permet de supposer une sorte d'inhibition des fonctions médullaires d'ordre toxique, qui pourrait expliquer la curabilité de certaines paraplégies graves.

MM. Lenoble et Aubineau envoient de Brest une observation anatomo-clinique de **syndrome de Weber double** déterminé par un tubercule du pédoncule cérébral chez un enfant de huit mois.

Ardin-Delteil a étudié le **liquide céphalo-rachidien de trente-quatre paralytiques généraux.**

Le liquide ne s'est jamais montré toxique; il contient généralement de l'albumine (*globuline*), souvent à l'état de traces, quelquefois en quantité notable ; il contient toujours un corps réducteur (*glucose*), quelquefois plus abondant (2 cas).

La formule cytologique (nulle dans 2 cas) peut être : *a.* très discrète, 8 cas (petits lymphocytes, traces d'albumines ; maladie en rémission ou à marche excessivement lente) ; *b.* discrète, 13 cas (petits lymphocytes, grands lymphocytes, albumine ; maladie, période d'état stationnaire) ; *c. accentuée*, 7 cas (grands lymphocytes, albumines ; p. g. p. en activité) ; *d.* très marquée, 4 cas (petits et grands lymphocytes ; *polynucléaires* de 3 à 50 p. 100 ; albumine ; maladie très active ; congestions, agitation continue, attaques en série).

Les variantes de la formule cytologique peuvent avoir une valeur pronostique réelle.

Nous devons signaler deux présentations de malades fort intéressantes.

MM. Camus et Chiray observent une jeune fille de vingt-deux ans atteinte de tabes. Or ce tabes présente deux particularités fort rares : d'abord il s'est développé chez une fille de syphilitique, mort lui-même de paralysie générale ; il résulte aussi d'une double hérédité, l'une nerveuse, l'autre syphilitique. D'autre part, fait très exceptionnel, il détermine de violentes crises gastriques, et le **signe d'Argyll-Robertson n'existe que pendant ces crises gastriques.**

MM. Marie et Fœrster, étudiant **l'état mental d'un achondroplasique** de vingt ans, ont remarqué que ce malade, atteint d'un arrêt intellectuel très prononcé, présentait un

phénomène fort curieux: en effet, leur sujet ne sait pas lire, et pourtant il copie très bien l'écriture et surtout il sait fort bien, en copiant, transformer l'écriture imprimée en écriture cursive. Le sujet normal fait cette transposition par une sorte de traduction mentale en lisant l'écriture imprimée. Or le sujet de M. Marie ne sait pas lire.

Pour Mme Dejerine et pour M. Brissaud cette anomalie peut s'expliquer ainsi : le malade a suivi les cours d'une école, là on lui a fait copier et l'imprimé et l'écriture cursive; on lui a montré que telle lettre imprimée correspond à telle lettre cursive, et naturellement il fait maintenant la transposition, comme il ferait un geste si on lui avait appris à faire tel ou tel geste devant telle ou telle lettre imprimée. C'est donc un simple acte automatique de la part du malade dans lequel n'interviennent ni l'intelligence ni la faculté du langage.

MM. Vaschide et P. Rousseau donnent les résultats de recherches faites sur la **sensibilité de trois tabétiques** du service de M. le professeur P. Marie, à Bicêtre.

1° Sensibilité tactile superficielle. — Elle est caractérisée par une hypo-esthésie généralisée qui souffre deux sortes d'exceptions :

a. La première série est constituée par des zones constantes de sensibilité normale, présentes aux articulations des membres (creux de l'articulation du bras et de l'avant-bras; ces zones, aux genoux, affectent la forme de couronnes semi-circulaires, au-dessus de la rotule).

b. La seconde série est formée par la présence, en des endroits quelconques du corps, de zones d'hypo-esthésie extrêmement accentuée — plus rarement d'hyperesthésie — zones très variables suivant les sujets et pouvant ne pas se retrouver à des époques successives chez un même malade.

2° Le système pileux est doté d'une sensibilité particulière qui résiste plus longuement que la sensibilité propre de la peau et paraît moins immédiatement atteinte par les lésions tabétiques;

3° Il y a étroite corrélation entre l'état de la mobilité des membres et la finesse du sens tactile superficiel; la conservation de la sensibilité kinesthésique et musculaire favorise celle de la sensibilité tactile;

4° Au point de vue de la sensibilité à la chaleur et à la douleur (chaleur brûlante) ces deux modes de sensibilité suivent une loi parallèle de dégénérescence. La dissociation entre la perception du chaud et celle du froid a été également vérifiée;

5° La sensibilité tabétique est essentiellement une sensibilité d'accommodation, caractérisée par une puissance moindre de réaction contre les excitations très vives.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décision ministérielle du 2 décembre 1903, M. le médecin-major de deuxième classe Braün, de la direction du service de santé du 20e corps d'armée, est nommé répétiteur de pathologie interne et clinique médicale, à l'école du service de santé militaire.

M. le médecin-major de deuxième classe Pécheux, surveillant à l'école du service de santé militaire, est nommé répétiteur de pathologie externe et clinique chirurgicale à ladite école.

Marine. — M. le médecin de première classe Berriat, du port de Cherbourg, est rattaché, sur sa demande, au port de Toulon, où il est appelé à continuer ses services.

Ecole d'application du corps de santé de l'armée coloniale à Marseille. — Un arrangement définitif vient d'intervenir entre l'Etat et la ville de Marseille, au sujet de la création dans ce port de l'Ecole d'application du corps de santé de l'armée coloniale.

L'Ecole d'application des médecins des troupes coloniales sera établie dans l'ancien palais impérial du Pharo. C'est là que déjà a été établie l'école de médecine de plein exercice de la ville. Mais les deux importants établissements d'instruction médicale seront séparés et tout à fait indépendants l'un de l'autre. L'Ecole sera complétée par un hôpital d'instruction de cent vingt lits, aménagé dans une partie importante des bâtiments de l'hôpital civil de la Conception, mais absolument séparée et indépendante de ce dernier.

Ensuite le ministre de la guerre a décidé de placer en garnison, à Marseille, la section des infirmiers militaires du corps d'armée coloniale, attachée jusqu'à présent au 22e régiment d'infanterie coloniale, qui vient d'être envoyé en garnison à Hyères. Ces infirmiers seront affectés au service de l'hôpital d'instruction de l'Ecole d'application.

Prix Lenval. — A l'occasion des Congrès internationaux d'otologie, une somme de 3 000 francs a été accordée par le baron Lenval (de Nice), pour fonder un prix dit prix Lenval.

Il a été décidé au Ve Congrès international, tenu à Florence en 1895 :

1° Que l'intérêt de cette somme, accumulé dans l'intervalle de deux Congrès otologiques, serait accordé à l'auteur ayant réalisé les progrès les plus marqués sur le traitement pratique des affections de l'appareil auditif pendant la période en question, ou à l'inventeur de quelque appareil facilement portatif susceptible d'améliorer notablement l'audition des personnes sourdes;

2° Que la somme de 3 000 francs serait déposée dans une banque publique entre les mains du président du Jury;

3° Que le Congrès otologique international élirait chaque fois un Jury de sept membres, qui ferait connaître sa décision à la dernière séance de chaque Congrès.

Les membres du Jury actuel sont : MM. le professeur Politzer (de Vienne), le docteur Benni (de Varsovie), le docteur Gellé (de Paris), le professeur Pritchard (de Londres), le professeur Saint-John Roosa (de New-York), le professeur Kircher (de Wurzbourg), le professeur Grazzi (de Florence) et le professeur E. J. Moure (de Bordeaux).

Le prix Lenval sera donc décerné au prochain Congrès international qui aura lieu à Bordeaux du 1er au 4 août prochain 1904.

Les personnes désireuses de concourir pour le prix sont invitées à envoyer leurs titres de candidature, avant le 1er juillet 1904, à M. le docteur E.-J. Moure, président du Comité d'organisation du Congrès, cours du Jardin-Public, 25 *bis*, à Bordeaux.

Traité de chirurgie d'urgence, par Félix Lejars, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon, membre de la Société de chirurgie, 4e édit. revue et augmentée. 1 vol. gr. in-8° avec 820 fig. dans le texte en noir et en couleurs dont 478 dessinées d'après nature par le docteur Daleine, 167 photographies originales et 16 planches hors texte en couleurs. — Prix : relié toile, 30 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 145. — MARDI 15 DÉCEMBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 15 DÉCEMBRE 1903. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

LES PARALYSIES DIPHTÉRIQUES ET LA THÉORIE DE LA MÉNINGITE

Par M. L. Babonneix, interne des hôpitaux de Paris.

On a longtemps attribué les paralysies diphtériques à de simples troubles fonctionnels du système nerveux. « Jusqu'à 1862, écrit M. Landouzy, les paralysies diphtériques étaient représentées comme le type des paralysies *sine materia*, comme l'exemple le meilleur des *paralysies asthéniques* de Gubler. »

Cette théorie, que l'on avait édifiée sur les résultats négatifs de quelques autopsies, ne peut plus être soutenue aujourd'hui : dans l'immense majorité des observations, se trouvent en effet signalées des altérations plus ou moins importantes du système nerveux, altérations que l'on peut répartir en trois grandes classes, suivant qu'elles frappent les *méninges*, la *moelle* ou les *nerfs*. Nous voudrions aujourd'hui étudier brièvement les *lésions méningées*, qui ont été observées dans un certain nombre de cas, et sur l'existence desquelles on a fondé une théorie pathogénique intéressante de la paralysie diphtérique.

Bien que, dès 1863, Humphrey ait relaté un cas d'hémiplégie post-diphtérique due à une plaque de méningite rolandique, c'est à Bühl (1867) qu'on attribue généralement le mérite d'avoir, le premier, signalé les altérations méningées dans la paralysie diphtérique. A l'autopsie d'un homme de quarante-cinq ans, mort de paralysie diphtérique généralisée, Bühl trouva la *pie-mère cérébrale* criblée d'extravasats sanguins s'enfonçant dans certains sillons, pénétrant même assez profondément dans l'écorce. Les mêmes extravasats s'observent au niveau du *centre ovale*, des *ganglions de la base*, des *pédoncules*, de la *protubérance*, du *cervelet* et du *bulbe*. Toute la masse cérébrale est ramollie, le ramollissement portant surtout sur la périphérie des foyers hémorragiques. La *moelle* paraît relativement saine, mais les *racines rachidiennes* et les *ganglions spinaux* ont presque doublé de volume, et présentent une coloration rouge sombre. Ces modifications sont surtout marquées à la région lombaire, moins à la région cervicale, moins encore à la région dorsale. Au microscope, les gaines rachidiennes et le tissu conjonctif interfasciculaire montrent des lésions d'infiltration diphtérique. Les *nerfs périphériques* sont peut-être le siège d'infiltrats analogues, mais Bühl ne peut, à leur sujet, donner aucune indication précise.

Quelques années plus tard, paraît l'observation d'Œrte (1871), dans laquelle, aux lésions de méningite, s'associent d'importantes lésions de la substance grise.

A l'autopsie du malade, malade mort de paralysie diphtérique généralisée, Œrtel constate l'existence d'extravasations sanguines dans les *méninges spinales*. Ces extravasations siègent surtout du côté droit, où elles entourent complètement les racines des nerfs ; la *substance grise de la moelle* est criblée de nombreux foyers hémorragiques, particulièrement au niveau des cornes antérieures. En certains points, d'abondantes granulations graisseuses s'accumulent autour des vaisseaux, des tubes nerveux, des racines et des cordons de la moelle. Les capillaires du névraxe ont subi par places une dégénérescence graisseuse et l'adventice des petits vaisseaux est infiltrée de leucocytes. Le *canal de l'épendyme* est oblitéré sur toute son étendue par un exsudat croupal ; son épithélium est le siège d'une infiltration granuleuse massive s'étendant au loin dans les tissus environnants.

Dans les remarques qui suivent cette observation, Œrtel rappelle que l'on peut, expérimentalement, obtenir des lésions analogues, Ayant inoculé deux pigeons avec des exsudats diphtériques, il a constaté une congestion méningée très nette chez le premier, et chez le second, une prolifération nucléaire de la gaine adventice des vaisseaux du névraxe. *Bien que ces animaux n'aient, à aucun moment, présenté de phénomènes paralytiques*, Œrtel conclut de ces expériences que la diphtérie exerce une action presque élective sur les vaisseaux, et en particulier sur ceux des méninges et centres nerveux.

Dans l'observation de MM. Pierret et Maillard (1879), il s'agit exclusivement d'une méningite bulbo-médullaire sans lésions de la substance grise. Le malade avait présenté une paralysie diphtérique assez anormale dans son évolution. A l'autopsie, le système nerveux paraît normal, mais l'examen histologique, pratiqué par M. Pierret, montre l'existence d'une méningite bulbo-médullaire semblant avoir pour point de départ l'arachnoïde, se propageant le long des racines jusqu'aux ganglions et descendant probablement plus ou moins loin, suivant les cas, dans la gaine des nerfs périphériques. La *dure-mère*, bien que partiellement lésée,

est peu épaissie, l'*arachnoïde* est très adhérente à la pie-mère, épaissie dans ses deux feuillets, la cavité arachnoïdienne est remplie de néo-membranes jaunâtres constituées par de la fibrine et de nombreux leucocytes. Les *racines rachidiennes*, examinées sur des dissociations, paraissent saines, mais un examen pratiqué dans ces conditions est nécessairement insuffisant; il semble même probable qu'à l'état frais on eût pu trouver des nerfs plus ou moins altérés, car sur certaines préparations, M. Pierret a pu voir de nombreux leucocytes infiltrés dans les espaces qui séparent les faisceaux de tubes nerveux. Cette infiltration se retrouve au niveau d'un petit fragment de *ganglion* pris à la région lombaire. En somme, il existe, dans ce cas, des lésions de *méningite diffuse*. Cette méningite a provoqué l'appel de nombreux leucocytes qui se sont introduits dans tous les espaces périvasculaires communiquant avec la cavité arachnoïdienne et les espaces péritubulaires des nerfs périphériques.

Les *lésions vasculaires* sont considérables : épaississement et infiltration leucocytaire des parois des vaisseaux, oblitération de la plupart des veinules par un caillot dont les couches externes sont constituées par des leucocytes, les centrales par des hématies. Dans l'intérieur de la moelle et du bulbe, la gaine lymphatique des vaisseaux est gorgée de leucocytes. Au niveau du bec de calamus on observe un ramollissement, probablement d'origine ischémique, intéressant la partie inférieure des noyaux des dixième et onzième paires.

M. Sainclair ajoute à cette observation les résultats de l'examen histologique de la *substance grise*. Les cornes antérieures et postérieures sont saines, le canal de l'épendyme ne présente aucune lésion.

La dernière observation parue est celle de MM. Barth et Déjerine (1880). Ces auteurs notent, à l'autopsie d'une paralysie diphtérique anormale, l'intégrité absolue de l'encéphale et de ses enveloppes, intégrité contrastant avec l'existence, sur les parties inférieures du bulbe et supérieure de la moelle, d'une *méningite annulaire* étendue de l'origine apparente des hypoglosses aux deux premières paires cervicales; cet exsudat, épais d'un demi-millimètre, entoure à la façon d'un étui les racines des neuvième, dixième et onzième paires, ainsi que les plus inférieures des racines de l'hypoglosse; il entoure également les racines antérieures et postérieures des deux premières cervicales, au-dessous desquelles il cesse brusquement. Il est blanchâtre, mou, peu adhérent à la pie-mère, et se prolonge dans les gaines des nerfs rachidiens. Le reste de la moelle est normal.

A l'examen microscopique, l'exsudat présente la constitution habituelle des pseudo-membranes. Les racines ensevelies dans l'exsudat sont infiltrées de leucocytes disséminés entre les tubes nerveux et les espaces périvasculaires, mais les tubes nerveux eux-mêmes paraissent sains. Le *bulbe* et la *moelle* n'offrent aucune lésion appréciable. Les *muscles du voile* sont en voie d'atrophie simple. Quant aux *nerfs intra-musculaires* ou terminaux, ils ont subi des altérations profondes de névrite parenchymateuse : les tubes nerveux ont pris un aspect moniliforme, le prolongement cylindraxile a disparu, les noyaux de chaque segment sont multipliés, le protoplasma de la gaine est hyperplasié, il n'y a pas un tube sain.

En somme, disent MM. Barth et Déjerine, il s'agit dans ce cas d'accidents bulbaires survenus chez un individu atteint de paralysie du voile, accidents consécutifs à une méningite bulbo-cervicale. Qu'il y ait une relation entre la diphtérie et la méningite, la chose est possible, mais non démontrée. En tout cas, les accidents observés diffèrent absolument, au double point de vue anatomique et clinique, de la paralysie diphtérique ordinaire.

Depuis ces travaux, il n'a paru aucune observation nouvelle de méningite post-diphtérique : les lésions légères notées dans leur cas par MM. Pitres et Vaillard ne constituent vraisemblablement qu'une coïncidence et les recherches expérimentales comme les recherches cliniques tendent à infirmer la théorie de la méningite telle que l'ont exposée Bühl et Sainclair (de Lyon) [1879].

Pour le premier de ces auteurs, ce qui caractérise essentiellement la diphtérie, c'est la prolifération et l'accumulation, dans tous les organes de l'économie, de corps spéciaux, les *cycloïde Körper*. La paralysie diphtérique s'explique par l'accumulation de ces corps au niveau des racines antérieures et par la compression des filets moteurs qui en résulte; si elle disparaît à la longue, c'est que, l'exsudat inflammatoire qui la cause finissant par se résorber complètement, ces filets cessent ainsi d'être comprimés et reprennent leurs fonctions normales.

Pour M. Sainclair, la théorie de la poliomyélite antérieure ne rend pas suffisamment compte d'un certain nombre d'éléments qui caractérisent au premier chef la paralysie diphtérique et qui sont l'atteinte simultanée de la motilité et de la sensibilité, la disparition et la mutabilité des accidents paralytiques, la fréquence de la guérison.

Ces éléments, la théorie de la méningite, ou plus exactement de la méningo-lymphite, permet de les interpréter. Les phénomènes congestifs que l'on observe au niveau des vaisseaux de la séreuse aboutissent à une abondante diapédèse des leucocytes et à la pénétration de ces éléments dans les gaines vasculaires et nerveuses. Les troubles paralytiques seront dus, dès lors, et à l'ischémie — infiltration des gaines vasculaires — et à la compression des racines — infiltration des gaines nerveuses; la généralisation de la méningite aux différentes régions d'un même étage de la moelle et aux différents étages de l'axe nerveux explique la dispersion des symptômes et l'existence de troubles sensitifs et ataxiques; enfin, la résorption de l'exsudat permet de comprendre la possibilité de la guérison.

Cette séduisante théorie, fort bien exposée par M. Sainclair, est-elle acceptable sans restriction?

Au point de vue clinique, on peut lui reprocher de ne s'appuyer que sur un très petit nombre d'observations, et encore ces observations sont-elles loin d'être toutes concluantes, la plupart ne concernant, comme l'ont dit MM. Barth et Déjerine, « que des accidents paralytiques relevant de processus méningitiques n'ayant aucun des traits de la physionomie si particulière de la paralysie diphtérique. » Dans la paralysie diphtérique telle qu'on l'observe habituellement, il n'existe en effet aucun symptôme d'ordre méningé : raideur de la nuque et des membres, photophobie, raie vaso-motrice, etc., et, lorsque apparaissent, au cours ou à la suite de la diphtérie, des phénomènes de contracture, ceux-ci doivent être attribués, non à la paralysie, mais à la tétanie (Baginski, Box, Irving Snow, Binny, etc.).

On peut adresser à la théorie soutenue par M. Sainclair une objection encore plus grave, celle-ci d'ordre anatomo-pathologique. Les lésions de méningite sont exceptionnelles, et, bien qu'elles aient été systématiquement recherchées, elles ne sont presque jamais signalées. Vulpian, examinant

trois moelles d'enfants morts de paralysie diphtérique, n'a vu sur aucune « de traces de méningite, ni d'épaississement des membranes, ni de couche pseudo-membraneuse ». M. Déjerine note, dans ses cas, l'absence absolue de lésions méningées. La majorité des auteurs arrive aux mêmes résultats négatifs, qu'il s'agisse de paralysies humaines (Abercrombie, Arnheim, Batten, Katz, Kidd, Luce, P. Meyer, Sharkey, etc.) ou expérimentales (Enriquez et Hallion, Roux et Yersin, Crocq, etc.). Il semble donc que, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, la théorie de la méningo-lymphite ne s'applique qu'à un très petit nombre de cas, d'ailleurs atypiques, de paralysie diphtérique.

BIBLIOGRAPHIE

Méningite. — ARCHAMBAULT. *Union méd.*, 1878. — BARTH et DÉJERINE. Un cas de méningite bulbaire chez un malade atteint de paralysie diphtérique du voile, *Arch. de physiol.*, 1880, p. 673. — BUHL. Einiges über diphterie, *Zeits. f. Biol.*, 1867, p. 354. — HUMPHREY. Diphtérie, hémiplégie, méningite suppurée de la région temporale, *Brit. med. Journ.*, 4 juillet 1863. — M. JAFFÉ. *Schmidt's Jahrb.*, 1868. — ŒRTEL. *Arch. f. klin. Med.*, VIII, 1871. — PIERRET et MILLARD. In SAINCLAIR, Th. de Lyon, 1879. — SAINCLAIR. *Contribution à l'étude de la pathogénie de la paralysie diphtérique*, Th. de Lyon, 1879.

Tétanie. — BAGINSKI. Symptômes tétaniques dans la diphtérie, *Deuts. med. Wochens.*, 1893. — BOX. Ataxie et tétanie transitoires post-diphtériques, *St. Thomas Hosp. Rep.*, vol. XXVIII. — IRVING SNOW. Diphtérie avec trismus permanent et opisthotonos. Pseudo-tétanos d'Escherich, *Amer. Journ. of the med. Sc.*, déc. 1902. — RINNY. *Gaz. méd. de Picardie*, juillet 1903.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(11 DÉCEMBRE 1903)

M. Aviragnet, au début de la séance, est revenu sur la question du **scorbut infantile**, et sa communication a permis à MM. Comby, Florand et Apert de rapporter de nouvelles observations de la même maladie. M. Comby a observé tout récemment deux cas de scorbut infantile dus, tous les deux, au lait modifié de Gærtner. Tous ces faits montrent que la maladie est encore très fréquente et qu'il importe que les médecins soient dûment avertis et armés contre elle.

M. Babinski revient encore sur une observation récemment rapportée par M. Dopter, où l'**hystérie** était **considérée comme le facteur unique du syndrome albuminurie.** Il s'élève contre tous les faits cliniques que l'on veut faire rentrer dans la névrose et contre cette idée que l'hystérie peut tout faire. Il déclare qu'un certain nombre de troubles, tels que fièvre, ulcérations de la peau, hémorragies cutanées et viscérales, paralysies localisées dans le territoire d'un nerf, abolition ou exagération des réflexes tendineux, cutanés et pupillaires, n'appartiennent pas à l'hystérie, soit comme phénomènes primitifs, soit comme phénomènes secondaires.

MM. Letulle et Lemierre rapportent un cas de **septicémie à pneumo-bacilles de Friedlander.** Ces faits sont rares en clinique (il n'en existe que vingt-deux). Dans le fait actuel, il s'agit d'un homme de trente-six ans, mort au quatrième jour d'une pneumonie. L'ensemencement du sang pratiqué pendant la vie donna du pneumo-bacille de Friedlander. A l'autopsie, les trois lobes du poumon droit furent trouvés hépatisés; au centre du lobe supérieur existait, de plus, une sorte de noyau noirâtre de consistance gélatineuse. Les reins étaient criblés d'abcès miliaires; le foie était cirrhotique et gros. L'ensemencement des organes donna du pneumo-bacille en culture pure. Au niveau du bloc du poumon droit, il ne restait plus de traces visibles du parenchyme pulmonaire; toute la surface de la coupe était occupée par un champ de pneumo-bacilles qui avaient envahi et désorganisé la plèvre elle-même; au milieu de cette masse de microbes, on ne constatait que quelques rares éléments cellulaires disséminés. Le sérum sanguin du malade était dénué de propriétés agglutinantes pour le pneumo-bacille, l'infection ayant été sans doute de courte durée.

M. Sicard apporte au nom de MM. Olmer et Audibert une étude sur la **rétention des chlorures dans l'ascite d'origine hépatique.**

Chez sept malades, sauf un, l'hypochlorurie urinaire a été manifeste; chez tous sauf un également, il y avait rétention du chlorure après ingestion de 10 grammes par jour; par contre, le liquide ascitique était très riche en sels.

L'observation VII est particulièrement intéressante : un malade guérit de son ascite depuis longtemps, élimine totalement le sel ingéré; d'autre part (obs. IV) une femme dont l'ascite, sans disparaître complètement, restait stationnaire pendant de longs mois, retient une partie du sel, mais en élimine beaucoup plus que les autres malades dont l'ascite était en progression constante. Il y a là, semble-t-il, un sérieux élément de pronostic.

Une partie des chlorures est donc retenue dans la cavité péritonéale, mais pas en totalité; les chlorures doivent passer ailleurs en partie, puisque, dans un cas (toute cause d'erreur étant écartée), un malade qui ingéra une quantité donnée de chlorure de sodium ne l'élimina pas en totalité dans ses urines et par son ascite.

Il résulte de ces recherches, qu'il y a lieu d'établir la cure de déchloruration chez les malades en puissance d'ascite hépatique.

MM. Moutard-Martin et Malloizel publient une intéressante étude sur un cas de **syndrome de Basedow** accompagné de pigmentation bénigne du tégument analogue à celle du syndrome d'Addison. Cette malade très cachectique semblait être sous le coup d'une toxi-infection rapide et présentait des signes communs aux deux syndromes de Basedow et d'Addison et peut-être également une lésion rénale. La question qui se pose est la suivante : n'est-on pas en droit, en ce cas, de supposer que la lésion est primitivement sympathique, ayant d'abord atteint le sympathique abdominal, puis le sympathique cervico-thoracique; ou du moins, si l'origine du mal est ailleurs (ganglions tuberculeux, comprimant les nerfs du plexus) par exemple, n'a-t-elle pas atteint secondairement le sympathique sans lésions surrénales glandulaires? Cette question est discutable.

MM. Launois et Huchard rapportent un cas d'**acromégalie typique** chez un homme de soixante ans et M. Jacquet présente une malade atteinte de syphilis tertiaire datant de sept ans.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

REVUE DES THÈSES

Rôle des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose des centres nerveux, par M. Armand Delille. (Th. de Paris, 1903; Steinheil, édit.)

Du très important travail que M. A. Delille vient de consacrer au rôle des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse, résultent les conclusions suivantes :

Au *point de vue expérimental*, il semble bien que le bacille de Koch agisse sur les centres nerveux par un double mécanisme :

1° Par ses poisons locaux, il produit des altérations méningées accompagnées d'altérations vasculaires du tissu sous-jacent, lesquelles, en retentissant sur les éléments nerveux, y déterminent des lésions dégénératives d'ordre mécanique;

2° Par ses poisons diffusibles, il produit des phénomènes d'intoxication de la cellule nerveuse, sans qu'il y ait d'ailleurs de modifications histologiques des méninges, ni d'altérations de la cellule nerveuse appréciable par les techniques histologiques que nous possédons actuellement.

Des *examens histologiques* de M. Delille, il résulte que la tuberculose des méninges ne se complique jamais de lésion inflammatoire proprement dite du tissu nerveux. Il peut se faire des altérations importantes des centres nerveux immédiatement en contact avec la méninge malade; mais il s'agit toujours, dans ce cas, de lésions dégénératives consécutives à des lésions vasculaires.

A l'aide de ces faits, on peut proposer la conception suivante de *physiologie pathologique* :

Dans la méningite tuberculeuse, il y a lieu de distinguer, au point de vue de la genèse des symptômes, trois périodes :

La *première*, période d'excitation corticale, s'explique surtout par les troubles circulatoires de l'écorce et, dans une plus faible mesure peut-être, par des phénomènes toxiques. Certains symptômes, tels que les convulsions localisées et les paralysies, sont sous la dépendance de lésions localisées bien déterminées dans leur topographie; enfin, tout un groupe de symptômes relativement précoces, dits symptômes basilaires, paraissent être nettement d'origine corticale et dépendre des lésions de l'opercule rolandique.

La *deuxième période* est caractérisée par des symptômes d'épuisement de l'écorce, auxquelles viennent s'ajouter des accidents bulbaires; ceux-ci paraissent relever surtout de phénomènes toxiques.

La *troisième période*, enfin, aboutit à la mort par épuisement de la moelle.

En définitive, la mort des sujets atteints de méningite tuberculeuse n'est explicable, dans la majorité des cas, ni par l'hydropisie ventriculaire, ni par la névrite; elle est déterminée, en grande partie, par les lésions de l'écorce auxquelles viennent s'ajouter, à la période ultime, l'intoxication du bulbe par les poisons diffusibles du bacille.

L. BABONNEIX.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie mentale (1), publié sous la direction du docteur Gilbert Ballet.

Le docteur Gilbert Ballet a envisagé sous ce titre l'étude non seulement des affections que l'on observe dans les asiles d'aliénés, mais aussi de tous les délires, délire passager du fébricitant, délire prolongé ou durable du vésanique et de tous les troubles de l'émotivité et de la volonté, qu'il s'agisse des doutes et des phobies de certains neurasthéniques ou de l'aboulie des hystériques, comme l'expose l'auteur dans sa préface. Un livre qui vise à faire leur place, petite ou grande, à tous les troubles mentaux quelles que soient leur cause, leur gravité et leur durée, ne peut plus être un traité de l'aliénation mentale ou de la folie, ni même un traité des maladies mentales; son titre doit être plus compréhensif, ainsi s'explique celui que porte cet ouvrage.

L'auteur a eu le grand mérite de rompre ouvertement avec toutes les classifications plus ou moins artificielles et par conséquent défectueuses qui ont été tour à tour proposées par ses devanciers et d'avoir admis dans son traité la seule classification logique dans l'état encore imparfait de nos connaissances en pathologie mentale, celle qui est basée sur l'observation rigoureuse et sur la clinique.

M. Gilbert Ballet a été aidé dans cette tâche difficile par des collaborateurs dont la compétence spéciale et le grand savoir sont au-dessus de tout éloge.

Nous ne saurions passer en revue les dix livres qui composent cet ouvrage considérable émaillé de nombreuses figures et de planches en couleur qui collaborent utilement avec la clarté du texte à la compréhension de ces sujets si ardus d'étude.

Signalons à la fin de chaque chapitre les nombreuses indications bibliographiques qui pourront être de grande utilité pour tous les lecteurs de l'ouvrage.

Ce traité si complet de pathologie mentale est terminé par un chapitre dû à la plume si autorisée du docteur Charles Vallon et intitulé « la pathologie mentale au point de vue administratif et judiciaire ».

Cette étude très documentée est le résultat des savants travaux et de la longue expérience de son auteur; elle comble une lacune de la bibliographie médicale et répond à un besoin qui s'était fait sentir à tous.

Elle réunit en un tout très complet et très clair des documents épars dans les publications les plus diverses et qui sont du plus haut intérêt non seulement pour les médecins chimistes, mais surtout pour les médecins pratiquants qui trouveront dans leurs rapports avec les aliénés une règle de conduite que l'expérience ne peut leur dicter et tout l'exposé de la loi de 1838 sur le régime des aliénés qui est tout à l'ordre du jour et que si peu connaissent.

H. MEURIOT.

Les hernies (1), par E. Rochard. (Collect. Ricard et Rochard de chirurgie contemporaine.)

M. Rochard dans ce volume étudie d'abord la hernie en général avec ses complications, étranglement, etc.; puis il passe en revue les variétés principales de hernies : inguinale, crurale, ombilicale, etc., il consacre enfin la dernière partie de son ouvrage a étudier les hernies d'après leur contenu autre que l'intestin : épiploon, vessie, utérus, annexes.

La hernie inguinale et en particulier la hernie inguinale congénitale fait l'objet d'un article très complet, les différentes modalités pathogéniques et le traitement ont été étudiés par l'auteur avec un soin tout spécial.

Il nous faut signaler encore un chapitre qui n'existait encore pas dans les traités classiques et qui est tout à fait d'actualité, nous voulons parler des hernies diaphragmatiques que l'on ne faisait que mentionner jusque-là.

M. Rochard nous donne aussi une très bonne étude d'ensemble sur les hernies internes qui se font dans les fossettes péritonéales. Les hernies de l'appendice sont clairement

(1) In-8° jésus de 1624 p.; cart. toile, tête dorée, avec 215 fig. dans le texte et 6 pl. en chromolithographie hors texte. Prix : 36 francs. — Paris, O. Doin.

(1) In-18 jésus. Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

exposées ainsi que celles du gros intestin et en particulier du cæcum.

De nombreuses figures, choisies minutieusement parmi les plus claires, achèvent de rendre la lecture de ce livre que nous ne saurions trop conseiller, aussi facile et agréable qu'instructive. ÉT. LE SOURD.

De l'hospitalisation d'urgence en temps de guerre (1), par M. le docteur FERRIER.

M. Ferrier, dans ce livre tout d'actualité, fait ressortir l'impression qui se dégage des manœuvres du service de santé de ces dernières années : c'est, en ce qui concerne l'hospitalisation des malades et blessés, l'insuffisance notoire des ressources prévues par les règlements militaires. « Le service de santé d'un corps d'armée peut, dans une même journée, se trouver dans l'obligation de recueillir sur un espace de quelques kilomètres carrés plusieurs milliers de blessés. Il sera évidemment nécessaire de placer ceux-ci dans des conditions matérielles acceptables, momentanément tout au moins, par conséquent d'avoir recours à des méthodes extemporanées d'hospitalisation. » C'est à l'étude de ces dernières que ce livre est consacré.

Après avoir passé en revue les conditions primordiales qui doivent s'imposer à l'hospitalisation d'urgence, M. Ferrier étudie dans une première partie quels en sont les moyens d'exécution.

Il envisage les locaux destinés aux malades et blessés, et parmi eux, les locaux fournis par les réquisitions, écoles, fermes, églises, usines, etc., puis les abris de fortune, à propos desquels il vante l'utilisation que l'armée allemande fait de la tente individuelle. Abris transportables (tentes, baraques démontables), etc., abris improvisés, baraquements sont tour à tour interprétés; puis, chapitre particulièrement intéressant, il apprécie à leur exacte valeur les abris utilisables dans les expéditions coloniales, en décrivant avec leurs avantages et leurs inconvénients ceux qui ont été employés au Tonkin, au Dahomey, à Madagascar.

Chapitres à part sont faits pour l'étude du matériel (couchage, chauffage), des locaux accessoires (salles d'opération, cuisines, latrines, etc.) et enfin, pour la manière rationnelle et pratique dont on peut concevoir la prophylaxie des maladies transmissibles.

Une deuxième partie est consacrée à « l'hospitalisation d'urgence dans ses rapports avec les diverses situations militaires ». Hospitalisation dans la zone de l'avant, dans la zone de l'arrière, pendant, après le combat, en stationnement, tout est traité avec la logique doublée de l'expérience d'un esprit cultivé qui cherche à tout moment à appliquer les notions actuelles de l'hygiène militaire à toutes les étapes que traverse le soldat blessé dans une campagne de guerre.

Enfin, comme cet ouvrage a pour but de se placer exclusivement sur le terrain de la pratique, l'auteur, dans une troisième partie, expose les résultats de l'hospitalisation d'urgence tentée en 1899 aux manœuvres du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Que conclure de cette étude? C'est que M. Ferrier a su mettre au point une question qui intéresse actuellement l'opinion publique; il a su adapter aux rigueurs du règlement l'étendue énorme de ses connaissances d'une science qu'il a enseignée au Val-de-Grâce pendant cinq ans. C'est une belle œuvre qu'il a poursuivie et qui portera sans doute ses fruits, car en temps de guerre, les nécessités impérieuses des opérations militaires ont une tendance presque fatale à laisser en souffrance les lois de l'hygiène. Au point de vue pratique et aussi scientifique, le livre de M. Ferrier sera vivement apprécié, non seulement des médecins d'armée, mais de tous ceux qui s'intéressent au fonctionnement du service de santé, en manœuvre et en campagne.

CH. DOPTER.

(1) In-18, 148 p. Prix : 3 francs. — Paris. F.-R. de Rudeval.

L'art de formuler, indications, mode d'emploi et posologie des médicaments usuels (1), par le docteur P. BREUIL, lauréat de l'Académie de médecine.

L'*Art de formuler* du docteur Breuil est un répertoire de posologie indiquant, pour les médicaments les plus usuels, les quantités à administrer suivant les âges. On y trouvera aussi les premières notions de l'art de prescrire, et les renseignements nécessaires pour la rédaction d'une formule magistrale : caractères physiques, solubilité, incompatibilité, propriétés thérapeutiques, indications et formes pharmaceutiques, mode d'emploi, doses pour adultes (pro dosi et pro die) et pour enfants (par jour et par année d'âge), formulaire, etc.

On a fait de ce manuel un élégant portefeuille très lisible et très facile à consulter rapidement, grâce à sa disposition typographique en colonnes. Il présente aussi l'avantage de ne pas avoir l'air d'un livre, mais d'un carnet-agenda, que l'on peut intercaler dans son portefeuille.

On a pu arriver à ce résultat, malgré le nombre considérable de médicaments étudiés et de renseignements fournis, grâce à l'emploi du papier indien d'un poids cinq fois moindre que le papier ordinaire. Pour faciliter la rapidité des recherches, non seulement on a adopté la forme alphabétique, mais on a encore disposé dans les marges, comme dans les livres d'adresses, le répertoire de chaque lettre.

Ce petit volume étant destiné à devenir rapidement le vade-mecum de tous les praticiens, il a paru utile d'en faire deux éditions : l'une, de poche, sur papier indien, forme agenda; l'autre, de cabinet, sur papier fort, comme les formulaires ordinaires. L. GAYARD.

Les consultations de nourrissons (2), par Ch. MAYGRIER, professeur agrégé, accoucheur de la Charité.

La monographie clinique que le professeur agrégé Maygrier consacre aux consultations des nourrissons répond aussi bien à un problème médical qu'à une question sociale des plus préoccupantes. Elle définit le rôle du médecin dans le combat à livrer au fléau de la dépopulation qui sévit actuellement en France. L'auteur ne s'occupe que de la léthalité infantile dans les deux premières années de la vie. Après un historique complet de la question où l'initiative généreuse du professeur Budin est bien mise en évidence, après avoir dressé les courbes et les tables de cette mortalité, l'auteur expose le mécanisme et les services des consultations des nourrissons, dites gouttes de lait.

Un chapitre spécial est consacré à l'organisation de ces sortes de consultations. Les conditions que doit remplir un bon lait, sa stérilisation, le matériel d'une consultation sont minutieusement étudiés. Le fonctionnement et les résultats font l'objet d'un troisième chapitre. L'auteur insiste sur la nécessité impérieuse de multiplier ces gouttes de lait, de les instituer dans toutes les maternités et hôpitaux d'enfants. Les médecins de ville ou de campagne doivent pouvoir en créer à leur gré. Le docteur Critzman a donc été bien inspiré de demander au professeur Maygrier cette monographie dont l'intérêt est primordial pour les médecins, les familles et les pouvoirs publics. L. GAYARD.

(1) In-16 de 344 p. en tableaux synopt. format portef. avec répertoire, cart. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°. (Monogr. clin. de la collect. Critzman.) Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 21 AU 26 DÉCEMBRE 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 21 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e, *Salle Thouret* (1re série) : MM. Gautier, Remy et Gley; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André); — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Walther; — (2e série) : MM. Tuffier, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e partie, ancien régime) : MM. Brissaud, Roger et Teissier; — (nouveau régime) : MM. G. Marie, Bezançon et Legry; — M. Cunéo, suppléant.

MARDI 22 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Albarran et Thiéry.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chauffard et Guiart; — (1re partie, oral), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Le Dentu, Pozzi et Maygrier; — (2e partie, oral), *Salle Richet* (2e série) : MM. Budin, Hartmann et Launois; — *Salle Thouret* : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Jeanselme.

4e (1re série) : MM. Joffroy, Vaquez et Langlois; — (2e série) : MM. Chantemesse, Dupré et Richaud; — M. Renon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Schwartz et Faure; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray; — (2e partie) : MM. Ménétrier, Achard et Gouget; — M. Thoinot, suppléant.

MERCREDI 23 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e : MM. Gariel, Remy et Gley.

3e (2e partie, oral, 1re série) : MM. Blanchard, Roger et Teissier; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. G. Marie, Wurtz et Legry; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Reclus, Gosset et Cunéo; — (2e partie) : MM. Déjerine, Widal et Besançon; — M. Retterer, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Sébileau, suppléant.

JEUDI 24 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Hartmann et Auvray.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Méry et Jeanselme; — (1re partie, oral, 1re série) : MM. Pozzi, Remy et Bonnaire; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Demelin.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Netter et Thoinot; — (2e série) : MM. G. Ballet, Wurtz et Chassevant; — M. Langlois, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le jury du concours est actuellement composé de MM. Florand, Souques, Brocq, Toupet, Michaux, Schwartz, Delens, Bar et Tissier, qui ont accepté, et de M. Souligoux, qui n'a point encore fait connaître son acceptation.

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 9 décembre 1903, ont été affectés, savoir :

A Madagascar. — MM. les médecins-majors de première classe Pascalis et Logerais.

A Taïti. — M. le médecin-major de première classe Mille.

A la Guyane. — M. le médecin aide-major de première classe Grandmaire.

En Afrique occidentale. — M. le médecin aide-major de première classe Jarland.

A la brigade de réserve du corps d'occupation de Chine au Tonkin. — M. le médecin aide-major de première classe Ginoux.

En France. — Médecins-majors de première classe : au 2e d'infanterie coloniale à Brest, M. Tréguier; au 4e d'infanterie coloniale à Toulon, M. Buisson.

Médecins aides-majors de première classe : au 7e d'infanterie coloniale à Rochefort, M. Deschamps; au 1er d'infanterie coloniale à Cherbourg, M. Audiau.

— Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire :

En Indo-Chine. — Médecins-majors de deuxième classe : au au 2e tirailleurs annamites, MM. Rey et Lucas.

Médecin aide-major de première classe : au 2e tirailleurs annamites, M. Normet.

Au corps d'occupation de Chine. — Médecins-majors de deuxième classe : au service général, M. Gandelin; au 16e d'infanterie coloniale, M. Chabaneix; à l'état-major de l'artillerie, M. Jacob.

A Madagascar. — Médecin-major de première classe : chef du service de santé à Diégo-Suarez, M. Galbruner.

Médecins-majors de deuxième classe : au 1er tirailleurs malgaches, M. Legendre; médecin résidant de l'hôpital de Tananarive, M. Marcel; au 2e tirailleurs malgaches, M. Tédeschi; médecin résidant de l'hôpital de Tamatave, M. Hotchkiss.

Marine. — MM. les médecins de deuxième classe Fourgous, du port de Toulon, et Liffran, du port de Cherbourg, sont désignés pour embarquer : le premier sur le *Gaulois* (escadre de la Méditerranée) et le second sur la *Bretagne* (école des mousses).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-huitième semaine, 894 décès, au lieu de 875 pendant la semaine précédente (moyenne 105).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (moyenne 9).

La rougeole a causé 7 décès (moyenne 4); la scarlatine, 1 décès (moyenne 2); la coqueluche 3 décès (moyenne 4); la diphtérie, 2 décès (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux est en très légère augmentation (82 au lieu de 72), mais au-dessous de la moyenne 100.

La variole a causé 0 décès.

La diarrhée infantile a causé 24 décès de 0 à 1 an, au lieu de 20 pendant la semaine précédente (moyenne 26).

En outre, 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 166 décès au lieu de 157 pendant la semaine précédente (moyenne 209). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (moyenne 19); bronchite chronique, 26 (moyenne 29); pneumonie, 29 (moyenne 45); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 101 (moyenne 116), dont 50 dus à la congestion pulmonaire et 42 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 200 décès; la méningite tuberculeuse, 17; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 22 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dubacquié (de Bazas).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Noël et du jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 23 décembre 1903, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du *6 janvier 1904*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'enfance, 2e édition, par MM. le professeur J. GRANCHER et J. COMBY, t. II. Gr. in-8° de 964 pages. — Prix : 22 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

DEUX OBSERVATIONS DE GRANULIE A FORME HÉMORRAGIQUE

Par MM. Moizard et H. Grenet (1).

Dans les deux observations suivantes, les hémorragies ont été l'une des principales manifestations de la granulie; il s'est agi, dans un cas, d'hémorragies intestinales, et, dans l'autre, de purpura. Ces faits nous semblent intéressants non seulement en raison de leur rareté, mais aussi en raison de quelques considérations pathogéniques qu'ils nous permettront de développer.

Observation I. — *Granulie avec hémorragies intestinales.* — Charles B..., âgé de deux ans et demi, entre salle Guersant, n° 33, le 15 novembre 1901. Son père est bien portant; sa mère est délicate de santé mais ne tousse pas; elle a eu quatre enfants, dont un est mort à trois mois de diarrhée; deux sont bien portants; le quatrième est notre malade.

Celui-ci, né à terme, a été nourri au sein jusqu'à quatorze mois, a eu sa première dent à deux mois, a marché à quatorze mois. Il a eu des convulsions peu après sa naissance et une bronchite à trois mois.

Il a eu la rougeole en juin 1901; depuis ce moment, il tousse et a beaucoup maigri; il ne mange plus et a de la fièvre depuis un mois; il aurait craché du sang en toussant, la veille de son entrée à l'hôpital.

L'enfant est pâle et amaigri, il présente des signes manifestes de rachitisme; crâne volumineux avec bosses frontales saillantes, chapelet costal, nouures épiphysaires au niveau des poignets et des cous-de-pied. Les orbites sont excavés, les lèvres légèrement cyanosées, le nez est pincé, les extrémités sont froides et un peu cyanosées. Le malade présente un type parfait de polymicroadénopathie; petits ganglions durs, isolés, roulant sous le doigt, au pli de l'aine et dans l'aisselle; quelques ganglions cervicaux.

On note une dyspnée légère. Les symptômes pulmonaires sont les suivants : perte d'élasticité aux deux sommets, élévation de la tonalité dans les fosses sus-épineuses et dans les creux sous-claviculaires, respiration rude aux deux sommets, quelques râles sous-crépitants aux bases.

(1) Communication faite à la Société de pédiatrie le 15 décembre 1903.

La langue est saburrale, le ventre météorisé. La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse. L'enfant ne vomit pas, il est constipé. L'anorexie est complète.

Le foie est gros et abaissé, déborde des fausses côtes de trois travers de doigt; la rate est accessible à la palpation.

Les urines ne sont pas albumineuses.

Le pouls est assez petit, bat à 132 par minute; quelques irrégularités notées à l'entrée du malade ne sont plus retrouvées par la suite. Le cœur est rapide, pas de souffle.

Pas de symptômes nerveux; ni strabisme, ni inégalité pupillaire, ni raideur de la nuque.

La température est de 39°5 le 15 novembre, elle atteint 39°2 le 16 novembre au matin, et 40 degrés le soir.

17 novembre. Température 39°2.

Les selles, au nombre de trois ou quatre, sont abondantes; elles présentent une coloration gris noirâtre, ont une consistance molle, pâteuse; les alèzes dans lesquelles elles sont présentées sont tachées de sang.

18 novembre. L'état général est mauvais. Quatre ou cinq selles sanglantes dans la journée.

19 novembre. L'enfant est dans le décubitus dorsal, complètement inerte; le pouls est misérable; les extrémités sont froides. Il se produit encore du melæna. La température est de 39 degrés le matin. Mort dans la journée.

Autopsie. — *Examen macroscopique.* — Les *plèvres* pariétales sont parsemées de granulations tuberculeuses, confluentes surtout à droite. Vers les sommets, les plèvres sont tapissées d'un exsudat jaunâtre, purulent; pas d'adhérences pleurales solides. pas d'épanchement.

Le *poumon droit* est de consistance ferme; sa surface est couverte de tubercules; à la coupe, on voit d'innombrables granulations miliaires, et quelques tubercules plus gros, dont certains sont franchement caséeux, surtout au voisinage du hile. Congestion de la base.

Le *poumon gauche* présente des lésions identiques.

Les *ganglions médiastinaux* sont caséeux et forment une masse volumineuse entourant la trachée, les bronches, les vaisseaux pulmonaires et bronchiques.

Le *cœur* présente un volume normal, les valvules et l'endocarde sont sains. Dans l'épaisseur du myocarde existent quelques granulations, surtout vers la pointe.

Le *péricarde*, non adhérent, est recouvert de quelques granulations miliaires répondant à la surface antérieure de l'aorte et de l'artère pulmonaire et au sillon inter-ventriculaire.

Le *péritoine* présente des granulations miliaires. Le feuillet tapissant la face inférieure du diaphragme est uni au péritoine de la face supérieure du foie, à la face antérieure de l'épiploon gastro-hépatique et de l'épiploon gastro-splénique, et à toute la partie supérieure du péritoine splénique,

par des adhérences fibrino-purulentes de date récente et peu résistantes.

Le *foie* est gros, pèse 552 grammes. Sa surface est recouverte d'innombrables granulations; à la coupe, granulations et tubercules plus gros, dont quelques-uns, siégeant au voisinage du hile, sont ramollis. La consistance de l'organe est normale.

Quatre ou cinq gros ganglions caséeux forment, au niveau du hile du foie, une masse se continuant en bas jusqu'au duodénum et englobant le canal cholédoque.

Les ganglions sus et rétro-pancréatiques sont caséeux et pénètrent la queue du pancréas. La glande ne paraît pas altérée.

La *rate* est volumineuse (130 grammes); sa consistance est très ferme; elle est farcie de tubercules de toutes dimensions.

Les *reins* pèsent chacun 44 grammes; à leur surface, granulations miliaires, surtout à la face antérieure. Décortication facile. A la coupe, ils paraissent pâles et présentent quelques granulations, surtout dans la zone corticale.

L'*estomac* ne paraît pas lésé.

Dans le *mésentère* et les mésocolons on trouve d'innombrables ganglions, quelques-uns caséeux.

Le *gros intestin* est dilaté, de coloration rouge sombre; il est rempli de sang poisseux et noirâtre.

A la face interne de l'intestin, on constate un grand nombre d'*ulcérations* : on en compte 38, dont 2 occupent le côlon descendant, 8 le côlon transverse, 2 le côlon ascendant. Les autres siègent sur l'intestin grêle, 1 sur le duodénum; la plupart occupent la partie inférieure de l'iléon.

Elles sont toutes de forme arrondie, leur diamètre variant de un demi à cinq ou six millimètres; elles occupent surtout le bord mésentérique de l'intestin; quelques-unes siègent au niveau des plaques de Peyer.

Cerveau et méninges. — Granulations à la face convexe du cerveau, surtout à gauche; elles sont particulièrement abondantes sur la partie supérieure des lobes temporal et occipital gauches, et tout le long de la vallée sylvienne gauche. Pas de granulations à la base. Le liquide intra-ventriculaire n'est pas très abondant.

Examen histologique. — *Poumons.* — Il existe dans le poumon de nombreux nodules caséeux, régulièrement arrondis, ayant à leur voisinage des cellules géantes, et entourés d'une couronne leucocytaire.

Les alvéoles sont remplis de cellules endothéliales desquamées et vésiculeuses, dont plusieurs ont deux noyaux. Quelques rares cellules légèrement pigmentées à l'intérieur des alvéoles.

Epaississement de la tunique externe des artères.

Cœur. — Au niveau de la pointe, on trouve sur plusieurs coupes une zone nécrosée régulièrement arrondie, sans cellules géantes.

Foie. — Infiltration embryonnaire des espaces portes, plus marquée autour des artères qu'autour des veines. Infiltration très accusée autour de certains canaux biliaires. Pas de néo-canalicules biliaires. Epaississement des parois des veines. Quelques espaces portes paraissent sains. Sur plusieurs coupes, on trouve de nombreux îlots caséeux à l'intérieur de l'espace porte ou à son voisinage.

Infiltration diffuse péri-lobulaire, infiltration intra-lobulaire moins marquée.

Les veines sus-hépatiques et la parenchyme avoisinant paraissent généralement sains; cependant, sur certaines coupes, on trouve quelques rares tubercules près des veines sus-hépatiques.

Dans l'intérieur du lobule, nombreuses zones caséeuses; elles sont régulièrement arrondies et entourées d'une couronne leucocytaire; cellules géantes au voisinage de la plupart des îlots caséeux, quelques rares cellules géantes isolées au voisinage des espaces portes.

Certaines cellules, à l'intérieur du lobule, contiennent des vacuoles graisseuses très abondantes; les noyaux sont pâles et tuméfiés. Sur d'autres coupes, la dégénérescence graisseuse est plus marquée, surtout dans les zones voisines des espaces portes et des îlots caséeux. Nombreuses cellules à deux ou trois noyaux.

Plusieurs des noyaux sont en voie de chromatolyse.

Cellules en dégénérescence granuleuse ou en tuméfaction trouble surtout près des espaces portes.

Pancréas. — L'architecture du pancréas est bien conservée; pas de tubercules.

Rate. — Zones de nécrose entourant les corpuscules de Malpighi qui sont caséifiés; presque tous les corpuscules sont pris; quelques-uns, très rares, paraissent sains.

En dehors des corpuscules, dans la pulpe, nombreux noyaux en chromatolyse. Très rares cellules géantes isolées, sans couronne leucocytaire. Pas d'hypertrophie des trabécules conjonctifs.

Reins. — Duns la zone corticale, quelques îlots caséeux avec infiltration leucocytaire diffuse périphérique.

Nécrose de coagulation disséminée, frappant environ un tiers des cellules des tubes contournés. Fonte granuleuse et formation de cylindres dans quelques tubes.

Les glomérules, les anses de Henle, et les tubes droits sont sains.

Artères saines.

Intestin. — Coupes faites au niveau des ulcérations. Malgré les altérations cadavériques, l'épithélium est conservé au voisinage de l'ulcération; au niveau de l'ulcération, les parties profondes de la muqueuse persistent seules et ne sont représentées que par une bordure d'éléments nécrosés; la couche musculaire est presque à nu. Amas caséeux occupant la muqueuse au voisinage de l'ulcération, les tubercules n'existent qu'autour de l'ulcération, et non à son niveau. Certaines artères présentent des lésions d'endartérite au début (desquamation et tuméfaction de l'endothélium). Quelques artérioles sont thrombosées. Les capillaires ont leur tunique adventice infiltrée de leucocytes.

Obs. II. — *Granulie avec purpura.* — Georges P..., âgé de quatorze ans, entre le 3 juin 1901, salle Guersant n° 1.

Ses parents sont vivants et bien portants, ils ont sept enfants en bonne santé; sa mère a fait deux fausses couches.

Le malade est né à terme, a été nourri au sein maternel jusqu'à dix-huit mois. Pas de maladies antérieures.

Depuis huit jours, il se sent courbaturé, n'a plus d'appétit, a de la diarrhée; pas de vomissements. Les nuits sont agitées.

4 juin. L'enfant est amaigri, très dyspnéique (46 mouvements respiratoires par minute), il y a du battement des ailes du nez; les pommettes sont un peu rouges. Le pouls est rapide, régulier, bien frappé. Température : 38°6.

La langue est étalée et saburrale; rien à la gorge. On note une légère teinte subictérique des conjonctives.

Ce qui frappe surtout l'attention, c'est une éruption purpurique composée surtout de pétéchies, et de petites ecchymoses ne dépassant pas le diamètre d'une lentille.

Cette éruption présente un caractère de symétrie parfaite : les deux membres inférieurs sont également pris, les taches sont nombreuses surtout aux genoux, à la face interne des jambes, et aux cuisses; sur le tronc, les éléments sont presque confluents, l'éruption est moins abondante aux membres supérieurs, où elle envahit surtout les bras. Rien à la face.

Pas d'hémorragies de la muqueuse buccale. Pas d'épistaxis.

La percussion et l'auscultation des poumons sont absolument négatives.

Le cœur est régulier, pas de souffle.

Le foie est gros, descend jusqu'à l'ombilic; il est douloureux à la pression. Hauteur de la matité hépatique sur la ligne mamelonnaire : 18 centimètres; — sur la ligne axillaire : 15 centimètres.

La rate déborde les fausses côtes de deux larges travers de doigt; sa hauteur à la percussion est de 10 centimètres.

Le malade accuse spontanément un point de côté splénique assez intense.

Les urines sont foncées, contiennent, 0,50 centigrammes d'albumine, de l'indican. Pas de pigments biliaires (réaction de Gmelin). Pas de sucre.

Le 5 juin, l'éruption purpurique est plus confluente. La teinte subictérique des conjonctives est plus accentuée; la douleur splénique s'accuse. Plusieurs selles diarrhéiques, fétides, non décolorées.

Les battements cardiaques sont sourds, la matité cardiaque n'est pas augmentée. Le pouls est mal frappé, bat à 150.

Dyspnée intense (60 respirations par minute).

Le 6 juin, l'état général est le même. Râles sous-crépitants fins à la base droite. Température : 39°9 le matin, 40°3 le soir.

Mort le 7 juin à une heure du matin.

On a fait le 6 juin une *prise de sang* aseptique, dans une veine du pli du coude :

Coagulation complète en huit minutes; début de l'exsudation du sérum au bout de quinze minutes; caillot complètement rétracté en deux heures. Sérum opalescent. Le caillot est friable, et subit une redissolution partielle au bout de vingt-quatre heures.

Réaction de Gmelin négative pour le sérum.

Numération. — Hématies : 5212000 par millimètre cube; leucocytes : 8000.

Ensemencements larges sur sérum et en bouillon; les tubes restent stériles.

Autopsie. — *Poumons.* — Congestion intense surtout à la base droite. Les deux poumons, surtout au sommet et du côté droit, sont infiltrés de *granulations miliaires*.

Les *ganglions trachéo-bronchiques* sont gros, très congestionnés, non caséeux.

Le *cœur* est mou et flasque; le ventricule droit est un peu dilaté; pas de lésion valvulaire.

Le *foie* est très gros, pèse 1 070 grammes, il présente nettement l'aspect du foie gras; il est jaune, pâle et mou, garde l'empreinte du doigt, est presque vide de sang à la coupe.

La *rate* est énorme, pèse 478 grammes, est de couleur ruoge foncé et très congestionnée et très friable, ne présente pas de granulations.

Les *reins* sont un peu gros, se décortiquent facilement; substance corticale congestionnée.

Pas de grosses lésions *intestinales*; cependant on note, sur le côlon ascendant, à 10 centimètres du cæcum, une petite ulcération.

L'*examen histologique* complet n'a pu être pratiqué en raison de l'état de putréfaction avancée du cadavre. Cependant les coupes du poumon montrent des lésions indiscutables de granulie.

Dans notre première observation des hémorragies intestinales abondantes sont apparues comme symptôme terminal d'une granulie généralisée; dans la seconde, un purpura confluent, mais localisé à la peau, sans hémorragies muqueuses, a accompagné l'évolution de la maladie. Ces deux cas ont présenté sans doute un tableau clinique fort différent; ils méritent cependant d'être rapprochés, car, chez nos deux malades, la granulie a revêtu une forme hémorragique : seul a varié le siège des hémorragies. De telles observations ne sont pas très fréquentes. Leudet (1) à la vérité, sur 244 cas de phtisie aiguë, voit 9 fois des hémorragies se produire par une autre voie que le poumon, le plus souvent par l'intestin. Hérard, Cornil et Hanot (2) signalent surtout l'entérorragie et l'hématurie; ils estiment même que les hémorragies sont aussi fréquentes dans la granulie que dans la fièvre typhoïde; Hanot (3) rapporte un cas de granulie terminé par une hémorragie intestinale foudroyante, Hanot et Gilbert (4) montrent que les hémorragies surviennent surtout lorsque la granulie se termine par des phénomènes d'ictère grave, Mathieu (5) avait fait la même remarque à propos d'un cas de tuberculose miliaire avec épistaxis et hématurie. Londe et Brécy (6) ont rapporté récemment un fait où il s'agissait d'hémorragies multiples : hémorragies intestinales, hématuries, purpura.

Le purpura, quoique moins fréquent que les hémorragies intestinales et les hématuries, est signalé dans un assez grand nombre d'observations. Louis (7), Forget, Charcot (8), Waller (9), Leudet, Laveran (10), Hérard, Cornil et Hanot, le mentionnent déjà; et Leudet en particulier insiste sur sa fréquence plus grande dans la granulie que dans la phtisie chronique; Vernier (11) rapporte, dans sa thèse, une observation de phtisie à marche rapide compliquée de purpura hémorragique grave. Dans ces cas, il s'agit le plus souvent d'une éruption peu intense, comme dans le fait de Londe et Brécy, où l'on notait seulement, aux membres inférieurs, trois petites taches grosses comme une tête d'épingle.

Il n'en était pas de même dans une observation de Eldon Ratt (12), où survinrent des épistaxis, des hématuries, du mélæna, une éruption purpurique généralisée. Chez notre malade, il s'est agi d'une éruption confluente, qui fut un des symptômes cardinaux de la maladie.

D'après ces quelques exemples, on voit que les hémorragies peuvent, par leur importance, donner à la granulie une allure spéciale. Cependant, ce type est à peine indiqué dans les traités classiques : M. Marfan, dans ses importants articles, signale accessoirement les hémorragies intestinales (13), et dit que le purpura peut se rencontrer dans la tuberculose et qu'il est alors d'origine toxi-infectieuse (14); MM. Grancher et Barbier (15) signalent, dans la granulie, « les

(1) Leudet. Remarques sur la diathèse hémorragique qui se manifeste quelquefois dans le cours de la phtisie pulmonaire et dans d'autres affections aiguës ou chroniques, *Mém. de la Soc. de biol.*, 1859, p. 179.

(2) Hérard, Cornil et Hanot. *La phtisie pulmonaire*, 2e édit.

(3) Hanot. Tuberculose pulmonaire et rénale; mort par hémorragie intestinale, *Arch. gén. de méd.*, 1885.

(4) Hanot et Gilbert. Sur les formes de la tuberculose hépatique, *Arch. gén. de méd.*, 1889.

(5) Mathieu. Tuberculose miliaire; phénomènes d'ictère grave, *Arch. gén. de méd.*, 1882.

(6) Londe et Brécy. Tuberculose miliaire aiguë hémorragique, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 30, 11 avril 1902.

(7) Louis. *Traité de la phtisie.*

(8) Charcot. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1857, p. 126.

(9) Waller. *Vierteljahrsschrift f. die prakt. Heilkunde*, Prague, 2n jahrgang, t. II, p. 1.

(10) Laveran. *Contribution à l'étude de la tuberculose aiguë*, 1873.

(11) Vernier. *Quelques considérations sur le purpura hémorragique primitif et le purpura secondaire spécialement dans la tuberculose*, Th. de Paris, 1873.

(12) Eldon Ratt. *Cong. de la Brit. med. Assoc.*, Cheltenham, 24 août 1901.

(13) Marfan. Phtisie pulmonaire. *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, t. IV.

(14) Marfan. Purpura, *Traité des maladies de l'enfance*, 1re édit., t. II.

(15) Grancher et Barbier. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. VII.

hémorragies muqueuses et précoces, comme l'épistaxis du début; cutanées, interstitielles, ou viscérales : hématurie, hémorragies intestinales, purpura. » Il y a peut-être intérêt à grouper tous ces faits, et à décrire une forme hémorragique de la granulie.

Dans tous ces cas, en effet, nous sommes en droit de penser que la pathogénie spéciale de la tendance hémorragique est la même, et que seule diffère la cause provocatrice des hémorragies, la raison de leur localisation spéciale.

Pour nous en tenir à nos cas personnels, l'existence des hémorragies intestinales semblerait devoir s'expliquer assez bien, dans notre première observation, par les ulcérations de la muqueuse intestinale, mais on se rappellera que l'entérite tuberculeuse ne donne qu'exceptionnellement lieu à des hémorragies d'une telle abondance : « De par l'endartérite oblitérante spéciale au processus tuberculeux, écrit Hanot, il est rare que les hémorragies atteignent un haut degré d'intensité, et, parmi les nombreux phtisiques que j'ai examinés, je n'avais encore observé que deux fois l'hémorragie intestinale foudroyante. » Les ulcérations de la muqueuse n'expliquent pas à elles seules la production des hémorragies; elles expliquent seulement pourquoi l'hémorragie, lorsqu'elle se produit, est intestinale.

Dans notre deuxième observation, il s'est agi de purpura: ce purpura avait une disposition symétrique et régulière, disposition qui nous permettait de le rattacher, selon toute vraisemblance, à une altération nerveuse, et de le considérer comme un purpura myélopathique, selon l'expression de Faisans. Cette hypothèse trouve un sérieux appui dans les expériences que l'un de nous a récemment publiées : nous avons pu, chez le lapin, déterminer une éruption purpurique en injectant certaines toxines dans la moelle; mais l'intoxication nerveuse réglait seulement la localisation cutanée et la topographie du purpura; pour que celui-ci pût se produire, il était nécessaire d'avoir créé auparavant une lésion hépatique, agissant en modifiant la composition du sang et en prédisposant aux hémorragies en général (1).

Ainsi, pour produire expérimentalement le purpura, une altération hépatique est nécessaire. De même, c'est après avoir provoqué une lésion du foie qu'Apert a déterminé de l'hématurie par injection de bacilles d'Eberth dans la circulation générale (2). Cliniquement, on connaît bien d'ailleurs le rôle des altérations hépatiques dans la production des hémorragies en général; et, dans la tuberculose en particulier, voici déjà longtemps que, après Monneret (3), Mathieu, Hanot et Gilbert ont insisté sur l'importance des lésions du foie et ont montré les relations entre les hémorragies et l'ictère grave terminant la granulie.

Or, dans nos deux observations, on trouve des altérations hépatiques importantes; dans les deux cas, on avait constaté pendant la vie de l'hypertrophie du foie, et, dans le second, du subictère. A l'autopsie, dans le premier cas, outre les granulations qui peuvent, jusqu'à un certain point, être considérées comme des lésions locales et respectant une partie de parenchyme, on constate des altérations cellulaires diffuses, de la dégénérescence graisseuse qui, pour n'être pas très intense, ne devait pas moins entraîner un trouble grave de la fonction hépatique. Dans le deuxième cas, le foie est manifestement gras et lésé dans sa totalité; car il est impossible de mettre sur le compte seul des altérations cadavériques l'aspect caractéristique qu'il présente.

Chez nos deux malades, l'infection ou l'intoxication tuberculeuse avait donc provoqué des lésions diffuses du foie; et cette localisation hépatique a pu être favorisée par des troubles gastro-intestinaux antérieurs, que l'on est en droit de soupçonner chez notre premier malade, manifestement rachitique. Ainsi nous pensons que, dans les deux cas, si la granulie tendait à devenir hémorragique, c'est en raison des altérations du parenchyme hépatique.

Que, dans de semblables conditions, il se produise une lésion locale, celle-ci appelle l'hémorragie, qui, jusqu'alors, n'était qu'imminente : ainsi agit l'ulcération intestinale; ainsi agit, sans doute, l'imprégnation du système nerveux par la toxine tuberculeuse pour provoquer le purpura.

(1) H. Grenet. Purpura expérimental, *Bull. de la Soc. de biol.*, 28 nov. 1903, p. 1509.

(2) Apert. *Le purpura, sa pathogénie et celle de ses diverses variétés cliniques*, Th. de Paris, 1897.

(3) Monneret. Des hémorragies survenant dans les maladies du foie, *Arch. gén. de méd.*, 1854.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 15 décembre 1903.
Présidence de M. Lancereaux.

L'Académie a tenu sa séance annuelle avec son cérémonial accoutumé : deux gardiens de la paix à la porte, quelques gardes municipaux dans les couloirs, quelques dames élégantes dans l'enceinte et le bureau en uniforme.

Après la lecture un peu fastidieuse du palmarès, M. Motet, secrétaire annuel, a rendu un légitime et pieux hommage aux académiciens morts dans l'année, Panas, Leblanc, Laborde, Théophile Roussel, Nocard et Proust. M. Motet s'est tiré de cette partie de sa tâche avec son talent habituel.

Nous avons été heureux d'entendre, parmi les lauréats, les noms de plusieurs de nos collaborateurs; nous joignons nos félicitations à celles de l'Académie.

M. le secrétaire perpétuel a prononcé l'éloge de Malgaigne. Pendant plus d'une heure, il a tenu le public sous le charme de sa parole. Nous devons à la vérité de dire que, même à la tribune de la presse, on n'a pas perdu un mot de son beau discours. Mais que M. le secrétaire perpétuel ne se hâte pas d'en conclure qu'on y entend également les autres orateurs et puisqu'il ne veut pas écouter nos doléances et nous mettre à même de les mieux entendre, qu'il leur enseigne alors sa manière de parler.

Voici la liste des prix décernés :

PRIX DÉCERNÉS EN 1903

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *Des moyens d'apprécier l'activité éliminatrice du rein.* — Le prix est décerné à M. Léon Bernard (de Paris).

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (800 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur G. Legros (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. le docteur E. Rieux, médecin-major de deuxième classe au 70e ligne à Vitré, et Th. Moreul, pharmacien à Landerneau; et à M. le docteur J. Vanverts, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille.

Prix Apostoli (600 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. le docteur Laquerrière (de Paris) et Louis Delherm, interne des hôpitaux de Paris.

Prix François-Joseph Audiffred (Un titre de 24000 francs de rente). — Le prix n'est pas décerné L'Académie accorde à titre d'encouragement : 2000 francs à M. le docteur Fernand Arloing, chef des travaux à l'Institut bactériologique

de Lyon et du Sud-Est; et 1000 francs à M. le docteur André Jousset, chef du laboratoire de clinique médicale de l'hôpital Beaujon.

Prix Barbier (2000 francs). — Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde : un encouragement de 800 francs à M. le docteur Baroux (d'Armentières) et un encouragement de 500 francs à M. Louis Bruandet, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Mathieu Bourceret (1200 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Henri Chauveau (de Versailles). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Marcel Labbé et Maurice Marcille (de Paris).

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Georges Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Capuron (1000 francs). — Question : *De l'action des eaux salines en général sur la digestion.* — Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde un encouragement de 500 francs à MM. A. Courcoux et X. Gouraud, internes des hôpitaux de Paris.

Prix Marie Chevallier (6000 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Fernand Bezançon, professeur agrégé, et Vincent Griffon, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. L'Académie accorde : une première mention à MM. les docteurs S. Arloing, directeur de l'Ecole de médecine vétérinaire, professeur, et Paul Courmont, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon; une seconde mention à M. P. Armand-Delille, interne des hôpitaux de Paris; une troisième mention à M. le docteur G. Baudran (de Beauvais).

Prix Chevillon (800 francs). — Aucune récompense n'est accordée.

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des troubles cérébraux dans la sclérose en plaques.* — Le prix est décerné à MM. les docteurs Philippe et Cestan (de Paris).

Prix Clarens (400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Borel, directeur-adjoint du lazaret de Camaran. Des mentions sont accordées à : MM. les docteurs J.-Constantin Gauthier, chef de laboratoire du service sanitaire à Marseille, et A. Raybaud, attaché audit laboratoire; et M. le docteur Clarac, médecin principal de première classe des troupes coloniales.

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *Des médications générales dans le traitement du cancer.* — Pas de mémoire présenté.

Prix Desportes (1300 francs). — L'Académie décerne : un prix de 500 francs à M. le docteur Gabriel Gauthier (de Charolles); un prix de 400 francs à M. le docteur G.-J. Barthelat (de Paris); un prix de 400 francs à M. le docteur Séguin, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, à l'Institut Pasteur de Lille. Une mention très honorable à MM. les docteurs P. Le Noir et Jean Camus (de Paris).

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie a accordé, en 1903, à MM. les stagiaires : un prix de 500 à M. Gauchery; un prix de 500 francs à M. Du Pasquier. Elle a versé en outre pour missions : 1500 francs à M. Du Pasquier; 1500 francs à M. Beauvy; et 1500 francs à M. Vivier.

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur E. Forgue, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Montpellier.

Prix Pierre Guzman (Un titre de rente de 1328 francs 3 p. 100). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement les arrérages de ce titre de rente à M. le docteur Paul Bergouignan, médecin consultant à Évian.

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3000 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Henry Meige et E. Feindel (de Paris). L'Académie accorde en outre : une première mention à M. le docteur P. Jeandelize (de Nancy); une seconde mention à MM. les docteurs René et Henri Larger (de Maisons-Laffitte).

Prix Itard (2400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur E. Cassaet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Des mentions très honorables sont accordées à M. le docteur Victor Gillot (à Alger); et à M. Paul Gagny, vétérinaire à Senlis.

Prix Laborie (5000 francs). — L'Académie n'accorde pas de récompense.

Prix du baron Larrey (500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Paul Godin, médecin-major de première classe, médecin-chef de l'hôpital (salles militaires) de la Fère (Aisne).

Prix Laval (1000 francs). — Le prix est décerné à M. M.-J. Marsan, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Jules Lefort (300 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Henri Lorquet (300 francs). — Le prix est décerné à MM. le docteur N. Vaschide (de Paris), et Cl. Vurpas, interne à l'asile de Villejuif. Une mention honorable est accordée à M. le docteur P. Castin, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur A. Terson, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. L'Académie accorde en outre une mention honorable à M. le docteur Felix Terrien (de Paris).

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — L'Académie décerne un prix de 1500 francs à M. le docteur Étienne Tardif, aide-major des troupes coloniales à Nice. Des encouragements de 250 francs sont accordés à : M. le docteur Edmond Sergent (de Paris), et MM. Paul Gagny, vétérinaire, et H.-J. Gobert, vétérinaire au 2e hussards, à Senlis.

Prix Nativelle (300 francs). — Le prix est décerné à M. A. Catillon (de Paris).

Prix Oulmont (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. L. Babonneix, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.* — Pas de mémoire présenté.

Prix Pourat (700 francs). — Question : *Les sécrétions microbiennes et leur action physiologique dans la genèse des maladies.* — Le prix est décerné à M. le docteur David, professeur suppléant à l'école de médecine de Limoges.

Prix Philippe Ricord (600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Georges Thibierge, médecin des hôpitaux de Paris. Des mentions sont accordées à : MM. les docteurs Alfred Lévy-Bing (de Paris), et Ch. Audry, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

Prix Henri Roger (2500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Jules Comby (de Paris).

Prix Tarnier (3000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Henri Strohëker (de Paris).

Prix Tremblay (7200 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur J. Albarran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Des mentions honorables sont accordées à : MM. les docteurs F.-P. Guiard (de Paris) et Jean Petit (de la Flèche).

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie partage le prix entre : MM. Paul Strauss, sénateur de la Seine, et Alfred Fillassier, docteur en droit, et M. le docteur Félix Battesti (de Bastia). Elle accorde des mentions très honorables à : MM. les docteurs J. Donnadieu, médecin-major de deuxième classe au 143e de ligne à Albi, et Pascal Zuccarelli, à Bastia.

(Nous donnerons dans un prochain numéro les récompenses accordées pour les services des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine.)

REVUE DE LA PRESSE

Tuberculose primitive du col de l'utérus. (*Journ. of obst. and gynæcol.*, juin 1903, p. 537.) — M. Brook publie un fait qui mérite d'être signalé au point de vue du diagnostic et du traitement. Il s'agit d'une femme qui fut examinée pour la première fois au mois de février et se plaignait de leucorrhée, de douleurs dans la région du sacrum et d'un amaigrissement progressif dont le début remontait à deux mois environ. Cette malade avait eu un enfant à l'âge de vingt et un ans et quatre fausses couches, la dernière datant de douze ans. Depuis cette époque elle portait un pessaire. Il y a cinq ans, elle subit un curetage pour une endocervicite. En mars 1902, l'examen local ne montra rien d'anormal. Au point de vue héréditaire sa mère et un de ses frères étaient morts phtisiques.

L'examen au spéculum permit de constater au niveau de la lèvre antérieure du col une ulcération de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, s'étendant jusqu'à l'orifice externe. Ses bords étaient taillés à pic, les tissus environnants un peu surélevés, sa surface granuleuse et comme déchiquetée, avec une certaine pâleur. Le col n'était pas induré, ni friable. L'utérus était mobile et présentait son volume normal. Une parcelle de la muqueuse malade fut excisée et l'examen microscopique fut pratiqué. Bien que le fragment examiné fût trop petit pour la facilité des recherches on constata qu'il s'agissait de tuberculose. Le 12 mars, toute la zone atteinte fut réséquée sous chloroforme. Le 26 du même mois le col présentait le même aspect qu'avant l'intervention : ulcère atone avec bords taillés à pic, et surface inégale, occupant cette fois la lèvre postérieure aussi bien que la lèvre antérieure du col. L'hystérectomie totale fut décidée. Le 4 avril, la matrice fut donc enlevée par le vagin, après pincement des ligaments larges; les ovaires qui paraissaient sains furent laissés en place. Le corps de l'utérus fut reconnu indemne, l'ulcération s'étendant seulement à un centimètre environ dans le canal cervical. On trouva dans la sous-muqueuse des cellules géantes multinucléées typiques. La guérison se fit sans incidents et la malade reprit son poids et son aspect antérieurs.

A. HOUSQUAINS.

Résultat des injections de paraffine faites sous la muqueuse pituitaire chez soixante-dix malades atteints de coryza atrophique ozénateux type, par MM. Moure et Brindel. (*Revue hebd. de laryngol.*, 1903, n° 41, p. 417.) — Au mois de mai 1902, le docteur Brindel faisait une communication sur les résultats qu'il avait obtenus chez dix malades à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Bordeaux, dans le traitement du coryza atrophique ozénateux par les injections interstitielles de paraffine; à l'heure actuelle MM. Moure et Brindel ont traité par cette méthode plus de soixante-dix ozéneux; leurs observations les plus récentes remontent à quatre mois, les plus anciennes à plus de quatorze mois.

Ces auteurs se sont servis de la paraffine d'Eckstein fusible à 60 degrés, stérilisée. Il ne nous est pas possible d'entrer ici dans le détail de la technique spéciale mise en œuvre et nécessaire pour bien pratiquer ces sortes d'injections, nous insisterons seulement sur les particularités qui peuvent les accompagner.

Ces injections amènent parfois des accidents sans importance. Une douleur névralgique de courte durée au niveau des racines dentaires peut être ressentie par les ozéneux pendant les quelques jours qui suivent l'injection.

Sur les soixante-dix cas traités par MM. Moure et Brindel on a constaté cinq fois de la phlébite de la veine faciale ressentie pendant quatre à huit jours et calmée par des pansements humides. Un petit cordon induré a subsisté sous la peau mais ne donnant nulle douleur. Chez deux sujets on a vu des fragments de paraffine migrer sous les téguments cutanés de la face. On peut facilement, après une petite incision, enlever à la curette ces fragments de paraffine toujours très minimes. Chez deux autres malades la paraffine s'est éliminée une fois sur le plancher, une autre fois sur le cornet inférieur. Dans le dernier cas un coryza aigu amena des ulcérations superficielles sur une grande partie de la longueur du cornet, mais une faible partie de la paraffine fut éliminée.

S'il existe une sinusite concomitante la paraffine n'influera pas sur son évolution.

Si l'on s'attaque à un adulte dont la muqueuse a encore de l'élasticité et dont les sinus sont indemnes, l'injection devrait réussir sûrement malgré l'ancienneté de l'affection. Mais si la muqueuse a perdu toute son élasticité, il vaut mieux faire précéder l'injection d'un traitement pour réveiller l'atonie de la membrane de Schneider.

70 ozéneux ont subi l'injection sous-muqueuse de paraffine. Sur ces 70 malades 133 fosses nasales étaient atteintes : 10 ont été perdues de vue, 76 auraient été guéries, 33 améliorées et 14 n'auraient pas donné de résultats appréciables.

P. VIOLLET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par arrêté ministériel du 14 décembre 1903, ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire :

MM. Vaillant, Pezet, Augé, Brimont, Collin, Guérard, Izard et Cozanet.

— Par décision ministérielle du même jour, ces officiers du corps de santé ont été désignés pour servir, savoir :

MM. Vaillant, au 1er d'artillerie coloniale, à Rochefort; Pezet et Augé, au 3e d'infanterie coloniale, à Rochefort; Brimont et Collin, au 7e d'infanterie coloniale, à Rochefort; Guérard et Izard, au 2e d'artillerie coloniale, à Cherbourg; Cozanet, au 2e d'infanterie coloniale, à Brest.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Guyot, du port de Brest, est désigné pour embarquer le 20 décembre courant sur le *Borda*.

— Par décision ministérielle du 11 décembre 1903, M. le docteur Gatrot a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies, en bronze, a été décernée à M. Gaignerot, interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Delotte, professeur à l'École de médecine de Limoges.

POSTES MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CABINET CONSULT. — Grande ville Ouest, installation superbe. Nutrition gynécologique. Rayons X. Radiographie, etc. S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Ve.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 147. — SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1903. 76e ANNÉE. SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1903. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lille.* — Le concours ouvert pour l'emploi de prosecteur s'est terminé par la nomination de M. Juste Colle.

— *Lyon.* — M. le docteur Fabre, agrégé, est chargé, pour la présente année scolaire, du cours de clinique obstétricale.

M. le docteur Péhu est nommé chef de clinique des maladies des enfants.

Congrès national périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (IVe session, Rouen, 5-10 avril 1904). — La IVe session du Congrès périodique national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, se tiendra à Rouen du 5 au 10 avril 1904, sous la présidence de M. Richelot, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris et membre de l'Académie de médecine.

La section de gynécologie sera présidée par M. Richelot, président général du Congrès; la section d'obstétrique, par M. Guillemet, professeur à l'École de médecine de Nantes; la session de pédiatrie, par M. le professeur Kirmisson, membre de l'Académie de médecine.

Les rapports déjà mis à l'étude sont les suivants :

« De la malignité des kystes de l'ovaire, » par M. Cerné, professeur à l'École de médecine de Rouen.

« De l'hystéropexie au point de vue des grossesses consécutives, » par M. Oui, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille,

« De la pyélo-néphrite dans ses rapports avec la puerpéralité, » par M. Legueu, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris.

« Du lait cru dans l'alimentation des nourrissons, » par M. Méry », professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Paris.

« La maladie de Barlow, » par M. Ausset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

« Des infections cutanées chez les nourrissons, » par M. d'Astros, médecin des hôpitaux de Marseille.

« Des invaginations intestinales chez l'enfant, » par M. Grisel, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

« Des résultats éloignés fournis par la transplantation tendineuse dans le traitement de la paralysie infantile, » par M. Derocque, chirurgien des hôpitaux de Rouen.

Tout médecin, administrateur, philanthrope, étudiant en médecine ou sage-femme, peut adhérer au Congrès.

Le montant de la cotisation pour les membres du Congrès est de 20 francs. Il donne droit aux comptes rendus imprimés, à la réduction que le Comité obtiendra presque certainement sur le prix des billets des chemins de fer français, et à la diminution qu'il espère également obtenir sur les frais de séjour dans les principaux hôtels de Rouen.

Les dames appartenant aux familles des membres du Congrès sont invitées à assister aux séances et à prendre part aux fêtes organisées par le Comité. Elles jouiront des mêmes avantages matériels accordés aux adhérents du Congrès. Le montant de la cotisation qu'elles auront à verser est de 10 francs.

Les adhésions et cotisations sont reçues dès maintenant par le secrétaire général du Congrès, M. Albert Martin, professeur à l'École de médecine, 6, place de la Cathédrale, à Rouen.

Dès le versement de leur cotisation, un reçu, signé du secrétaire général et du trésorier du Congrès, sera adressé immédiatement à chaque adhérent.

Un résumé des rapports sera envoyé aux membres inscrits du Congrès, quinze jours au moins avant l'ouverture.

Les membres qui ont l'intention de présenter des communications sont priés d'en envoyer le titre et le résumé au secrétaire général du Congrès avant le 1er février 1904.

Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser dix minutes, et les orateurs qui prendront part aux discussions ne pourront parler plus de dix minutes.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre aux secrétaires des sections, avant la levée de la séance, un résumé de leurs objections.

La publication des comptes rendus devant se faire très peu de temps après la clôture du Congrès, afin de conserver aux questions étudiées leur caractère d'actualité, le règlement ci-dessus sera rigoureusement observé.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Train de luxe entre Londres, Paris et la Côte d'Azur.* — Londres-Nice en 24 heures; Paris-Nice en 15 heures. — Ce train circule quatre fois par semaine jusqu'au 5 janvier 1904, les lundis, mardis, jeudis, samedis au départ de Calais et de Paris; les mardis, mercredis, vendredis, dimanches au départ de Vintimille. Il sera quotidien à dater du 6 janvier. — Le nombre des places est limité. Composé exclusivement de wagons-lits et d'un wagon-restaurant. Retenir ses places aux agences de la Compagnie des wagons-lits.

Aller : départ de Londres, 9 heures matin; de Paris-Nord, 4 h. 51 soir; Paris P.-L.-M., 6 heures soir; — arrivée à Cannes, 8 h. 22 matin; à Nice, 8 h. 53 matin; à Menton, 9 h. 56 matin.

Retour : départ de Menton, 3 h. 15 soir; de Nice, 4 h. 15 soir; de Cannes, 4 h. 46 soir; — arrivée à Paris P.-L.-M., 7 h. 41 matin; à Paris-Nord, 8 h. 59 matin; à Londres, 4 h. 55 soir.

LIBRAIRIE VIGOT FRÈRES

23, Place de l'École-de-Médecine, 23.

Des droits de timbre et d'enregistrement en matière de certificats médicaux, par MM. les docteurs Étienne GINESTOUS, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, lauréat des hôpitaux et de la Faculté, médecin oculiste, et Gaston GINESTOUS, docteur en droit, receveur de l'enregistrement et des domaines. In-8°. — Prix : 1 fr. 25.

REVUE GÉNÉRALE

Examen clinique des selles.

Par le docteur Lévi-Sirugue.

L'importance de l'examen clinique des selles n'avait pas échappé aux médecins de l'antiquité. Parmi les livres hippocratiques, il en est un intitulé : *Les Coaques*, et qui semble plutôt écrit par un Asclépiade, de l'école de Cos, que par Hippocrate lui-même; ce livre renferme des chapitres sur l'étude des diverses déjections et en particulier des selles. Néanmoins, les notions à ce sujet sont restées assez vagues et cette étude n'a revêtu un caractère scientifique que depuis les progrès de la chimie biologique et les recherches microscopiques. Alors on a vu que les selles, surtout chez le nourrisson, dont le tube digestif est l'organe principal, donnaient la mesure du fonctionnement intestinal, et la pédiatrie appelant à son secours la chimie et la bactériologie, y a trouvé un élément indispensable de diagnostic et de pronostic.

L'épidémiologie nous a appris que nombre de maladies infectieuses peuvent se transmettre par les fèces. Ou bien ce sont les différentes maladies vermineuses, contagieuses soit directement d'homme à homme, comme l'ankylostomiase, qui a frappé plusieurs fois d'une manière épidémique des mineurs ou des terrassiers travaillant à de grands travaux d'ensemble (Saint-Gothard), soit indirectement après passage par une autre espèce animale (tænias); ou bien ce sont des infections microbiennes à localisation intestinale, telles que le choléra, la fièvre typhoïde, la dysenterie, la tuberculose de l'intestin. Le diagnostic et la prophylaxie tirent de précieux renseignements de l'examen des selles dans ces états morbides. Enfin, cette question du pouvoir infectieux des selles touche à celle de l'épandage et, en étudiant le côté bactériologique de la question, nous aurons à en dire un mot.

C'est en 1804, que Berzélius fait le premier examen chimique; c'est Schœnlein qui, le premier, soumet au microscope les selles d'un typhique. De 1840 à 1880 se succèdent des travaux dus à Simon, Hæfle, Rawitz, Zimmermann, Wehsarg, Lambl, Sydlowski, Uffelmann. En 1881, paraît un important travail de Nothnagel. En 1885, il faut signaler la publication de Reichmann. Un très intéressant travail d'ensemble a été publié, en 1896, par Lynch (Th. de Buenos-Ayres), travail rempli de recherches personnelles, enrichi de nombreuses photographies de préparations et reposant sur 350 examens pratiqués par l'auteur. Nous avons mis souvent à contribution ce travail dans la rédaction de cet article.

Les selles *normales* ont un aspect très différent chez le nourrisson soumis à une alimentation lactée exclusive et après l'époque de l'allaitement. On sait qu'aussitôt après la naissance, l'enfant rend une matière comme de la poix ou du goudron, le méconium, qui est expulsée pendant les premiers jours qui suivent la naissance. Ensuite, les selles prennent la couleur jaune qu'elles conserveront pendant le premier stade de la vie. Au nombre de deux à trois par jour, elles forment une bouillie inodore, jaune d'or, devenant plus foncée à l'air par oxydation de la bilirubine. Toute selle qui, chez le nourrisson, a une coloration différente, une odeur fétide, indique un état anormal du tube digestif. Dès qu'après le sevrage, la nourriture ne reste plus exclusivement lactée, les selles devenues solides prennent l'aspect qu'elles garderont désormais. Leur réaction chimique varie un peu selon l'alimentation; alcalines avec une diète carnée ou albumineuse, elles sont acides avec une diète à prédominance végétale.

A l'*état pathologique*, les modifications consistent en divers ordres de changement : 1° des changements visibles à un simple examen physico-chimique; 2° des modifications tenant à la présence de parasites; 3° accessoirement, des fermentations révélées par une étude chimique soignée.

I

Dans le *premier groupe* de modifications, les plus importantes sont celles qui portent sur la *couleur*. Les matières ayant une consistance diarrhéique au lieu d'être jaunes comme d'ordinaire, peuvent être noires comme de la poix et du goudron, et particulièrement fétides. C'est qu'elles renferment du *sang* venant du tube digestif et modifié par un séjour plus ou moins long dans l'intestin. Ces selles, qui constituent le mélæna, se présentent ainsi dans les affections qui s'accompagnent d'une érosion de la muqueuse digestive amenant l'ouverture d'un vaisseau (ulcère d'estomac, fièvre typhoïde, cancer du tube digestif). Avant d'affirmer qu'il s'agit de mélæna, on devra s'assurer que le malade ne prenait pas de médicaments, tels que fer, bismuth, capables de colorer les selles en noir. Le mélæna continue d'ordinaire quelques jours, et peu à peu les selles reprennent leur aspect antérieur. Si le sang n'a pas séjourné aussi longtemps dans le tube digestif, s'il s'agit d'une hémorragie des portions inférieures de l'intestin (cancer du rectum, hémorroïde), le sang expulsé est rouge et n'est plus intimement mêlé aux matières comme dans le mélæna. Dans la dysenterie enfin, le sang qui existe dans les selles y est peu abondant; les selles sont glaireuses et ces glaires sont sanguinolentes.

A côté du sang, un autre élément qui modifie profondément la couleur des selles est la *bile*, soit parce qu'elle y est trop abondante, soit au contraire par son absence. Dans le premier cas, les selles constituent une diarrhée verdâtre, selles polycholiques, qu'on observe dans certains ictères aigus polycholiques, ou à certains moments dans la maladie de Hanot. Le calomel, par la polycholie passagère qu'il provoque, communique aux fèces une coloration verte. La diarrhée verte est fréquente chez l'enfant, mais elle peut relever de deux mécanismes; tantôt la couleur verte est due au flux biliaire trop abondant, tantôt et plus souvent elle tient à des pigments élaborés par des microbes, en particulier le microbe de la diarrhée verte étudié par Lesage, et qui semble une variété de coli-bacille. Pour reconnaître, en présence d'une diarrhée verte infantile, la nature des troubles, on procédera à un petit examen chimique que le clinicien peut faire extemporanément et qui a son importance pronostique, la couleur verte par pigment microbien étant l'indice d'un état plus grave. Cet examen se fera ainsi : on recherchera d'abord avec un papier de tournesol la réaction des selles, qui sont acides lorsqu'il y a trop de bile, neutres ou alcalines si elles sont colorées par des pigments microbiens. De plus, dans la diarrhée biliaire, la présence de la biliverdine se reconnaîtra très simplement en versant sur les langes une goutte d'acide nitrique qui donne une teinte verte virant au violet et au rose, c'est-à-dire une réaction analogue à la réaction de Gmelin obtenue dans les urines dans des conditions semblables.

La bile est-elle au contraire absente des fèces, celles-ci

prennent une couleur gris cendré, tenant d'une part à l'absence des matières colorantes biliaires, et d'autre part à la proportion notable des matières grasses, par l'insuffisante élaboration des graisses. Qu'il y ait absence de bile par obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin ou par diminution ou suppression de la sécrétion biliaire (acholie) tenant à un état pathologique de la cellule hépatique, le résultat est le même. La proportion de graisse, très notable, peut atteindre de 50 à 80 p. 100. Les selles sont argileuses et particulièrement putrides, la bile jouant un certain rôle de désinfection intestinale. Ces graisses se présentent sous divers états chimiques (saponifiées, combinées avec des bases ou des acides gras). Cet état stéarrhéique des selles peut se voir en dehors de trouble biliaire dans des cancers intestinaux, dans la tuberculose intestinale ou péritonéale; mais elle n'est nulle part aussi manifeste que dans les lésions portant atteinte à la sécrétion pancréatique. Alors la stéarrhée donne lieu à des petites masses du volume d'un pois ou d'une noix solubles dans l'éther, quelquefois à des gouttelettes huileuses suspendues à la surface de la diarrhée, dont la nature grasse, lorsqu'elle est douteuse, peut être facilement mise en évidence en faisant agir l'éther, filtrant, et plongeant dans le filtrat un papier qui se laisse imbiber par la graisse. Dans les diarrhées infantiles, ces matières décolorées et fétides indiquent un état particulièrement grave de l'intestin et de la glande hépatique.

Un examen à l'œil nu des selles pourra y révéler l'existence de concrétions diverses. Les plus importantes sont les *calculs biliaires*, qu'on devra rechercher lorsqu'il s'agit d'une de ces formes fréquentes de coliques hépatiques frustes, simulant de simples crampes d'estomac, sans ictère, et où seule la présence de calculs peut permettre un diagnostic positif. D'autre part, même lorsqu'il y a des signes nets de lithiase, la recherche des calculs peut encore avoir un certain intérêt, car leur absence est un indice d'enclavement. Cette recherche est très simple; on y procède de la manière suivante: on lave les matières au tamis sous un filet d'eau; on y cherche les réactions biliaires, surtout de la cholestérine, celles aussi de la bilirubine. On se rappellera la structure des calculs, qui ont au centre des débris épithéliaux, au milieu une couche translucide de cholestérine formant plusieurs étages, et une enveloppe constituée de sels calcaires blancs ou de pigments. Ils sont solubles dans l'éther, le chloroforme. Ces calculs ne devront pas être confondus avec *d'autres concrétions*.

Les substances minérales contenues dans l'intestin peuvent en effet former de vraies *coprolithes* ou *entérolithes*; on peut voir des cristaux de composition variée; c'est soit du phosphate ammoniaco-magnésien, soit du phosphate basique de magnésie, des urates d'ammoniaque, de l'acide urique, de la cystine, de l'oxalate de chaux, du phosphate neutre de chaux. Le phosphate de chaux uni au carbonate et à des matières organiques constitue le *sable intestinal* que rendent quelquefois par vraies décharges à la suite de violentes coliques des sujets, enfants ou adultes, atteints d'entérite sableuse, d'ordinaire associée à l'entérite mucomembraneuse. Ces concrétions sableuses peuvent former de vrais calculs du volume d'un œuf de poule. Ces différentes substances seront reconnues à leurs réactions chimiques sur lesquelles nous n'avons pas à nous étendre et sur l'aspect spécial de certaines cristallisations, le phosphate de chaux donnant des cristaux aciculaires, l'oxalate des cristaux en forme d'enveloppes de lettres, le phosphate ammoniaco-magnésien des cristaux en forme de couvercles de sarcophages. De Langenhagen (1) a observé un cas de calculs par agglomération de chaux et magnésie prises dans un but médicamenteux. Il existe aussi des cristaux de Charcot-Leyden dont la présence est pathologique et doit faire penser à l'helminthiase sans qu'il y ait là une corrélation absolue; ces cristaux se montrent sous forme de pyramides doubles, se dissolvent dans les acides et alcalis concentrés. Enfin il peut y avoir chez le nouveau-né de la bilirubine et de l'hématoïdine.

Ayant passé en revue les différentes substances minérales qu'on peut rencontrer il nous faut étudier maintenant les résidus végétaux et animaux qu'on est susceptible de trouver au microscope.

Pour tout *examen microscopique* des selles il y a une méthode générale à suivre. L'examen doit être fait auparavant à une loupe grossissant de cinq à dix fois, puis au microscope à un grossissement faible d'abord, puis plus fort. Si le bol fécal est solide il faudra le sectionner pour en étudier les parties profondes qui sont moins modifiées par le contact avec l'air et l'intestin; si les selles sont molles on les diluera dans l'eau. On se trouvera bien de se servir de cuvettes noires, de préférence de cuvettes de photographie sur le fond desquelles tranchent par leur blancheur certains éléments anormaux, les parasites vermineux par exemple. Pour l'examen microscopique on prendra avec un fil de platine une parcelle des matières qu'on déposera sur une lame de verre préalablement recouverte d'une goutte du liquide dans lequel on doit monter la préparation. On frottera la spatule contre le porte-objet sur la goutte d'eau qu'on recouvrira d'une lamelle. On obtient ainsi une préparation de l'épaisseur qu'on veut. On examinera de préférence la partie des matières qui a déposé, au besoin on centrifugera. On monte alors la préparation dans l'eau pour en apprécier les éléments très délicats, ou dans la glycérine pure, dans laquelle se détachent mieux les détritus, ou encore dans de la glycérine iodée ou de la glycérine avec éosine. On commence par examiner à un grossissement de 60 diamètres, puis on augmente. Un grossissement de 150 à 300 suffit. Ainsi on pourra constater l'existence de *résidus végétaux ou animaux*. Parmi les premiers il y a surtout l'*amidon* qui ne se voit sous forme de granulations que quelquefois dans la diarrhée infantile, plus souvent la présence d'amidon n'est reconnaissable qu'avec la réaction de Lugol qui donne une couleur bleue. On peut voir encore des cellules de fruits, des coques de légumes.

Parmi les résidus animaux il faut mentionner des fragments de *tendons*, pris souvent pour des vers, du *tissu élastique* provenant des fragments d'artères contenus dans les viandes, des *fibres striées*, dont l'existence est normale, dont le grand nombre seul implique un état pathologique. Pour Schmidt elles seraient plutôt un indice d'insuffisance stomacale. Pour Zweig elles indiqueraient un trouble intestinal tandis que la présence de tissu conjonctif serait un indice de trouble gastrique.

La *graisse* en quantité modérée est normale surtout chez le nourrisson, elle se présente plus souvent sous la forme d'aiguilles que de gouttelettes; la ressemblance avec les détritus amylacés est telle quelquefois que le diagnostic n'est possible que par l'examen chimique.

---

(1) De Langenhagen. Soc. de Nancy, 28 nov. 1900.

Pour apprécier les *résidus albumineux* Schmidt (1) a conseillé le procédé de la digestion par le suc gastrique. On soumet les fèces obtenues avec un régime d'épreuve déterminé à la centrifugation; le résidu est traité par l'acide chlorhydrique dilué et l'éther, qui le débarrassent des sels et de la graisse. Le résidu formé de cellulose et de fragments albumineux non digérés est soumis à la digestion artificielle par le suc gastrique et il n'y a plus qu'à doser dans ce qui reste la teneur en albumine. Il y aurait là un procédé de diagnostic différentiel des lésions de l'intestin et de l'estomac, les premières seules donnant lieu à une absorption défectueuse de l'albumine et la défectuosité de cette absorption donnerait assez exactement la mesure de la gravité de la lésion, laquelle est indépendante de l'intensité de la diarrhée. Parmi les produits albumineux qui existent dans les selles on trouve assez souvent du *mucus*, qui se présente sous divers aspects. Tantôt autour de matières dures, de scybales, il existe un enduit albuminoïde qui les enrobe, tantôt se mêlant aux matières il leur donne une consistance sirupeuse ou enfin il forme de vraies fausses membranes fibrineuses, qui sont quelquefois prises par les malades pour des vers. Ces différents aspects se voient dans l'entérite pseudo-membraneuse. Il est d'ailleurs facile de s'assurer que sous ces différentes formes il s'agit bien de mucus. Pour cela on le traite sous le microscope par de l'acide acétique qui y fait apparaître des striations, ou on le dissout dans des alcalis dilués à chaud et ce filtrat transparent se trouble par l'acide acétique.

Dans le choléra les selles renferment des éléments d'aspect caractéristique, les *grains riziformes*, dont le nom indique bien l'apparence et où le microscope montre des débris épithéliaux. Les grains riziformes, surtout abondants dans le choléra indien, peuvent cependant s'observer dans certains cas de choléra nostras. Dans la dysenterie grave, où il se fait des nécroses de segments étendus de la muqueuse, on peut trouver dans les selles des *lambeaux de muqueuse* nettement visibles à l'œil nu (râclures de boyaux dans la dysenterie); dans ces cas d'ulcérations avec suppuration de l'intestin, les fèces renferment du *pus* reconnaissable aux leucocytes polynucléaires en dégénérescence. Exceptionnellement chez l'enfant dans certaines invaginations intestinales il peut y avoir élimination avec les matières du segment de l'intestin qui s'est nécrosé à la suite de l'étranglement. Enfin dans des cas de tumeurs de l'intestin (polypes, surtout cancers) il peut y avoir élimination de parcelles de tumeur dont l'examen histologique permet de fixer un diagnostic encore en suspens.

II

La parasitologie des selles comprend deux parties :

1° Les *parasites non bactériens*;

2° Les *microbes*.

Parasites non bactériens. — Ces parasites comprennent surtout les nombreuses espèces de vers intestinaux. S'il est une recherche qu'il convient de faire avec patience c'est bien celle des vers intestinaux et de leurs œufs. Leur nombre en est souvent très variable pour une même espèce, de sorte qu'il faut quelquefois des examens réitérés pour les découvrir. Dans un cas Lynch n'a vu les œufs du tænia saginata qu'à la onzième préparation. Les statistiques de cet auteur lui ont montré l'existence d'œufs d'helminthes dans 50 p. 100 des cas chez l'enfant d'un à quinze ans, et dans 33 p. 100 chez des individus de quinze à quatre-vingts ans. C'est là, comme on le voit, une assez forte proportion qui justifie cette recherche systématique toutes les fois qu'il y a des troubles dont on ne remonte pas facilement à la cause.

Les parasites qu'on rencontre dans les selles appartiennent à deux espèces : ce sont ou des vers ronds, des *nématodes*, ou des vers plats, des *trématodes*.

Les *nématodes* peuvent eux-mêmes être subdivisés selon leur taille. La plupart sont de petits volumes, constituent de petits vers blancs grisâtres. Les plus fréquents parmi eux sont l'oxyure, le tricocéphale. L'*oxyure*, très fréquent chez l'enfant, qui en a souvent un nombre considérable, a des œufs de forme assez spéciale; ils sont asymétriques, aplatis d'un côté, bombés de l'autre, et sortent quelquefois de l'anus en dehors des selles. La présence de ces parasites peut s'accompagner d'un vif prurit, qui peut devenir une cause de masturbation chez l'enfant.

Le *trichocephalus dispar* est remarquable par sa partie antérieure filiforme, tandis que la postérieure est plus grosse. Le mâle a une forme en spirales, la femelle un aspect flagellé; il est strié annulairement. Ses œufs sont remarquables par l'existence aux deux pôles de parties brillantes, muqueuses.

L'*anguillule* est renflée au contraire dans sa partie antérieure; on ne trouve pas de ses œufs dans les matières, les embryons étant déjà sortis de l'œuf dans l'intestin de l'hôte. Par ce caractère elle se différencie de l'*ankylostome*, parasite plus rare que ceux que nous venons d'énumérer, mais qui a causé des épidémies très graves d'une anémie simulant le type pernicieux (anémie des mineurs du Saint-Gothard), l'ankylostome ayant une bouche munie de mandibules qui percent la muqueuse et amènent des hémorragies prolongées et graves à cause du grand nombre des parasites.

Enfin, parmi ces nématodes de petite taille nous ne faisons que mentionner le *strongle duodénal*, cause de dysenterie en Egypte.

Comme grand nématode, nous n'avons qu'à signaler les *ascarides lombricoïdes*, ainsi nommés à cause de leur ressemblance avec des vers de terre; leur longueur varie de 15 à 30 centimètres. Ils sont souvent éliminés au cours des pyrexies (f. typh.) et on avait regardé sans raison sérieuse cette expulsion comme un phénomène critique.

Les *trématodes* eux aussi peuvent être subdivisés d'après leur taille, mais ceux qu'on rencontre habituellement atteignent des proportions énormes. Il n'y a guère en effet comme petit tænia qu'une espèce rare le *T. nana*, alors que nous avons parmi les grands vers plats le *tænia solium* ou armé de crochets, qui nous vient du porc, le *tænia inerme* transmis par la viande de bœuf, le *tænia mediocanellata* ou *saginata*; ces deux derniers montrent des cucurbitains avec sinus génitaux alternes; le *bothriocéphale*, qui semble provenir du poisson, est plus fréquent dans les régions voisines de la Suisse et en Allemagne. Ses œufs ont l'orifice génital sur la ligne ventrale. La longueur de ces divers helminthes est souvent très considérable. Ils mesurent d'ordinaire de 5 à 10 mètres, quelquefois jusqu'à 35. Pour ce qui est de la différenciation rapide entre le tænia solium et le tænia inerme dont le traitement est d'ailleurs le même, on peut dire que si les anneaux rendus le sont à l'insu du malade, en dehors des selles, et s'ils sont isolés, c'est du T. inerme, bien plus fréquent que l'autre, qu'il

(1) Schmidt. XVII[e] Congrès de médecine de Carlsbad, avri 1899.

s'agit (Laboulbène). Avant de donner un traitement il faut ne pas se contenter des dires du malade, se faire montrer les anneaux rendus pour s'assurer qu'il s'agit bien de tænias et non de fausses membranes ou de substances mal digérées.

Les helminthes, s'ils sont les plus fréquents, ne sont pas les seuls parasites animaux des selles. On a relaté des faits curieux où les fèces renfermaient des quantités d'œufs d'insectes, se rattachant selon les cas à diverses espèces : *anthomya*, *sarcophage carnaria* (1), *musca vomitoria*. Schlesinger et Weichselbaum (2) ont rapporté l'histoire d'un malade de vingt-deux ans, atteint d'accidents dysentériformes, qui après une abondante évacuation de larves de mouches présenta une rémission dans les symptômes. Bientôt réapparition des phénomènes; on perçoit au palper des tumeurs et le malade meurt avec des signes de sténose intestinale. Ces accidents ne purent être rattachés à d'autre cause qu'à cette *myase intestinale*. L'examen des selles doit être fait le plus tôt possible après l'émission afin d'éviter les erreurs provenant d'une contamination secondaire par les insectes venant déposer leurs œufs à la surface des excréments rendus. Il faut aussi savoir que l'issue des larves ne se fait qu'à certains moments, par vraies décharges. L'usage de la viande crue où ces insectes ont déposé des œufs semble être la principale cause d'infection dans ces cas.

Lynch a vu trois fois un infusoire, le *megastoma entericum*, dans la diarrhée d'individus atteints d'entérite, jamais chez des individus sains. Les parasites étaient très nombreux, animés de rapides mouvements; leur corps était transparent. A l'extrémité antérieure du corps on voyait une ventouse. Il semble que ces infusoires répondent à ce qui a été décrit sous le nom de cercomonas intestinal. A ce groupe il faudrait rattacher les *amibes* dont nous parlerons plus loin.

Bactériologie des selles. — L'étude bactériologique a montré que dès les premiers temps de la vie les selles sont un milieu essentiellement riche en germes. Moins abondants, moins divers chez le nourrisson alimenté exclusivement avec du lait, les microbes se multiplient beaucoup et les espèces observées deviennent nombreuses dès qu'intervient l'alimentation variée qui suit le sevrage. Les travaux d'Escherich en Allemagne, de Gilbert et son élève Dominici en France ont particulièrement contribué à nous faire connaître la flore de l'intestin. Le grand nombre des espèces microbiennes contribue à rendre particulièrement difficile l'isolement de ces microbes; d'autre part, les saprophytes empêchant souvent la prolifération en milieux artificiels des espèces pathogènes qui y poussent moins bien, et certains de ces microbes pathogènes pouvant exister aussi à l'état saprophytique, on comprend la difficulté qu'il y a à l'examen bactériologique des selles de déterminer la nature de l'infection intestinale. A côté de maladies spécifiques dont les agents étiologiques bien définis se trouvent dans les fèces, comme la fièvre typhoïde, le choléra, la tuberculose intestinale, la dysenterie des pays chauds, nous aurons à signaler les principaux résultats auxquels a conduit la bactériologie dans les entérites moins bien définies du nourrisson.

Auparavant il est nécessaire d'indiquer la *méthode générale de cet examen bactériologique*. La recherche des microbes se fait soit par examen direct en étalant un peu des matières entre deux lamelles ou par les cultures. L'étalement sur lamelles donne des indications immédiates; pour cela on dilue dans de l'eau un peu des matières à examiner, on en étend une mince couche entre deux lamelles, on sèche et on colore au violet phéniqué, au bleu de méthylène ou au violet de gentiane et à l'iode (réaction de Gram). Quant aux cultures elles se font sur plaques de gélatine ou gélose; on aura soin, en raison de l'abondance extrême des microbes, de ne prélever qu'une faible parcelle de matière, avec laquelle on ensemencera plusieurs plaques. Les dernières ensemencées seront moins riches en germes; l'isolement des diverses colonies y sera plus facile. On pourra alors repiquer les colonies principales pour en étudier les qualités biologiques. L'inoculation aux animaux fournira un complément utile de renseignements. Si l'on voulait faire un examen complet il faudrait y joindre des cultures anaérobies.

Parmi les *maladies spécifiques* dont le microbe se trouve dans les selles, l'une des plus importantes par sa fréquence est la *fièvre typhoïde*. La ressemblance du bacille d'Eberth avec le coli-bacille, la pullulation moins facile en culture du premier aisément masqué par l'active prolifération du second expliquent que cette recherche est assez délicate; aussi différents procédés ont-ils été conseillés; Elsner, il y a quelques années, avait préconisé pour cet isolement un milieu constitué de pomme de terre avec gélatine et iodure de potassium. Mais le procédé le plus commode est celui qu'a récemment décrit M. Chantemesse (1) et qu'il a désigné sous le nom de *gélo-diagnostic*. Cette méthode repose sur la résistance du bacille d'Eberth à l'acide phénique et l'absence de fermentation de la lactose. Par l'acide phénique on rend la gélose impropre à la culture d'autres microbes que le bacille typhique et le colibacille, et on différencie ensuite ces deux microbes par culture en milieu additionné de lactose et tournesol où les colonies colibacillaires deviennent rouges tandis que celles d'Eberth restent bleues.

Dans le *choléra indien* c'est dans les grains riziformes qu'il faut de préférence chercher les microbes; on étale de ces grains et on colore au bleu de méthylène; on monte la préparation dans l'eau, et on voit au microscope des bacilles de forme caractéristique, les bacilles virgules de Koch qui se décolorent si on les traite par la réaction de Gram. Aux données fournies par l'examen direct on ajoutera les renseignements que donne la culture; le bacille virgule a la propriété de pousser en voile à la surface du milieu parce qu'il est essentiellement aérobie; aussi on pourra faire l'ensemencement dans un milieu contenu dans des verres coniques (procédé de Schottelius). Ce microbe pousse bien sur la peptone gélatinisée et liquéfie la gélatine. La ressemblance du virgule cholérique avec des vibrions voisins qui peuvent exister dans des formes nostras a amené à chercher des caractères différentiels. Une réaction très connue est celle que l'on désigne sous le nom de choléra-roth, et qui consiste en une couleur rose violet provoquée par l'acide sulfurique pur ajouté au milieu des cultures, réaction due à la formation d'indol. Mais cette réaction est loin d'être caractéristique. On a encore donné comme moyen de diagnostic la possibilité par inoculation au cobaye de provoquer une péritonite

(1) Ewald. Soc. med. int. Berlin, in *Deuts. med. Wochens.*, 6 fév. 1902.

(2) Schlesinger et Weichselbaum. *Wien. klin. Wochens.*, 2 janv. 1902

(1) Chantemesse. Acad. de méd., 2 déc. et 20 mai 1902.

cholérique. Enfin Pfeiffer, dans une expérience fameuse parce qu'elle est à la base du procédé du séro-diagnostic, a vu se produire des phénomènes d'agglutination par inoculation avec les microbes au péritoine du cobaye de sérum d'un animal vacciné avec une émulsion de vibrions.

Dans la *dysenterie des pays chauds* les résultats bactériologiques ne se sont pas toujours montrés concordants. En dehors d'un bacille spécial décrit par MM. Chantemesse et Widal, quelquefois rencontré par d'autres auteurs, et qui n'est peut-être qu'un coli-bacille, le parasite le plus observé est l'*amibe du côlon*. Pour avoir le plus de chances de la découvrir il convient d'examiner les selles le plus tôt possible après l'émission; c'est dans les grumeaux qui y nagent qu'on les rencontre surtout. Elles se montrent sous forme d'une masse protoplasmique avec un noyau, un nucléole, des vacuoles, des granulations, et souvent des prolongements, des pseudopodes.

La *tuberculose de l'intestin* peut s'accompagner de la présence dans les selles du bacille de Koch. Girode avait déjà signalé ce fait dans sa thèse. Il avait trouvé le microbe au centre des grumeaux blanc jaunâtre qu'on voit dans les selles diarrhéiques de ces malades. Rosenthal (1) a conseillé de donner de la teinture d'opium, pour rendre les selles solides et de le chercher dans le muco-pus de la surface. Plus récemment Anglade et Chocreaux (2), examinant des selles de tuberculeux qui crachent, porteurs ou non d'ulcérations intestinales, y ont fréquemment trouvé le bacille de Koch et ont attiré l'attention sur l'importance de ce fait pour la transmission de la tuberculose.

Les microbes des diverses maladies infectieuses que nous venons de passer en revue peuvent *persister assez longtemps dans les selles*. Ce fait intéressant pour la tuberculose ne l'est pas moins pour la fièvre typhoïde. Récemment E. Lévy et H. Kayer (3) ont déposé des selles de typhiques non désinfectées dans une fosse cimentée et les y ont laissées séjourner pendant cinq mois d'hiver. Ces selles ont été ensuite répandues sur la terre en guise de fumier et exposées pendant quinze jours à la température de l'hiver. La recherche des bacilles typhiques y a été positive. Cette expérience montre le danger qu'il y a à fumer des terres avec des selles typhiques non désinfectées. Même après plusieurs mois les bacilles y persistent et peuvent être l'origine d'une épidémie. Cette question a été étudiée en France par MM. Würtz et Bourges (4) et ces auteurs ont montré les dangers de l'épandage avec des matières contaminées, les microbes pathogènes pouvant se retrouver dans les feuilles et tiges des végétaux qui poussent dans ces terrains. Les végétaux contribueraient autant que les insectes à exhumer les microbes.

Par l'étude bactériologique des selles on a cherché à éclaircir la pathogénie des diverses *infections intestinales du nourrisson*. Les travaux de l'école d'Escherich à l'étranger, en France de M. Hutinel et ses élèves, de Lesage, etc., ont jeté un peu de lumière dans ce chapitre encore bien confus de la pathologie infantile. On peut dire d'une manière générale qu'ici il n'y a pas d'agent pathogène vraiment spécifique, et que les diverses espèces saprophytiques peuvent venir à pulluler et engendrer des entérites. C'est ainsi qu'on a décrit fréquemment des infections dues au *colibacille*, le

(1) Rosenthal. *Centralbl. f. inn. Med*, 1899, n° 29.
(2) Anglade et Chocreaux. Soc. de biol., 19 avril 1902.
(3) E. Levy et H. Kayer *Centralbl. f. Bakt.*, band 33, 1903.
(4) Wurtz et Bourges. *Arch. de méd. expériment.*, juillet 1901.

grand saprophyte de l'intestin; d'autres fois ce sont des bacilles voisins, soit le bacillus mesentericus vulgaris, soit le bacille que Lesage a regardé comme agent causal de la diarrhée à pigment vert, soit le pyocyanique. On a reconnu d'après les recherches les plus récentes que c'était à tort que le colibacille à cause de sa facile pullulation dans les milieux de culture et de sa présence fréquente seul ou associé dans les entérites, a attiré toute l'attention des investigateurs. D'autres germes semblent jouer un rôle important et parmi eux le *streptocoque* mérite une mention particulière. Hôte normal lui aussi de l'intestin il peut pulluler et prendre le pas sur les autres; ces entérites streptococciques ont été particulièrement étudiées par Escherich et en France par Nobécourt, qui leur a consacré divers travaux (1). Ce streptocoque de l'intestin n'a pas de caractères particuliers qui le distinguent des autres streptocoques. Thiercelin a étudié des entérites dues à un diplocoque ressemblant au gonocoque et qu'il désigne sous le nom d'*entérocoque*. Certaines infections intestinales chroniques peuvent être dues à une symbiose de streptocoque et colibacille. Malgré l'intérêt scientifique de ces recherches elles n'ont malheureusement que peu d'importance au point de vue pratique, car la détermination du microbe pathogène ne comporte pas des déductions pronostiques ou thérapeutiques spéciales, attendu que nous n'avons pas de sérum spécifique efficace contre ces infections.

III

La dernière question qui nous reste à envisager est celle de l'étude du processus digestif par une méthode récemment préconisée par Schmidt (2) la *fermentation des selles*, méthode qui a été expérimentée par Harel, attaché à la clinique de Bard à Genève. La fermentation servirait à préciser le degré des altérations fonctionnelles de l'intestin, à contribuer au diagnostic différentiel entre les affections organiques et fonctionnelles, enfin à faciliter la détermination de l'origine intestinale de certains troubles observés.

Ce procédé repose sur l'existence d'une première fermentation rapide avec développement intense de gaz, laquelle commence de très bonne heure et cesse ou diminue au bout de vingt-quatre heures, et d'une seconde fermentation lente ne commençant que quand finit la première et se continuant quelques jours. La première, la plus importante, provient de la présence d'amylacées dans les selles; la seconde provenant de la décomposition des albumines peut donner des indications sur la manière dont se fait la digestion de ces substances. La technique de Schmidt et Strassburger est la suivante : on met les malades à un régime spécial ne donnant pas de fermentation chez un sujet sain. L'utilisation des hydrocarbures et la fermentation précoce sont en rapport inverse. On fera suivre au malade le régime pendant trois jours avant d'examiner les selles. On en prend alors 5 grammes environ, qu'on triture avec un peu d'eau et on met dans un appareil en U dont une branche est fermée et l'autre percée d'un orifice. La branche fermée est remplie d'eau. On met alors l'appareil à l'étuve, et s'il y a fermentation l'eau remonte dans le tube ouvert. Il n'y a plus qu'à lire la quantité de gaz dégagés.

Ces recherches intéressantes sont encore à un état presque embryonnaire, mais il y a tout lieu d'espérer qu'on arrivera

(1) Nobecourt. Th. de Paris, 1899.
(2) Schmidt. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1902.

en les perfectionnant à établir un *chimisme intestinal*, dont l'intérêt est d'autant plus grand que le rôle de l'intestin s'affirme de plus en plus comme supérieur à celui de l'estomac.

IV

Il résulte de cet exposé que les selles ont une grande *valeur diagnostique*, non seulement chez le nourrisson où elles constituent un des renseignements les plus précieux sur le fonctionnement du tube gastro-intestinal, mais aussi dans les autres périodes de la vie. C'est l'examen des matières qui, permettant de diagnostiquer un melœna, a pu dans certains cas frustes faire dépister une fièvre typhoïde latente jusqu'alors sous le masque d'une courbature ou d'un embarras gastrique. L'importance de l'état des selles est également tellement considérable dans les diverses variétés d'ictère qu'on a pu établir une classification reposant sur l'état de surcoloration (ictères avec polycholie) ou de décoloration des matières (ictère par rétention ou ictère avec acholie pigmentaire). Nous avons déjà dit l'intérêt qu'il y a à déceler des calculs biliaires dans les cas frustes de lithiase.

Lorsqu'on aura affaire à des troubles gastriques mal définis, souvent accompagnés de troubles nerveux, il y aura lieu de soupçonner l'existence d'helminthes certainement plus fréquente qu'on ne le dit, et dont la rareté relative tient à ce qu'on a le tort de ne pas examiner dans ces cas les selles d'une manière systématique comme on examine les urines. On a vu l'importance de cet examen des selles dans les épidémies d'ankylostomiases décrites sous des noms divers, anémie des mineurs d'Anzin, anémie du Saint-Gothard, tous noms qui traduisaient l'ignorance où on était de la cause première du mal; ce n'est qu'alors que l'épidémie sévissait déjà depuis assez longtemps et qu'elle avait fait de nombreuses victimes qu'on eut l'idée d'examiner les fèces, où on trouva la clef de l'énigme; c'est alors qu'on put prendre des mesures appropriées de prophylaxie. On peut dire que cet examen s'impose dans tous les cas d'anémie progressive. Au point de vue de l'hygiène sociale cet examen est très fécond en renseignements; il permet de dépister les premiers cas d'une épidémie cholérique sous la forme larvée de diarrhées banales, et d'assigner la durée d'infectiosité des selles typhiques. Enfin il est certain qu'avec les progrès de la chimie biologique nous en tirerons des notions de plus en plus précieuses relativement aux processus si importants de la digestion intestinale chez le nourrisson et chez l'adulte, et qu'avec le chimisme intestinal on pourra suivre les résultats de la thérapeutique prescrite.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(16 DÉCEMBRE 1903)

Une discussion s'est engagée sur la **staphylorraphie**, à propos d'une communication de M. Hermann sur les avantages de la staphylorraphie en deux temps.

M. Reclus a eu l'occasion de reconnaître les avantages de cette opération sur la staphylorraphie en un seul temps.

M. Félizet a confié plusieurs malades de son service à M. Hermann et il a pu constater la simplicité, la facilité de l'opération recommandée par M. Hermann et surtout ses excellents résultats. L'opération en deux temps, telle que le pratique M. Hermann, constitue pour M. Félizet la perfection et l'idéal.

Ce n'est pas l'avis de M. Sebileau, qui est resté fidèle à la staphylorraphie en un seul temps. Elle lui a toujours donné les meilleurs résultats. Aussi M. Sebileau considère-t-il les perfectionnements apportés par M. Hermann comme une complication inutile. Le procédé simple de l'opération en un seul temps lui a toujours suffi.

M. Schwartz fait un rapport sur une observation d'**urétéro-néo-cystostomie** pratiquée par M. Leguerne. Il s'agissait d'une malade qui était atteinte d'un gros fibrome utérin. Au cours de l'hystérectomie abdominale totale que pratiqua M. Leguerne pour enlever ce fibrome, un des uretères fut coupé et la vessie ouverte. M. Leguerne pratiqua, séance tenante, l'abouchement du bout central de l'uretère dans la vessie; il referma ensuite la vessie et la malade guérit. M. Schwartz fait observer qu'en pareil cas il ne faut pas hésiter à pratiquer soit l'urétérorraphie, si elle est possible, soit l'uretéro-néo-cystostomie.

M. Schwartz rapproche de ce cas ce fait qui lui est personnel : deux mois après une hystérectomie vaginale, il constate une fistule uretéro-vaginale. Bientôt survinrent des accidents de pyélonéphrite qui obligèrent à enlever le rein et une grande partie de l'uretère. Au cours de l'hystérectomie, l'utérus étant complètement adhérent à la vessie, celle-ci fut ouverte. M. Schwartz la referma, l'opération terminée. Or c'est secondairement que se produisit la fistule uretéro-vaginale.

M. Legueu rapporte un cas d'hystérectomie pour fibrome au cours de laquelle il eut l'impression qu'il avait coupé les deux uretères. Heureusement, ce n'était qu'une impression. Ce qu'il avait pris pour les uretères n'était que des conduits embryonnaires de Wolf ou des canaux para-ovariens très hypertrophiés. M. Legueu a raison d'appeler l'attention sur ces erreurs possibles.

M. Delbet, il y a plusieurs mois, a présenté à la Société des malades traités de **fractures de cuisse** par des appareils de marche. Cette communication a appelé, dans l'une des dernières séances, M. Hennequin, qui a fortement critiqué ces appareils et non moins énergiquement défendu le sien.

Une discussion est ouverte sur ce sujet. M. Berger déclare ne pas voir d'avantages à l'emploi de ces appareils de marche pour le traitement des fractures du fémur. Il croit que ce traitement a reçu sa solution parfaite avec l'appareil de M. Hennequin. M. Berger rappelle l'histoire de cet appareil, les différentes phases par lesquelles il a passé, les perfectionnements qu'a successivement apportés M. Hennequin. Le principe sur lequel il est basé, c'est-à-dire l'extension continue dans la demi-flexion, donne d'excellents résultats définitifs : parfaite coaptation des fragments, pas de raideur articulaire, pas ou presque pas de raccourcissement, la disposition de l'appareil qui permet de faire intervenir le massage, etc. Cet appareil répond à toutes les indications. Quels avantages peuvent présenter sur cet appareil les appareils de marche? Aucun, répond sans hésitation M. Berger.

M. Tillaux rappelle qu'il y a trente ans, il a, lui aussi, imaginé un appareil qui, depuis cette époque, n'a jamais cessé de lui donner les meilleurs résultats, et c'est à tort que M. Hennequin, dans sa communication, a écrit : « Où est l'appareil Tillaux? cela n'existe pas. » Cela existe si bien que cet appareil est depuis longtemps figuré dans les ouvrages de

M. Tillaux, qu'il n'en a jamais été appliqué d'autres dans ses services et qu'il donne les meilleurs résultats.

M. Walther présente un malade qui a été atteint d'une **plaie pénétrante de l'abdomen**. Son interne a fait aussitôt la laparotomie, a trouvé deux perforations intestinales qu'il a suturées; le blessé a très bien guéri.

M. Sébileau montre un séquestre qu'il a extrait au cours du traitement d'une **sinusite frontale suppurée**, traitement sur lequel il reviendra.

M. Toubert montre une **pièce dentaire** qu'il a extraite de l'œsophage par l'œsophagotomie externe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1902 :

1° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Labat (de Paris).

2° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Pialot, médecin consultant à Bourbon-Lancy; Remlinger, médecin-major, directeur de l'Institut Pasteur à Constantinople, et Schoull (de Tunis).

3° *Rappels de médailles d'argent à :* M. les docteurs Bernard, médecin consultant à Plombières; Dresch, médecin consultant à Ax, et Lamarque (de Bordeaux).

4° *Médaille de bronze à :* M. Réland, pharmacien-major de première classe des troupes coloniales.

Service des Épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1901-1902 :

1° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Chabenat (de la Châtre) et Hébert (d'Audierne).

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Courtarde (d'Outarville), Ficatier (de Bar-le-Duc), A.-J. Martin et Henry Thierry (de Paris).

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs André (de Toulouse) et Vergely (de Bordeaux).

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Cassedebat, médecin-major de première classe au 23e d'artillerie, à Toulouse; Clarac, médecin principal de première classe des troupes coloniales, directeur du service de santé à Madagascar; Fabre (de Commentry), Joly, médecin-major de première classe au 94e d'infanterie à Bar-le-Duc; Pic (de Lyon), Piquet (de Constantine), Pitance (de Saint-Moreil), Provendier, médecin-major de deuxième classe à la direction du service de santé du 10e corps d'armée, à Rennes.

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Desgranges (de Marchenoir), Frottier (du Havre), Hoël (de Reims), Raynaud, directeur de la Santé à Alger; Reumaux (de Dunkerque) et Schoull (de Tunis).

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Decouvelaëre (d'Hazebrouck), Dévé (de Beauvais), Guiraud (de Montauban), Alexis Moreau (de Lusignan), René Moreau (de Sens), Pillot (d'Auxerre), Félix Rey (d'Arles) et Rousselot-Benaud, médecin-major des troupes coloniales.

7° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Gauthier (de Charolles), Ott (de Lillebonne) et Saint-Martin, médecin-major de deuxième classe au 150e d'infanterie à Verdun.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement, à la disposition de l'Académie de médecine, une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge, et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or à :* l'Œuvre des hôpitaux marins, à Paris.

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Armaingaud, (de Bordeaux), Eustache, professeur à la Faculté de médecine de Lille; E. Maurel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse, et Metton-Lépouzé, inspecteur départemental de la Seine-Inférieure, à Rouen.

MM. Louis Bujeaud, commis à l'inspection des Enfants-Assistés de la Charente, à Angoulême; Cartier, inspecteur départemental du Pas-de-Calais, à Arras; Féraudi, inspecteur départemental des Alpes-Maritimes, à Nice; U. Fleury, sous-inspecteur des Enfants-Assistés de l'Orne, à Alençon; Georges Lafargue, ancien préfet, fondateur du Sanatorium de Banyuls-sur-Mer, à Paris; Lautré, inspecteur départemental de la Haute-Garonne, à Toulouse; J.-C Mathieu, inspecteur départemental de Seine-et-Oise, à Versailles, et Turquan, chef de division au ministère de l'Intérieur.

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Auvert, inspecteur départemental du Cantal, à Aurillac; Bauzon, à Chalon-sur-Saône; Bouju, inspecteur départemental du Loiret, à Orléans; Chavanon, inspecteur départemental de la Charente-Inférieure, à La Rochelle; Clary, inspecteur départemental du Lot, à Cahors, et Mazade, inspecteur départemental des Bouches-du-Rhône, à Marseille.

MM. Augé, inspecteur départemental de la Lozère, à Mende; Cambillard, inspecteur départemental des Hautes-Pyrénées, à Tarbes; Edelga, inspecteur départemental du Var, à Draguignan; Rebuffel, inspecteur départemental de l'Orne, à Alençon; Rouveyre, inspecteur départemental de l'Ardèche, à Privas, et Serrès, inspecteur départemental de la Nièvre, à Nevers.

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Butte (de Paris); Daubas, inspecteur départemental de Loir-et-Cher, à Blois; Depasse, médecin-inspecteur des enfants du premier âge, à Paris; Figatier (de Bar-le-Duc), Mazoyer (de Villefort), Venot, à Saint-Germain-en-Laye.

MM. Grégut, inspecteur départemental des Pyrénées-Orientales, à Perpignan; Marty, inspecteur départemental de l'Indre, à Châteauroux.

Au dispensaire des Enfants-Malades de Marseille.

A la Société de charité maternelle de Versailles.

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Benoist, inspecteur départemental du Morbihan, à Vannes; Desgranges, médecin de la protection de l'enfance, à Marchenoir (Loir-et-Cher); Hamel, inspecteur départemental de la Manche, à Saint-Lô.

MM. Caillot, inspecteur départemental du Cher, à Bourges; de Maisoncelle, inspecteur départemental de la Loire, à Saint-Etienne, et Sarraz-Bournet, inspecteur départemental de la Savoie, à Chambéry.

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bailly, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Beluze (de Paris), Campion, médecin-inspecteur des enfants du premier âge, à Paris; Carel (de Paris); Curie, médecin-inspecteur des enfants du premier âge, à Paris; Fornari (de Menton), Gagnière, médecin-inspecteur à Saint-Chef (Eure); Peyroux (d'Elbeuf) et Voix (de Troyes).

Mme Marie Cayrol-Blum (de Paris).

MM. Carré, inspecteur départemental de l'Aude, à Carcassonne; Collet, secrétaire en chef de la première division à la préfecture de police, à Paris; de Kenenburg (de Paris), Lardet, inspecteur départemental des Basses-Alpes, à Digne, et Marois, inspecteur départemental du Gers, à Auch.

Mme Badin (de Barentin).

7° *Rappels de médailles de bronze à :* M. le docteur Giry (de Briey).

MM. Em. Cannet, inspecteur départemental des Côtes-du-Nord, à Saint-Brieuc; Eynard, inspecteur départemental de

l'Allier, à Moulins; Gautier, inspecteur départemental de l'Isère, à Grenoble; Grèges, inspecteur départemental du Haut-Rhin, à Belfort, et Guillon, inspecteur départemental de la Meuse, à Bar-le-Duc.

SERVICE DE LA VACCINE. — *Prix et récompenses accordés à MM. les médecins et sages-femmes, pour le service de la vaccine en* 1902. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

I. De partager le prix de 1000 francs, de la manière suivante : 400 francs à M. le docteur Clarac, médecin principal de première classe des troupes coloniales, directeur de l'assistance médicale à Madagascar; 300 francs à M. le docteur Courgey (d'Ivry-Port); 300 francs à M. le docteur Léon Schwartz, médecin de colonisation à Oued-Marsa (Constantine).

II. *Des médailles d'or à :* MM. les docteurs Amigues, médecin aide-major des troupes coloniales; Bossion, médecin de colonisation à Saint-Arnaud-Eulmas (Constantine); Busquet, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire du Dey, à Alger, et Salanou-Ipin, médecin-major de première classe des troupes coloniales.

III. *Des rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Cassedebat, médecin-major de première classe au 23e d'artillerie, à Toulouse; Casteret (de Toulouse) et Ciaudo (de Nice).

IV. *Des médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Benoît et Roussel, médecins-majors de deuxième classe à l'Ecole du service de santé militaire, à Lyon; Deléarde (de Lille), Lacaze (de Montauban), Lafont, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Oui (de Lille), Pitance (de Saint-Moreil), Thibault, médecin aide major des troupes coloniales, directeur du Parc vaccinogène de Diégo-Suarez, et Raoul Violle, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales.

M. le médecin-vétérinaire Guérin, chef du laboratoire à l'Institut Pasteur, à Lille.

V. *Des rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Courtade (d'Outarville), Denizet (de Château-Landon), Dorain (de Nantes), Fuzet du Pouget (de Casteljau), Gros, médecin de colonisation, à Rébeval; Hellel (de Clichy), Le Guével (de Pont-l'Abbé), Perrin, médecin-major de deuxième classe de la compagnie des oasis sahariennes du Touat; Pethiot (du Conquet), Jean Poujol, médecin de colonisation à Aïn-Bessen; Trolard, directeur de l'institut Pasteur, à Alger, et de Welling (de Rouen).

Mme la sage-femme Virginie Jauze (de Tarascon).

VI. *Des médailles d'argent à :* MM. les docteurs Abet (de Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse), Amor (de Bône), Azema (d'Aurignac), Bailly, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Balestre (de Nice); Bégusseau (de Secondigny), Blanquinque (de Laon), Bompaire (de Millau), Bon (de Navarrenx), Bordone (de Frontignan), Boulogne (de Courrières), Brisard, médecin aide-major de première classe, attaché aux hôpitaux de la division d'Alger; Brohon (de Paris), Camus (de Nice), Canceuil (d'Elne), Canonne (d'Angers), G. Cazal (de Toulouse), Chambon, médecin aide-major de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire d'In-Salah; Darné (de Tournecoupe), Delahaye, médecin-major de deuxième classe au 4e tirailleurs algériens, à Foudouk-Djenid; Deumié, médecin-major de deuxième classe au 9e cuirassiers, à Noyon; Dorian (de Montmeyran), Dufestel (de Paris), Dufour (d'Espéraza), Duvernoy (de Valentigney), Gauthier, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire d'Aumale; Hugues-Amouretti (de Cannes), Larroux (de Castelnaudary), Le Moaligou (de Quimperlé), Lhomme, médecin aide-major des troupes coloniales; Gustave Martin, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales; Massion, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Noc, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales; Ogier (de La Verpillière), Palle (de Paris), Pellerin (de Neuilly-le-Réal), Planas (d'Etoile), Prax (de Limoux), Félix Rey (d'Arles), Roudouly (de Caussade), Rouveyrolis (d'Aniane), Henri Rouyer, médecin-major de deuxième classe au 3e bataillon de chasseurs à pied, à Saint-Dié; Louis Sandras, médecin aide-major de première classe au 2e chasseurs d'Afrique à Aïn-Sefra; de Sardac (de Lectoure), Trouillet (de Kairouan), Verdière (de Bertincourt).

MM. Laidet-Duperet, vétérinaire à Angoulême; Du Pasquier et Voisin, internes à l'hospice des Enfants-Assistés, à Paris.

Mmes les sages-femmes Arnal (de Montpellier), Bouillard (de Mâcon), Marie Boyer (de Carmaux), Cobigo (de Josselin), Cocandeau (de Saint-Ouen), Couturier (de Châteauroux), Crémazy (de La Bastide-de-Sérou), Délusseau (de Nontron), Dupach (de Belhade), Frary-Gross (de Paris), Gentilhomme, au Lion d'Angers, Grasset (de Rouen), Jeand'heur (de Valentigney), Labérenne (de Lavardac), veuve Maillard (d'Amiens), Mougenot (de Saint-Ouen), Moutarde et Parmentier (de Charleville), Pottier (de Saint-Georges-de-Montclard), Serceau (du Mans), Teissier (de Salon) et veuve Tonglet (de Thonne-le-Thil).

VII. *Des rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Aulas (de Firminy), Auvert (d'Aurillac), Bascoul (de Béziers), Bonnecaze (de Courbevoie), Boquel (d'Angers), Boucabeille, médecin-major de deuxième classe à Ghardaïa; Chabaud (de Nieigles), Daday (de Bourg-d'Oisans), Degrave (de Lagrasse), Delahaye (de Toulon), Delavalle (de Sailly-sur-la-Lys), Eymieu (de Cucuron), Fauré (de Loubens), Fodéré (de Saint-Jean-de-Maurienne), Gagnière (de Saint-Chef), Gaillard (du Creusot), Gaillardon (d'Aubeterre), Ganivet-Desgraviers (de Mansle), Genglaire (de Coucy-le-Château), Gilbert-Petit (du Mans), Girard (de Cannes), Gouez (de Plougastel-Daoulas), Grias (de Pont-Aven), Guélou (de Bourbriac), Guers (de Mouzaïaville), Hugues (de Loriol), Laboisne (de Chabanais), Latour (du Puy), Lemaire (de Plessé), Lequette (de Liévin), Manoël (de Toulon), Michaux (d'Aubervilliers), Quéré (de Callac), Rigodon (de Montbrison), Sagrandi, médecin-major de deuxième classe au 11e dragons, à Belfort; Sahut (de Gannat), Thomas (de Toulon), Tuefferd (de Montbéliard), Vibert (du Puy), Vivier (d'Angoulême) et Weydenmeyer (de Bourges).

Mmes les sages-femmes Aussourd (de Vierzon-Ville); Baudouin (de Vannes), Bisson (de Lisieux), Buckhardt (du Havre), Chauffour (de Miramont), Collomp (de Flayosc), Dinard (de Bourges), Ferré (de Massat), Labadie (de Lavardac), Laffont (de Grenade), veuve Le Bloaz (de Rostrenen), veuve Louis (de Ploëmeur), Machasky (de Nérac), Marhieu (de Villeneuve-sur-Lot), Mouro (de Rochefort-en-Terre) et Soubiran (de Nérac).

VIII. *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Angot fils (de Laval), Audoucet (de Verzenay), Aussenac (de Montredon-Labessonié), Boudon (de Canourgue), Brillaud (de Bressuire), Castille (de Dijon), Duplaix (de Paris), Glatard (d'Oran), Hugues (des Arcs), Lyons (de Colignac), Pallardy (de Lizay), Papillon et Veyrières (de Paris).

Mmes les sages-femmes Bonnemaison (de Tartas), Carcassès (de Saint-Julia), Jouannet (de Fontenay-aux-Roses), Malouvier (de Ségur), Mayart (de Mouy), Monteil (de Seilhac), Pommier (de Brive), Raux (d'Auxerre), Rouzier (d'Argenteuil), Roy (de Seboncourt) et Sart (de Labouheyre).

Tableaux synoptiques de physiologie à l'usage des étudiants et des praticiens, par le docteur BLAINCOURT. In-8 de 171 p. — Prix : cart., 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 148 — MARDI 22 DÉCEMBRE 1903. 76e ANNÉE. MARDI 22 DÉCEMBRE 1903. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

LES LAVEMENTS ALIMENTAIRES

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

On a pu croire assez longtemps que les lavements alimentaires étaient capables de remplacer à peu près complètement l'alimentation buccale; des recherches physiologiques, sur lesquelles nous ne pouvons insister ici, semblaient démontrer que le gros intestin absorbe une grande quantité de l'albumine et des hydrates de carbone introduits en lavement et il est de fait que l'introduction de peptones dans le rectum augmente l'excrétion d'urée et que les amylacés qui séjournent dans le gros intestin disparaissent à peu près complètement. Par contre les substances grasses contenues dans les lavements alimentaires ressortent presque intégralement (1).

Toutefois, il faut le reconnaître, employés systématiquement chez des malades privés de toute alimentation gastrique, les lavements alimentaires n'ont pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre. En général ils n'ont pu arrêter l'amaigrissement du malade que d'une façon très insuffisante, et nous voulons insister surtout sur ces expériences cliniques qui ont pour le médecin une autre importance que les conclusions des physiologistes que nous citions plus haut, conclusions qui peuvent toujours être troublées par quelque erreur d'interprétation.

A une lecture attentive des observations de malades soumis à l'alimentation rectale exclusive, on est frappé de la marche rapide de l'amaigrissement qui diffère peu en général de la perte de poids chez les individus soumis à l'inanition complète, mais pouvant boire à leur soif.

En effet, dans le jeûne absolu la perte de poids est très considérable pendant les premiers jours et peut atteindre 600 à 1 000 grammes et plus en vingt-quatre heures. Si le jeûne se prolonge cinq jours et au delà, la perte quotidienne diminue et varie entre 300 et 400 grammes.

Or que voyons-nous chez les malades nourris seulement par le rectum? La perte de poids quotidienne diffère peu des chiffres que nous venons de citer; c'est à peine si l'on peut relever une ou deux observations où la perte de poids n'a pas dépassé 100 à 200 grammes. Mais, dans le plus grand nombre de faits, l'amaigrissement a une allure plus rapide et atteint 300 à 400 grammes au moins pour chaque jour de jeûne. C'est la perte moyenne observée dans un jeûne complet un peu prolongé, lorsque l'organisme s'est adapté à un nouveau mode de vie aux dépens de ses propres réserves.

On n'observe pas d'habitude un amaigrissement aussi rapide que celui des sujets bien portants soumis à une inanition brusque, mais il ne faut pas oublier que les malades dont nous parlons et qui ont été mis aux lavements alimentaires, ont presque toujours réduit depuis longtemps leur ration quotidienne; ils n'ont pas une réserve de matériaux à dépenser largement pendant les premiers jours de jeûne. Leurs tissus vivent avec parcimonie; leur nutrition, comme on le sait, n'est pas comparable à celle des individus normaux. Ils sont dans la situation d'un animal mis pendant longtemps à l'inanition relative et que l'on fait jeûner brusquement; dans ces conditions, dans les premiers jours d'inanition, la perte de poids n'est pas très considérable.

Toutefois il existe quelques faits dans lesquels l'usage des lavements alimentaires a pu arrêter l'amaigrissement et même élever le poids du malade. Mais dans ces observations, très rares d'ailleurs, il s'agit de malades atteints d'ulcère de l'estomac avec sténose pylorique, vaste dilatation gastrique consécutive et vomissements abondants; les pertes de liquide considérables qu'entraînent l'hypersécrétion gastrique et les vomissements incessants, l'eau n'étant pour ainsi dire pas absorbée par la muqueuse de l'estomac, provoquent une véritable déshydratation du malade et un amaigrissement rapide. Les lavements alimentaires permettent à l'organisme de retrouver l'eau nécessaire à sa vie et l'augmentation de poids indique seulement un afflux nouveau du liquide, mais non pas une véritable reconstitution de tissus. On peut rapprocher de ces faits les expériences de Fleischer sur les chiens; privés d'eau et déshydratés par des diurétiques énergiques, ils présentaient au bout de deux à trois jours l'apparence d'animaux à jeun depuis dix à douze jours; mais dès qu'ils pouvaient boire,

(1) Pour plus de détail voir Jean-Ch. Roux. Des lavements alimentaires, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, mai 1899.

en trois ou quatre heures ils avaient repris leur apparence de chiens bien portants.

Est-ce à dire que les lavements alimentaires n'ont aucune utilité et qu'il faut renoncer à leur emploi? Ce serait dépasser notre pensée que d'en tirer ces conclusions extrêmes. Dans certaines conditions pathologiques, les lavements alimentaires constituent une ressource thérapeutique importante, mais il convient de savoir exactement ce que l'on peut en attendre.

Il est bien certain que l'eau et les sels sont parfaitement absorbés par le rectum; lorsque pour une cause ou pour une autre l'introduction du liquide par la voie gastrique est suspendue, il est facile de faire pénétrer par le rectum la quantité d'eau nécessaire à l'entretien de la vie; à cet égard les lavements peuvent remplacer en partie les injections sous-cutanées de sérum artificiel. Il est toutefois utile de mesurer chaque jour la quantité totale des urines lorsqu'un malade reçoit l'eau qu'il doit absorber seulement par le rectum. Il faut prendre garde que, sans en avoir la notion, le malade ne perde une grande quantité de l'eau introduite en allant à la selle trop souvent; le niveau des urines dans le bocal où on les recueille permet de connaître exactement la quantité d'eau qui a été absorbée par l'intestin; les urines ne doivent jamais tomber au-dessous de 500 centimètres cubes par vingt-quatre heures. Pour assurer l'hydratation de l'organisme, nous employons en général les lavements composés de 250 grammes d'eau légèrement salée, que l'on administre trois à quatre fois par jour.

Lorsque l'on veut donner à ces lavements d'eau une certaine valeur alimentaire, on peut les additionner d'une petite quantité de peptone, mais nous préférons les lavements alimentaires aux œufs. On bat soigneusement un ou deux œufs, blanc et jaune, dans un peu d'eau froide jusqu'à ce que l'albumine ne file plus; on ajoute alors 250 centimètres cubes d'eau tiède et 2 grammes de sel par œuf. Le sel paraît jouer un rôle important en modifiant la forme des mouvements péristaltiques et en étendant les lavements sur une plus grande surface de la muqueuse intestinale; l'absorption des substances alimentaires peut être ainsi un peu plus active. On peut même, dans certains cas, remplacer dans ce lavement l'eau par une quantité égale de lait. Mais nous ne sommes pas très partisans des formules complexes. Les lavements alimentaires, trop riches en substances nutritives, sont trop souvent mal gardés; ils provoquent volontiers l'irritation du rectum; le résultat est non seulement d'empêcher l'absorption des lavements trop riches en substances alimentaires, mais même de rendre impossible l'utilisation des injections rectales de la solution chlorurée sodique. La voie rectale se trouve dès lors fermée même à la simple hydratation.

Somme toute, nous considérons que, lorsqu'on a recours aux lavements alimentaires, il faut bien savoir que le malade se trouve de fait à un régime d'inanition à peu près complet; il faut donc ne les employer qu'en présence d'une indication absolument nette de suspendre l'alimentation gastrique, et veiller à deux choses, tout d'abord à assurer une absorption d'eau suffisante, et ensuite à ne pas provoquer d'inflammation rectale par l'usage de solutions ou d'émulsions de substances nutritives trop concentrées et trop irritantes.

AFFECTIONS OCULAIRES DU NOUVEAU-NÉ DUES A L'ACCOUCHEMENT

Par le docteur F. Terrien, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté.

Nous avons vu précédemment que la grossesse, l'accouchement et les suites de couches pouvaient retentir sur les yeux de la mère et être l'origine de complications oculaires diverses (1). Il nous faut étudier maintenant les conséquences de l'accouchement pour les yeux de l'enfant et les lésions possibles qui peuvent en résulter.

Elles peuvent se ranger sous deux chefs. Les unes reconnaissent une origine traumatique, les autres une origine infectieuse. Sans doute, la pathogénie des lésions d'un même groupe peut être très diverse, mais la cause générale demeure identique et permet cette classification.

Nous étudierons seulement ici les lésions du premier groupe : les lésions oculaires d'origine traumatique.

Le traumatisme est très variable. Tantôt il s'agit d'une compression prolongée de la tête fœtale à la suite d'un rétrécissement du bassin ou d'un séjour prolongé dans les parties molles. Ailleurs, ce sont les doigts de l'accoucheur ou les branches du forceps, maladroitement appliquées ou portant à faux, par suite d'une présentation vicieuse de la tête, et qui viennent blesser le globe oculaire ou ses annexes.

Les lésions oculaires peuvent être multiples et diverses. Le plus souvent, il s'agit de paralysies des muscles extrinsèques de l'œil, de l'orbiculaire ou de blessures superficielles intéressant les paupières, la conjonctive, l'orbite, voire même la cornée. Mais les membranes profondes peuvent être également intéressées. On peut donc envisager successivement, pour la commodité de la description, les paralysies musculaires, les blessures des parties superficielles du globe ou de ses annexes, compliquées ou non de fractures de l'orbite, et enfin les lésions des membranes profondes, qui ne peuvent être reconnues que par l'examen ophtalmoscopique. Ces diverses lésions peuvent d'ailleurs se combiner et exister en même temps, l'une étant la conséquence de l'autre.

Paralysies musculaires. — Elles paraissent plus fréquentes qu'on ne le dit en général. Elles peuvent intéresser la septième, la sixième, la troisième paire et même le grand sympathique, qu'elles apparaissent isolément ou que plusieurs nerfs se trouvent lésés à la fois.

Septième paire. — La paralysie faciale d'origine obstétricale n'est pas un accident rare. Elle est presque toujours périphérique et résulte le plus ordinairement de la compression du tronc nerveux à sa sortie du trou stylo-mastoïdien par l'une des branches du forceps (2). Elle est généralement passagère et ne dure que quelques jours; elle peut donc passer inaperçue. Il est cependant facile de la reconnaître à ses caractères habituels, qui se montrent surtout au moment des cris ou des pleurs du nouveau-né : la moitié de la face

(1) F. Terrien. Affections oculaires d'origine menstruelle, *Gaz. des hôpit.*, nos 108 et 111, 19 et 26 sept. 1903.

(2) Rappelons toutefois que la paralysie faciale peut reconnaître une origine nucléaire. Dans un cas observé par nous chez un enfant de huit jours, elle était déterminée par un noyau tuberculeux volumineux occupant presque toute la longueur de la moitié droite de la protubérance et faisant, en arrière, une légère saillie dans la cavité du troisième ventricule. Il dépassait en avant les limites des noyaux d'origine du moteur oculaire externe et du facial et intéressait le noyau d'origine du glosso-pharyngien. (F. Terrien. Soc. anat., 5 juin 1902.)

du côté paralysé demeure immobile et l'œil ne se ferme pas (lagophtalmos paralytique).

Si la paralysie persiste, on peut être amené, en vue de protéger la cornée, à pratiquer la suture des paupières (tarsorraphie médiane).

Sixième et troisième paires. — Ces paralysies sont souvent la conséquence de fractures des parois de l'orbite et peuvent alors s'accompagner d'autres lésions oculaires. Dans un cas de Bloch, il existait en même temps une atrophie optique du même côté, qui ne pouvait être expliquée que par une fracture siégeant au niveau du canal optique (1).

Lorsque la paralysie est due à la compression par l'une des branches du forceps, elle est essentiellement passagère et ne dure que quelques jours. Dans une observation de Nadaud, une paralysie du moteur oculaire commun disparut après quelques jours (2).

La paralysie de la sixième paire, surtout lorsqu'elle est incomplète, peut être d'autant plus facilement méconnue que l'enfant ne fixe pas. A mesure que celui-ci grandit, il se produit un strabisme convergent qui peut être confondu avec le strabisme concomitant. Aussi ces paralysies infantiles ne doivent-elles pas être négligées dans l'étiologie du strabisme.

Quatrième paire. — La paralysie du grand oblique peut exister seule. Dans un cas de Küstner, elle coïncidait avec une paralysie de l'oculo-moteur commun, du moteur oculaire externe et du facial, et était due à la fois à des hémorragies siégeant au niveau de la base du cerveau et à des lésions osseuses des parois orbitaires (3).

Quelle que soit d'ailleurs la variété de la paralysie, partielle, totale ou associée, le diagnostic est toujours difficile. Celle-ci peut être méconnue, puisque le symptôme capital de toute paralysie des muscles de l'œil, la diplopie, ne peut être recherché ici en raison du jeune âge du sujet.

Grand sympathique. — La paralysie du grand sympathique a été notée par Reese chez un nouveau-né à la suite d'une application de forceps (4). L'enfant présentait, en même temps qu'une très forte déformation du crâne, un rétrécissement de la fente palpébrale avec contraction de la pupille et léger enfoncement de l'œil dans l'orbite (enophtalmie), syndrome dû vraisemblablement à la blessure du ganglion cervical supérieur par l'une des branches du forceps.

Blessures du globe et de ses annexes. — *Paupières.* — Les parties le plus souvent blessées sont généralement les paupières, et déjà Pajot avait réuni dans une intéressante monographie (5) les lésions qu'on peut rencontrer soit à la suite de l'accouchement artificiel, ou même après l'accouchement spontané. Ce sont des hémorragies sous-cutanées, surtout au niveau de la paupière supérieure, suivies ou non de phénomènes inflammatoires, l'œdème des paupières, avec ou sans exanthème et compliqué ou non de conjonctivites.

Les déchirures et les plaies de cette région s'observent après l'emploi du forceps et le siège de la déchirure varie avec le point d'application.

Lorsque la paupière supérieure a été déchirée transversalement dans toute sa largeur, le releveur peut être intéressé et un ptosis en être la conséquence. Mais celui-ci est d'ordinaire peu à craindre, car la réparation des tissus est extrêmement rapide. Dans un cas observé récemment par nous avec le docteur Potocki, la paupière supérieure droite avait été coupée transversalement dans toute sa largeur par l'extrémité de la cuiller du forceps, à 5 millimètres du bord libre qui était presque complètement séparé du reste de la paupière. La cicatrisation se fit néanmoins très régulièrement et quelques jours après le ptosis avait presque complètement disparu.

Lorsque la plaie est irrégulière et très étendue, elle peut entraîner des cicatrices vicieuses et des rétractions cicatricielles de la paupière. Les déchirures de la partie interne peuvent intéresser en même temps les canalicules lacrymaux et nécessitent la suture des lèvres de la plaie après avivement préalable, afin d'éviter dans la mesure du possible la sténose des canalicules lacrymaux et le larmoiement pouvant en résulter.

Orbite. — Les fractures des parois de l'orbite sont presque toujours la conséquence d'une application malheureuse de forceps. Elles siègent de préférence au niveau de la voûte.

L'enfoncement de la face antérieure du frontal par la cuiller du forceps se rencontre assez fréquemment. Celui ci ne s'accompagne pas nécessairement d'une fracture de la voûte de l'orbite, mais il peut, lorsqu'il est très marqué, entraîner une luxation du globe en avant par suite du rétrécissement de la cavité. De toutes les fractures du crâne consécutives à l'emploi du forceps, celles du frontal sont les plus fréquentes, et en pareil cas la voûte orbitaire est intéressée une fois sur deux en moyenne. Le mécanisme est probablement le suivant : les deux parties orbitaires du frontal, comprimées latéralement pendant l'accouchement et ne pouvant chevaucher au niveau des sutures comme les autres os du crâne, se brisent, si leur courbure devient trop considérable.

Globe oculaire. — Les blessures du globe oculaire lui-même sont assez rares.

Il peut être luxé en totalité hors de l'orbite. L'accident est dû généralement à une fracture concomitante des parois de cette cavité ayant entraîné une hémorragie et une exophtalmie consécutive.

Cette exophtalmie peut également survenir quelques jours après un accouchement normal et reconnaît encore pour cause une hémorragie intra-orbitaire. Les hémorragies des paupières et de la conjonctive avec œdème de cette muqueuse accompagnent généralement l'hémorragie de l'orbite et permettent de la soupçonner. Le sang peut même apparaître dans la chambre antérieure (Lomer).

Ailleurs, la luxation du globe est due au refoulement des parois orbitaires, serrées l'une contre l'autre et qui chassent le globe en avant. C'est ainsi que dans un cas de Hofmann, l'enfant naquit avec un œil presque complètement détaché et pendant hors de l'orbite, retenu seulement à celui-ci par le muscle droit interne. Tous les autres muscles étaient sectionnés, ainsi que le nerf optique, et l'œil dut être enlevé. Il existait un large enfoncement du frontal droit, déterminé par la saillie du promontoire de la mère et la luxation du globe était due au refoulement en bas de la voûte orbitaire, venue presque en contact avec le plancher de l'orbite.

L'agent de compression peut encore être le forceps ou même les doigts de l'accoucheur qui pénètrent dans l'orbite croyant pénétrer dans l'anus. Bock, Berger et de Wecker

(1) Bloch. *Centralbl. f. prakt. Augenh.*, 1891, p. 134.
(2) Nadaud. Th. de Paris, 1872.
(3) Kustner. *Müller's Handbuch d. Geburtsh.*, III, 1889, p. 282.
(4) Reese. *New-York Eye and Ear Informary Reports*, janv. 1896.
(5) Pajot. Th. de Paris, 1853.

ont rapporté des cas de ce genre dans lesquels l'un des globes oculaires ou même les deux étaient complètement détruits.

Dans tous les cas de luxation plus ou moins complète du globe hors de l'orbite, il faut réduire la luxation en refoulant le globe en arrière et suturer les paupières au-devant de lui afin de maintenir la réduction. Mais quoi qu'on fasse la terminaison par suppuration est ordinairement la règle.

Lésions des membranes profondes du globe et modifications ophtalmoscopiques. — Elles sont caractérisées par des *hémorragies de la rétine*. Mentionnées pour la première fois il y a une vingtaine d'années par Königstein, qui les découvrit par hasard, en étudiant la réfraction du nouveau-né, elles ont été notées assez fréquemment depuis et se rencontreraient encore beaucoup plus souvent, croyons-nous. si tous les enfants étaient examinés systématiquement dans ce sens.

Ayant eu à diriger comme interne pendant toute une année le service de la crèche à l'hôpital Necker, nous avons examiné tous les enfants à ce point de vue et avons observé assez souvent des hémorragies de la rétine. Toutefois, les statistiques de Paul [34 p. 100] (1), de von Hippel [42 p. 100] (2) et de Schleich [32 p. 100] (3) nous paraissent donner une proportion un peu élevée. Sur 52 enfants âgés de six jours à six mois et examinés dans ce sens, nous les avons rencontrées 7 fois, soit une proportion de 14 p. 100 environ.

Ces hémorragies rétiniennes siègent tantôt d'un côté, tantôt des deux à la fois. Elles sont quelquefois disposées sous forme de stries radiaires, le plus ordinairement sous forme de taches irrégulières, car elles occupent le plus souvent les couches postérieures de la rétine. Leur nombre est très variable. Généralement discrètes et réduites à quelques petites taches disséminées, elles peuvent être très confluentes et occuper presque toute l'étendue de la rétine. Elles occupent de préférence la région du pôle postérieur et diminuent au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'ora serrata.

Leur coloration est rouge foncé et il s'agit presque toujours d'hémorragies veineuses. On le constate facilement lorsqu'elles sont discrètes : elles siègent alors de préférence au voisinage des veines et même recouvrent complètement le vaisseau. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement et lorsque les hémorragies sont considérables qu'elles peuvent pénétrer jusque dans le corps vitré.

Elles disparaissent d'ordinaire sans laisser de traces. Lorsqu'elles sont très étendues, elles peuvent laisser après leur disparition un léger trouble de la rétine ; mais jamais on ne constate après elles ces taches blanches qui s'observent après les hémorragies de l'adulte.

L'examen anatomique a montré que ces hémorragies, quelque loin qu'elles siègent dans les parties périphériques de la rétine, occupent toujours la couche des fibres nerveuses et la couche des cellules ganglionnaires. Au niveau de la macula, au contraire, elles siègent dans la couche des grains internes et la tache jaune est une des régions les plus fréquemment touchées. La rétine peut même être soulevée par l'épanchement de sang et il existe alors un décollement partiel en ce point. Toutefois ces hémorragies peuvent siéger également dans la choroïde et entre celle-ci et la sclérotique. C'est ainsi que chez un enfant de huit jours qui avait été accouché au forceps et dont les yeux purent être examinés anatomiquement quelques heures après la mort, nous trouvâmes la choroïde quadruplée de volume et transformée en une véritable nappe de sang (1). Les hémorragies siégeaient également dans le corps ciliaire et dans la rétine, mais les gaines du nerf optique étaient respectées.

Pathogénie. — Nous connaissons peu de chose sur la pathogénie de ces hémorragies. Elles sont dues vraisemblablement à la compression prolongée de la tête fœtale pendant le travail et différents facteurs peuvent les favoriser.

Ce sont le rétrécissement du bassin de la mère ou la longue durée du travail. Aussi ces hémorragies rétiniennes du nouveau-né se rencontrent-elles plus fréquemment chez les primipares que chez les multipares. Le mode de présentation ne paraît avoir aucune influence, mais il n'en est pas de même du poids du fœtus. Il semble résulter des recherches de Naumoff que les enfants ayant présenté des hémorragies rétiniennes à la naissance avaient un poids supérieur à la normale.

Sans doute faut-il aussi incriminer d'autres facteurs, le défaut de résistance du système vasculaire par exemple. C'est ainsi que les hémorragies rétiniennes se rencontrent plus fréquemment chez les prématurés que chez les enfants venus à terme.

Toutefois la compression paraît jouer le rôle principal, mais le mécanisme de celle-ci est loin d'être élucidé. On a supposé qu'elle pouvait entraîner une stase sanguine dans toute la région céphalique, d'où l'apparition des hémorragies rétiniennes; mais on devrait observer en même temps des hémorragies de la conjonctive, de la choroïde et de l'orbite, ce qui n'est pas le cas.

Pour expliquer la fréquence de ces hémorragies rétiniennes, il faut invoquer un autre mécanisme. On l'a cherché dans le chevauchement des os du crâne au moment de l'accouchement. Celui-ci entraînerait une diminution de capacité des espaces arachnoïdiens, une élévation de la pression intra-cranienne, le reflux du liquide céphalo-rachidien au niveau des gaines du nerf optique, d'où stase papillaire, compression de la veine centrale de la rétine et hémorragies consécutives. Si bien que l'élévation de la pression intra-cranienne donnerait lieu à des hémorragies de la rétine, tandis que l'augmentation de la pression dans toute la région céphalique donnerait lieu à des hémorragies de l'orbite, de la conjonctive et de la choroïde.

L'hypothèse est ingénieuse mais aurait besoin d'être confirmée par les faits anatomiques. On devrait en pareil cas trouver les gaines et les espaces vaginaux du nerf optique largement distendus au voisinage de la papille, ce qui n'est pas le cas. Dans l'examen anatomique que nous avons rapporté, ces espaces avaient leur calibre normal.

Pronostic. — Quel que soit d'ailleurs le mécanisme, le point à retenir est que ces hémorragies, à moins qu'elles soient très étendues, entraînent d'ordinaire peu de dommages et disparaissent sans laisser de traces. Le pronostic est donc relativement favorable, tout au moins lorsque ces hémorragies siègent en dehors de la macula. Si au contraire elles occupent la région de la tache jaune, siège

(1) Paul. Dissert. innaug., Halle 1900.
(2) Von Hippel. *Arch. f. Ophth.*, XLV, 1898, p. 313-321.
(3) Schleich. *Mitth. a. d. ophth. Klinik.*, Tübingen, II, 1884, p. 44.

(1) F. Terrien. Soc. franç. d'ophtalm., Cong. de mai 1902.

de la vision distincte, elles peuvent entraîner des modifications dans la structure de la rétine et être plus tard le point de départ d'une amblyopie soi-disant sans lésions, encore appelée « amblyopie ex anopsia ». De même les hémorragies de la choroïde peuvent laisser après elles des cicatrices atrophiques, qui, surtout si elles siègent au niveau de la macula, peuvent en imposer à l'ophtalmoscope pour un véritable colobome de la macula.

Traitement. — Le traitement de ces hémorragies rétiniennes n'existe pas. Elles seront presque toujours méconnues et disparaissent d'ordinaire sans laisser de traces. Lorsqu'elles sont très étendues, on pourrait hâter leur résorption par l'emploi de compresses chaudes appliquées sur les paupières et fréquemment renouvelées.

Mentionnons encore, parmi les modifications ophtalmoscopiques qu'on peut observer chez le nouveau-né, la *stase papillaire*. D'ordinaire bilatérale elle coïncide presque toujours avec une affection cérébrale et peut aboutir à l'atrophie. Toutefois c'est là une lésion rare. L'atrophie optique chez le nouveau-né et chez l'enfant reconnaît presque toujours pour origine une fracture des parois orbitaires, s'étant prolongée jusqu'au canal optique au moment de l'accouchement. Elle se manifeste par ses symptômes habituels : pâleur de la papille et rétrécissement des vaisseaux de la rétine.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(18 décembre 1903)

M. Lermoyez a retenu longtemps l'attention de la Société avec deux observations d'un très haut intérêt. Elles ont trait à l'ingestion et au séjour des **corps étrangers dans les voies aériennes.**

Dans un premier cas, il s'agit d'une jeune fille qui avala un noyau de pruneau. On ne put arriver à l'extraire malgré toute une série de recherches, et la malade mourut de broncho-pneumonie.

Le second cas est beaucoup plus encourageant. Il s'agit d'un ouvrier tapissier qui, en travaillant, avala brusquement un clou. On put, grâce à la radiographie merveilleusement réussie par M. Béclère, se rendre compte de la place exacte du clou et, grâce à une instrumentation spéciale, retirer le clou à l'aide d'un électro-aimant. Le malade guérit.

Ce qui est curieux, c'est de voir l'instrument dont on s'est servi. M. Lermoyez et M. Killian ont bien voulu, à l'issue de la séance, faire une démonstration de l'éclairage direct des bronches et de la technique que l'on peut dès maintenant employer pour retirer desdites bronches les corps étrangers enclavés.

C'est merveille de voir la simplicité de l'appareil et la simplicité de son mécanisme. Il semble que tout le monde pourrait s'en servir sans étude; et cependant, quelle habileté de main il doit falloir!

M. L. Jacquet présente un malade atteint d'**adéno-lymphite faciale et pelade de la barbe.**

Sur ce malade on peut constater une plaque de pelade mentonnière *gauche*, avec hypotonie cutanée très nette.

Cette pelade a succédé à une violente névralgie du maxillaire inférieur *gauche*, avec fluxion de la joue. Il y a hémi-hyperesthésie très vive, surtout profonde de tout le côté *gauche*, à maximum à la face et au cou. Enfin, il existe des lésions gingivo-dentaires en activité à la partie *gauche* du maxillaire inférieur.

Ces faits sont fréquents, bien que M. Jacquet n'ait pas réussi encore à convaincre les médecins de leur réalité ou de leur importance.

Mais, de plus, on trouve une adéno-lymphite aiguë, caractérisée par un cordon douloureux pré-massétérien, aboutissant à une glande sous-maxillaire. Cette adéno-lymphite, déjà constatée chez d'autres malades, est bien évidemment en rapport avec la lésion gingivo-dentaire et témoigne son activité. Mais a-t-elle un rapport avec la pelade? C'est ce qu'il est impossible de dire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(actes du 4 au 9 janvier 1904)

Examens de doctorat.

LUNDI 4 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Gautier, Retterer et Gley; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Remy et Broca (André); — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Terrier, Walther et Legueu; — (3e série) : MM. Tuffier, Mauclaire et Gosset; — M. Cunéo, suppléant.

MARDI 5 JANVIER, à une heure. — 3e (1re partie, oral), *Salle Charcot* : MM. Poirier, Albarran et Demelin; — (2e partie, oral), *Salle Vulpian* : MM. Dieulafoy, Chauffard et Guiart; — M. Méry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon Pozzi et Schwartz; — (2e série) : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Hartmann; — (2e partie) : MM. Ménétrier, Achard et Thiroloix; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bonnaire; — M. Langlois, suppléant.

MERCREDI 6 JANVIER, à une heure. — 2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Remy.

3e (2e partie, oral), *Salle Richet* : MM. Blanchard, P. Marie et Bezançon.

4e, *Salle Vulpian* : MM. Hayem, Dejerine et Wurtz; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 7 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Poirier et Albarran.

3e (1re partie, oral), *Salle Richet* (1re série) : MM. Guyon, Remy et Maygrier; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Le Dentu, Bonnaire et Launois; — (2e partie, oral), *Salle Thouret* : MM. Hutinel, Achard et Jeanselme.

4e, *Salle Vulpian* : MM. Joffroy, Netter et Chassevant; — M. Thoinot, suppléant.

VENDREDI 8 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Widal et Teissier.

4e : MM. Pouchet, Wurtz et Desgrez; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Walther; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Legueu; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Sébileau, suppléant.

SAMEDI 9 JANVIER, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Hartmann, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le jury de concours, qui s'ouvre aujourd'hui lundi, est composé de MM. Florand, Souques, Brocq, Toupet, Michaux, Schwartz, Souligoux, Delens, Bar et Tissier.

Facultés de médecine. — *Concours de l'agrégation* (médecine). — Le concours d'agrégation a commencé le vendredi 18 décembre, à cinq heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le jury est composé de MM. les professeurs Bouchard, président; Raymond, Gilbert, Landouzy, Gaucher (de Paris), Ferré (de Bordeaux), Spillmann (de Nancy), Tripier (de Lyon), Mairet (de Montpellier).

Les candidats dont les noms suivent ont subi la première épreuve (leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation) :

Vendredi 18 décembre : MM. Hoche, Ingelrans et Milian; — samedi 19 : MM. Dalous et Castaigne; — lundi 21 : MM. Macaigne, Cruchet et Sergent.

Les autres candidats passeront dans l'ordre suivant :

Mardi 22 : MM. Bergé, Claude et Ardin-Deltheil; — mercredi 23 : MM. Lépine, Lesieur et Moriceau-Beauchamp ; — jeudi 24 : MM. Baylac et Auclair ; — lundi 4 janvier : MM. Gallavardin, Sicard et Richon ; — mardi 5 : MM. Micheleau, Raviart et Perrin ; — mercredi 6 : MM. Laignel-Lavastine, Abadie et Carnot ; — jeudi 7 : MM. Martin, Garnier et Pauly; — vendredi 8 : MM. Balthazard, Thomas et Mayet; — samedi 9 : MM. Labbé, Arloing et C. Garnier; — lundi 11 : MM. Bernard, Vergé et Péhu; — mardi 12 : MM. Charvet, Lereboullet et Apert; — mercredi 13 : MM. Cade, Cestan et Josué; — jeudi 14 : MM. Nicolas, Guillain et Brouardel.

— *Lyon.* — M. Voron a été nommé chef de clinique d'accouchement à la Charité et M. Charles Gonnet, chef de clinique adjoint.

Écoles de médecine. — *Nantes.* — M. le docteur Ch.-L. Mirallié est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale.

M. le docteur Monnier est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie interne et de pathologie générale.

M. Allaire est prorogé pour trois ans dans ses fonctions de chef des travaux de physique.

M. Jossu est nommé prosecteur.

M. Chapiet est chargé des fonctions de prosecteur pendant l'année 1903-1904.

Guerre. — Par décret en date du 6 décembre 1903, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Sarrot, Tollemer, Minelle, Bazor, Descouleurs, Debains, Mercier, Raynaud, Haulin, Decrand, Lemesle, Chollet, Venassier, Bertrand, Santenoise, Petitpas, Defaux, Clavaud-Ribourgeon, Piquet, Martel, Drouard, Maleterre, Husson, Massey, David, Herard, Marty, Buisson, Pelon, Braun, Borel, Chastanet, Bonnifay, Cazal, Jullien, Pottevin, Mulé, Friteau, Caboche, Sorel, Adot, German, Demange, Casse, François, Dreyfus, Dupont, Paquy, Richaud, Cavalié, Brunschwig, Billard, Grosmaire, Thévenot, Piéry, Micheleau, Decloux, Gosset et Briançon.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Arviset, Valette, Roule, Sicard, Bouquet, Cazes, Guay, Isch-Wall, Hélary, Radiguet, Renault, Gaye, Blaire, Le Febvre, Pescher, Brisson, Marot, Frèche, Duchateau, Dezwarte, Leredde, Dercheu, Cazanove, Dengler, Mulliez, Fabre, Labitte, Barbet, Legras, Colin, Renous, Gotchaux, Thévenel, Tripier, Carlotti, Cuniot, Barth, Manard, Galmard, Lavergne, Lacomme, Dande-Lagrave, Lemaire, Cautru, Pèkle, Lestra, Sabouraud, Chanut, Guérin, Guyon, Gosse, Boularan, Julié, Baysselance, Guitton, Bellot, Moret, Couvreur, Calbet, Guignabert, Gravier, Rey, Deronde, Meige, Delaunai, Piquet, Bonnaud, Moissy, Vincenti, Dardenne, Bouyssou, Bron, Laurençon, Chantier, Mauran, Debès, Reynaud, Berceot, Miquet, Clément, Page, Lecœuvre, Madinier, Charpentier, Rolland, Perruchet, Jouve, Benoit, Deroubaix, Rosenthal, Bereaux, Clarac, Mouflier, Reysset, Harou, Malley, Chabrand, Bourgouin, Bardel, Morin, Delacour, Cauquil, Belloir, Bardol, Chevillot, Michel, Martel, Jany, Molle, Jeanpierre, Reynes, Souligoux, Ventnejol, Roche, Charlier, Vergez-Honta, Nux, Fonvieille, Soulié, Métras, Forissier, Halipré, Simon, Loug, Parisot, Leblanc, Leterrier, Bresset, Fabre, Plicot, Jeannin, Delabost, Chapt, Pètre, François dit Jonchères, Lanos, Potier, Bloch, Patin, Astruc, Domer, Dupeyron, Gravière, Bailly, Cossa, Dubourdieu, Michel, Morault, Lapicque, Leseigneur, Gillé, Bonnemaison, Jay, Degrange, Andrain, Lauzeral, Mary, Angirany, Negre, Groll, Guyon, Corby, Ancelet, Peries, Milhau, Joy, Diousidon, Farina, Prieur, Lebon, Jay, Thibaudier, Abadie, Spindler, Rivière, Degos, Jones, Roux, Briault, Harada, Petit, Iscovesco, Basset, Malapert, Simon, de Crevoisier, Schwartz, Cossin, Damaye, Gazel, Davin, Boel, Mahé, Dauriac, Herbert, Frey, Touche, Choppin, Leblond, Blanc, Favre (Jean), Gonnon, Beylot, Chevallier, Favre (Pierre), Klein, Faure-Miller, Gellé, Bouquet, Apert, Brodier, Gauthier, Bès, Allemand, Jourdan, Mougin, Matton, Sempé, Valette, Arthus, Sorel, Cros, Gastou, Walch, Girard, Steeg, Campistron, Gouin, Lefebvre, Gesland, Delanglade, Vandermeersch, Robert, Veillon, Cleuet, Chemin, Arrou, Rauline, Carrié, Lenoble, Leray, Escat, Brouardel, Dedieu, Lemansky, Kuss, Gervais de Rouville, Banzet et Jouanneau.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Helme (de Paris) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Emploi de la viande crue de cheval dans les hôpitaux de Paris. — Une commission administrative et technique est chargée d'étudier l'emploi de la viande de cheval sous forme de viande crue hachée pour le traitement de la tuberculose ou d'autres maladies.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-neuvième semaine, 940 décès, au lieu de 894 pendant la semaine précédente (moyenne 1051).

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (moyenne 9).

La rougeole a causé 4 décès (moyenne 4); la scarlatine, 2 décès (moyenne 2); la coqueluche, 1 décès (moyenne 4); la diphtérie, 5 décès (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux signalés est en légère diminution (72 au lieu de 82), et au-dessous de la moyenne 100.

La variole n'a causé aucun décès parisien.

La diarrhée infantile a causé 19 décès de 0 à 1 an, au lieu de 24 pendant la semaine précédente (moyenne 26).

En outre, 29 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 159 décès au lieu de 166 pendant la semaine précédente (moyenne 199). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 18 décès (moyenne 19); bronchite chronique, 21 (moyenne 29); pneumonie, 30 (moyenne 45); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 90 (moyenne 106), dont 35 dus à la congestion pulmonaire et 43 à la broncho-pneumonie. En outre, 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 216 décès; la méningite tuberculeuse, 26; la méningite simple, 12; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès.

Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'an. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de première et de deuxième classe, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés jusqu'au 31 décembre 1903, valables 20 jours : donnent droit à deux arrêts en cours de route tant à l'aller qu'au retour.

Faculté de prolongation une ou deux fois de 10 jours, moyennant 10 p. 100 du prix du billet.

Prix pour Nice : 1re classe, 182 fr. 68; 2e classe, 131 fr. 50.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 149. — JEUDI 24 DÉCEMBRE 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 24 DÉCEMBRE 1903. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas samedi.

CLINIQUE CHIRURGICALE — HOTEL-DIEU

LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE ET SES DÉVIATIONS

CONDITIONS FONDAMENTALES ET NÉCESSITÉS PRATIQUES D'APPLICATION DE LA MÉTHODE

Par le docteur J. Lucas-Championnière.

Messieurs,

Je voudrais, en recommençant ces leçons, vous donner une idée nette de l'état actuel des doctrines et de la pratique chirurgicale pour vous démontrer la nécessité de suivre de près une doctrine et une pratique sévères, pour vous détourner des écarts que l'imagination de nos contemporains inflige à une méthode qui n'avait été instituée qu'après une étude faite avec un esprit pratique avéré et qui avait subi l'épreuve du temps.

Je voudrais, non pas vous convaincre qu'il n'y a pas de progrès à faire après la méthode chirurgicale de Lister, mais que ce progrès ne peut avoir pour base la fantaisie de l'esprit hanté par l'éclectisme le plus dangereux ou les conceptions trop faciles de ceux qui, dans notre art, introduisent des notions théoriques par trop simples et oublient les nécessités pratiques sans lesquelles nos actes chirurgicaux perdent le meilleur de leur sécurité.

Tirant sa méthode de chirurgie antiseptique de la théorie des germes de Pasteur, Lister n'avait pas fait une œuvre simpliste de physiologiste ou d'expérimentateur. Il avait agi en grand clinicien. Ceux qui sont venus après lui peuvent se diviser en ceux qui ont pensé que l'immense progrès chirurgical qu'il avait consacré méritait, non d'être remplacé, mais d'être perfectionné avec les progrès de la science, et ceux qui ont pensé qu'ils pouvaient impunément bouleverser cette œuvre en oubliant les préceptes cliniques fondamentaux établis sur de solides observations. Ces derniers, dans leur action destructive, ont perdu une partie du progrès acquis auquel on devra revenir par une réaction qui ne me paraît pas pouvoir être lointaine.

Lister ne s'était pas contenté, comme l'imaginent beaucoup de chirurgiens qui l'ont mal étudié, ou qui ne l'ont pas étudié du tout, de dire que les germes déterminent les complications chirurgicales et qu'en les supprimant on supprime ces complications des plaies, d'où la réduction de la mortalité des opérations.

En montrant l'intervention des germes infectieux et autres dans les phénomènes de réparation, Lister a étudié et déterminé la marche et la nature des phénomènes de réparation avec un sens clinique extraordinaire, et de ces études il a fait naître une chirurgie nouvelle touchant à la perfection.

Il a fait connaître des conditions inconnues de la réparation des tissus; il a montré la marche des fluides épanchés, il a montré les modes de résistance des éléments organiques, la réparation par le caillot, le mode nouveau de fermeture des vaisseaux avec les ligatures perdues, le mode spécial de réparation de l'épiderme, etc.

Aussi la méthode de Lister n'est pas une espèce de pansement, mais bien un ensemble de traitement chirurgical tout à fait homogène qui pouvait, comme toutes choses, subir l'action du progrès. Mais il fallait une juste prudence; il était à la fois injuste et mauvais de toucher sans nécessité aux conditions fondamentales de l'œuvre.

Les principales et graves modifications que l'on a fait subir à la méthode de Lister peuvent être groupées de la façon suivante :

Diminution de la puissance des antiseptiques. — C'est au début surtout que nombre de chirurgiens, qui n'avaient rien compris au mode d'application des antiseptiques, se sont avisés de critiquer sa manière et l'ont modifiée en atténuant sans raison les proportions des antiseptiques employés, avec des résultats déplorables du reste, qui n'ont pas peu contribué à retarder la généralisation de la méthode, mais n'ont guère laissé de traces.

Une autre modification tout opposée a été l'*augmentation* de la puissance des antiseptiques, *pour mieux faire que le maître*.

Enfin, bien des gens, se disant que le fondement de la méthode étant l'emploi des antiseptiques, il était indifférent de *varier* les substances à employer *par la seule considération de leur valeur antiseptique* étudiée en dehors de la chirurgie, les ont *changées*.

On les a changées sous prétexte de mauvaise odeur. On a adopté des substances dites plus puissantes que l'acide phénique.

Enfin, on a fait mieux encore *en supprimant* toutes les substances antiseptiques sous prétexte que les germes pouvaient partout être supprimés par une stérilisation physique.

J'ajouterai volontiers que cette œuvre de destruction chirurgicale a été complétée par l'intervention de gens bien moins chirurgiens, qui voyant que l'antisepsie et l'emploi de moyens de stérilisation réduisaient la mortalité, empêchait dans une certaine mesure les hécatombes qu'engendre le défaut d'éducation chirurgicale, se sont imaginés que la chirurgie était *mise à la portée de tout le monde* et que pourvu qu'on se fît construire une salle d'opération aussi pure que brillante, on pouvait aborder sans crainte la pratique la plus difficile de la chirurgie.

Je voudrais vous montrer quelle besogne mauvaise et ingrate on a faite, et vous indiquer comment l'observation de principes plus corrects doit vous mener à profiter de tout le progrès Listérien que l'on a gaspillé à plaisir depuis quelques années.

Je voudrais vous montrer pourquoi, malgré toutes les ressources nouvelles, on a perdu une partie des bénéfices de la méthode de Lister, pourquoi vous verrez continuellement dans les services que vous parcourrez en France comme à l'étranger de petites suppurations, quelques réunions manquées, des désunions de plaies que l'on ne devrait pas voir, que l'on ne voyait pas chez Lister, des éliminations de fils qui constituent, pour certains chirurgiens, une complication si habituelle qu'ils recourent aux précautions les plus extraordinaires pour les éviter.

Je voudrais vous montrer pourquoi avec leur prétendu progrès, alors que nous devrions faire mieux que Lister, les chirurgiens recommencent à s'adresser aux architectes, n'osent plus opérer franchement dans le milieu hospitalier, cherchent à le modifier à grands frais en séparant les malades en catégories invraisemblables.

Je voudrais vous montrer enfin pourquoi, malgré l'immense progrès réalisé en chirurgie abdominale, la chirurgie articulaire que vous me voyez chaque jour pratiquer dans un mauvais milieu sans incident donne à certains chirurgiens des résultats si misérables qu'ils doivent la déconseiller ou qu'ils feraient mieux de ne pas la faire.

Quels sont donc ces principes fondamentaux de la méthode de Lister qui sont d'importance si capitale qu'il ne faut pas y toucher et que depuis Lister on n'a pu rien y ajouter de nouveau?

Il y a d'abord la théorie des germes proprement dite. Lister avait montré que les phénomènes de la réparation dans l'organisme devaient suivre un cours régulier tant que les germes n'intervenaient pas.

Il montrait qu'il y avait dans le milieu ambiant et partout deux espèces de germes, les germes infectieux qui étaient les causes de l'origine des complications des plaies et de la suppuration, les germes plus communs et moins dangereux qui provoquent seulement la suppuration. D'après lui, tous germes, de quelque sorte qu'ils fussent, devaient être éloignés de la plaie, sous peine de suppuration. Sans méconnaître aucune des autres localisations des germes Lister avait beaucoup insisté sur les germes de l'atmosphère qui sans cesse peuvent venir en notre champ opératoire. Pour les écarter et les anéantir, il conseillait la pulvérisation au cours de l'opération et l'opération terminée le nettoyage antiseptique de la plaie.

On a commencé par contester toutes ses propositions et nous persuader que l'atmosphère ne contient pas de germes, on avait voulu convaincre Lister lui-même.

On a recours aujourd'hui à des expériences sérieuses et voici qu'on constate que l'atmosphère contient des germes. Dans une communication récente à la Société de chirurgie, M. Quénu constatait que les germes se trouvent dans l'air de toutes les salles et proposait de revenir à la pulvérisation que l'on a si solennellement condamnée que son usage est devenu impossible dans la pratique courante.

Cette notion des germes atmosphérique suffit à elle seule à justifier la nécessité de ne point terminer une opération sans la purification antiseptique d'une plaie exposée à les recueillir sous peine d'insuffisance de toutes les autres précautions.

On a voulu, en faisant la séparation des germes infectieux et de germes ordinaires ou inoffensifs, nous faire admettre qu'il est inutile de se protéger contre ceux-ci et que la survenue de germes n'a pas en elle-même une importance capitale.

Lister n'avait pas méconnu cette différence, mais il avait affirmé que malgré cela tous les germes, quels qu'ils fussent, étaient offensifs et que ceux qui négligeraient les germes dits inoffensifs auraient des accidents dits bénins, suppurations secondaires plus ou moins bénignes, éliminations, désunions, etc., etc.

Tandis que Lister insistait sur la nécessité de détruire tous les germes, on nous apportait la notion nouvelle de la phagocytose en nous affirmant que les phagocytes mangeraient les germes que nous aurions laissés passer.

Or le phagocyte aidant ainsi à la réparation il faut craindre de le détruire ou de l'empêcher de se développer par le contact intempestif de l'antiseptique. De là la proscription des antiseptiques.

En admettant la théorie du phagocyte il est bien plus simple de ne pas compter sur son aide. Même avec cette notion il est capital de ne rien laisser passer.

La théorie du phagocyte n'est du reste qu'un mode d'interprétation des phénomènes normaux de la réparation que Lister avait si bien exposés.

Il avait dit : « L'antiseptique est aussi dangereux pour la vie et pour la réparation de l'élément anatomique que pour la vie des germes, aussi faut-il en user mais ne point en abuser pour laisser à l'économie tous ses moyens de défense. »

Ces moyens de défense Lister les avait étudiés dans tous leurs détails en étudiant les phénomènes de réparation.

Il avait commencé par montrer que les dissemblances dans les phénomènes de la réparation tenaient non à la dissemblance des tissus mais à l'intervention des germes. Une fois l'intervention des germes supprimée la réparation des tissus devait être la même pour tous ces tissus.

Mais partout l'augmentation de la pression par les épanchements de sang ou de sérosité forme un obstacle à la réparation et prépare des phénomènes inflammatoires. Il faut éviter les phénomènes de tension qui peuvent à eux seuls constituer des obstacles à la réparation avec fièvre. De là la nécessité générale du drainage. La présence des caillots sanguins doit jouer dans cette réparation des phénomènes spéciaux.

La protection de la ligne superficielle de réparation des

plaies doit être absolue contre les germes comme contre les antiseptiques.

Les corps étrangers bien antiseptisés et absorbables doivent être protégés contre toute action des germes ou des irritants.

Lister avait montré qu'en pratique avec l'antiseptique déterminé la purification peut être faite pour le champ opératoire, pour les mains, pour les instruments, pour tous les éléments qui peuvent venir en contact avec la plaie.

L'antiseptique doit être employé directement sur la plaie en quantité suffisante pour assurer la purification de la région. Il ne doit jamais être employé en excès et surtout il ne doit pas être employé en action permanente.

La plaie doit être protégée contre toute action de germe ou de substance irritante, d'abord par la réunion par première intention puis contre l'action des antiseptiques.

En mettant au contact de la plaie un protective, c'est-à-dire une substance non antiseptique mais bien pure, Lister avait réalisé la perfection du pansement qui a été trop facilement abandonnée. Les substances seulement stériles en topiques accumulés ne réalisent pas du tout le même objet et ne donnent pas la même perfection.

Les parties constituantes du pansement antiseptique ont été employées très variables par Lister mais toujours dans le même sens.

Le drainage habituel des plaies a été pour lui une condition favorable de la réparation des plaies. Mais il n'en était pas une condition indispensable.

Lister a surtout insisté sur la nécessité de la protection des plaies, jusqu'à la cicatrisation la plus parfaite.

En ce qui concerne l'antiseptique il a prôné l'acide phénique, puis il a examiné un peu tous les antiseptiques que l'on a proposés.

Il a essayé divers sels mercuriels. En fin de compte, après avoir bien établi que la chirurgie antiseptique pouvait se faire avec tous les antiseptiques il a montré que l'acide phénique était de tous les antiseptiques celui qui en pratique lui avait donné les résultats les plus réguliers, les plus faciles à obtenir, le moins d'accidents, celui qui était susceptible de la généralisation la plus étendue.

La constance de son action qu'aucune circonstance ne diminue, la facilité avec laquelle il imprègne les celllules épidermiques avec laquelle il imbibe les tissus, le fait qu'aucun liquide organique ne modifie son action le rend l'agent le plus précieux si difficile à remplacer.

Antiseptiques trop faibles. — Beaucoup de chirurgiens qui n'avaient rien compris aux découvertes de Lister se sont avisés qu'il abusait des antiseptiques et se sont mis à en user un peu, à les diminuer, à les varier.

Leur chirurgie est sans doute devenue moins meurtrière que lorsqu'ils employaient des cataplasmes, de la charpie et du cérat. Mais ils n'ont en réalité point participé au mouvement moderne, quoi qu'on vous en dise tous les jours, et n'ont joué aucun rôle dans le progrès de notre chirurgie qu'ils n'ont jamais pu pratiquer. Leurs résultats misérables n'ont laissé aucune trace.

De 1875 à 1885 vous pourriez mettre dans cette classe l'immense majorité des chirurgiens que l'on vous cite actuellement comme des Maîtres et qui sont cependant restés en dehors de tout progrès.

Abus des antiseptiques. — Pour avoir été moins nombreux ceux qui ont abusé des antiseptiques n'en ont pas moins joué un rôle bien plus important. Ils se sont dit, « puisque les antiseptiques donnent la base de tout traitement chirurgical, puisqu'ils sont supportés par les tissus d'une manière tout à fait inattendue, en abusant, en allant bien au delà de ce que Lister a conseillé nous ferons bien mieux encore. »

Le plus célèbre de tous est Volkmann, qui s'est mis à n'employer exclusivement que la solution forte d'acide phénique et cela en une telle abondance qu'il la versait avec des arrosoirs, et que, dans son amphithéâtre, on circulait avec des sabots. Il employait ensuite des monceaux de gaze phéniquée.

Volkmann était un grand chirurgien, il modifia si merveilleusement les résultats de la chirurgie en Allemagne, résultats abominablement meurtriers jusque-là, qu'il créa une véritable école et que les inconvénients de l'abus des antiseptiques ne furent pas relevés autour de lui comme ils méritaient de l'être.

Mais beaucoup de chirurgiens qui n'avaient pas connu Lister, qui ne l'avaient pas vu faire ou qui avaient évité de venir nous voir faire à Paris, se mirent, en imitant Volkmann, à publier qu'ils étaient des fervents de la méthode de Lister.

Chez ces chirurgiens de moindre envergure il fut facile de noter les inconvénients de ces abus : irritation ou intoxications.

Variation des antiseptiques. Sublimé. — Au lieu de faire revenir à la pratique plus rationnelle et moins violente du maître, les abus de l'acide phénique ont conduit à changer d'antiseptique pour avoir des topiques moins irritants, sentant moins mauvais, plus puissants en doses faibles, plus faciles à manier.

On a depuis employé bien des liquides de lavages dont l'histoire serait longue à faire.

La seule substance qui a réellement survécu c'est le sublimé qui doit sa faveur à deux circonstances :

In vitro il se montre antiseptique puissant ;

Dans la pratique il est d'un maniement très facile.

La généralisation de son emploi a conduit à une dégénération extraordinaire de la méthode de Lister. En voici les raisons :

Le sublimé est un véritable toxique que n'était pas l'acide phénique et les empoisonnements n'ont pas été rares. Son action antiseptique est très réduite par bien des circonstances.

En présence des matières albuminoïdes (sang, sérosité, liquides organiques) il est décomposé au point de perdre toute propriété antiseptique.

Ce sel, antiseptique en certaines circonstances, disparaît donc absolument dans d'autres, si bien qu'il est impossible de compter sur une action régulière.

Je conçois très bien que les chirurgiens, ayant commis la faute de se fier à lui, arrivent aujourd'hui à estimer que l'eau bouillie leur rend les mêmes services que les solutions de sublimé.

En présence des tissus épidermiques il n'imprègne rien du tout. Cela vous explique par exemple que le sublimé pour laver la pean du champ opératoire ne vaut absolument rien, tandis que Lister avait pu dire que l'acide phénique imprègne si bien l'épiderme qu'un lavage bien fait avec la solution d'acide phénique pouvait dispenser de tout autre nettoyage au savon ou de toute autre préparation.

C'est pour cela que les chirurgiens qui ont employé le sublimé sont arrivés aux nettoyages si compliqués par le savon, la brosse, l'eau chaude, l'alcool, l'éther, etc., alors

que vous nous voyez nous contenter d'un simple lavage à l'acide phénique pour nos opérations les plus dangereuses, les opérations articulaires, sans jamais d'échec.

La généralisation du sublimé a été selon moi une des causes les plus graves du recul actuel de la chirurgie antiseptique. Aussi est-ce un souvenir très précieux de me rappeler qu'au début de cette innovation un microbiologue dont personne ne contestera l'autorité, M. Chamberland, me disait : « Je ne comprends pas pourquoi les chirurgiens et les accoucheurs adoptent le sublimé. C'est le dernier antiseptique qui peut convenir à leur pratique. »

On a remplacé le sublimé par d'autres sels mercuriels. Lister avait fait de nombreux essais. Ils sont en général plus infidèles encore et plus difficiles à manier.

Il y en a pour lesquels il suffit que l'eau soit légèrement calcaire pour qu'aucune dissolution ne vaille.

Si le sublimé est *de peu de valeur* comme agent de chirurgie non suppurée, il est *absolument nul* aussitôt qu'il y a du *pus* ; cela se conçoit de reste.

Comme topique permanent il est peu utile, mais il est toxique.

Enfin il faut bien savoir que toute chirurgie qui est fondée sur l'emploi d'une substance sèche qui *est imprégnée de sublimé à l'avance* ne trouve plus *aucun topique antiseptique* après quelque délai.

Ouate, gaze, charpie imprégnées de sublimé à sec, en deux mois, ne contiennent plus aucune substance réellement antiseptique et cependant il y a des approvisionnements énormes ainsi constitués.

Cette rapide énumération explique facilement comment l'introduction du sublimé en chirurgie a jeté dans la chirurgie antiseptique une extraordinaire perturbation qui se traduit actuellement par une déviation et une diminution du progrès que Lister avait donné à la chirurgie et dont nos contemporains ne conviendront point parce qu'il faut beaucoup de temps pour rectifier des erreurs semblables. Le passé me l'a bien prouvé. Heureusement les persévérants arrivent à ces constatations nécessaires.

Bien d'autres agents de lavages ont été employés et de fait on peut les varier beaucoup.

Je n'en connais que deux qui jusqu'à présent méritent une mention sérieuse et encore je ne voudrais pour aucun des deux faire ma chirurgie entière en les utilisant.

L'un est l'*eau oxygénée*.

Je crois que parmi les liquides antiseptiques il n'y en a aucun qui soit appelé à jouer un rôle plus important. J'en suis d'autant plus heureux que sans avoir aucune prétention à la découverte de l'eau oxygénée, je constate qu'il est manifeste que son usage ne s'est répandu qu'après mes essais pour en généraliser l'emploi.

Avant mes communications à l'Académie, l'emploi de l'eau oxygénée à l'Assistance publique était insignifiant.

Après mes communications la dépense à la pharmacie centrale des hôpitaux s'éleva en une année à la quantité de seize mille litres et on me fit demander s'il n'y pas quelque autre substance à employer qui pourrait croire cette dépense nouvelle.

L'eau oxygénée est une substance microbicide d'une puissance considérable. Elle peut donner des résultats dans des cas dans lesquels l'acide phénique est insuffisant (suppurations septiques). Elle peut être employée couramment dans la chirurgie neuve. Elle n'est pas toxique.

Son action sur la peau est extrêmement puissante. Toutefois, dans la chirurgie courante, elle a quelques inconvénients qui doivent faire modérer son emploi.

Son action destructive sur le catgut est notable.

Elle peut ramollir les caillots en voie de réparation. Dans le traitement secondaire d'une plaie, elle peut enrayer les phénomènes de consolidation des plaies et son emploi doit être judicieux.

Il est alors moins innocent que celui même de l'eau phéniquée au vingtième, et, peut-être, que celui du chlorure de zinc.

Le *permanganate de potasse* donne des solutions très puissantes et très efficaces à petite dose.

Toutefois, il est un peu irritant, il est malpropre à voir, il tache. Pour ma part je n'en conçois l'emploi que dans des circonstances exceptionnelles, quoique je lui reconnaisse une action que le sublimé n'aurait pas.

Je ne vous dis rien de l'alcool, de l'éther et de bien d'autres substances qui passent pour antiseptiques, qui n'ont aucune valeur réelle mais de tels inconvénients qu'elles ne méritent pas une étude comparée.

Topiques permanents. — Comme topiques permanents il y a une foule de substances qui peuvent être employées.

Il y a bien longtemps que l'on a renoncé comme topique antiseptique permanent pour les plaies neuves, à l'acide phénique.

La complication de préparation, la possibilité d'absorber inutilement de l'acide phénique ont fait qu'on a eu recours à des substances diverses.

Je veux vous en citer trois : l'acide salicylique, le salol, l'iodoforme.

L'*acide salicylique* n'est presque plus employé. Cependant il a une réelle valeur antiseptique. On peut le stériliser aisément. On pourrait tirer un parti des topiques salicylés et je m'en sers en certaines circonstances. Il faut savoir toutefois qu'il n'est pas favorable à la réparation de l'épiderme et qu'il faudra s'abstenir de le placer en larges étendues sur des surfaces où une réunion épidermique a besoin de se faire.

Le *salol* mérite d'être cité parce qu'il peut vous donner un exemple de la facilité avec laquelle on a accueilli des substances pour remplacer l'acide phénique alors qu'elles étaient incapables de le remplacer et plus dangereuses que lui.

Le salol est un irritant local très redoutable. Les éruptions artificielles dues au salol sont choses courantes.

Sur les muqueuses son action est quelquefois très prolongée. Là où il y a de l'épiderme à refaire il apporte un obstacle. Dans les grandes plaies pansées au salol, la réparation d'une série de points de suture manque souvent.

Enfin le salol est absorbé très facilement et *il est éliminé en phénol*.

C'est vous dire qu'il est toxique dans des conditions plus redoutables que l'acide phénique lui-même.

Cependant on l'a souvent présenté comme donnant un grand progrès sur l'usage de l'acide phénique.

L'*iodoforme* est une substance si utile que jusqu'aujourd'hui on ne l'a pas remplacée. On en a abusé, J'ai vu des services où l'on n'employait pas moins d'*un kilogramme* chaque jour de poudre d'iodoforme.

Des chirurgiens professent aujourd'hui que c'est une substance inutile et dangereuse. Je crois que cela tient à ce qu'ils n'ont pas une expérience suffisante de l'iodoforme.

On a dit aussi que l'iodoforme n'est pas un antiseptique ce qui serait vrai de l'iodoforme mis au contact d'une substance sèche.

L'iodoforme est jusqu'à présent *le seul antiseptique permanent bien régulier*. Il dégage de l'iode à l'état naissant en présence des liquides organiques qui le décomposent.

Comme il a des inconvénients d'irritation et de toxicité, il demande à être manié avec prudence. J'ai peu à peu diminué les quantités dont sont imprégnés les tissus iodoformés que j'emploie. Je n'emploie jamais la poudre d'iodoforme en nature.

Moyennant ces précautions je lui donne une part si large dans ma chirurgie, que je serais gêné par sa suppression et je reste convaincu que j'ai obtenu des effets de protection qu'aucune autre substance ne donne.

Il m'a permis une rareté de pansements que je n'ai pu atteindre avec d'autres substances. Toutefois je reconnais que les réunions ont avec lui quelques accrocs qui m'étaient inconnus autrefois quand je faisais la chirurgie exacte de Lister sous la protection du protective.

L'asepsie. — Imbus des idées que vous entendrez exprimer par un grand nombre de chirurgiens, vous pourrez vous dire : Mais que se préoccupe-t-il encore autant des antiseptiques? Il y a beau temps que la chirurgie aseptique a détrôné tout cela, que l'on a démontré que les antiseptiques sont non seulement inutiles mais dangereux. Je ne puis là que vous donner le conseil suivant :

Examinez les faits, voyez les pratiques des chirurgiens et il ne faudra pas longtemps d'un examen attentif pour vous convaincre que les résultats sont bien loin de ceux qu'on vous a exposés. Vous constaterez facilement que cette notion de l'asepsie a causé à la chirurgie moderne un dommage plus considérable encore que toutes les notions inexactes sur la valeur pratique des antiseptiques et sur leurs changements.

Assurez-vous d'abord qu'elle ne répond à aucun progrès scientifique, à aucune notion théorique nouvelle.

Si l'asepsie a occasionné une grosse déviation de la méthode de Lister, il ne faudrait pas croire qu'elle ait pu rien changer aux principes fondamentaux de la méthode.

Vous savez que Lister a toujours professé qu'il fallait user du minimum d'antiseptique possible. En se servant pour un instant d'un antiseptique très fort, il montrait qu'il fallait ne s'en servir que juste pour le nécessaire.

Si ceux qui font de la chirurgie aseptique s'étaient contentés de dire : « Avec la stérilisation préalable par la chaleur nous pouvons diminuer beaucoup l'emploi des antiseptiques, » ils n'auraient rien fait que ce que nous faisons chaque jour.

C'est du reste ce que font beaucoup de chirurgiens qui célèbrent l'asepsie et ne sont que des antiseptiques honteux.

On a été plus loin et voulu démontrer que la chirurgie peut se faire sans antiseptiques.

Cela n'était pas bien difficile à imaginer puisque la chose avait été faite sous d'autres formes. Il y a longtemps que nous avons dit que la chirurgie antiseptique pouvait se pratiquer avec tous les antiseptiques et même sans antiseptiques.

Toute la question est de savoir si la suppression des antiseptiques permet à la chirurgie de conserver sa régularité, si la sécurité absolue acquise par Lister persiste dans les cas les plus difficiles, si la chirurgie ne perd pas toute sa simplicité et par conséquent un des plus gros progrès de Lister.

Les résultats de la chirurgie aseptique étaient parfaitement prévus par ceux qui connaissaient bien la méthode antiseptique et s'ils ne sont pas constatés et très avoués aujourd'hui par tout le monde, c'est que beaucoup se sont imaginés savoir la chirurgie antiseptique et ne la savaient guère.

Il semblerait qu'avant l'ère de la méthode antiseptique on n'avait jamais fait de chirurgie et que les procédés sans antiseptiques ne donnaient aucun résultat.

Cela est parfaitement inexact. La chirurgie se faisait avec suppuration, quelquefois sans suppuration. La réunion par première intention avait lieu quelquefois. Les bons résultats étaient d'autant plus communs que le milieu était meilleur et que les opérateurs et les opérés étaient plus propres.

Les ovariotomistes entre 1860 et 1870 ont montré des succès qui s'accroissaient avec les bonnes conditions, les soins, la propreté, la rapidité de l'intervention.

Il était bien facile de prévoir que, si on faisait un milieu encore meilleur, si on achevait par la stérilisation ce qu'on avait commencé avec la propreté, on aurait des résultats plus complets encore.

Il n'y avait pas besoin d'être doué d'une grande faculté d'invention pour trouver cela.

Aussi la chirurgie dite aseptique a prospéré assez rapidement pour la chirurgie abdominale ou péritonéale.

Elle a pourtant conservé quelques-uns des inconvénients que les anciens ovariotomistes observaient plus souvent, les fils qui suppurent, les ligatures qui s'éliminent, les petites désunions de plaies.

La chirurgie articulaire beaucoup plus susceptible aux germes leur a donné des résultats médiocres ou mauvais, médiocres conséquences opératoires et un certain nombre d'accidents septicémiques graves et même des morts.

Pour cette chirurgie la question des fils est une question difficile et les incidents désagréables ou graves ne sont pas rares.

Enfin, et par-dessus tout, cette chirurgie aseptique est impossible dans les mauvais milieux hospitaliers. Il faut les modifier profondément. Il faut avoir des salles d'opération qui rappellent les laboratoires les plus compliqués.

Il faut exercer sur les aides ou sur les assistants une surveillance de tous les instants. De là sont venus les gants, les masques et les costumes, etc.

Si par occurrence la lésion qui motive l'opération est septique il faut carrément revenir à un antiseptique puissant ou bien cette chirurgie sur les septiques est désastreuse.

Or, cet effort malheureux est fait, parce qu'un petit nombre d'opérations ont quelque avantage à ce que l'on diminue ou supprime les antiseptiques qui n'ont d'inconvénients réels que pour cette infime minorité.

C'est bien là la caractéristique du progrès en arrière. Lister nous avait apporté une chirurgie qui bravait l'hôpital, qui bravait le milieu le plus mauvais, qui nous assurait contre toutes les promiscuités, qui assurait une telle régularité dans la réparation des plaies que la chirurgie opératoire est vraiment née de cette période.

Cette chirurgie s'appliquait à tous et partout.

Elle s'attaquait aux plaies neuves et de la même façon à un grand nombre de lésions septiques.

La constance de résultats était devenue telle que l'on pouvait taxer cette chirurgie de mathématique.

Pour l'opération qui fut autrefois la plus meurtrière, la résection du genou, j'ai pu donner une série de plus de 120 opérations sans un seul cas de mort.

J'ai ouvert toujours dans le milieu le plus mauvais toutes les grandes articulations sans avoir jamais vu un accident sceptique, je n'ai jamais employé d'autre précaution que la purification antiseptique du champ opératoire, n'exigeant de mes aides que des précautions antiseptiques déterminées toujours faciles.

Je n'ai jamais pris contre les assistants à mes opérations aucune précaution.

J'ai toujours suivi les mêmes pratiques au cours des opérations de toute nature ce qui facilite singulièrement l'occurrence de la chirurgie et surtout de la chirurgie hospitalière.

Quels sont donc les principes fondamentaux que vous allez avoir à suivre ? Vous verrez aisément qu'ils sont peu compliqués et la régularité même de leur application vous en fera une pratique très aisée.

L'opération comprend, pour moi, la préparation du champ opératoire.

C'est le nettoyage préalable *sans altérer la peau*, aussi me voyez-vous proscrire *la brosse*.

Le savon, le panama, les eaux alcalines suffiront.

Les nettoyages antiseptiques préalables sont inutiles. Je vous expliquerai pourquoi ils peuvent être dangereux.

Les nettoyages généraux n'ont pas de raison d'être, aussi me voyez-vous bien rarement ordonner un bain.

Au moment de l'opération, le nettoyage immédiat du champ opératoire doit être fait avec soin toujours sans traumatisme de la peau. Ses moindres fissures sont une mauvaise condition de réparation.

La solution phéniquée forte et chaude en fait régulièrement les frais.

Entourage de la région opératoire avec des compresses phéniquées sans exagérer les dimensions de ce champ opératoire.

Au cours de l'opération, les mains et les instruments qui devront entrer en contact avec la plaie seront après nettoyage entretenus dans leur état d'asepticité par des trempages périodiques en solution phéniquée faible.

Au cours de l'opération les grands arrosages sont inutiles.

La pulvérisation rendait des services que l'on a remplacés par un peu plus d'usage des lavages phéniqués.

Au cours même de l'opération, je n'en fais guère. Jamais je n'emploie de solution phéniquée faible.

Je fais un lavage toutes les fois que je crains que le champ de l'opération ait pu être contaminé ou toutes les fois que le traumatisme de l'opération est très exagéré.

Les fils comme tout ce qui touchera la plaie sortiront de l'eau phéniquée.

A la fin de l'opération le dernier nettoyage de la plaie est une imprégnation d'eau *phéniquée forte toujours chaude*.

La plaie est suturée.

Elle est habituellement drainée.

Le pansement est constitué par des matières antiseptiques, ordinairement par de la gaze iodoformée très peu chargée par-dessus laquelle je place des sachets antiseptiques absorbants.

Au-dessus, ouate de tourbe ou ouate antiseptique.

Pas d'imperméable surtout si le pansement comme d'habitude doit séjourner un peu longtemps.

Le pansement fréquemment renouvelé avec le *protective* et l'*imperméable* donnait des résultats très parfaits mais moins faciles que ceux que nous recherchons.

Pour vous qui vous servez d'aides quels seront vos devoirs ?

Purifiez-vous scrupuleusement les mains. Cela vous ne l'obtiendrez que par les lavages, le savon, le panama suivi de l'imprégantion antiseptique facile et non irritante si vous savez la faire.

Malgré cela au cours des opérations touchez le moins possible au champ opératoire.

Lorsque vous devrez faire des pansements, purifiez vos mains avec soin et immédiatement au moment de faire le pansement *imprégnez vos mains de l'eau phéniquée faible*.

Ne découvrez des plaies que progressivement ce qu'il faut découvrir, procédez rapidement.

Évitez, malgré ces précautions, tout contact des doigts et des plaies tant que vous pourrez le faire. Coiffez-les de compresses.

Usez des pinces pour protéger la plaie en n'utilisant que le contact d'un instrument facile à purifier par la chaleur ou par un antiseptique puissant.

Vous ne passerez pas d'un malade à un autre avec le même instrument sans le purifier.

Retirez les drains en couvrant toujours la région d'un linge antiseptique.

Ne faites sur la plaie ni malaxation ni lavage.

Dans l'immense majorité des cas les lavages sont inutiles.

Dans les cas de sécrétion secondaire exagérée seulement, il peut être fait un lavage antiseptique de solution forte. Il faut le plus souvent possible s'en garder.

Toutes les malaxations de région opératoire entravent la réparation et risquent de faire manquer les sutures.

Ne gaspillez ni les agents de lavages ni les pansements, non seulement parce que vous détermineriez des phénomènes d'excitation inutile, mais parce que plus vous consommerez et moins vous serez sûrs de la qualité de ce que vous employez.

Aussitôt que l'ensemble de la réunion est acquise, il faut passer de l'antiseptique fort (iodoforme) à des antiseptiques plus faibles.

Si par hasard il vient de la suppuration, rappelez-vous que l'iodoforme ne vaut plus rien.

Si vous avez quelque réunion superficielle retardée, sachez qu'il y a toutes chances pour que l'iodoforme y contribue.

En tous cas, protégez toujours les plaies jusqu'à la cicatrisation absolue et n'abandonnez pas un sujet sous prétexte qu'il est *à peu près cicatrisé*.

Je sais bien que c'est l'état dont se contentent l'immense majorité des chirurgiens. Tâchez de ne pas vous habituer de bonne heure à cette insouciance, puisque vous pouvez beaucoup mieux faire.

Que vos pansements soient toujours assez soignés, assez complets, assez étendus pour protéger les plaies contre toutes les influences extérieures et surtout contre le mauvais vouloir du malade qui se grattera, se desserrera. Ne comptez pas sur lui, il reste l'ennemi le plus dangereux de la perfection de la réparation.

Vous verrez très rapidement que si la chirurgie anti-

septique demande une attention de tous les instants, un respect rigoureux de ses données fondamentales, la pratique qui mène à l'exclusion, à la destruction de tous les germes, à la protection contre tous les traumatismes, contre toutes les excitations inutiles, reste chose très simple.

La chirurgie sera pour vous ce que seront les convictions théoriques que vous aurez prises ici.

Cette chirurgie que vous me verrez faire, vous pourrez l'adopter et la transporter dans tous les milieux.

A *l'hôpital* d'abord, quel que soit votre hôpital et sans épuiser les ressources de vos administrateurs par des constructions nouvelles.

A *la campagne* où les éléments si simples et si peu coûteux de cette chirurgie, vous permettront des interventions aussi régulières que dans les meilleurs milieux.

En *chirurgie de guerre*, si le malheur veut que vous ayez à la pratiquer, elle sera la seule possible, car elle sera la seule simple et toujours semblable à elle-même sans le recours à des approvisionnements intransportables et coûteux.

Il y a des gens qui imaginent avec quelque naïveté qu'ils feront de la chirurgie de guerre sans antiseptiques. Cela prouve leur manque d'expérience et cela leur assure pour l'avenir le retour de l'abominable situation que nous avons connue.

Ce sera même l'un des dommages les plus graves qu'il faudra reprocher à la chirurgie aseptique.

Enfin partout où vous irez, pour réussir n'imaginez pas qu'il vous suffira d'acheter des autoclaves, de réunir des matières de pansements à grands frais et que votre supériorité pourra consister dans votre matériel.

Non seulement la chirurgie n'est pas plus facile qu'autrefois mais elle est deux fois plus difficile. Il faut au chirurgien digne de ce nom les qualités qu'il fallait autrefois. Il ne lui est pas permis d'intervenir au hasard sous prétexte que son intervention sera moins meurtrière qu'autrefois.

Rappelez-vous que toute chirurgie qui se fait sans l'éducation préalable est beaucoup plus meurtrière qu'on ne l'avoue et défendez-vous-en honnêtement.

Ajoutez à vos connaissances d'autrefois la notion antiseptique; tâchez, comme vous me le verrez faire, que les éléments de votre chirurgie antiseptique soient le plus simples possible, qu'ils vous demandent le moins d'aides possible.

Rappelez-vous que le champ opératoire n'est pas grand comme un mouchoir et qu'au delà vous ne pouvez pas grand'chose, tandis que dans cet espace vous pouvez tout.

Ne craignez pas d'user des antiseptiques. Leur action irritante est une légende qui remonte au passé et dont les gens peu accoutumés à suivre le progrès n'ont pas su se débarrasser par une observation exacte. Mais n'en abusez pas, parce qu'il n'y a aucune raison pour le faire et qu'il y a des inconvénients.

Suivez votre opéré jusqu'à la guérison intégrale de sa plaie.

Cela est capital, et malheureusement vous aurez occasion de vous rendre compte, en observant, de la nécessité de le faire.

La chirurgie antiseptique n'a pas besoin du matériel, du milieu, de l'architecte ou du droguiste; mais elle a grand besoin de la personne qui intervient.

Si les soins sont réguliers et fidèles jusqu'au bout, vous ne verrez aucun incident.

S'il y a quelque faute commise, elle se paye par de petits incidents que vous observerez même ici quelquefois malgré moi.

Si je pouvais pour tous, comme je le fais pour quelques-uns, panser moi-même ou vous faire panser, moi présent, tous les sujets, vous ne les verriez pas.

Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et vous verrez de temps en temps quelques fils de suture qui provoquent de l'inflammation, un peu de désunion, un peu de suppuration autour d'un drain.

Le fait n'est pas commun. Mettez-vous bien dans la tête qu'il est évitable, mais qu'il n'est pas dû à la faute de l'infirmier, du matériel, de l'autoclave ou de vos aides d'une façon quelconque.

C'est le pansement qui a été défectueux, parce que les mains avaient été mal purifiées, un instrument malpropre avait été employé, un lavage intempestif avait été fait.

Cela tient aussi malheureusement à ce que les malades ont touché à leur pansement, se sont grattés au-dessous, les ont dérangé quelquefois parce qu'ils étaient mal ajustés.

Si, comme l'enseignait Lister, vous êtes assez sévères pour vous même pour vous toujours accuser, vous verrez peu à peu ces incidents disparaître.

Si il y avait plus que cela, si vous aviez un malheur caractérisé par un échec absolu, cherchez carrément dans votre pratique et point dans les accessoires ou dans vos aides la cause du désastre.

Vous trouverez habituellement la faute commise. Ce sera d'abord justice de ne pas l'attribuer à d'autres, ce sera aussi le seul moyen d'éviter le retour de semblables faits.

Plus vous irez et plus vous verrez que la chirurgie doit être à l'abri de toutes les complications, que lorsque celles-ci surviennent elles n'appartiennent pas à des faits compliqués, mais à des actions grossières.

Aussi ce n'est pas une chirurgie compliquée qui en préservera.

C'est l'attention de tous les instants d'un chirurgien convaincu et toujours fidèle à ses principes antiseptiques qui reste le seul garant de la sécurité.

Quand un oppéré suppure ou quand il meurt d'une complication chirurgicale, ce n'est point le souffle du chirurgien qui n'avait pas de masque qui en est cause, ce n'est pas le manque de gants de fils ou de caoutchouc. La faute est plus simple et plus grosse que cela ; il ne convient pas de la dissimuler, sans quoi elle reviendra toujours à son heure, malgré les masques, les gants et les ressources les plus compliquées et les plus illusoires dues à des imaginations trop prolifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(22 DÉCEMBRE 1903)

M. Renaut (de Lyon) a fait une importante communication sur l'**opothérapie rénale dans l'albuminurie**. Cette communication comprend deux parties bien distinctes, une partie purement physiologique et une partie d'application thérapeutique.

Dans la première partie, M. Renaut s'applique à démontrer que le rein est non pas un filtre, mais bien une glande. Le rein n'est pas qu'un filtre chargé d'éliminer de la circulation les matériaux de déchet tels que l'urée; le rein est en plus une glande à sécrétion interne qui déverse dans le sang un

produit spécial agissant d'une façon élective sur l'organe qui lui a donné naissance et contribuant, par conséquent, à assurer son bon fonctionnement. De là à voir dans ce produit de sécrétion une sorte d'antitoxine, il n'y a qu'un pas. Si, pour des causes variées, le rein devient malade, le produit cessera de se répandre dans l'organisme, et son action protectrice et bienfaisante faisant défaut, le rein éliminera mal et rejettera au dehors, en plus de ses excreta normaux, de l'albumine. Rien n'est donc plus logique que de restituer à l'organe affaibli la substance stimulante qu'il ne fabrique pas lui-même, et cette substance on l'empruntera à des reins d'animaux qu'on aura fait macérer. Car en traversant le tube digestif, ces substances ne sont altérées en rien et ne perdent rien de leurs qualités.

Dans la seconde partie, M. Renaut relate les effets merveilleux qu'il a obtenus de l'emploi de la macération de rein chez les malades atteints d'insuffisance urinaire. Voici le résumé de cette partie du travail de M. Renaut qui intéresse plus particulièrement les praticiens :

« 1° La macération de rein, appliquée aux malades atteints d'insuffisance urinaire, constitue l'une des médications les plus actives et les plus efficaces qu'on ait proposées jusqu'ici. Mieux que n'importe quel moyen connu, elle ouvre le rein annulé par l'œdème urémique. Elle le fait rapidement et sûrement, même alors qu'on n'a pas fait précéder son emploi de la déplétion rénale, obtenue par une application de sangsues au triangle de J.-L. Petit. Elle exerce avec rapidité des effets diurétiqnes intenses. Quand elle est prolongée suffisamment, elle ramène l'émission urinaire à sa normale et elle l'y maintient. Elle le fait sans exercer aucune vulnération sur le rein malade ;

2° Cette méthode a sur la plupart des autres cet avantage, qu'elle réduit sûrement l'albumine émise par le rein insuffisant, tout en remettant celui-ci en pleine activité. Elle peut même faire disparaître l'albumine pendant de longues périodes. Elle pourrait, en conséquence, avoir des chances de favoriser, par le repos fonctionnel prolongé, la restauration des épithéliums rénaux d'ordre glandulaire dans les cas, en somme assez nombreux, où une telle restauration est histologiquement possible ;

3° C'est là, comme l'a découvert et indiqué d'emblée Raphaël Dubois, une méthode antitoxique au premier chef. L'antitoxine réside dans les préproduits de la sécrétion glandulaire des cellules épithéliales des tubes contournés. Le fait capital indiqué par R. Dubois consiste dans ce que cette antitoxine n'est pas détruite par son passage dans le tube digestif. Ce fait a seul permis de l'appliquer à la thérapeutique rénale. Introduite *per os* dans l'organisme, elle y exerce de véritables effets de désintoxication. Elle peut, en revanche, soit dès son introduction, soit par son accumulation dans le milieu intérieur, provoquer de petits accidents subtoxiques (prurit, urticaire, miliaires, crises sudorales, et au bout d'une dizaine de jours, un peu d'embarras gastrique) ;

4° A part cela, elle n'a jamais déterminé, dans les nombreux cas où moi et mes élèves l'avons mise en jeu, d'accidents réels. Elle a, au contraire, exercé son action de désintoxication progressive et régulière, à peu près sans accident. L'hypertension artérielle, le galop de Traube, la tendance du cœur des brightiques interstitiels à la dilatation passive terminale, ont toujours rétrogradé sous son influence, pourvu que cette dernière ait été maintenue suffisamment prolongée.

5° C'est donc là une méthode thérapeutique qu'il faut introduire dans l'usage courant, et même mettre en jeu dès le début dans toutes les néphrites. Non qu'il faille la substituer seule aux autres moyens thérapeutiques reconnus jusqu'ici utiles ; il convient seulement de l'adjoindre à ces mêmes moyens, toutes les fois, notamment, que ceux-ci ne lèvent pas une insuffisance rénale, surtout si elle est parvenue à la période d'intoxication, soit pré-urémique, soit urémique confirmée.

6° Le seul inconvénient réel de cette méthode consiste dans la nécessité de préparer quotidiennement et convenablement la macération de rein. Je l'ai, pour mon compte, le plus souvent pallié en faisant comprendre aux malades, et surtout à leur entourage, qu'il faut, le plus souvent, de la part du médecin, du patient lui-même et de ceux qui l'assistent, un collectif consentement à prendre quelques peines pour sauver une existence. »

M. Chantemesse fait observer que l'opinion soutenue par M. Renaut que le rein est une glande et non un filtre est parfaitement exacte. Il rappelle à ce sujet les expériences de M. Berthelot qui ont montré l'action réductrice du rein.

Quant à l'emploi de la macération de rein dans les cas d'urémie, M. Chantemesse rappelle que M. Dieulafoy l'a déjà préconisé. L'emploi thérapeutique du rein n'est pas, en effet, chose toute nouvelle et nous avons le souvenir qu'il y a déjà plusieurs années que, voyant avec M. Dieulafoy une malade atteinte d'urémie, il nous conseilla d'essayer l'emploi du bouillon de rognons qui eut un effet très réel au point de vue de la diurèse.

M. Brouardel fait connaître à l'Académie les principaux résultats de la **conférence sanitaire internationale** qui eut lieu cette année à Paris pendant les mois de septembre et d'octobre.

Dans cette conférence l'Europe et la France, en particulier, ont remporté de grands succès. Vingt puissances sur 24 ont signé les conclusions proposées. Parmi celles qui n'ont pas voulu signer sans consulter de nouveau leurs gouvernements se trouve la Turquie.

Le résultat principal de cette conférence est que les mesures nouvelles proposées sont infiniment moins vexatoires pour le commerce et pour les voyageurs que ne l'étaient les anciennes mesures. Les principales de ces mesures sont les suivantes, pour ce qui concerne la peste et le choléra : débarquement et isolement des malades ; surveillance pendant cinq à dix jours des passagers s'étant trouvés sur un navire infecté ; destruction des rats, désinfection des bagages.

M. Brouardel rappelle par quels procédés on arrive aisément à remplir ces mesures.

M. Gley a fait un rapport sur une communication de M. Mignon (de Nice) relative à l'**emploi du diapason en médecine générale.** Il faut savoir, tout d'abord, que les résultats fournis par ce diapason sont très variables selon l'état plus ou moins dense de la région explorée. D'une façon générale, la résonnance du diapason est en raison inverse de la densité des tissus et la transmission est au contraire en raison directe de cette même densité. M. Mignon est arrivé, par le procédé du diapason et du phonendoscope, à diagnostiquer des sinusites, des affections pulmonaires diverses, des fractures osseuses, etc., diagnostics qui ont été toujours confirmés par d'autres moyens d'exploration. Il y

a donc là un moyen d'exploration d'une incontestable utilité.

L'Académie a renouvelé son bureau. M. Tillaux, vice-président, passant de droit président, on a procédé à l'élection d'un vice-président. M. Léon Colin a été élu à l'unanimité des suffrages. Il a remercié, en termes émus, ses collègues et a rappelé que cet honneur devait être réservé, cette année, à un autre membre de la section d'hygiène, le regretté Proust.

M. Richet a présenté à l'Académie un **appareil à inhalation d'oxygène** à la construction duquel le docteur Guglielminetti a contribué par ses études sur l'efficacité de l'oxygène contre le mal de montagne et le mal de ballon.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le langage intérieur et les paraphasies [la fonction endophasique (1)], par le docteur G. Saint-Paul.

Les études sur le langage intérieur, très florissantes il y a une quinzaine d'années, paraissaient un peu négligées. Le nouveau livre du docteur Saint-Paul contribuera à les remettre en honneur. Nul n'était plus qualifié que lui, ayant été, avec MM. Egger et Gilbert Ballet, l'un des ouvriers de la première heure, dans une thèse très remarquée sur le langage intérieur, publiée en 1892. Son nouveau livre n'est plus un essai, mais une étude complète et personnelle de ce sujet. Dans la première partie il étudie le mécanisme cérébral du langage intérieur, dans la seconde, ses formes normales : les types simples, les types composites qui sont constitués par la combinaison de deux aptitudes, comme l'auditif moteur, ou par l'équilibre des diverses aptitudes. Dans la troisième partie qui est pathologique, on trouvera un excellent résumé des travaux sur les paraphasies étudiées dans le même détail et sur le langage intérieur dans les états subnormaux tels que le sommeil hypnotique, somnambulique, etc. Ce livre très documenté et rempli d'observations bien choisies intéressera les médecins aussi bien que les psychologues que préoccupent les nombreux problèmes qui surgissent autour de cette question.

La protection de la santé publique. *Loi, commentaires de la loi, règlements d'administration* (2), par le docteur Mosny, médecin des hôpitaux de Paris.

La France était jusqu'à ces derniers temes, la seule des nations civilisées qui ne possédât pas de législation sanitaire. Elle en possède une depuis le 15 février 1902, époque à laquelle fut promulguée la loi relative à la protection de la santé publique qui est entrée en exécution le 15 février 1903. La présente éutude critique n'est pas un commentaire juridique de cette loi. L'auteur se place uniquement au point de vue de l'hygiène sociale. Il ne suit donc pas, dans ce travail, le texte de la loi, mais passe en revue les questions d'hygiène sociale plus particulièrement envisagées et résolues par la loi relative à la protection de la santé publique.

Il étudie tour à tour :

1° Le règlement sanitaire communal.
2° L'assainissement communal.
3° La salubrité des immeubles.
4° La prophylaxie des maladies transmissibles.
5° L'administration sanitaire.

On trouve également dans ce volume la loi relative à la protection de la santé publique, la loi relative à son application à la ville de Paris, les règlements modèles présentés, après avis du comité consultatif d'hygiène, pour l'application de la loi, le règlement sanitaire applicable à Paris, enfin les décrets relatifs aux maladies contagieuses pour lesquelles la déclaration est obligatoire.

(1) In-8 de la Bibl. de philos. contemp. Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

(2) In-16 de 95 p., cart. (Actualités méd.) Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Voici la liste des prix décernés pour 1903 :

Prix Montyon. — *Médecine et chirurgie.* — Les trois prix sont décernés à : MM. les docteurs Dominici, Jean Camus et Lœwy (de Paris). Des mentions honorables sont attribuées à MM. les docteurs Nicolle et Remlinger, médecins militaires, Nobécourt, Merklen, Sévin, Ch. Modod (de Paris) et J. Vanverts (de Lille). Des citations sont accordées à MM. les docteurs Lagriffe, Laval, Malherbe et Ségal.

Prix Barbier. — Ce prix est partagé entre MM. le docteur J. Glover et Antony (de Paris).

Prix Bréant. — Le prix (arrérages) est partagé entre M. E. Chambon et M. le docteur A. Borrel (de Paris).

Prix Godard. — Le prix est décerné à MM. les docteurs N. Hallé et B. Motz (de Paris). Une mention honorable est accordée à M. le docteur J.-B. Hillairet.

Prix Lallemand. — Le prix est partagé entre Mlle Joteyko, docteur en médecine, et MM. les docteurs P. Garnier et Cololian (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Giuseppe Paganò (de Palerme).

Prix du baron Larrey. — Le prix est décerné à M. le docteur Godin, médecin militaire. Des mentions sont accordées à MM. les docteurs G.-H. Lemoine, médecin militaire, et Jules Regnault, médecin de la marine.

Prix Bellion. — Le prix est décerné à M. le docteur F. Battesti (de Bastia). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur R. Glatard.

Prix Mège. — Le prix (arrérages) est décerné à M. le docteur Monprofit, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers.

Prix Chaussier. — Le prix est décerné à M. le docteur Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Montyon. — *Physiologie.* — Le prix est partagé entre M. le docteur Arthus (de Marseille) et M. V. Henri (de Paris).

Prix la Caze. — *Physiologie.* — Le prix est décerné à M. le docteur Ch. Richet, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Pourat. — Le prix est décerné à M. le docteur J. Denoyès (de Béziers). Une mention honorable est attribuée à MM. les docteurs Regnier et Bruhat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Questions données : « Creux poplité. — Complications de la scarlatine. »

Le jury s'est réparti de la façon suivante :

Anatomie. — MM. Brocq, Toupet, Michaux, Schwartz et Bar.

Pathologie. — MM. Souques, Florand, Souligoux, Delens et Troisier.

Séances. — *Anatomie.* — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures, à Beaujon. — Mercredi et vendredi, à huit heures et demie, à la Charité.

Pathologie. — Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures, à Beaujon.

Ordre de lecture des copies. — *Anatomie.* — 1. MM. Vincent

(Clovis), Camus, Gauthier (Émile), Besnier, Privat, Ferrand, Duplay, Séris, Poisot, Trocmé.

11. Berthaux, Longuet, Monier, Jousset, Mascarenhas, Vincent (René), Burnier, Benoît (Charles), Robert Rendu (Henri).

21. Bazalgette, Bergeaud, Troisier, Hernette, Chandesris, Savouré, Dupont (Robert), Fleig, Patry (André), Riché.

31. Patry (Félix), Crémer, Gornand, Guyet, Davenière, Baron, Bonta, Tixier, Chochon-Latouche, Brulé.

41. Augé, Chauvois, Lucas-Championnière, Boulakia, Willette, Chénot, Krantz, Loyer, Watel, Guyader.

51. Braun, Marcorelles, Filhoulaud, Boudet, Poisenot, Lemeland, Trapenard, Signoret, Colombel, Galup.

61. Quichard, Quentin, Huguet, Prieur, Nepper, Lachemy, Dalimier, Monod, Gilbert, Legrain.

71. Beuzart, Stern, Masson, Devaux, Chazal, Lyon-Caen, Lemaire (Louis), Durand (Léon), Boulard, Cheurlot.

81. Pelletier, Dubus, Glénart, Blain (André), Chevallier (Albert), Cordier, Séjournet, Molimard, Guimbellot, Buizard.

91. Debertrand, Hamel, Evrard, Levy Frankel, Danoux, Miot, Lemaire (Jules), Fernet, Barbier (André), Soubies.

101. Bécus, Risacher, Faix, de Gandt, Masfrand, Collignon, Monsaingeon, Vivien, Rembert, Chaix.

111. Triqueneaux, Paul, Boulouneix, Lomon, Rouhier, Sautelet, Béné, Macé de Lépinay, Germain, Bord.

121. Barbier (Maurice), Kauffmann, Sauphar, Druais, Labarrière, Bonvoisin, Marchal, Uhry, Richou, Flurin.

131. Pinard, Pascalis, Lemarchal, Simonin, Rasis, Coqueret, Boutin (Gustave), Bailly, Vermorel.

141. Berniolle, Mallein, Ciuciu, Deroide, Braillon, Labrevoit, Moulu, Hovelacque, Ramus, Chazarain.

151. Nocquet, Saissi, Soudat, Leduc, Harvier, Pastour, Taubmann, Joltrain, Dauge, Meusnier, Gaye.

161. Hays, Roulland, Olivier (Paul), Tournay, Saiget, Chamard-Bois, Brissaud, Foix, Roland, Collin.

171. Pottet, Roussellier, Sloog, Chené (Henri), Potelet, Aïtoff, Moncany, Villandre, Chaumet, Martin (Georges).

181. Duchet-Suchaux, Monard (Pierre), Abrami, Fiessinger, Durey, Calvet, Pappa, Demanche, Camacho, Moujenc de Saint-Avid.

191. Charrier, Keller, Faugère, Corlieu, Ollivier-Beauregard, Monier-Vinard, Deroye, Goulden, Guenot (Camille), Cesbron.

201. Petel, Rendu (Albert), Bernheim, Lagasse, Dyvrande, Burcker, Bullier, Hue, Charpentier, Boyer.

211. Menard (Louis), Martin (Fernand), Woimant, Fage, Marquet, Esmein, Geffroy, Lecaplain, Bénard, Héchemann.

221. David, Bodolec, Rolet, Boudol, Ténel.

Pathologie. — 226. MM. Olivier (Eug), Brin, Maguine, Ehringer, Matry.

231. Pépin, Lamarre, Guilly, Benoist (Georges), Guérin (René), Féret, Rabinovitch, Jacob, Houdard, Heuzey.

241. François, Lemarquand, Eck, Maugeais, Monteil, Bruel, Herbinet, Billaudet, Durand (Gaston), Vigneron d'Heucqueville.

251. Laurence, Amblard, Oppert, Francoz, Noé, Pelissier, Rœderer, Dureau, Lafarge, Daversin.

261. Gruget, Lesage, Boulland, Trouvé, Handelsmann, Gimbert, Perrigault, Lasnier, Loumaigne Wickersheimer.

271. Ferté, Simon, Bouchaud, Faugeron, Huchet, Le Moine, Teisseré, Bovin, Lemercier, Rigaux.

281. Parturier, Coutelas, Burgand, Fichot, Doury, Jullien, Thévenin, Verdier, Labouré, Reboul.

291. Moreau, Courcelle, Descomps, Pouliquen, Gravelotte, Raymond, Feuillié, Budin, Vauters, Huré.

301. Mocquot, Vautier, Carlotti, Strœhlin, Chastapnol, Friedel, Deniker. Hérisson, Labonnette, Dlle Bouteil.

311. Lebras, Chahuet, Delapchcir, Singer, Leremboure, Dupony, Baldenweck, Hautefort, Levy-Valensi, Marre.

321. Giret, Caron, Trolard, Moyrand, Bour, Baudni, Mesnayer, Vannier, Lamouroux, Fabre.

331. Duvoir, Puyo, Lamy, Garban, Silbert, Henry (René), Daviau, de Brunel de Serbonnes, Vézard, Barbé.

341. Besançon, Bourretère, Ouvry, Grandchamp, de Fourmestraux, Lian, Senlecq, Petit (Emile), Lassance, Trèves.

351. Hubert, Galippe, Guerin (Alph.), Maurias, Haas, Cotard (Lucien), Bing, Petit (Constant), Renaudin, Broca.

361. De Nevrezé, Schæffer (Henri), Blairon, Planson, Lerre, Nicolas (Michel), Laplace, Hudelot, Thébault, Girault.

371. Roy, Giraudeau, Milhit, Ameuille, Ledoux-Lebard, Taubé, Cornélius, Chenier, Pietkiewicz, Auguste (Louis).

381. Leroux, Chauveau (Camille), Favreul, Chardon, Nathan, Gaultry, Maumené, Bresselle, Rigoulet, Delacroix.

391. Garrie, Pérol, Loubier, Henry (Robert), Metzer, Binet, Vaury, Pierre, Kœhn, Dubos.

401. Norero, Bourlier, Mme Grandjean, Desmoulins, Chevallier (Henri), Bory, Colibert, Gougerot, Froget, Schaefer (Charles).

411. Bourdon, Mlle Pascal, Cléret, Bourdier, Villebrun, Dupré, Marsan (Félix), Cottar (Eugène), Neubsaet, Merry.

421. Blanluet, Perrin, Néel, Bougarel, Legroux, Fay, Presbéanu, Gy, Dubois, Blanche.

431. Fortineau, Longin, Roulot-Lapointe, Giroux, Bonniot de Ruisselet, Graux, Clunet, Benon, Combier, Kuss.

441. Petiteau, De Bon, Foucard, Thévenin, Baudouin, Quinsac, Trannoy, Jouvin, Fauconnier, Aynaud.

Guerre. — Par décision ministérielle du 18 décembre 1903, M. le médecin-major de deuxième classe Watrin, des hôpitaux militaires de la division d'Oran, a été désigné pour le 76e d'infanterie.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après :

Médailles d'or. — M. le docteur Legrand (d'Alexandrie).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Borel, médecin sanitaire maritime; Lamort (d'Hong-Kong); Potocki (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Darroux (de Mauvezin); Louart (de la Motte-Beuvron).

M. Tissot, externe des hôpitaux de Paris.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

IIIe Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances, tenu à Paris du 25 au 29 mai 1903 : I. Rapports présentés au Congrès; II. Procès-verbaux des séances, publiés par le docteur Armand Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, secrétaire général du Congrès. 2 vol. gr. in-8°. — Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traité élémentaire de clinique thérapeutique (5e édition revue et augmentée), par le docteur Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de xv-1659 p., relié toile. — Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — ANATOMIE. — Séance du 23 décembre 1903. — MM. Ferrand et Poisot, 13; Camus, 12; Berthaux et Privat, 11; Duplay et Vincent (Clovis), 9; Séris et Trocmé, 8; Besnier, 5.

Séance du 24 décembre 1903. — MM. Benoit (Charles) et Rendu (Henri), 12; Vincent (René), 10; Burnier, Monier et Robert, 9; Bazalgette, 8; Jousset, 7; Bergeaud, 6.

PATHOLOGIE. — Séance du 23 décembre 1903. — MM. François, 13; Rabinovitch, 12; Matry, 10; Lamarre, 9; Brin et Guilly, 8; Olivier (Eug.), 7; Ehringer 6; Jacob, 5; Heuzey, 4.

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par arrêté ministériel en date du 23 décembre 1903, ont été nommés à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire : MM. Cavaud, Rouch, Foll, Wadoux, Combe et Millous.

— Par décision ministérielle du même jour, ces officiers ont été désignés pour servir, savoir : MM. Cavaud et Rouch, au 3e d'infanterie coloniale à Rochefort; Foll, au 6e d'infanterie coloniale à Brest; Wadoux, au 1er d'infanterie coloniale à Cherbourg; Combe, au 7e d'infanterie coloniale à Rochefort; Millous, au 8e d'infanterie coloniale à Toulon.

— Par décision ministérielle en date du 23 décembre 1903, ont été affectés, savoir :

En Afrique occidentale. — M. le médecin-major de deuxième classe Vassal, au 1er d'artillerie coloniale à Rochefort; MM. les médecins aides-majors de première classe stagiaires Ginoux, au 8e d'infanterie coloniale; Pouillot, au 2e d'artillerie coloniale à Cherbourg; Augé, au 3e d'infanterie coloniale.

A Madagascar. — M. le médecin-major de première classe Guerchet, au 6e d'infanterie coloniale.

A la Guinée française (en activité hors cadres). — M. le médecin-major de première classe Touin, au 3e d'infanterie coloniale; M. le médecin aide-major de première classe stagiaire Pezet, au 3e d'infanterie coloniale.

A la Réunion. — M. le médecin aide-major de première classe stagiaire Vaillant, au 1er d'artillerie coloniale à Rochefort.

En France. — M. le médecin-major de deuxième classe Charézieux, au 5e d'infanterie coloniale à Cherbourg.

Marine. — Par décision ministérielle du 23 décembre 1903, M. le docteur Fockenberghe a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

Société médicale des praticiens. — La Société médicale des praticiens vient de renouveler son bureau pour 1904 :

Ont été élus : président, M. le docteur Paul Archambaud; vice-présidents : MM. les docteurs Mercier et Le Bayon; secrétaire général : M. le docteur P. Barlerin; secrétaires des séances MM. les docteurs Foveau de Courmelles et Roy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 11 AU 16 JANVIER 1904)

Examens de doctorat.

LUNDI 11 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Remy et Desgrez; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie, ancien régime), *Hôtel-Dieu* : MM. Brissaud, Letulle et Teissier; — (nouveau régime) : MM. Dejerine, P. Marie et Roger; — M. Legry, suppléant.

MARDI 12 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Berger et Hartmann.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Guiart; — (1re partie, oral), *Salle Pasteur* : MM. de Lapersonne, Maygrier et Launois; — M. Renon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Le Dentu, Pozzi et Auvray; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Vaquez et Jeanselme; — M. Achard, suppléant.

MERCREDI 13 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Richet* (1re série) : MM. Gautier, Ch. Richet et Remy; — *Salle Charcot* (2e série) : MM. Gariel, Retterer et Gley.

4e, *Salle Pasteur* : MM. Hayem, Pouchet et Wurtz; — M. Desgrez, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Dejerine, Widal et Besançon; — M. Richaud, suppléant.

JEUDI 14 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, oral), *Salle Béclard* : MM. Dieulafoy, Achard et Jeanselme.

4e, *Salle Pasteur* : MM. Netter, Thoinot et Chassevant; — M. Launois, suppléant.

VENDREDI 15 JANVIER, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Walther; — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Gosset; — M. Widal, suppléant.

SAMEDI 16 JANVIER, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Chantemesse, Marfan et Widal; — (2e série) : MM. Troisier, Vaquez et Gouget; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Guiart, suppléant.

LE TRAITEMENT DE LA PESTE

Par le docteur Le Roy des Barres,
Professeur à l'École de médecine d'Hanoï, médecin du Lazaret.

Pendant l'épidémie de peste de 1902, et surtout pendant l'épidémie plus grave de 1903, qui ont sévi à Hanoï, nous avons eu l'occasion de traiter un nombre assez considérable de malades. C'est l'examen des différents cas cliniques qui se sont succédé sous nos yeux qui nous ont amené à concevoir le traitement de la peste tel que nous allons l'exposer.

Traitement prophylactique. — Nous n'avons malheureusement pas eu à notre disposition de sérum de Haffkine, sans quoi nous l'aurions expérimenté très volontiers, le sérum antipesteux ayant le gros désavantage de nécessiter des inoculations très rapprochées (tous les dix à douze jours). Nous avons pratiqué un très grand nombre d'injections préventives chez des individus ayant été en contact avec des malades atteints de peste; près de 300 de ces individus ont été surveillés pendant dix jours, et durant ce laps de temps aucun d'entre eux n'a contracté la peste. Cependant, ce rôle prophylactique du sérum n'est peut-être pas absolu, et le docteur Delrieu, directeur du service de santé du Tonkin, m'a communiqué, avec son obligeance habituelle, un certain nombre de faits d'autant plus intéressants qu'ils se sont produits chez des tirailleurs indigènes ou des employés indigènes de l'hôpital, par conséquent dans un milieu très restreint et constamment surveillé pendant toute l'épidémie.

Huit individus injectés préventivement ont présenté les symptômes de la peste moins de dix jours après l'injection préventive; quatre dès le lendemain, un dans les quarante-huit heures, un trois jours après. Un travailleur annamite est injecté préventivement le 20, puis le 24 mai, le 26 il avait la peste; un chasseur annamite est injecté le 19 et le 25 mai, le 28 mai, il présentait tous les signes de la peste. Pour les premiers malades, pas de doute possible, ils étaient atteints de peste, mais pour les derniers est-il possible d'admettre qu'ils aient contracté l'infection malgré les inoculations?

On pourra objecter que la maladie était dans sa période d'incubation, et que l'injection de sérum antipesteux a retardé l'éclosion des symptômes. Nous sommes assez disposé à admettre cette hypothèse. Le fait suivant nous paraît à cet égard intéressant à rapporter : Le 30 mars au matin, M. C... vient me rendre visite et dans le cours de la conversation il se plaint d'avoir mal à la tête et un petit ganglion douloureux au niveau de la région carotidienne gauche. Il avait fort mauvaise mine, la langue sale, le pouls un peu accéléré et la peau chaude. Le ganglion gros comme une noisette était fort douloureux à la pression, peu mobilisable, et donnait la sensation d'un ganglion plongé au milieu d'un tissu cellulaire œdématié. Ces accidents dataient de quelques heures à peine. La soudaineté d'apparition de ces symptômes, le mauvais état général si subit, l'existence d'un ganglion douloureux, difficilement mobile et sans cause appréciable (carie dentaire, angine, lésion sous-cutanée, etc.), la notion d'épidémicité nous firent songer de suite à la peste. Aussi, séance tenante, nous pratiquons à M. C... une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum antipesteux, lui laissant entrevoir notre diagnostic. Nous lui conseillons en même temps de prendre un peu de quinine. Le soir tout disparaît. Les jours suivants, l'état général est excellent. M. C... vaque à ses occupations comme à l'ordinaire. Le 3 avril, M. C... déjeune avec nous, et de fort bon appétit; il nous quitte vers deux heures. A sept heures du soir, nous apprenons qu'il est très malade et qu'il a un fort accès de fièvre. Nous nous rendons auprès de lui et le trouvons couché, en proie à une fièvre violente avec délire léger : c'est à quatre heures de l'après-midi que la fièvre avait fait son apparition. Le ganglion cervical est redevenu douloureux, et, de plus, un ganglion inguinal droit est tuméfié et douloureux; cliniquement, le doute n'était pas permis, M. C... avait la peste, ce qui fut confirmé par un examen bactériologique. Le malade guérit et assez rapidement.

Lors de l'injection, notre malade était dans les premières heures de la période de début, la période d'incubation venait de finir; cette injection de sérum fit tomber la fièvre et disparaître le ganglion. Mais l'infection pesteuse ne fut pas terminée, elle fut simplement arrêtée dans son évolution, et lorsque l'action du sérum cessa de se faire sentir, les symptômes réapparurent. Pour éviter ce retour offensif, il aurait peut-être fallu injecter une dose plus forte ou renouveler l'injection.

Il est donc possible que, pour les cas précédemment cités, l'injection préventive ayant été faite pendant la période d'invasion, cette intervention n'ait fait que retarder l'éclosion des symptômes.

Maintenant il semble que les cas de peste, se produisant malgré une injection préventive, soient moins graves et revêtent une marche plus lente. C'est ce qui ressort des cas qui nous ont été communiqués par le docteur Delrieu et de ceux que nous avons observés. L'immunité conférée est d'une dizaine de jours environ, aussi est-il bon de renouveler les injections préventives chez les personnes en contact fréquent avec les malades. Au Lazaret, tous les infirmiers, tous les coolies recevaient à leur entrée une injection préventive; cette injection préventive était renouvelée dix jours après, puis douze jours, et ainsi de suite, en éloignant chaque fois les dates d'injection de deux jours. Jamais, avec ce procédé, nous n'avons eu de cas de contagion parmi notre personnel.

Un sujet injecté préventivement et chez qui, l'injection n'ayant pas été renouvelée, contracte la peste, même assez longtemps après, paraît devoir présenter des symptômes atténués; mais on peut observer une issue fatale, comme le prouve le fait suivant.

Le nommé Ly Si, âgé de quarante-deux ans, reçoit le 18 avril une injection de 10 centimètres cubes de sérum antipesteux; ce Chinois était employé dans une maison où un coolie avait été atteint de peste. Il s'absenta à partir du 1er mai, fit demander à son patron un congé de quelques jours pour régler des affaires. Ce dernier, ne le voyant pas revenir, fit prendre des renseignements, apprit qu'il était malade et nous fit avertir le 12 mai. Quand nous vîmes le malade, il n'avait pas de fièvre, mais présentait un gros ganglion crural non suppuré. Il donna les commémoratifs suivants : le 1er mai il avait eu la fièvre et une céphalalgie très grande; cet état s'était maintenu jusqu'au 3 mai, date à laquelle il ressentit une douleur au niveau de la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. Le ganglion n'acquit son complet développement que le 5 mai; à partir de cette date, son état s'améliora et actuellement le malade mangeait, se levait et espérait reprendre ses occupations dans quelques

jours. Malgré cela, il fut envoyé au Lazaret et, par mesure de précaution, on lui fit une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum antipesteux. L'amélioration persista le 13 mai, quand le 14 au matin il mourut subitement. A l'autopsie, entre autres lésions, on trouva une dégénérescence du myocarde qui avait une teinte feuille morte et présentait une infiltration graisseuse notabie. Ajoutons que ce malade était un fumeur d'opium, mais pas un grand fumeur d'après les renseignements donnés par sa famille. Il est possible que cette dernière circonstance ait favorisé l'issue fatale; en effet, d'après les observations d'un certain nombre d'auteurs, de notre excellent confrère et ami le docteur Rouffiandis et les nôtres, la mortalité par peste des fumeurs d'opium est considérable. Malgré cela, ce malade traité à temps aurait peut-être guéri.

En résumé, l'injection de sérum antipesteux peut pratiquement être considérée comme donnant toujours une immunité d'une dizaine de jours, et elle paraît de plus influencer favorablement l'évolution d'une peste évoluant ultérieurement. Mais cette injection préventive est-elle absolument sans inconvénients, comme on l'a dit? Dans la grande majorité des cas, on peut répondre par l'affirmative. Une douleur variable, et comme durée et comme intensité, succède à la piqûre. Le plus ordinairement, cette douleur consiste en une sensation de tension de la peau au niveau de la région piquée, et la gêne ne se manifeste qu'à l'occasion des mouvements. Après trois ou quatre heures, toute sensation douloureuse et même gênante disparaît, et ce n'est que par la pression au niveau de la piqûre que l'on réveille quelque sensibilité. L'induration qui succède à la piqûre disparaît au bout de deux à trois jours. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons pu observer une série de complications. Nous faisons abstraction, bien entendu, des abcès dus à une faute d'asepsie ou à l'injection de liquide altéré, de la blessure d'un petit vaisseau ou d'un filet nerveux.

Ces complications, nous les diviserons en locales et en générales.

Les complications locales sont : un *œdème* considérable au niveau du point injecté, œdème dur, difficilement dépressible, précoce et différent de l'œdème qui accompagne la formation d'un abcès.

Un *érythème* localisé qui peut coexister avec l'œdème; cet œdème varie comme teinte du rose au rouge vin : il pâlit à la pression. Quelquefois il s'accompagne d'un petit piqueté hémorragique.

Une *éruption ortiée* située dans le voisinage de la piqûre. Cette éruption apparaît vers la fin du deuxième jour le plus ordinairement; les démangeaisons qui l'accompagnent sont rarement intolérables.

Une *induration* pouvant persister pendant plusieurs mois, tout en étant indolore, peut s'observer quelquefois.

Nous avons observé sur nous-même une complication locale fort curieuse. Nous nous faisions le 23 juin une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antipesteux. Les jours suivants, à part un peu de gêne dans les mouvements, rien d'anormal, mais la tuméfaction au niveau de la piqûre ne diminuait pas. Le 27 juin, la tuméfaction était entourée d'un œdème dépressible, peu étendu, et son centre était ramolli, mais il n'y avait pas de douleur sauf à l'occasion d'une pression un peu forte à ce niveau. Le ramollissement augmenta peu à peu, et le 3 juillet d'un coup de bistouri, nous ouvrions ce que nous prenions pour un abcès à contenu franchement purulent, lorsqu'à notre grande surprise, nous vîmes sortir par l'incision un fragment de tissu cellulaire nécrosé, baignant dans une sérosité transparente et légèrement teintée en rouge. Trois jours après la plaie était complètement cicatrisée.

A l'examen direct, et par les cultures (bouillons divers, lait) il fut impossible de déceler des microbes (il ne fut pas pratiqué de cultures anaérobies). Mais fait curieux, le flacon qui avait servi à l'injection, était un flacon de 20 centimètres cubes, dont les 6 premiers centimètres cubes servirent à pratiquer une injection préventive à une personne qui eut au niveau de la région piquée un érythème intense pendant deux jours.

Ce flacon paraît donc avoir contenu une substance toxique puisque, chez les personnes où son contenu fut employé, on observa des troubles locaux; et peut-être que cette substance était contenue, par suite de la densité de sa solution, surtout dans les couches inférieures du liquide, puisque ce sont les 10 derniers centimètres cubes qui produisirent des phénomènes de nécrose aseptique. Cette hypothèse nous paraît plus vraisemblable que celle qui expliquerait le fait par une prédisposition individuelle, car sur 10 injections que nous nous sommes faites en deux ans, c'est le seul accident sérieux que nous ayons présenté (une fois notre température s'est élevée à 38°5 pendant une heure, et une autre fois nous présentâmes au niveau de la piqûre une éruption ortiée qui dura trois heures).

Les complications générales sont fort nombreuses :

Un léger état d'*embarras gastrique* se produisant de six à douze heures après l'injection et durant une demi-journée environ est un fait très souvent observé.

Mais quelquefois les symptômes sont plus accusés, fièvre élevée (40 degrés), état gastrique sérieux, inappétence, puis tout rentre rapidement dans l'ordre.

Un *accès franc de fièvre intermittente* (avec présence d'hématozoaires dans le sang, guérison rapide par la quinine) peut succéder à une injection de sérum antipesteux chez un paludéen; nous en avons observé un cas.

Les arthralgies sont relativement fréquentes; ordinairement, elles consistent en quelques douleurs peu vives au niveau des articulations. Mais quelquefois, on assiste à un véritable rhumatisme toxique avec fièvre élevée, arthropathies multiples, œdème au niveau des jointures, léger épanchement synovial; parfois il y a coexistence d'érythème. Un de nos confrères et ami a eu, à la suite d'une injection, une poussée rhumatismale généralisée qui l'a obligé à garder le lit.

Quelques vagues douleurs au niveau de la région lombaire, en dehors de toute albuminurie, sont fréquentes.

Des éruptions généralisées (érythèmes, éruptions ortiées, pouvant s'accompagner de phénomènes généraux intenses), peuvent s'observer.

Dans un cas qui m'a été rapporté par le docteur Delrieu, l'érythème apparut le huitième jour après l'inoculation et s'accompagna de phénoménes généraux.

Une albuminurie légère et fugace peut se rencontrer. Dans deux cas nous avons observé une hématurie légère.

Les accidents consécutifs aux injections de sérum sont donc nombreux, mais quelle que soit leur intensité, ils sont essentiellement fugaces et durent de quelques heures à deux jours au maximum; leur pronostic est donc des plus bénins.

Leur fréquence est difficile à déterminer, faisant abstraction des quelques vagues phénomènes d'embarras gastrique, ou des légers malaises qui sont presque constants,

ainsi que de la gêne au niveau de la piqûre, nous estimons qu'il y a environ une complication un peu importante sur 40 injections pratiquées. Ce nombre paraîtra peut-être un peu élevé, peut-être tient-il à ce fait que le sérum mis à notre disposition n'était pas de date récente (les flacons livrés par l'Institut Pasteur de Paris ne portent pas de date), peut-être aussi que dans les pays chauds le sérum s'altère assez rapidement.

Malgré ces inconvénients, le sérum antipesteux, employé à titre préventif, rend d'immenses services, mais la grosse objection à son emploi est la nécessité de répéter les inoculations fréquemment. Le sérum d'Haffkine donnerait au contraire une immunité plus durable; nous nous proposons de l'essayer si l'occasion s'en présente.

Traitement curateur. — Les injections de sérum antipesteux sont considérées comme le seul mode de traitement de la peste.

Nous avons eu dans notre lazaret 131 cas de peste à soigner avec 101 décès. Ce qui fait une moyenne de 22 p. 100 de guérisons; mais nous devons éliminer de suite 41 individus qui sont morts une ou deux heures et parfois quelques minutes après leur arrivée, et nous arrivons ainsi à un pourcentage, de 33,33 p. 100 de guérisons. Ce chiffre est faible, inférieur même à celui obtenu dans l'Inde (49 p. 100).

Quelles sont donc les raisons de cette statistique peu favorable? Tout d'abord la plupart de nos malades étaient conduits au lazaret in extremis, ils étaient malades depuis plusieurs jours, cachés avec soin par leur famille dans un coin obscur de leur maison, et n'étaient découverts qu'avec beaucoup de peine par la police, qui les faisait transporter. La grande majorité de ces individus étaient malades depuis quatre à cinq jours et dans le coma à leur arrivée. Nous avons éliminé de notre statistique ceux qui étaient morts dans les deux premières heures, si maintenant nous éliminons ceux qui, entrés dans un état désespéré, étaient morts dans les six heures qui suivirent, c'est au moins une vingtaine de cas qu'il faudrait retrancher de notre liste et le pourcentage des guérisons serait de 42 p. 100 environ. Dans le milieu militaire où les malades étaient soignés dès les premières heures, la moyenne des guérisons a été de 63,63 p. 100 ; mais notons que la plupart d'entre eux avaient reçu des injections préventives (14 injectés avec une mortalité de 7,14 p. 100) ; si nous faisons abstraction des malades ayant reçu des injections préventives il nous en reste 19 avec 11 décès soit une mortalité de 57,89 p. 100, chiffre qui est plus faible que le nôtre (66,66 p. 100).

Peut-être faut-il tenir compte aussi de l'ancienneté du sérum qui était en Indo-Chine depuis près d'un an. Ce sérum ne portant aucune date de fabrication sur les flacons, on peut admettre avec vraisemblance qu'il avait plus d'un an de fabrication. Après ce laps de temps, le sérum paraît devoir perdre de son activité.

Ceci explique peut-être aussi la nécessité où nous nous sommes trouvé pour obtenir des résultats favorables d'avoir recours à des doses beaucoup plus fortes que celles indiquées par les auteurs; à partir du moment où nous avons adopté cette ligne de conduite, le pourcentage de la mortalité a diminué notablement.

Il est à notre avis de toute nécessité de donner des fortes doses, nous pratiquons couramment dans les cas graves une injection intraveineuse de 50 à 60 centimètres cubes et en même temps une injection sous-cutanée de 30 à 40 centimètres cubes. Dans les cas de moyenne intensité 30 à 40 centimètres cubes en injection intraveineuse et 30 à 40 centimètres cubes en injection sous-cutanée.

L'injection intraveineuse faite aseptiquement et lentement est le meilleur mode d'administration du sérum; on peut d'ailleurs la renouveler si l'état général reste grave. Si l'amélioration se produit nous continuons par des injections sous-cutanées, dont nous diminuons le nombre avec les progrès vers la guérison. S'il survient une rechute, il faut renouveler les injections intraveineuses. Ainsi employé, le sérum antipesteux peut donner lieu à de véritables résurrections.

L'observation suivante (résumée) est un exemple intéressant :

Le nommé Trau van Dai, âgé de dix-neuf ans, entre au Lazaret le 21 avril au matin; il est au deuxième jour de sa maladie et présente une adénite crurale gauche volumineuse. Son état général est assez bon, il répond facilement aux questions qui lui sont posées. Température 38°5 dans l'aisselle.

Il est pratiqué une injection intra-veineuse de 20 centimètres cubes et une sous-cutanée de 40 centimètres cubes. Le soir la température est à 38 degrés. Le malade se sent mieux.

22. La nuit a été agitée, le malade, plus calme le matin, délire un peu. Température 39°5. Injection intraveineuse de 60 centimètres cubes. Le soir même état. Température 39°8.

23. Nuit mauvaise, délire continuel; température 38°5 le matin, 60 centimètres cubes de sérum antipesteux en injection sous-cutanée. Le soir température 39 degrés, délire continuel.

24. La nuit a été très mauvaise; vers le jour le malade tombe en état de mort apparente. L'infirmier fait vainement plusieurs injections d'éther. Enfin le considérant comme perdu, il a l'idée de lui faire comme ultime ressource une injection intraveineuse de 60 centimètres cubes. Une heure après le malade remuait et à la visite du matin il avait repris connaissance. Température 38°2.

Dans la journée l'amélioration s'accentue. Le soir température 38°1. Injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum.

25. Température matin 37°5; température soir 37°7.

Puis la guérison suivit son cours et le malade quitte le Lazaret le 21 mai.

Pour ce malade, la quantité de sérum employé a été en quatre jours de 140 centimètres cubes en injections intraveineuses et de 120 centimètres cubes en injections sous-cutanées.

Mais dans certains cas, malgré un traitement énergique et commencé presque dès le début des accidents fébriles, l'issue fatale peut survenir. L'observation suivante (résumée) en est la preuve.

M. N..., entrepreneur, est pris le 27 avril à six heures du soir après son travail d'un violent accès de fièvre (39°5 dans l'aisselle) avec légère dyspnée. A l'examen de la poitrine il existe un peu de congestion pulmonaire des deux bases. M. N... était sujet à des accès de fièvre et nous l'avions vu déjà plusieurs fois avec les mêmes symptômes; nous pensons donc à un simple accès de fièvre, d'autant plus que le malade avait toute sa connaissance et ne délirait nullement. Nous lui prescrivons 1g25 de bichlorhydrate de quinine, par cachet de 0g25, de quart d'heure en quart d'heure, et un bain froid toutes les trois heures.

A neuf heures du soir nous sommes rappelé, le malade a

vomi tous ses cachets, sa température est actuellement à 40°7 et il est dans le coma.

Séance tenante nous lui pratiquons une injection sous-cutanée de 1g35 de lactate de quinine. Songeant à la peste, nous examinons avec soin toutes les régions ganglionnaires, mais sans résultat. Pour trancher le diagnostic nous prélevons une lamelle de sang.

28. L'examen du sang n'a pas montré la présence d'hématozoaires. A six heures du matin nous nous rendons auprès de notre malade qui est un peu amélioré, mais dont la température est toujours élevée (38°9).

Dans la région inguinale gauche, existe un ganglion gros comme une petite noisette, un peu douloureux à la pression. Comme la veille aucun ganglion n'avait été trouvé douloureux, qu'il n'existe pas de lésion externe capable d'expliquer ce ganglion, que d'autre part les faits de ganglions engorgés dans le cours du paludisme sont fort discutables et qu'il s'agit très probablement dans ce cas d'une infection pesteuse, en rapprochant ces symptômes des précédents nous portons le diagnostic de peste. Une injection intraveineuse de 50 centimètres cubes de sérum antipesteux est pratiquée. Puis nous prescrivons : collargol par la voie buccale, quinine, thé punché, et un lavement avec du foie de porc trituré. A onze heures et demie, grande amélioration, le malade demande à manger; la température est à 38 degrés.

Le soir l'amélioration continue : température 37°5.

29. Température, matin 37°2; même traitement. Dans la journée, le ganglion, qui n'avait pas augmenté de volume, redevient douloureux et s'hypertrophie encore; aussi le soir, injection cutanée de 40 centimètres cubes de sérum antipesteux. Température 38 degrés.

30. La nuit a été mauvaise. Température matin, 39 degrés. La région inguinale gauche est soulevée par une masse grosse comme une noix; la fosse iliaque gauche est douloureuse à la pression, et à la palpation on sent les ganglions iliaques tuméfiés formant une masse grosse comme une mandarine. Injection intraveineuse de 40 centimètres cubes et sous-cutanée de 20 centimètres cubes.

Le soir, le malade délire; les ganglions sont encore augmentés de volume. Injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum antipesteux et de 1 litre de sérum artificiel. Température 39°2.

1er mai à cinq heures du matin. Température 40°7; injection intraveineuse de 50 centimètres cubes. Le malade est dans le coma, à midi mort avec 42 degrés.

Donc, malgré l'injection de sérum (douze heures après le début), malgré la dose employée 140 centimètres cubes en injection intraveineuse et 80 centimètres cubes en injection sous-cutanée, la mort est survenue.

Ajoutons que M. N..., sauf quelques accès de fièvre intermittente, jouissait d'une bonne santé; cependant il avait eu un an auparavant une poussée de congestion hépatique; or d'après nos recherches, les altérations hépatiques aggravent singulièrement le pronostic de la peste, qui, par elle-même, altère profondément le foie.

En résumé le sérum antipesteux rend parfois de grands services dans le traitement de la peste, mais il ne faut pas hésiter à employer de fortes doses, et surtout à recourir aux injections intraveineuses. Les injections seront renouvelées aussi longtemps que les symptômes ne s'amenderont pas. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'il est des cas malheureusement trop nombreux où, pour des circonstances diverses, le sérum est totalement inactif.

Un autre point très important de la sérothérapie dans la peste, c'est de traiter énergiquement les cas qui, au début, ont une allure bénigne, car la maladie présente souvent des exacerbations inattendues.

Le nombre de guérisons relativement peu élevé que nous avons obtenues avec le sérum, doit être attribué en partie, selon nous, au retard dans lequel nous étaient amenés les malades, car le sérum est d'autant plus actif que les injections sont employées à une date plus rapprochée du début des accidents.

Nous avons eu aussi recours au collargol, mais le produit que nous avions étant d'une pureté douteuse, nous n'avons pas osé l'employer en injections intraveineuses; aussi, ne pouvons-nous rien formuler de bien précis à l'égard de l'emploi de ce médicament dans la peste. Le collargol fut administré en injections sous-cutanées (elles sont un peu douloureuses mais plus actives), en solution, en pilules. Dans les formes très virulentes, le collargol, employé ainsi, ne nous a pas semblé avoir grande action, mais dans les formes à évolution un peu lente, il nous a paru jouer un certain rôle favorable, surtout en continuant l'action du sérum après sa cessation.

Si nous avions pu employer les injections intraveineuses nous aurions sans doute obtenu de meilleurs résultats avec ce produit.

La quinine, qui, jusqu'à un certain point, abaisse la température dans la peste, sera employée, mais plutôt à petites doses (0g50 à 0g75), comme tonique; de cette façon, son usage peut être continué assez longtemps.

Les bains froids, les enveloppements froids rendent de grands services en luttant contre l'hyperthermie.

Dans la peste, le foie est très altéré; cliniquement, son altération se traduit par tous les symptômes de l'insuffisance hépatique.

C'est pour lutter contre cette insuffisance que nous avons essayé de l'opothérapie hépatique. Grâce à elle, nous avons vu disparaître assez rapidement les symptômes de cette insuffisance, qui se montrent nettement surtout dans les formes un peu prolongées de la maladie. Nous administrons la glande hépatique de la façon suivante : 250 grammes d'eau, 50 grammes de glycérine et 30 centigrammes de papaïne sont mis à macérer dans un endroit frais pendant deux heures, puis on filtre. Par jour, il est donné deux lavements semblables.

Comme dans toutes les pyrexies, il est de toute utilité de faire des soins buccaux (lavages, gargarismes), car les infections secondaires d'origine buccale peuvent très bien se produire, et nous avons rapporté un cas d'infection secondaire à tétragène chez un individu atteint de peste, infection qui n'avait probablement pas d'autre origine.

Nous laissons de côté les indications particulières, telles que troubles respiratoires, cardiaques, intestinaux; nous ferons seulement remarquer qu'il est nécessaire de se montrer réservé sur l'emploi de l'opium ou de ses alcaloïdes.

Traitement local. — Au début, lorsque les ganglions sont douloureux, les pansements humides chauds soulagent beaucoup les malades.

Mais l'amélioration la plus considérable est donnée par les injections de sérum antipesteux; lorsque, à la suite de

celles-ci, la fièvre tombe, les bubons deviennent de suite moins douloureux.

Chez certains malades, après la chute de la température, les ganglions restent encore ou redeviennent plusieurs jours après un peu douloureux. Une injection sous-cutanée de sérum, pratiquée au niveau même du ganglion, agit alors beaucoup plus efficacement qu'une injection faite à distance.

Nous ne parlerons pas du traitement du bubon suppuré, qui consiste en l'incision de la poche purulente et en pansements aseptiques ou légèrement antiseptiques.

Nous mentionnerons, pour la rejeter immédiatement, l'extirpation des ganglions non suppurés; car ce mode de traitement, non seulement ne paraît pas influencer favorablement la marche de l'affection, mais expose à des complications multiples.

Les charbons, les éruptions à phlyctènes, le sphacèle des extrémités n'exigent que des pansements ordinaires, sans aucune indication spéciale.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(23 décembre 1903)

M. Pauchet (d'Amiens) communique l'histoire intéressante d'une jeune fille de seize ans qui était atteinte d'une **occlusion intestinale** et chez laquelle il pratiqua une entérostomie. Il fit ensuite la cure de l'anus contre nature par abouchement dans le cæcum. Cette jeune fille est aujourd'hui complètement guérie.

Nous revenons à la discussion sur le **traitement des fractures.** M. Championnière fait un grand éloge de l'appareil de M. Hennequin. Le grand avantage qu'il lui reconnaît surtout c'est qu'il permet de conserver la souplesse de toutes les articulations du membre fracturé. M. Championnière l'applique au traitement de toutes les fractures du fémur, sauf à celui des fractures intracondyliennes. Pour la fracture du col, M. Championnière ne veut d'aucun appareil. Quant aux appareils de marche, il ne leur trouve aucun avantage sur l'appareil de Hennequin et il n'y aurait recours que dans des cas très exceptionnels. Il reconnaît que le malade présenté par M. Delbet était très intéressant; que M. Delbet avait obtenu un très bon résultat, mais il ne croit pas que ce soit là un traitement à généraliser. Nous possédons avec l'appareil de Hennequin, dit en terminant M. Lucas-Championnière, un merveilleux appareil, donnant tout ce qu'on peut demander à un appareil de ce genre, la solidité, la conservation de la souplesse, peu ou pas de raccourcissement. Cet appareil constitue donc, sur tous ceux qui l'ont précédé, y compris l'appareil de Tillaux, un progrès considérable.

M. Quénu est un converti de la première heure à l'appareil de Hennequin et, contrairement à M. Championnière, il trouve excellente l'application de cet appareil au traitement des fractures du col du fémur. Il s'en est toujours servi dans ces circonstances, même chez des vieillards de plus de quatre-vingts ans, avec les plus grands avantages. M. Quénu, contrairement à M. Championnière, a souci de l'articulation de la hanche et le meilleur moyen, pour lui, de traiter les fractures du col, c'est l'extension continue. On s'oppose ainsi au raccourcissement secondaire. On peut permettre aux malades de s'asseoir sur leur lit. M. Quénu exerce la traction continue pendant quinze à vingt jours. Après ce temps, la raideur est vaincue. L'application de l'appareil Hennequin dans les fractures du col procure une telle sédation des symptômes et une telle amélioration dans l'état des blessés qu'il ne faut pas hésiter à y recourir.

M. Routier rappelle que M. Berger a dit que, grâce à l'appareil Hennequin, on sauvegardait complètement toutes les articulations. M. Routier ne partage pas cet avis et il a vu des raideurs articulaires et même des ankyloses. Il cite plusieurs exemples que M. Hennequin lui-même connaît bien. Tout en reconnaissant donc que l'appareil de M. Hennequin est le meilleur, M. Routier ne le trouve pas encore parfait.

Quant aux fractures du col du fémur, M. Routier partage l'avis de M. Championnière. Il ne leur applique aucun appareil et fait lever et marcher les malades avec des béquilles le plus tôt possible.

M. Michaux a toujours obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de l'appareil de M. Hennequin dans les fractures du fémur. Jamais il n'a observé de gonflement ni d'ankyloses consécutives.

Il a toujours trouvé, à la suite du traitement, les articulations saines et intactes. Il a également tiré les meilleurs effets de l'application de cet appareil au traitement des fractures du col. Aussitôt l'appareil appliqué, on peut faire asseoir les malades dans leur lit; ils ne souffrent plus. En un mot, cet appareil, aux yeux de M. Michaux, est aussi satisfaisant pour les fractures du col que pour les fractures ordinaires. Grâce à cet appareil, M. Michaux n'a pas le souvenir d'avoir eu un seul ennui dans le traitement des fractures du fémur.

M. Broca estime également que l'appareil Hennequin est ce que nous avons de meilleur. On a bien de ci de là quelques difficultés. Mais en somme pour les fractures du col comme pour les fractures ordinaires, c'est encore ce qu'il y a de mieux.

M. Bazy, comme ses collègues Quénu, Michaux et Broca, se loue beaucoup de l'appareil Hennequin pour le traitement de toutes les fractures du fémur, y compris dit-il celles du cal. En suite dans certains cas de diagnostic très difficile, cet appareil permet d'assurer ce diagnostic par le soulagement qu'il apporte au malade et de distinguer ainsi une vraie fracture d'une contusion ou d'une contracture douloureuse.

M. Reclus rappelle que M. Hennequin s'est montré très sévère pour les appareils de marche. Mais M. Hennequin a sans doute bien mal vu les malades que M. Reclus a présentés à la Société, dans l'ancien local de la rue de l'Abbaye. Ces malades, à l'hôpital, marchent très bien avec une simple canne. Ils n'ont jamais besoin de béquilles. La plupart même peuvent marcher sans canne, et il n'est pas niable qu'avec cet appareil M. Reclus n'ait obtenu de très bons résultats. Il est également incontestable que ces appareils présentent de grands avantages en permettant, par exemple, aux malades de vaquer à leurs occupations, de n'être pas immobilisés dans leur lit. M. Reclus cite l'exemple d'un de nos confrères de Nice qui a été traité par cet appareil de marche et qui a pu continuer ses visites avec la plus grande facilité. Du reste, ces appareils remplissent les conditions tant cherchées et tant vantées par M. Lucas-Championnère, c'est-à-dire l'entretien de la synergie musculaire. M. Hennequin a donc mal vu les malades auxquels il a fait allusion. Ces malades, contrairement à ce qu'il a dit, marchent très bien sans béquilles.

M. Walther fait un rapport sur une observation de **corps étranger de la trachée**, adressée par Djemnie pacha (de Constantinople), relative à un enfant de six ans qui avait avalé un crayon; cet enfant fut pris d'accès de suffocation qui se calmèrent. Huit jours après, il fut pris d'un accès de toux et d'expectoration sanguinolente. On diagnostiqua la présence du corps étranger dans la trachée et dans la bronche droite. M. Djemnie fit une trachéotomie très basse, et, ne trouvant rien dans la trachée, introduisit une pince dans la bronche droite où il put saisir et retirer le crayon. Par suite du dérangement de l'appareil on n'avait pas obtenu la radiographie, ce que regrette tout particulièrement M. Sébileau qui trouve, avec raison, que, dans ces cas, la radiographie et mieux encore la radioscopie s'imposent. Il regrette en outre que M. Djemnie n'ait pas fait la suture de la trachée.

M. Walther fait aussi un rapport sur une observation de M. Paillet (d'Orléans), dans laquelle il s'agit de la présence d'un appendice malade dans une hernie inguinale droite non étranglée. Cette **appendicite herniaire** avait donné lieu à des symptômes très graves.

M. Delbet nous présente une jeune fille de seize ans chez laquelle il a pratiqué deux **résections orthopédiques** du même coude. L'ankylose était complète : première résection sans résultat; deuxième résection avec interposition musculaire, résultat médiocre, mobilisation, massage, électrisation et, définitivement, très beau résultat. Les mouvements de l'articulation sont très étendus.

Le bureau de la Société est ainsi constitué pour 1904 : président, M. Peyrot; vice-président, M. Schwartz; secrétaire général, M. Segond; premier secrétaire annuel, M. Tuffier; deuxième secrétaire annuel, M. Delorme. MM. Walther et Broca sont maintenus dans leurs fonctions, l'un de trésorier, l'autre d'archiviste.

MÉDECINE PRATIQUE

Sur les injections huileuses naphtolées camphrées.

Dans une très intéressante note parue dans la *Gazette médicale des sciences de Bordeaux* (1), le docteur Paul Lemaire donne d'utiles renseignements sur la toxicité du naphtol camphré.

« A coté des accidents qu'il détermine dit-il : érythème rubéoliforme, tuméfaction, il peut produire d'une façon inattendue des troubles généraux : on observe très rarement du purpura; quelquefois il se produit du malaise général, de la pâleur, de la lypothymie et de la tendance à la syncope, mais le plus souvent, même avec des doses faibles de naphtol camphré, il y a subitement perte de connaissance et apparaissent tragiquement des convulsions cloniques et toniques unilatérales ou bilatérales qui souvent sont généralisées à toutes les parties du corps, très accentuées, survenant par accès plus ou moins rapprochés et accompagnées de cyanose et de troubles respirrtoires parfois considérables. L'issue peut être fatale ou les symptômes très graves. Quand les convulsions ont cessé, le malade reste un certain temps dans le coma, le sommeil, la torpeur ou l'héhétude; il peut présenter des troubles rénaux, et on note aussi de l'amnésie rétrograde et même de l'aphasie passagères.

(1) 27 déc. 1903.

Les injections huileuses naphtolées camphrées sont moins irritantes et aussi moins toxiques que le naphtol pur camphré; avec elles, il n'a jamais été noté d'accidents locaux ni d'intolérance générales; les plus employées sont les suivantes :

1° Naphtol β camphré	1 gramme.	
Huile d'olives stérilisée	9	—
2° Naphtol β camphré	1	—
Huile d'amandes douce stérilisée.	20	— »

Ces huiles naphtolées sont limpides et homogènes au moment de leur emploi; il n'en est pas de même des huiles à base d'huile de vaseline.

« Bien tolérées par les tissus qu'elles ne mouillent pas, les injections huileuses naphtolées camphrées par leur lente résorption permettent au naphtol camphré, à qui elles servent de véhicule, un séjour plus long dans les ganglions, abcès, cavités où on les introduit; mais la qualité du naphtol camphré que l'on recherche le plus, c'est-à-dire le pouvoir modificateur des tissus, est diminuée par la dilution ou l'adjonction d'huile, aussi peut-on considérer de telles injections comme peu efficaces et en restreindre l'emploi, malgré l'innocuité qu'elles présentent. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin. En général, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. Toutefois, les concurrents aux prix Amussat, Apostoli, Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell Dupierris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Pierre Guzman, Théodore Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, baron Larrey, Jules Lefort, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Roger, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1904

(Les concours seront clos fin février 1904.— Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les cirrhoses hépatiques; clinique et expérimentation.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil).—800 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre

inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 fr. de rente, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Baillarger. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix du baron Barbier. — 2000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. — 1200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. — 10500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Campbell-Dupierris. — 2300 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Des applications de la radiographie à l'obstétrique.*

Prix Chevillon. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Traitement chirurgical des néoplasmes du gros intestin à l'exception du rectum.*

Prix Desportes. — 1300 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

Prix Falret. — 700 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *La neurasthénie. Pathogénie et traitement.*

Prix Ernest Godard. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées.

En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Huguier. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Jacquemier. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aura réalisé un progrès important. — Ce travail devra être publié au moins six mois avant l'ouverture du concours.

Prix Laborie. — 5000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. — Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

Prix Laval. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Henri Lorquet. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Louis. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Sérothérapie de la fièvre typhoïde.*

Prix Mège. — 900 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Étiologie et pathogénie de l'artério-sclérose.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 fr., *p. a.* — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ».

Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une

mission adresseront leur demande au président de l'Académie; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila. — 6000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *Alcaloïdes de la belladone, de la jusquiame et du datura.*

« Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. — Ainsi, que deviennent ces poisons après avoir été absorbés; dans quels organes séjournent-ils; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang; quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques *avant la mort*, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. — Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons des toxiques minéraux et végétaux. » — (Extrait du testament.) (*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie interne (1), par G. Dieulafoy.

Trois ans ont suffi à épuiser la 13e édition du manuel du professeur Dieulafoy; nous avons analysé ici même à cette époque les perfectionnements que cette édition réalisait sur les précédentes. La nouvelle édition y ajoute encore 450 pages, 40 figures, 20 chapitres nouveaux, et une table analytique de 95 pages d'étendue, résumé clair et précis de tous les chapitres de l'ouvrage, innovation destinée à faciliter grandement les recherches et qui sera certainement très appréciée des lecteurs.

Parmi les nombreuses additions signalons les plus importantes. Les maladies de l'appareil urinaire se sont enrichies d'un chapitre relatif à l'*unilatéralité des néphrites et au traitement chirurgical des néphrites médicales*; pour la première fois ce chapitre réunit dans une vue d'ensemble les travaux de ces dernières années et les tentatives chirurgicales suivies d'heureux résultats, faites non seulement pour enlever un rein infecté ou un rein saignant, mais encore pour remédier aux néphrites scléreuses par la décapsulation du rein; signalons également les *albuminuries liées au rein mobile* et disparaissant après néphropexie.

Un paragraphe entièrement nouveau est relatif à la *pathogénie de l'œdème* chez les brightiques, au pré-œdème et à la *rétention des chlorures*; il résume et clarifie en quelques pages les longues discussions qui ont eu lieu récemment sur ces sujets dans nos principales sociétés médicales.

Le chapitre des maladies des *capsules surrénales* comporte de nouveaux paragraphes sur l'insuffisance capsulaire, les hémorragies des capsules et les surrénalites aiguës.

Les maladies du système nerveux ont été augmentées de paragraphes relatifs aux *scléroses médullaires combinées*, à la *paraplégie spasmodique familiale*, à la *compression* et à la *section de la moelle épinière*, au *syndrome bulbo-protubérantiel de Bonnier*, aux *localisations cérébrales* et aux erreurs médico-chirurgicales qui leur sont relatives, au cyto-diagnostic des *méningites aiguës* et à leur pronostic.

Dans les maladies de l'appareil digestif des paragraphes nouveaux sont consacrés à la description de la *syphilis de la bouche, du voile du palais et de l'isthme du gosier*, des *scrofulides de l'arrière-bouche et du pharynx*, du *diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque droite*, de la *cirrhose biliaire lithiasique* et de l'*endocardite consécutive aux infections biliaires*, du *lobe aberrant du foie*, etc.

Dans le chapitre des maladies infectieuses, la fièvre typhoïde s'augmente de nouveaux paragraphes sur les nouveaux procédés de diagnostic, *gélo-diagnostic* de Chantemesse et *hémodiagnostic* de Courmont et Lesieur (le séro-diagnostic de Widal étant déjà très complètement décrit dès l'édition de 1901); la *sérothérapie typhoïde* est complètement étudiée. La *peste* s'accroit de la mention des épidémies récentes et de l'action du sérum de Yersin; le tétanos, de l'étude du *tétanos thérapeutique dû aux injections de sérum gélatiné*; le paludisme des récentes découvertes sur le mode de propagation de la maladie par l'intermédiaire des *moustiques*, et des conséquences importantes que cette conquête de la science entraîne pour la prophylaxie du fléau; le *chancre mou*, des résultats obtenus par la culture (Bezançon, Griffon et L. Le Sourd) et l'inoculation (Nicolle) du bacille de Ducrey.

La pathologie du sang bénéficie des recherches de Jolly sur les *anémies* et les *leucocythémies*. Un paragraphe entièrement nouveau traite du *scorbut infantile*, affection dont il est si important de vulgariser la connaissance. Au chapitre du *purpura* est ajouté le traitement de cette affection par l'adrénaline (Lœper et Crouzon).

Dans les maladies rhumatismales et dystrophiques, les pseudo-rhumatismes sont augmentés des travaux de Poncet sur le *rhumatisme tuberculeux*, le chapitre du diabète, des études de l'auteur sur le *foie des diabétiques*, l'*ascite sucrée*, et la *tuberculose des diabétiques*. Enfin la *lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervicale*, l'*adipose douloureuse*, la *maladie osseuse de Paget* sont l'objet de paragraphes entièrement neufs.

L'appendicite, enfin, est, cela va sans dire, l'objet d'une étude détaillée. Tout médecin devra apprendre là la façon de diagnostiquer d'une facon précoce la grande maladie abdominale. Il pourra ainsi éviter au malade les terribles complications infectieuses et toxiques sur lesquelles M. Dieulafoy ne cesse d'attirer l'attention dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu et ses communications à l'Académie. Elles ont pris place tour à tour dans cette édition du manuel : péritonites appendiculaires, abcès alvéolaires hépatiques appendiculaires, pyothorax sous-phréniques et pyopneumothorax sous-phréniques appendiculaires, pleurésies putrides appendiculaires, gangrènes pulmonaires appendiculaires, voilà pour les complications dues à l'infection généralisée par migration des microbes partant de la cavité en état d'occlusion; néphrites toxiques appendiculaires, vomito negro appendiculaire, voilà pour les complications par résorption des toxines fabriquées par les microbes hypervirulents. Heureusement le diagnostic précoce de l'appendicite est, dans la majorité des cas, facile; l'étude des pages qu'y consacre M. Dieulafoy en convaincra le lecteur médical; bien des terminaisons funestes pourront être ainsi évitées.

Je ne dirai pas combien la lecture de ces quatre volumes est facile et attachante. Cette nouvelle édition ne le cède pas aux précédentes à ce point de vue; complètement mise au courant des progrès de la science, elle aura le même succès que ses aînées. E. Apert.

(1) In-8°. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 151. — JEUDI 31 DÉCEMBRE 1903. 76e ANNÉE. JEUDI 31 DÉCEMBRE 1903. — N° 151.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

AVIS. — *Par suite d'une erreur typographique, le numéro du jeudi 23 avril 1903 porte le n° 48 au lieu de 47. Nous prions donc nos lecteurs de retenir que le n° 47 n'existe pas.*

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas samedi.

SUR LE ROLE DE L'UTÉRUS DANS LA CONSTIPATION

Par M. MARCHAIS,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous nous trouvons souvent en présence de femmes souffrant depuis des années de constipation opiniâtre. Tout a été essayé : laxatifs et purgatifs, lavages d'intestin, cures à Plombières, Châtel-Guyon et ailleurs, massage abdominal; l'amélioration, si elle s'est produite, ne dure pas et nous en arrivons à considérer la guérison comme impossible.

Avant d'en arriver à cette conclusion, nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas lieu d'orienter autrement notre thérapeutique. Nous savons depuis longtemps quel rôle important jouent dans la constipation les lésions de l'utérus; les femmes dont les lésions pelviennes nécessitent un traitement, se plaignent d'être constipées et la régularisation des fonctions intestinales suit les progrès obtenus du côté de l'utérus; cela est d'observation courante.

Dans les cas de constipation rebelle à tout traitement, une lésion ou déviation ignorée, parce qu'indolore ou non recherchée, ne pourrait-elle être responsable en totalité ou en partie de la persistance de ce symptôme? Et en traitant directement la lésion utérine, ne pourrait-on obtenir un résultat satisfaisant là où tous les autres moyens avaient échoué?

Les quatre observations que nous publions ci-dessous démontrent, à notre avis, le bien fondé de ces suppositions.

OBSERVATION I. — Mme L..., trente-trois ans. Pas d'accidents dans son enfance; réglée à quatorze ans, mariée à vingt ans. Deux enfants, aucun ennui sérieux au moment des accouchements, si ce n'est que, pour le dernier, l'utérus étant paresseux, il fallut recourir au forceps.

Depuis ce temps, la malade, habituellement constipée jusque-là, a vu la constipation s'aggraver et se compliquer de douleurs intestinales avec fausses membranes et légères hémorragies. L'appétit est moindre, un peu d'amaigrissement. La malade n'obtient une garde-robe quotidienne qu'à l'aide de lavements. Souvent un seul ne suffit pas; une demi-heure après, elle en prend un deuxième. Il lui est arrivé d'en prendre quatre dans la journée, car elle se trouve dans l'état mental particulier à cette sorte de malades et se croirait perdue si chaque jour elle n'avait une selle, par quelque moyen que ce soit.

Très ennuyée de cet état, après avoir essayé de tous les laxatifs, elle a consulté à diverses reprises. On l'a envoyée deux fois à Plombières, une fois à Châtel-Guyon. Elle a subi à Paris une série de massages et le tout sans résultat.

Nous la voyons le 14 juin 1902. Elle nous dit s'adresser à nous sur le conseil d'un de nos maîtres, sans la moindre confiance d'ailleurs. Les massages qui lui ont été faits n'ont absolument rien donné, même passagèrement, et, si elle n'avait une telle confiance dans le médecin qui l'envoie, elle ne serait pas revenue au-devant d'un insuccès.

Nous l'examinons et constatons que c'est une atonique. Paroi abdominale très lâche, intestin sans consistance. Pas de néphroptose comme elle en aurait le droit. Nous lui demandons si on a examiné l'état de l'utérus. Sur sa réponse négative, nous la touchons et trouvons un prolapsus moyen, avec utérus augmenté de volume. Rien du côté des annexes.

Nous lui faisons alors subir un traitement s'adressant à toutes ces lésions : kinésithérapie gynécologique, massage de la paroi et massage gastro-intestinal.

Au bout de quelques jours, les résultats s'accusèrent, et nous cessâmes le traitement au bout d'un mois; la malade ayant depuis près de deux semaines des selles quotidiennes sans avoir recours aux lavements. L'utérus, décongestionné, ne descendait plus autant.

OBS. II. — Mme B..., trente-trois ans, bouchère. Aucune maladie dans son enfance. Réglée à douze ans, mariée à vingt et un ans, elle a deux enfants bien portants dont le dernier a quatre ans. Ses couches ont été bonnes, dit-elle; mais lors du dernier accouchement elle se souvient avoir eu de la fièvre pendant quelques jours. Depuis, elle souffre davantage au moment des règles. Ce n'est pas pour cela qu'elle vient à la consultation de Beaujon le 15 janvier 1903, c'est à cause d'une constipation opiniâtre dont elle a toujours été incommodée; elle n'a jamais eu de selles régulières et quotidiennes. Si elle n'avait point recours au lavement ou à un laxatif, elle aurait une garde-robe tous les quatre, cinq ou six jours. Il lui semble que depuis sa dernière couche cela s'est encore accentué. Son médecin, las de lui prescrire des ordonnances inefficaces, l'envoie à l'hô-

pital avec un mot priant qu'on lui fasse, si possible, des massages abdominaux.

On l'envoie dans le service de M. Tuffier et nous l'examinons. C'est une atonique. Ne trouvant rien dans son abdomen qui contre-indique le massage, et, d'autre part, n'ayant pas l'attention attirée par la malade du côté des troubles pelviens (tous les renseignements ci-dessus nous ont été donnés plus tard), nous pratiquons le massage abdominal ordinaire.

Une quinzaine de séances n'ayant donné aucun résultat, nous pensons qu'il existe une cause autre que l'atonie intestinale. Nous l'examinons complètement et le toucher vaginal nous révèle un prolapsus moyen de l'utérus augmenté de volume avec une lésion annexielle droite. A partir de ce jour, nous pratiquons la kinésithérapie gynécologique. Après huit jours, les garde-robes deviennent plus fréquentes et le 14 mai, la malade vient pour la dernière fois. L'utérus, décongestionné, n'a plus de tendance à descendre; depuis une quinzaine, les selles sont quotidiennes.

La malade est revenue nous voir le 17 octobre. L'amélioration a persisté. Les selles n'ont plus la régularité acquise pendant le traitement; de temps à autre, une journée sans garde-robe. Mais cela ne ressemble en rien aux malaises d'autrefois. L'utérus est à peu près en place. Nous conseillons à la malade de revenir nous voir tous les trois ou quatre mois.

Dans ces deux observations, la cause primordiale de la constipation était évidemment l'atonie générale; mais la tunique musculeuse de l'intestin eût peut-être été assez forte pour expulser les fèces si l'utérus, déplacé par insuffisance de ses moyens de fixation, n'avait comprimé le rectum. En pareil cas, autrefois, nous n'aurions attaché aucune importance à la déviation utérine. Nous nous rendons compte maintenant qu'une déviation doit être très accentuée pour gêner les fonctions d'un intestin bien musclé, et qu'au contraire si la musculature intestinale est fatiguée, l'utérus, même légèrement déplacé, lui devient un obstacle sérieux, qu'il faut supprimer pour obtenir un résultat.

Obs. III. — Mme J..., vingt-neuf ans, lingère. Réglée à quatorze ans, mariée à vingt et un ans. Pas d'enfants; jamais ni blennorragie ni fausse couche. Elle vient à la consultation de Beaujon le 16 novembre 1902. Elle a toujours souffert de constipation et n'obtient de selles régulières que par un usage constant de poudres ou pilules laxatives, d'eaux purgatives ou de lavements. Elle en est fatiguée et a entendu parler de massage, c'est pourquoi elle vient à l'hôpital.

On l'envoie dans le service de M. Tuffier où, n'ayant rien trouvé qui fût une contre-indication au massage, nous commençons le 17 novembre. Pendant une semaine, le résultat est satisfaisant; au bout de ce temps la constipation réapparaît et résiste à des manœuvres plus énergiques.

Nous interrogeons la malade; elle nous dit n'avoir jamais souffert du ventre. Au moment des règles, elle a quelques douleurs lombaires, un peu de pesanteur, mais cela irrégulièrement. Un des nombreux médecins auxquels elle s'est adressée pour guérir l'avait examinée, mais avait conclu que l'état de l'utérus n'expliquait pas une constipation aussi tenace. Nous l'examinons le 3 décembre et nous trouvons une rétro-flexion peu mobile. Pas d'adhérences, pas de salpingite.

Nous instituons alors un traitement gynécologique. L'utérus se mobilise de mieux en mieux; il nous arrive quelquefois de le trouver presqne en position normale et, au fur et à mesure de l'amélioration, les garde-robes se régularisent. La malade cesse le traitement le 29 décembre.

Nous ne l'avons pas revue depuis; nous pensons que si elle n'avait au moins conservé une amélioration satisfaisante, elle serait revenue à l'hôpital Beaujon.

Obs. IV. — Mlle X..., vingt-neuf ans. (La plus grande partie de l'observation a été rédigée par le frère de la malade, médecin à Paris.)

Antécédents héréditaires. Mère décédée à cinquante et un ans, cardiaque; père âgé de soixante-seize ans, bien portant; deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. Enfance sans accidents. Les règles apparaissent à douze ans et, à partir de cette époque, la malade accuse de violentes douleurs tous les mois, les quelques jours précédant leur apparition. Dès l'âge de quinze ans, la difficulté est devenue grande pour obtenir des garde-robes à peu près régulières tous les trois jours, et la malade ne parlant pas ou peu de son état, aucune personne de la famille ne soupçonne cette infirmité qui ne cesse d'empirer et se complique de phénomènes d'entérite muco-membraneuse avec coliques très douloureuses. On n'apprit tout ceci qu'en 1899 (la malade avait vingt-cinq ans) à l'occasion d'une crise d'appendicite aiguë pour laquelle l'opération fut pratiquée d'urgence.

A la suite de l'opération, un peu de mieux se produisit et la malade ne se préoccupa plus de sa constipation, se contentant de faire des lavages d'intestin lorsqu'il y avait trop longtemps qu'elle n'avait eu de selles. Mais au mois d'août 1902 éclatèrent des accidents d'entérite grave pour lesquels le médecin consulté conseilla la cure de Plombières. La malade y fit une saison, mais, très peu de temps après son retour, se retrouva dans le même état et même dans un état pire; elle n'obtenait une selle que tous les dix ou douze jours.

Elle consulta à nouveau; on lui prescrivit le régime classique des entéritiques avec massage et électricité. La prescription fut consciencieusement exécutée, mais les résultats furent insignifiants; la fréquence des gardes-robes n'était que d'une fois par semaine.

C'est à cette époque (mars 1903) que la malade nous fut envoyée par son frère qui s'était chargé des massages, afin de voir si nous aurions plus de succès que lui. L'état général n'était pas brillant. Nous examinons l'abdomen, et ne trouvant à notre tour aucune contre-indication, nous commençâmes des séances quotidiennes de massage gastro-intestinal.

Les premiers jours nous crûmes au succès; au bout de trois semaines, l'amélioration n'était pas satisfaisante, car la malade n'avait de garde-robe que tous les quatre ou cinq jours.

Nous rappelant nos observations précédentes, nous pensâmes à une déviation utérine et en effet, le toucher rectal nous révéla une rétroversion. Le fond de l'utérus, tuméfié et douloureux, accompagné à droite des annexes, s'appliquait contre le rectum.

Nous fîmes alors de la kinésithérapie gynécologique. Comme la première fois, il sembla tout d'abord que nous réussirions, mais après une série de séances, les résultats étaient tellement irréguliers que la malade, ennuyée, cessa de venir.

Les accidents persistant, nous la revîmes au mois de juin. Nous fîmes encore du massage pendant une dizaine de jours, cependant l'état général étant très mauvais et le succès du traitement devant se faire attendre, nous insistâmes pour qu'on eût recours à une intervention chirurgicale. On fit alors, le 28 juillet, une hystéropexie. Les suites opératoires immédiates furent parfaites. Quant au résultat spécial désiré, la malade depuis lors a des selles quotidiennes, indolores, normales. Les phénomènes d'entérite ont disparu. L'appétit est revenu, la santé générale est excellente et aujourd'hui, 1er novembre, la malade est dans un

état physique et moral dont elle n'avait pas joui depuis longtemps.

Dans ces deux dernières observations, il nous semble que l'utérus était en cause directement. Et cependant, la première malade ne se plaignait d'aucun trouble utérin. Chez la deuxième, la recherche de la déviation n'avait pas été pratiquée; on n'avait jamais pensé qu'une déviation utérine pût être cause d'un tel ensemble de symptômes.

L'intérêt que peuvent présenter ces quatre observations réside dans ce fait que la constipation était le résultat, direct ou indirect, d'une déviation utérine inconnue, insoupçonnée, n'attirant l'attention du médecin par aucun phénomène local important. Le succès du traitement nous semble le démontrer.

C'est pourquoi nous nous croyons autorisé à conclure : quand, chez une femme n'accusant aucun phénomène utérin anormal, on aura à soigner une constipation rebelle à tout traitement, on devra toujours se préoccuper de l'état de l'utérus. S'il existe une déviation utérine, en la corrigeant soit par le massage, soit par une opération, on aura des chances d'obtenir une guérison jusqu'alors vainement cherchée.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(29 DÉCEMBRE 1903)

M. Josias est appelé à soumettre à l'Académie les conclusions de son rapport sur le lazaret du Frioul et les **mesures contre la peste**, conclusions que nous avons fait connaître (voy. *Gaz. des hôpit.*, p. 1413).

Il y a eu, sur un point, une petite discussion : M. Vallin demande que l'Académie spécifie très nettement que la destruction des rats ou dératisation soit pratiquée avant et non après le déchargement des bagages. Il y a là, dit-il, une mesure prophylactique qui s'impose.

M. Brouardel est, scientifiquement, de l'avis de M. Vallin, mais, pratiquement, il est obligé de faire remarquer que la convention internationale n'a pas cru devoir exiger cette mesure.

M. Laveran est de l'avis de M. Vallin et il pense, comme lui, qu'il faut que l'Académie affirme qu'au point de vue de la prophylaxie il est de toute nécessité que la destruction des rats soit pratiquée avant le déchargement des navires.

M. Roux fait observer qu'il y a des cas dans lesquels la dératisation ne saurait être appliquée avant le déchargement sans préjudice grave pour le commerce, certaines marchandises pouvant être perdues par suite de cette désinfection. Il est impossible de ne pas tenir compte de ces cas. Aussi propose-t-il que la commission académique spécifie dans ses conclusions que la destruction des rats soit pratiquée avant le déchargement *à moins d'impossibilité*.

L'amendement proposé par M. Roux est adopté, après quoi l'Académie vote l'ensemble des conclusions du rapport de M. Josias.

Un rapport de M. de Kermorgan nous apprend que nos colonies de l'Afrique occidentale ne sont nullement indemnes de cette **maladie du sommeil**, qui exerce ses ravages dans le continent noir; elle se rencontre surtout dans les régions boisées et le long des cours d'eau. Dans cette partie de l'Afrique comme ailleurs sa propagation semble due à un trypanosome véhiculé par une mouche piquante.

M. Babinski donne lecture d'une note intéressante sur le **traitement des affections de l'oreille et des vertiges par la rachicentèse**. Il fait d'abord cette démonstration anatomique que la ponction lombaire agit sur l'oreille interne, la pression intralabyrinthique étant sous la dépendance du liquide céphalo-rachidien. Il insiste ensuite sur ce fait que cette ponction lombaire est d'une parfaite innocuité. Jamais elle ne détermine d'accidents locaux ou généraux.

M. Babinski a ainsi traité 106 malades. Sur ce nombre, s'en trouvent 32 qui étaient atteints de vertiges; 11 de ces malades ont été traités sans succès. Les autres se sont trouvés très améliorés, la plupart ont été complètement guéris. On peut dire, d'une façon générale, que chez ces malades atteints de vertiges, le succès est la règle, l'échec l'exception. Les bourdonnements d'oreille se sont montrés plus rebelles au traitement, la surdité s'est montrée plus rebelle encore. C'est, en somme, sur les affections du labyrinthe que la rachicentèse semble avoir été le plus efficace.

M. Babinski termine sa communication par les conclusion suivantes :

« La rachicentèse exerce sur le vertige auriculaire une influence remarquable; ordinairement elle l'atténue ou le fait disparaître.

Elle peut agir aussi d'une manière favorable sur les bourdonnements et sur la surdité, mais là son champ d'action est moins étendu.

En raison de son innocuité, cette opération doit être tentée chez tous les malades atteints d'affections auriculaires, dès que le traitement local s'est montré inefficace. »

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1904 (*fin*)

(Les concours seront clos fin février 1904.— Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Etude hématologique comparée de la variole et de la vaccine.*

PRIX POURAT. — 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 fr., *p. i.*— Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX SAINTOUR. — 4400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX STANSKI. — 1400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance, en l'étudiant dans les épidémies en général, ou au moins dans une maladie épidémique en particulier. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX TARNIER. — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1905

(Les Concours seront clos fin février 1905.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les oxydases en pathologie.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1484.)

PRIX AMUSSAT. — 1000 fr., *p. a.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour les prix de chirurgie expérimentale, les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

PRIX APOSTOLI. — 600 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX D'ARGENTEUIL. — 6800 fr., *p. i.* (Sexennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

PRIX BARBIER. — 2000 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX CAPURON. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Des complications de la grossesse dues aux lésions des trompes et de l'appendice.*

PRIX CHEVILLON. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des délires chez les épileptiques.*

PRIX CLARENS. — 400 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX DAUDET. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des épithéliomes du cou d'origine branchiale.*

PRIX DESPORTES. — 1300 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine. La liste d'inscription sera close le 1er mai 1905. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er juin 1905. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX LABORIE. — 5000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX LAVAL. — 1000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX LEFÈVRE. — 1800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX NATIVELLE. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1486.)

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

PRIX PERRON. — 3800 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile au progrès de la médecine.

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique et pathogénie du cancer.*

PRIX POURAT. — 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Effets des actions mécaniques sur la morphologie de l'appareil locomoteur.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

PRIX TARNIER. — 3000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1491.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1906

(Les Concours seront clos fin février 1906.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel) — Question : *Pathogénie des œdèmes pulmonaires.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1484.)

PRIX APOSTOLI. — 600 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX BAILLARGER. — 2000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX BARBIER. — 2000 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX BOULLARD. — 1200 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS. — 2300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX CAPURON. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Étudier les dégagements gazeux fournis par les principales sources du groupe sulfureux des Pyrénées.*

PRIX MARIE CHEVALIER. — 6000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CHEVILLON. — 1500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'encéphalite aiguë.*

PRIX CLARENS. — 400 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX DAUDET. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des résultats obtenus dans le traitement du cancer par l'application des rayons X.*

PRIX DESPORTES. — 1300 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX HERPIN (de Metz). — 1200 fr., *p. a.* (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif, soit à leur début, soit dans la période d'incubation, des maladies causées par les trypanosomes.*

PRIX HUGO. — 1000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX ITARD. — 2400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX LABORIE. — 5000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX LAVAL. — 1000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1485.)

PRIX NATIVELLE. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1486.)

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des néoplasies thyroïdiennes, anatomie pathologique et pathogénie.*

Prix Pourat. — 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des ferments solubles qui entrent en jeu dans les maladies.*

Prix Sainton. — 1400 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1491.)

Prix Tarnier. — 3000 fr., *p.i.* — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

Prix Vernois. — 700 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1491.)

QUESTION D'INTERNAT

(ORAL)

Œdème aigu du poumon.

DÉFINITION. — L'œdème aigu du poumon est un syndrome morbide constitué par une brusque suffusion de sérosité dans l'intéieur des alvéoles, ainsi que dans le tissu interstitiel qui les enveloppe, sur une surface plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire; il se caractérise, au point de vue *clinique*, par la brusquerie de son début et par sa gravité (*apoplexie séreuse du poumon*); au point de vue *pathogénique*, par l'origine nettement active, fluxionnaire, *et non inflammatoire* les accidents. (Teissier. *Semaine méd.*, 1900, p. 255.)

HISTORIQUE. — Signalé par Laënnec (1). l'œdème aigu pu poumon est soigneusement décrit par Andral, qui le compare à l'œdème de la glotte et en distingue deux formes : une aiguë, une suraiguë. Le Gendre insiste sur le rôle provocateur des pyrexies, Rilliet et Barthez l'étudient chez l'enfant, Bernheim et Lebreton chez les rhumatisants, Pinault, Legroux et Woillez, Béhier discutent le mécanisme de l'œdème aigu du poumon consécutif à la thoracentèse.

Tout récemment, les recherches expérimentales de V. Basch et Grossmann, les recherches cliniques de Bouveret, Dieulafoy, Huchard, le rapport de Teissier, la Revue générale de Morély (2) attirent à nouveau l'attention sur cet important syndrome.

DESCRIPTION CLINIQUE. — L'œdème aigu du poumon *débute* ordinairement par un chatouillement spécial de la gorge, avec sensation de gêne intra-thoracique, puis, bientôt, surviennent la dyspnée, la toux et l'expectoration qui caractérisent la période d'état.

La *dyspnée*, d'abord sourde, devient rapidement intense; continue avec redoublements paroxystiques, *elle est peut-être plus marquée que dans toute autre affection* et s'accompagne de les conséquences habituelles : accélération des mouvements respiratoires, battement des ailes du nez, cyanose des extrémités, anxiété extrême, soif d'air. Elle s'explique par l'*inondation séreuse* d'une partie, souvent étendue, du parenchyme pulmonaire.

D'abord intermittente, la *toux* ne tarde pas à être impérieuse, quinteuse, spasmodique, incessante; elle aboutit à une expectoration caractéristique. Cette *expectoration* est en effet extrêmement abondante : en quelques instants, le malade remplit son crachoir; elle est *spumeuse*, aérée, mousseuse, souvent teintée en rose par le sang; *elle renferme des quantités considérables d'albumine*, mais *pas de fibrine* (J. Renaut). C'est une véritable écume bronchique par transsudation du sérum sanguin (de La Harpe).

Signes physiques. — Ce qui caractérise, au point de vue des signes physiques, l'œdème aigu du poumon, c'est « la *tendance à l'envahissement du parenchyme pulmonaire*; le niveau de l'œdème monte de minute en minute, c'est un véritable *flot de marée montante*, de telle sorte qu'à un moment donné, jusqu'à l'épine de l'omoplate, on peut percevoir des râles crépitants fins » (Morély). Donc : râles fins d'œdème, d'abord localisés aux bases, puis montant, tendant à envahir avec rapidité tout le poumon, et même celui du côté opposé. Fait remarquable, la sonorité est normale ou même exagérée (*percussion paradoxale*, s'expliquant par l'emphysème aigu du poumon, Hertz, Huchard).

(1) « Dans quelques cas, l'œdème paraît avoir été idiopathique. L'orthopnée suffocante qui emporte quelquefois les enfants à la suite de la rougeole, n'est probablement autre chose qu'un œdème idiopathique du poumon. » (Édit. de 1819, t, II, p. 10.)

(2) *Gaz. des hôpit.*, 1897, nº 113.

Suivant la **MARCHE** et la **DURÉE**, on décrit (Huchard) trois *formes* :

1º Œdème suraigu, foudroyant (*obstruction alvéolaire* de Traube, cas de La Harpe, Debove).

2º Œdème aigu, pouvant durer d'un à quatre jours (avec des récidives), et passant par deux phases : *a.* une caractérisée par la dyspnée, l'abondance de l'expectoration, l'hypertension artérielle; *b.* une seconde, caractérisée par les symptômes inverses : expectoration rare, hypotension artérielle, hypertension pulmonaire, asystolie aiguë. Quelques malades arrivent d'emblée à cette seconde phase.

3º Œdème ex vacuo. Favorisé par les adhérences pleurales. l'évacuation trop abondante de liquide, l'œdème *ex vacuo* présente une symptomatologie et une évolution variables.

PRONOSTIC toujours grave. La mort peut survenir en quelques heures, par asphyxie, ou au bout de quelques jours, par asystolie; elle est la terminaison la plus habituelle des formes à rechutes.

DIAGNOSTIC. 1º **Essentiel.** Se fonde sur la brusquerie des accidents, l'intensité de la dyspnée, les caractères de l'expectoration, les signes physiques; 2º **Différentiel.** a. *Asthme*, mais là, pas d'accélération des mouvements respiratoires, l'expectoration est peu abondante, terminale; b. *Embolie*, pas d'expectoration albumineuse, signes d'auscultation moins marqués; c. *Urémie respiratoire* (Cheyne-Stokes, absence, souvent complète, de signes physiques); 3º **Causal.**

ÉTIOLOGIE. — Mettre au premier plan, comme affections capables de provoquer l'œdème aigu du poumon, les *affections rénales* [néphrite chronique (Bouveret, Dieulafoy, Brouardel)] et *aortiques* (Huchard).

Comme causes moins importantes, signaler certaines infections : *rhumatisme* (Ball, Fernet, Lebreton, Bernheim), *grippe* (Teissier, Fouineau, Rendu), *fièvre typhoïde* (Jaccoud), *scarlatine* (Le Gendre), *pneumonie* (Jaccoud, Troisier), *puerpéralité* (Vinay), *choléra* (Rommelaere); certaines intoxications : *alcoolisme* (aidé par l'action du froid), *venins* (Hertz, Eppinger), *iodure de potassium*, *pilocarpine*, *iodoforme* (Jaccoud), *muscarine*, *nitrite d'amyle*, *salicylate de méthyle* (Chatin et Guinard); les *injections salines* à doses élevées (Pozzi, Achard), etc.

Pathogénie. — Trois théories principales :

A. **Troubles mécaniques de la circulation pulmonaire** qu'il s'agisse *a.* de *spasme du ventricule gauche*, élevant la tension pulmonaire, d'où transsudation séreuse (théorie appuyée sur les effets de la muscarine, qui détermine une *crampe* du cœur gauche, v. Basch et Grossmann), *b.* de *paralysie du ventricule gauche* (Conheim et Welsch), ce ventricule ne chasse plus dans l'aorte le sang qu'il contient, d'où élévation de pression dans la circulation pulmonaire, ou *c. rupture de l'équilibre entre les deux ventricules* (Fränkel).

B. **Troubles angéionévrotiques** (Huchard). — Sous l'influence d'excitations nerveuses parties du plexus cardiaque, ou des centres nerveux (tabes, myélite, hystérie), il se produit une vaso-dilatation brusque des capillaires pulmonaires.

C. **Troubles toxiques** (Brouardel, Debove). — L'œdème aigu du poumon est un accident d'intoxication lié, le plus souvent, à une néphrite interstitielle.

Chacune de ces trois théories contient une part de vrai, et il est probable (expériences de Teissier-Guinard) que chacun des facteurs invoqués intervient dans la pathogénie de l'œdème. Pour l'œdème *ex vacuo*, on a incriminé la perforation du poumon, spontanée ou provoquée, et surtout la décompression brusque du poumon.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Bien étudiée par Renaut et Honnorat; les lésions passent par deux phases : 1º *transsudative*; 2º *diapédétique*. Le poumon présente une rigidité extrême, il est distendu, turgescent, érectile. A la coupe, « il en ruisselle une sérosité abondante » (Laënnec). *Aucune trace d'inflammation.*

Lésions connexes : aortite avec coronarite; néphrite chronique; lésions nerveuses diverses.

TRAITEMENT. — *Une chose à faire, une à éviter.*

Faire immédiatement une *saignée copieuse* (3-400 grammes). *Ne jamais donner de morphine*, celle-ci est absolument contre-indiquée (Brouardel).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — ANATOMIE. — Séance du 29 décembre 1903. — MM. Gomand, 13; Troisier, 12; Patry (André), 10; Savouré, 9; Davenière, 8; Bouta et Guyot, 7; Chandesris et Hermette, 6; Patry (Félix), 5.

PATHOLOGIE. — Séance du 28 décembre 1903. — MM. Amblard, Billaudet, Durand (Gaston), Maugeais et Oppert, 12; Herbinet, 11; Francoz et Vigneron d'Heucqueville, 10; Laurence, 7: Lemarquand, 5.

Séance du 29 décembre 1903. — MM. Gruget, 12; Trouvé, 11; Lafarge, 10; Daversin, 9; Lesage et Rœderer, 8; Dureau, 5; Boulland et Pélissier, 4.

Asile d'aliénés. — Le concours de l'internat des asiles d'aliénés du département de la Seine vient de se terminer par les nominations suivantes : Internes titulaires, MM. Dupouy, Albès, Monod, David, Ducosté; Mlle Pelletier; M. Collet; Mlle Pascal; MM. de Nevrezé, Saillant et Papillon. Internes provisoires, MM. Michon et Bourilhet.

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 20 décembre 1903, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de première classe des troupes coloniales retraité Réaucar.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin de première classe des colonies démissionnaire Maclaud.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe des troupes coloniales démissionnaire Bernel.

Marine. — Le jury des concours qui auront lieu le 13 janvier 1904 au port de Rochefort pour deux emplois de professeur dans les écoles de médecine navale sera composé comme suit : M. Auffret, inspecteur général du service de santé, président; M. Chevalier, médecin en chef de deuxième classe, membre; M. Girard, médecin principal, membre.

Ligue contre le paludisme en Algérie. — Sur divers points de l'Algérie, des médecins s'occupent de la lutte antimalarique; mais leurs efforts éparpillés se dépensent sans donner tous les résultats qu'on pourrait en espérer.

Centraliser ces efforts, les faire converger vers une direction unique, encourager ceux qui existent, provoquer l'éclosion de ceux qui sont encore à l'état latent, tel est le but que se proposent les fondateurs de la « Ligue contre le paludisme en Algérie ».

Leur premier soin a été de mettre en pratique sur une grande échelle, grâce à la multiplication des comités régionaux, tous les procédés prophylactiques préconisés à l'heure actuelle.

On ne saurait trop féliciter les promoteurs de ce grand mouvement qui ne peut être que fécond en résultats pour notre grande colonie.

Agenda médical pour 1904, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur PAJOT. — 3° *Formulaire magistral*, par M. DELPECH. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur DE VALCOURT. — 5° *Médecine thermale*, par le docteur MACREZ.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 fr.; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

LIBRAIRIE F. ALCAN

Boulevard Saint-Germain, 108.

Mécanisme et éducation des mouvements, par Georges DEMENY, professeur de physiologie appliquée à l'École de gymnastique de Joinville-le-Pont, et du cours d'éducation physique de la ville de Paris, directeur du cours normal de l'Université. In-8° de la bibliothèque scientifique internationale, avec 565 fig., cartonné à l'anglaise. — Prix : 9 francs.

LIBRAIRIE MASSON ET Cie

120, boulevard Saint-Germain.

Péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire dans ses rapports avec la colique hépatique, la pérityphlite, l'appendicite, etc., par les docteurs R. TRIPIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon, et J. PAVIOT, agrégé, médecin des hôpitaux. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) Petit in-8°. — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs.

Le ganglion lymphatique, par le docteur H. DOMINICI. Monographie de l'Œuvre médico-chirurgical (Dr Critzman, directeur). Prix : 1 fr. 50.

AVIS. — *Par suite d'une erreur typographique, le numéro du jeudi 23 avril 1903 porte le n° 48 au lieu de 47. Nous prions donc nos lecteurs de retenir que le n° 47 n'existe pas.*

TABLE DES MATIÈRES

1903

A

B

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1903

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



